



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**EFFECTO DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN EL PESO, MOTIVACIÓN
Y AUTOEFICACIA EN OBESIDAD SEVERA**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ELVIA PÉREZ VAZQUEZ

TUTOR PRINCIPAL:
MTRA. AÍDA MONSERRAT RESÉNDIZ BARRAGÁN
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

COMITÉ TUTOR:
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DR. MARTÍN EDGARDO ROJANO RODRÍGUEZ
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

MTRA. LILIANA BERENICE TEMPLOS NÚÑEZ
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

MTRA. ANGÉLICA ELIOSA HERNÁNDEZ
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX

ABRIL, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A la Facultad de Psicología de la UNAM, por abrirme sus puertas y permitirme continuar con mi formación profesional.

A mi tutora, la Mtra. Monserrat Reséndiz por su gran apoyo en la realización de este trabajo, por su guía durante mi estancia como residente y por su confianza en mi desempeño profesional.

A la Dra. Angélica Riveros, por la claridad de sus enseñanzas en el aula y por el apoyo en la minuciosa revisión de este trabajo.

Al Dr. Martín Rojano, por facilitar la integración de los residentes de Medicina Conductual en la Clínica de Obesidad y valorar nuestro ejercicio profesional dentro de su equipo interdisciplinario.

A la Mtra. Liliana Templos y a la Mtra. Angélica Eliosa, quienes siempre se mostraron dispuestas a compartir su experiencia, resolver dudas y guiarme con paciencia.

A mi compañero de residencia Alfredo García con quién compartí el proceso de adaptación en la clínica, por el apoyo, la camaradería, las risas y experiencias compartidas.

A Anahí Segoviano, por ser una guía y facilitar la integración en las actividades de la clínica.

A mis compañeros, Andrea, Jessica, Karina, Rocío, por hacer más llevadero el día a día, por enseñarme el valor del trabajo en equipo, porque sin su apoyo en la recolección de datos e identificación de candidatos, este trabajo no hubiera tenido fin.

A las personas atendidas, por permitirme acompañarlos en sus procesos terapéuticos y contribuir con sus datos, es por ellos que tiene sentido este trabajo.

A mis compañeros de generación, por enriquecer el aprendizaje en el aula y por los buenos momentos fuera de ella.

A mis amigas Florencia, Lucero y Atenea, por compartir las noches de desvelo, las angustias y por hacer más ligera la carga como estudiante.

A Karen con quien comparto confidencias, por motivarme a iniciar este proceso y celebrar conmigo los logros obtenidos, por su compañía aún en la distancia.

Dedicatoria

A mi familia:

A Isabel por tus enseñanzas y cobijo, por seguir enseñándome aún en tu ausencia, siempre estás en mi corazón.

A Martha y Andrés, por creer en mí, por siempre apoyar mis sueños y por la incondicionalidad ante los momentos difíciles.

A Aby, por la confianza, el apoyo, las risas y también por las lágrimas compartidas.

A Jorge, por los momentos llenos de alegrías y por enseñarme que siempre se le puede poner buena cara a la vida.

A Eric, por el apoyo incondicional, por impulsarme a crecer, por la confianza, la paciencia y las largas horas de escucha en el día a día.

A todos, los amo y agradezco infinitamente que me acompañen en esta vida.

Contenido

1. Antecedentes históricos de la medicina conductual	5
2. Descripción de la sede	10
3. Protocolo de investigación	18
“Efecto de la entrevista motivacional en el peso, motivación y autoeficacia en pacientes con obesidad severa”.....	18
3.1 Resumen	18
3.2 Marco de referencia	19
3.3 Variables involucradas en el proceso de cambio	33
3.4 Entrevista Motivacional	36
3.4 Materiales y método	54
3.4.1 Tipo de estudio	54
3.4.2 Participantes	54
3.4.3 Instrumentos	56
3.4.4 Procedimiento.....	58
3.5 Resultados	65
3.6 Discusión y conclusión	77
3.7 Limitaciones y sugerencias	86
3.8 Reflexiones personales	89
4. Referencias	91
5. Anexos	104

1. Antecedentes históricos de la medicina conductual

La comprensión y tratamiento de las enfermedades a lo largo de la historia ha implicado grandes retos, pero en los años setenta, hubo diferentes propuestas teóricas que convergieron sin intención directa y hoy en día son antecedentes teóricos de la Medicina Conductual.

Los cambios en las tasas de mortalidad en diferentes periodos, fueron objeto de atención de la teoría de la transición epidemiológica propuesta en 1971 por Omran, quien describe que la mortalidad se ha caracterizado por tres fases: 1) de la peste y hambruna: con predominio de altas y fluctuantes tasas de mortalidad y una esperanza de vida de 20 a 40 años, lo que frenaba el crecimiento sostenido de la población; 2) de las pandemias en retroceso: en donde la mortalidad disminuye debido a un mejor control de enfermedades infecciosas y la esperanza de vida aumenta permitiendo expectativas de vida de 30 a 50 años; y 3) de las enfermedades degenerativas y causadas por el hombre: en la que la mortalidad continua disminuyendo y la esperanza de vida aumenta a más de 50 años, se da el surgimiento de las enfermedades degenerativas y muertes por accidentes (Mackenbach, 1994).

La última fase enfatiza una importante relación entre adquisición de la enfermedad y el estilo de vida de los individuos, no obstante, el modelo predominante para su abordaje era el biomédico y los aspectos psicológicos no eran considerados, de hecho, el término "enfermedad" era designado solo a aquellas condiciones que pudieran demostrar alteraciones físicas o bioquímicas, por lo que las enfermedades eran atendidas solamente con los procedimientos médicos disponibles, sin considerar otros aspectos relacionados a su desarrollo o mantenimiento (Mackenbach, 1994).

En 1977, el alemán George Engel, publicó un artículo que contiene una seria crítica al modelo biomédico, en el que describió que tanto diabetes como esquizofrenia pueden ser consideradas como enfermedades, aun cuando la segunda se atribuya a aspectos mentales, y que ambas, tienen determinantes psicológicas, sociales y culturales que influyen en su desarrollo, por ello, propuso la necesidad de una nueva conceptualización, el hoy conocido *Modelo Biopsicosocial*, que permitiría al profesional de la medicina reconocer las necesidades y aspectos a intervenir, involucrando a otros profesionales (Mackenbach, 1994).

El modelo biopsicosocial, considera que, aun dado de alta un paciente en quien ya no hay enfermedad, persisten malestares que son traducidos en quejas, posteriores asistencias a consultas o incluso en la realización de pruebas de laboratorio y gabinete para encontrar o descartar otras enfermedades, llevando a los pacientes a usar más tiempo los servicios, sobresaturándolos, e incluso representando un mayor gasto para el mismo paciente, por lo que, contar con información de los aspectos relacionados a la enfermedad, incluidas sus creencias y emociones, permite una canalización adecuada con profesionales especializados en el abordaje de dichos aspectos (Reynoso y Becerra, 2014).

Las propuestas anteriores resultaron de gran importancia en el desarrollo de la Medicina Conductual, ya que el modelo biomédico predominante resultaba insuficiente y había un reconocimiento del papel del comportamiento en el desarrollo de las enfermedades crónicas (físicas o mentales). Por su parte y de manera paralela, las ciencias de comportamiento y sus principios de aplicación ganaban terreno, lo que permitió justificar la necesidad de un campo que permitiera integrar a otras disciplinas en la conceptualización de la enfermedad y su tratamiento (Reynoso y Becerra, 2014).

El término “medicina conductual”, apareció por primera vez en el año de 1973 en el libro “Biofeedback: Behavioral Medicine”, pero un artículo escrito por Blanchard en 1982, puntualiza que fueron tres acontecimientos específicos los que permitieron su nacimiento. El primero, identificado por Agras en 1975, fue el desarrollo y aplicación fiable de los principios de modificación de conducta en enfermedades mentales, los cuales fueron aplicados posteriormente a otros problemas médicos como la obesidad y tabaquismo. El segundo fue el surgimiento del biofeedback, que elaboró una tecnología eficiente para modificar de manera confiable las respuestas fisiológicas, lo que facilitó su aceptación. El tercero, fue el aumento en las tasas de enfermedades crónicas en las que el comportamiento jugaba un papel importante (Blanchard, 1982).

El Primer Congreso sobre Medicina Conductual fue llevado a cabo en la Universidad de Yale en el año de 1977, el cual, tuvo la asistencia de los principales especialistas del área de la medicina y del comportamiento, con la finalidad de poder concretar una definición sobre medicina conductual, sus objetivos, algunas recomendaciones y poder formalizar con esto su creación (Rodríguez, 2010).

La definición de la Medicina Conductual lograda entonces fue que se trataba de aquel “campo relacionado con el desarrollo de conocimientos y técnicas de ciencias del comportamiento relevantes para la comprensión de la salud física y la enfermedad, y la aplicación de estos conocimientos y técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (Schwartz y Weiss, 1978)

Un año más tarde, fue fundada la Academia de Investigación de Medicina Conductual, la cual la definió como “el campo interdisciplinario que se ocupa de la integración de la ciencia de la conducta con la biomédica, con el fin de desarrollar y aplicar los conocimientos y técnicas dirigidas a la promoción de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades” (Schwartz y Weiss, 1978).

Los avances en el campo de la Medicina Conductual tuvieron un rápido crecimiento en el mismo año. Se logró la publicación de primer número del *Journal of Behavioral Medicine*, que hoy en día, es una revista que incluye diferentes investigaciones dedicadas a fomentar la comprensión de la salud- enfermedad, involucrando diversas áreas de investigación como son psicología, psiquiatría, sociología, bioestadística, salud pública, etc. (Journal of Behavioral Medicine, 2020).

Los teóricos Pormelau y Brady en 1979 (en Rodríguez, 2010), resaltaron que las características indispensables de la medicina conductual eran: el uso de técnicas del análisis experimental de la conducta y la realización de investigación que empleara como metodología el análisis funcional. Sin embargo, existe una participación de diversas disciplinas que no requieren tener la misma perspectiva para que sea posible y efectiva la colaboración entre ellas, no obstante, el campo de la psicología, el modelo que más ha mostrado eficacia para abordar estas problemáticas es el cognitivo-conductual.

En México, la medicina conductual ha ganado terreno tanto en el área de investigación, identificando la importancia de la relación de diversos componentes psicológicos y aspectos ambientales en la población mexicana, la cual, permite el desarrollo de intervenciones específicas, dirigidas a reducir el riesgo de desarrollar enfermedades mediante la promoción de conductas saludables o para atender las aspectos emocionales y conductuales asociadas a ellas (Reynoso y Becerra 2014).

No obstante, la inclusión de las intervenciones psicológicas en nuestro país está en rezago, ya que la atención de la enfermedad continúa recargada en la atención médica y se cuentan con escasos espacios para el personal de psicología en las instituciones de salud, conllevando una dificultad para la integración de los principios conductuales al tratamiento (Camacho, 2013).

La residencia en medicina conductual forma parte del programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, surgió en 1999 ante la necesidad de contar con psicólogos que comprendieran los aspectos conductuales del comportamiento en un medio hospitalario. Actualmente, la residencia cuenta con diversas sedes y está dirigida a aquellos a psicólogos interesados en el campo de la salud. Se fundamenta en que los cambios de comportamiento y en el estilo de vida pueden mejorar la salud, prevenir la enfermedad y reducir los síntomas de la misma (Universidad Nacional Autónoma de México, s.f.).

Los estudiantes que ingresan a esta residencia son colocados en diversas sedes hospitalarias, con supervisores *in situ* que acompañan y evalúan de manera cercana el desempeño profesional. También cuentan con el apoyo de supervisores académicos, que ayudan a resolver dudas teórico-prácticas a las que se pueden enfrentar en la sede (Reynoso y Becerra, 2014).

El trabajo que se presenta a continuación formó parte de las actividades de la residencia en Medicina Conductual, la cual tuvo por sede la Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. La intervención fue realizada en pacientes mexicanos con diagnóstico de obesidad severa que se encontraban en protocolo prequirúrgico.

2. Descripción de la sede

Antecedentes del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” tiene como antecedente, la necesidad nacional de brindar atención a enfermos de tuberculosis, por lo que, el 23 de noviembre de 1946 se crea como Sanatorio Hospital, inaugurándose oficialmente el 19 de mayo de 1947 con carácter de organismo público descentralizado desde entonces. La respuesta del Sanatorio es efectiva y logra definir las medidas de atención de la Tuberculosis, así como la posibilidad de su cura, estos avances en investigación y tratamiento lo impulsan de tal modo que lo llevan a nombrarlo en 1952 como el Instituto Nacional de Neumología “Dr. Manuel Gea González”, esto por Decreto Presidencial (Secretaría de Salud, 2017).

El Instituto Nacional de Neumología proporcionaba hospitalización primordialmente, sin embargo, a medida que hubo mayor estabilización de pacientes, disminuyó el número de hospitalizados, dando paso a la posibilidad de atenderlos en mayor medida de manera ambulatoria, llevando a un funcionamiento más efectivo de sus recursos, por lo que, el 26 de julio de 1972, se publica en el Diario Oficial de la Federación el decreto de Creación del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. El 28 de agosto 1988, es establecido que el hospital sería administrado por una Junta de Gobierno y por la Dirección General del Hospital (Secretaría de Salud, 2017).

Actualmente, el hospital es una institución de salud pública, de referencia a nivel nacional, que ha conservado su personalidad jurídica y patrimonio propios y que tiene como misión brindar servicios de salud a nivel de prevención, tratamiento y rehabilitación, además, de contar con la colaboración de programas académicos, lo que da la posibilidad a cientos de estudiantes de la salud, adquirir y desarrollar habilidades clínicas

con la supervisión cercana de expertos en las diferentes áreas de especialización en un escenario real.

Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica

La clínica de obesidad brinda atención especializada para personas con obesidad severa que han tenido múltiples intentos para perder peso sin lograrlo, respondiendo así, a una de las principales demandas de atención a la salud de nuestro país. La clínica opera mediante la atención profesional de un equipo interdisciplinario y con amplia experiencia, que se encuentra en estricto apego al seguimiento de las normas internacionales para la atención de la población. Dicho equipo, se encuentra formado por profesionales en: cirugía bariátrica, endocrinología, cardiología, nutrición, psicología y psiquiatría. El equipo acompaña de manera cercana a cada paciente durante el periodo prequirúrgico, educando en la adquisición de un estilo de vida saludable y, posterior a la cirugía, brinda seguimiento vitalicio a fin de asegurar el mayor éxito posible para la pérdida de peso a largo plazo, impactando en la disminución de riesgos a la salud asociados a esta enfermedad.

Los criterios de inclusión para ser paciente de la clínica de obesidad son: personas entre 18 y 65 años, que tengan al menos un índice de masa corporal (IMC) de 30 kg/m, con varios intentos previos de perder peso sin lograr mantener esa pérdida, que sean conscientes de que no se trata de una cirugía estética, que estén dispuestos a realizar cambios en el estilo de vida, que acepten permanecer en el programa de 3 a 6 meses durante el periodo prequirúrgico, así como llevar un seguimiento vitalicio posquirúrgico en la clínica.

Los pacientes que buscan atención en esta clínica son valorados individualmente por el equipo de cirugía y salud mental antes de iniciar el tratamiento, a fin de identificar posibles contraindicaciones físicas o psicológicas absolutas, es decir, para descartar que la cirugía no represente un riesgo mayor a las condiciones de salud que ya presenta. Una vez, evaluados estos aspectos, si no presentan contraindicación absoluta, los pacientes son ingresados al protocolo de preparación prequirúrgica, el cual se lleva en un periodo de 3 a 6 meses y, al concluir este periodo, el comité profesional de la clínica, conformado por todo el equipo interdisciplinario a cargo de la preparación prequirúrgica del paciente, analiza en conjunto si el paciente alcanzó los indicadores de cambio para otorgar el visto bueno y proceder así a su cirugía.

Servicio de psicología bariátrica

La atención psicológica para cada paciente de la clínica de la obesidad consta en diversas actividades, que van, desde el primer contacto que el paciente tiene con la clínica hasta su seguimiento postquirúrgico. El residente en medicina conductual es guiado mediante un proceso de supervisión cercana para adquirir las habilidades necesarias y poder apoyar en el proceso de atención de los pacientes. Dichas actividades se describen a continuación:

- Plática grupal informativa de Primera Vez: Esta plática es el primer acercamiento del paciente a la clínica de obesidad, la cual, consiste en una sesión psicoeducativa que describe la importancia de la atención a la obesidad, procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo en la clínica, alcances de estos procedimientos, se habla sobre los tiempos estimados para el proceso de evaluación, de preparación prequirúrgica y seguimiento. Esta sesión, permite

identificar a aquellos pacientes que no están interesados en un procedimiento quirúrgico, permitiendo al psicólogo encargado de esta actividad, derivarlo en ese momento a un tratamiento nutricional dentro del mismo hospital, con lo que se le brinda una alternativa para el tratamiento de su sobrepeso. Mediante esta actividad, el servicio de psicología resulta el primer contacto del paciente con la clínica, teniendo un papel fundamental en la recepción e inicio del proceso de atención.

- Entrevista de Primera Vez: Llevada a cabo por un psicólogo capacitado para explorar la historia de la enfermedad, los factores desencadenantes y aquellos que la mantienen, además de identificar la presencia de posible psicopatología y valorar si esta se considera una contraindicación absoluta, como: dependencia a sustancias, bulimia nerviosa, depresión severa, riesgo suicidio, psicosis, trastorno bipolar o retraso mental. Si estas condiciones que representan contraindicación absoluta están presentes, se realiza la referencia a otra institución especializada en salud mental. La entrevista clínica se apoya con los resultados de algunas escalas clínicas que responden los pacientes, las cuales exploran las principales comorbilidades psicopatológicas reportadas por la literatura. La integración de esta información es presentada y discutida con todo el equipo de salud mental, pudiendo obtener una retroalimentación que permite adquirir progresivamente la fineza clínica en la toma de decisiones del tratamiento psicológico (grupal o individual), que impactará de mejor manera en cada paciente.
- Preparación psicológica prequirúrgica grupal: Los pacientes pueden ingresar a tratamientos grupales, los cuales, usan estrategias de terapia cognitivo conductual que se encuentran basadas en evidencia científica. Los residentes, tienen la posibilidad de diseñar el programa de tratamiento a implementar, el

cual, es aprobado por la responsable del servicio, las sesiones están dirigidas a preparar a los pacientes para lograr la modificación de hábitos que permitan la pérdida de peso. Los tratamientos grupales consideran algunas particularidades: para pacientes sin psicopatología, para sintomatología ansiosa-depresiva o para problemas de inatención e hiperactividad. Las sesiones grupales se imparten de manera semanal por un psicólogo capacitado en el abordaje grupal y con conocimiento de la comorbilidad de estas condiciones con la obesidad, la ejecución de las sesiones es supervisada por la psicóloga responsable de la clínica. La preparación grupal permite que un mayor número de pacientes cuenten con la posibilidad de recibir la preparación postquirúrgica en un tiempo menor al que se requiere en una atención individual, sin embargo, si al finalizar el tratamiento grupal el paciente no logra la modificación de hábitos requerida o se identifican otras necesidades psicológicas, se deriva a continuar con algunas sesiones individuales previas a la realización de la cirugía.

- Atención psicológica individual: esta atención también se encuentra basada en el uso de estrategias del modelo Cognitivo-Conductual y se proporcionaba a todos aquellos pacientes que presentaran necesidades particulares o condiciones psicopatológicas no consideradas en los grupos de preparación. Mediante la atención individual, el residente aprende a implementar estrategias de razonamiento clínico y con sustento teórico, que le permiten analizar y estructurar un caso, considerando las situaciones o condiciones que pueden representar un obstáculo en la evolución de los pacientes con obesidad. La supervisión representa un apoyo indispensable ya que permite al residente recibir una retroalimentación y mejorar continuamente con el fin de favorecer la evolución del paciente en proceso prequirúrgico.

- Hospitalización: Las visitas hospitalarias son realizadas a los pacientes a quienes recién se les realizó la cirugía, esto con la finalidad de identificar aspectos emocionales secundarios al procedimiento quirúrgico. También se realizan interconsultas a petición del equipo de cirugía cuando un paciente presenta alguna complicación o cuando fue identificada alguna necesidad de tipo emocional. Con esto, el residente identifica los procesos psicológicos posibles de presentarse al término de la cirugía para dar intervenciones puntuales y que impacten en la continuidad del seguimiento postquirúrgico.
- Seminario de psicología bariátrica: Durante el período de residencia se promueve la actualización continua de temas relacionados con el tratamiento psicológico para pacientes con obesidad, esto mediante la revisión de literatura relevante en el tema, la cual es analizada por el equipo de psicología como parte de este proceso de actualización. Esto contribuye a mantener una atención de calidad para la población que se encuentra basada en evidencia y que promueve un hábito necesario durante la práctica profesional posterior a la residencia.
- Presentación de casos clínicos: En la clínica se realiza la presentación de casos que han resultado de difícil manejo, pudiendo obtener retroalimentación del equipo de salud mental y que permite desarrollar una mejora continua en la atención de los pacientes. Esta actividad, también permite al clínico, integrar la información disponible e identificar aquella que aún debe explorar. Esta actividad permite integrar un caso, presentarlo de manera estructurada y promueve el uso del lenguaje técnico en el área, lo que contribuye en una mejor comunicación con otros profesionales de la salud.
- Comité Interdisciplinario: Al finalizar la preparación prequirúrgica, los pacientes son presentados en una sesión interdisciplinaria, en donde, cada profesional

resume la evolución del paciente durante el servicio, para definir en conjunto, si la cirugía es o no aprobada. Al participar en estas sesiones el residente aprende a identificar los aspectos clave a intervenir durante la preparación prequirúrgica, logra estructurar de manera resumida y objetiva la presentación de cada caso, practica la comunicación con otros profesionales e integra conocimientos de otras disciplinas lo que le permite adquirir herramientas de comunicación necesarias para integrarse en futuros equipos de trabajo.

- Seguimiento postquirúrgico: Posterior a la cirugía, los pacientes deben llevar un seguimiento vitalicio, por lo que son atendidos de manera individual periódicamente, aunque en menor frecuencia respecto a la preparación prequirúrgica, a menos de que se identifiquen necesidades particulares en este periodo. También se dan pláticas psicoeducativas grupales que abordan temas relevantes durante el periodo postquirúrgico. Con esta actividad, el residente en medicina conductual que se forma en esta clínica logra la integración del proceso desde el primer contacto hasta el abordaje de los aspectos que deben considerarse posterior a la cirugía.

La integración al equipo de psicología en las actividades de la clínica de obesidad, permite al residente en medicina conductual, detectar necesidades particulares en esta población y la posibilidad de proponer intervenciones que apunten a un mejor seguimiento del tratamiento. Durante el periodo de residencia, se identificó que algunos pacientes no logran realizar los cambios requeridos para la pérdida de peso en el tratamiento grupal prequirúrgico, por lo que requieren de un mayor número de sesiones, algunos no logran la modificación de hábitos y en otros casos, abandonan el tratamiento.

A continuación, se describe un estudio piloto que incluyó estrategias de la intervención de Entrevista Motivacional enfocado en impactar en el peso, autoeficacia y

motivación, el cual, fue realizado en la Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica durante el periodo de residencia de la maestría en Medicina Conductual con sede académica en la Facultad de Psicología.

3. Protocolo de investigación

“Efecto de la entrevista motivacional en el peso, motivación y autoeficacia en pacientes con obesidad severa”

3.1 Resumen

La obesidad es un problema de salud a nivel mundial que ha mostrado un crecimiento acelerado en las últimas décadas. La importancia de su atención radica en que es principal factor de riesgo modificable para prevenir el desarrollo de otras enfermedades crónicas, además de las repercusiones a la salud mental identificadas en personas con obesidad. El objetivo de este estudio fue evaluar si agregar 3 sesiones de Entrevista Motivacional al tratamiento habitual mejoraba la pérdida de peso, motivación y autoeficacia. El diseño de este estudio fue comparativo, de tipo experimental, de dos brazos y mediciones pre-post intervención. También se obtuvieron correlaciones entre los datos de peso, autoeficacia y motivación. Fueron incluidos 36 participantes que presentaron obesidad severa y que eran candidatos a cirugía bariátrica, pero solo 30 concluyeron el estudio. Las sesiones de EM fueron audiograbadas y revisadas por una supervisora experta en el modelo quien brindó retroalimentación sobre las intervenciones. Los resultados de comparación entre grupos no mostraron diferencias estadísticamente significativas, no obstante, el grupo de EM tuvo mejores resultados en general. Las correlaciones mostraron que la autoeficacia y la motivación se relacionan positivamente entre sí pero que se relacionan de manera inversa con el peso. Añadir sesiones de EM parece favorecer el incremento de la motivación y autoeficacia, lo que puede impactar en que estas personas se mantengan realizando esfuerzos para lograr la pérdida de peso.

3.2 Marco de referencia

Definición de obesidad

La obesidad es una enfermedad sistémica, crónica y multicausal, con aspectos ambientales, culturales, psicológicos y biológicos que están involucrados en su desarrollo. Actualmente es un tema de preocupación, ya que ha mostrado incrementos acelerados a nivel mundial, triplicándose en los últimos 40 años, por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha denominado como la “epidemia del siglo XXI” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Es definida por la OMS como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”. El indicador de mayor uso para identificar la obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC), su cálculo se realiza dividiendo el peso en kilos por el cuadrado de la talla en metros. Cuando el IMC obtenido es igual o superior a 30 kg/m², se considera que la persona presenta obesidad (OMS, 2018).

Formula: $IMC = \text{Peso (Kilos)} / \text{talla (en metros}^2)$

Basado en el IMC, se han clasificado diferentes grados de la obesidad. Grado I IMC entre 30 y 34.9, Grado II entre 35 y 39.9. Particularmente, el término “*obesidad severa*” se refiere al grado III de obesidad, caracterizada por tener un IMC igual o mayor a 40 kg/m² o a partir de un IMC de 35 kg/m² que esté acompañado por al menos de una enfermedad significativa o que genere discapacidad grave (OMS, 2018).

La obesidad es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades crónicas no transmisibles y se ha correlacionado con diferentes padecimientos psiquiátricos, como depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de la conducta alimentaria, uso de sustancias y ciertos rasgos de personalidad (Esquivias et al., 2016; OMS, 2018).

Epidemiología

Población Mundial

Anualmente, el sobrepeso y la obesidad han causado 2.8 millones de muertes en el mundo. Datos de la OCDE reportan que 1 de cada 2 personas tiene sobrepeso y que 1 de cada 5 tiene obesidad, incrementado el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas o incluso la muerte, puesto que, se estima que las personas que padecen obesidad severa viven entre 8 y 10 años menos que las personas con peso normal (OMS, 2017; Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE], s.f.).

Además, se ha identificado que más de la mitad (58%) de las personas con obesidad que son atendidas en las unidades de salud presentan altas comorbilidades de trastornos psiquiátricos (Carpiniello et al., 2009), lo que implica un mayor reto para la atención de esta población y un impacto negativo en los resultados del tratamiento cuando estos no se atienden.

Las prevalencias mundiales de obesidad indican que Estados Unidos presenta el mayor índice en el mundo (38.2%), seguido por México (32.4%), es decir, que nuestro país ocupa el segundo lugar de adultos con obesidad a nivel mundial. Además, resulta alarmante el rápido y constante incremento de la población con este padecimiento, las estimaciones calculan que para el 2030 Estados Unidos llegará a un 47% y México a un 39% de población con obesidad (OCDE, 2017).

Población mexicana

Los incrementos en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en la población mexicana se encuentran entre los más rápidos a nivel mundial, particularmente, en mujeres, se observó que en el periodo del año 1988 a 2006, hubo un incrementó en la prevalencia de obesidad de un 242.1% (ENSANUT, 2012).

Actualmente, la prevalencia total de sobrepeso y obesidad en la población adulta mexicana es de 75.2%, haciendo la distinción por sexos, en mujeres es del 76.8% y en hombres del 73%, notándose mayor proporción en las mujeres. Cuando se toman únicamente los datos de obesidad, la prevalencia total es de 36.1% y, haciendo la distinción por sexo, la proporción de mujeres es del 40.2% y de 30.5 para los hombres de 30.5% (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2018).

En el periodo de 2012 a 2018, la prevalencia de sobrepeso en mujeres aumentó un 1.1% y la de obesidad un 2.7%. En el caso particular de los hombres, la prevalencia de sobrepeso disminuyó 0.1% y la de obesidad aumentó un 3.7 % en el periodo de 6 años (ENSANUT, 2018).

Las altas prevalencias y sus acelerados incrementos han llevado a México a considerar la obesidad como un problema de prioridad, con necesidad de emplear estrategias para frenar el problema ya que atenta la salud de la población al ser considerada un importante factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades crónicas no transmisibles y con repercusiones importantes a la salud mental (Barquera y White, 2018; OMS, 2018).

Etiología

La obesidad es una enfermedad multicausal, con diferentes factores biológicos, psicológicos, medioambientales y culturales que son considerados como riesgos para su desarrollo (Vázquez et al., 2017).

El estilo de vida en el que predomina un alto consumo de alimentos hipercalóricos con pobre realización de actividad física está fuertemente relacionado al desarrollo de esta

enfermedad, ya que se produce un desequilibrio energético que lleva a un aumento progresivo de peso (National Institute of Health [NIH], 2017; OMS, 2018).

Entre los aspectos involucrados en este desequilibrio energético, se encuentra el fenómeno de transición nutricional que ha experimentado nuestro país, ya que ha llevado a diversas modificaciones en la dieta, adoptando patrones de alimentación con predominio de alimentos procesados (ricos en sal, azúcar y grasas) y que generalmente se adquieren a bajo costo, aunado a una constante exposición a la publicidad de dichos alimentos (Ortíz et al., 2006; Ibarra, et al., 2017).

Además, los aspectos referentes a la urbanización y los cambios relacionados con las formas de trabajo que implican horarios laborales extensos favorecen el sedentarismo y menor tiempo disponible para la preparación de alimentos, estos aspectos también promueve el aumento en el consumo de comida rápida o preparada fuera de casa (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad [SEEDO], 2000; NIH, 2017; OMS, 2018).

También existen factores psicológicos y/o emocionales como pobre conocimiento de la enfermedad y de sus consecuencias, baja motivación, dificultades en la autorregulación, dificultades en la organización y manejo inadecuado del estrés que se han relacionado directamente la obesidad. Si bien, no se ha determinado si son causa o consecuencia, sí es claro que tienen una relación importante en la desestructuración de los patrones de alimentación y el sedentarismo que conllevan al aumento progresivo de peso (Esquivias et al., 2016; National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDK], 2018).

Otros aspectos de salud mental frecuentes en pacientes con obesidad es la presencia de psicopatología como depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención e

hiperactividad, abuso de sustancias y algunos trastornos de personalidad, que de manera similar, no se puede decir que estas entidades son causa de la obesidad en sí mismas, pero favorecen conductas que resultan en aumento de peso (Esquivias et al., 2016).

Otros factores como, no dormir lo suficiente, exposición a un ambiente obesogénico, alteraciones metabólicas, dificultades para acceder a espacios recreativos, la genética y el sexo, también contribuyen a este problema de salud (NIH, 2017).

Consecuencias de la obesidad

La obesidad conlleva diversas consecuencias físicas, psicológicas que resultan en sufrimiento y limitaciones en la vida laboral, económica, social y afectiva en el día a día, representando en general una repercusión negativa en la calidad de vida de las personas que la padecen (Abilés et al. 2010 en Sierra, 2013). A continuación, se describen las principales de estas consecuencias.

Consecuencias físicas

Un IMC elevado, ha sido considerado un importante factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades no transmisibles, como son diabetes, enfermedades cardiovasculares, alteraciones del aparato locomotor, síndrome metabólico, hipertensión, aterosclerosis, colesterol elevado, diversos tipos de cáncer y problemas de sueño como el Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño (NIH, 2017; OCDE, 2017; OMS, 2018).

La obesidad, también incrementa el riesgo de mortalidad prematura, llegando a ser hasta 12 veces mayor que en las personas con peso normal. De manera general, se ha considerado que cada 15 kg extra, aumentan el riesgo de muerte en un 30%. El riesgo se eleva a medida que aumenta el grado de obesidad, debido a la carga que representa para

el desarrollo de otras enfermedades: 44% de la carga de la diabetes; 23% de la carga para cardiopatías isquémicas y del 7 al 41% de la carga para diferentes cánceres (OMS, 2012 en Soto et al. 2015). Estimaciones de la OCDE consideran que implementar estrategias de prevención y control efectivas, evitarían 55 000 muertes por enfermedades crónicas en México (Dávila et al., 2015).

Consecuencias psicológicas

Los problemas de salud mental asociados a la obesidad también son amplios, puesto que hay un gran número de personas que son víctimas de discriminación y/o estigmatización desde temprana edad, la cual continúa a lo largo de la vida, teniendo como consecuencia insatisfacción corporal o malestar emocional, baja autoestima, pobre seguridad y en algunos casos, el desarrollo de trastornos psiquiátricos (Vaidya, 2006).

Se ha encontrado que hay fuertes asociaciones entre obesidad y psicopatología, habiendo una prevalencia del 58% de trastornos psiquiátricos en la población con obesidad que asiste a centros de atención a la salud. Los trastornos de mayor frecuencia son: ansiedad (35%), alteraciones del estado del ánimo (30%), depresión mayor (20%) y trastornos de la alimentación (18%) (Carpiniello et al., 2009).

Las personas que presentan trastornos de la alimentación tienen más posibilidades de desarrollar un trastorno afectivo, como es la depresión, a mayor grado de obesidad, mayor es el riesgo de desarrollar estos trastornos (Montt et al., 2005).

Una revisión que consideró particularmente a los pacientes con obesidad severa que se encontraban en protocolo de cirugía bariátrica, permitió conocer las entidades clínicas psiquiátricas altamente correlacionadas con la obesidad; la depresión se presenta en un 30% de estos pacientes (primordialmente en mujeres), los trastornos de ansiedad en un 35%, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un 27,4%, el trastorno por

atracción 25% y consumo de sustancias, particularmente de alcohol, en un 50% (Esquivias et al., 2016).

Para los pacientes que presentan obesidad y además estas características psicopatológicas, presentan más dificultades para perder peso antes y después del tratamiento, aun cuando este sea un procedimiento quirúrgico (Esquivias et al., 2016), por lo que atenderlas es una parte fundamental en el tratamiento.

Consecuencias económicas

Los gastos para la atención de la obesidad y sus comorbilidades físicas (enfermedades crónicas) en 2006, eran equivalentes al 7% del gasto total para la atención a la salud (Ávila y Cahuana, 2009) pero en el periodo de 2000 al 2008, el costo de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad se incrementó un 61%, pasando de los 26 283 millones de pesos a 42 246 millones de pesos, representando un 13% del total de gastos en salud (Gutiérrez et al., 2012) las estimaciones para el año 2016 fueron del 25.01% (Soto et al., 2015; Secretaria de Salud, 2010 en Dávila et al., 2015).

La alta prevalencia de la obesidad y las relación con otras enfermedades, muestran que los sistemas de salud se enfrentan a un serio problema, ya que representa una carga económica para las instituciones, estimada en un 25% mayor que la atención a las personas con peso normal, por lo que se muestra una necesidad de tener medidas preventivas y de control que estabilice y disminuya las prevalencias de obesidad y en consecuencia, de otras enfermedades asociadas, para poder frenar los costes y lograr una mejor distribución de los recursos (NIDDK, 2018; OCDE, 2017; Soto et al., 2015).

Los elevados costos de atención de la obesidad no solo impactan directamente al individuo, también a sus familias y a los servicios de atención a la salud, constituyendo una carga económica para el Estado con un fuerte impacto en las finanzas públicas. Con

relación a lo anterior, el sobrepeso y la obesidad han sido considerados como causa de empobrecimiento a nivel personal y social, ya que disminuyen la productividad laboral y provocan gastos elevados a la atención de la salud relacionados con enfermedades crónicas (García et al., 2010).

En síntesis, puede identificarse que esta enfermedad afecta a los diferentes estratos socioeconómicos, edades y regiones, por lo que es considerada actualmente como un problema de salud pública de prioridad entre las naciones y en nuestro país, ya que implica repercusiones a la salud física y mental de quienes la padecen, resultando en múltiples costos directos e indirectos para el individuo y para los gobiernos (ENSANUT, 2018; OMS, 2018; OCDE, 2017).

Tratamientos para la pérdida de peso

Las personas, pueden prevenir y atender la obesidad realizando una modificación conductual de hábitos de alimentación, que consiste en el cuidado de la ingesta calórica, principalmente disminuyendo la ingesta de azúcares y grasas saturadas, incrementando el consumo de frutas, verduras, cereales integrales y realizando de manera regular actividad física (OMS, 2017).

Alimentación y Actividad Física

Cuando el IMC es menor a 35 kg/m², el tipo de intervención consiste principalmente en seguir recomendaciones generales para incrementar el consumo de frutas y verduras y disminuir el consumo de alimentos procesados, ricos en azúcares, grasas trans y sodio. Si las acciones anteriores no son suficientes, es recomendable iniciar un programa profesional de pérdida de peso, que considera una evaluación completa del ritmo de vida, hábitos de alimentación y nivel de actividad física de cada persona, para indicar acciones

específicas e individualizadas sobre el tipo de alimentos que deben ser incluidos en la dieta diaria (Armstrong et al., 2011; NIH, 2017).

La realización de actividad física también es un componente importante en los programas de pérdida de peso ya que, reduce la grasa abdominal e incrementa la masa magra (huesos y músculo). Las recomendaciones, involucran una combinación de ejercicio aeróbico para favorecer la disminución de masa grasa, combinado con entrenamiento de fuerza para aumentar el tejido muscular (Geliebter et al., 2014; Willis et al., 2012).

Además, la actividad física no solo contribuye a la pérdida de peso, sino que favorece alcanza otros beneficios para la prevención o mejora de otras enfermedades crónicas y de salud mental: reduce la presión arterial, la sensibilidad a la insulina, mejora la sensación de bienestar y autoestima, reduce la ansiedad y depresión (Kay y Fiatarone, 2006; Ross et al., 2004).

La combinación en la modificación de la alimentación más el incremento de la actividad física, suelen ser la intervención estándar para favorecer la pérdida de peso, ya que tiene un mayor impacto en conjunto que el seguimiento único de alguno de los ellos (Geliebter et al., 2014; NIH, 2017; Willis et al., 2012).

Farmacológicos

Para casos de mayor severidad, es posible que se añada a las modificaciones en alimentación y actividad física, la administración de medicamentos aprobados por la *Food and Drug Administration*. Dichos medicamentos apoyan la pérdida de peso de dos formas: permitiendo regular en el cerebro la necesidad o deseo compulsivo de comer, o regulando la forma en que la grasa es absorbida en los intestinos. El uso de medicamentos debe ser cuidadosamente evaluado por un médico profesional calificado, lo mismo que sus efectos

secundarios, además, estos medicamentos no pueden ser utilizados indefinidamente, Es importante señalar que estos medicamentos solo coadyuvan la pérdida de peso cuando se suma al tratamiento estándar (alimentación y actividad física), pero no deben ser utilizados como tratamiento único (NIH, 2017).

Los tratamientos convencionales para la pérdida de peso antes mencionados, han mostrado que logran una pérdida del 10% del peso excedido a mediano plazo, sin embargo, en pacientes con obesidad severa los resultados son desalentadores, ya que dos terceras partes del peso perdido se recupera en el primer año después de suspender el tratamiento, y es recuperado en su totalidad o en algunos casos más (fenómeno conocido por los pacientes como rebote), en un periodo de 5 años o menos (Picot et al., 2009).

Tratamiento psicológico

La intervención en los diferentes grados de obesidad requiere que sean identificadas las barreras psicológicas y aspectos conductuales que pueden dificultar la modificación de hábitos de alimentación y de actividad física, sin ello, la pérdida de peso puede ser limitada, con poca probabilidad para el mantenimiento de dicha pérdida posterior al tratamiento y con alto riesgo de desarrollar condiciones psicopatológicas y/o emocionales que impactan en el bienestar del individuo (Vázquez et al., 2017).

Actualmente, la terapia cognitivo conductual es la que ha mostrado mayor evidencia para lograr estos cambios. Principalmente, esta intervención, busca ayudar al paciente a comprender la relación existente entre sus emociones, pensamientos, conductas y situaciones para poder modificarlos posteriormente, logrando así, la adquisición de estrategias que proporcionan bienestar al paciente, además de coadyuvar en la

modificación de hábitos para lograr la pérdida de peso (Baile y González, 2013; Sierra, 2013).

No obstante, existen otras propuestas que hacen énfasis en otros elementos de cambio, como el grado de motivación y confianza en uno mismo (autoeficacia) que presentan los pacientes para realizar cambios en la alimentación y en actividad física, ya que se ha observado que estos aspectos están relacionados con el logro de la pérdida de peso y su mantenimiento (Armstrong et al., 2011; Christie & Channon, 2014).

La Entrevista Motivacional y el Modelo Transteórico de Cambio, consideran estas variables y definen intervenciones específicas a seguir por el terapeuta, por lo que se ha sugerido su uso como apoyo al tratamiento psicológico convencional para incrementar las posibilidades de éxito del tratamiento (Froján et al., 2010).

Cirugía bariátrica

Las guías internacionales y la guía nacional de práctica clínica “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena” de la Secretaría de Salud, recomiendan que, para las personas con obesidad severa con múltiples intentos para perder peso sin respuesta favorable, se realice la referencia a servicios de especialidad para evaluar la necesidad de un procedimiento especializado y en muchos casos quirúrgico, a fin de reducir la capacidad gástrica y/o modificar la absorción de nutrientes de manera permanente (Secretaría de Salud, 2012; NHLBI, 2018).

La cirugía bariátrica está indicada desde 1991 en pacientes con un IMC igual o mayor a 40 kg/m² o con un IMC a partir de 35 kg/m² con comorbilidades médicas importantes (obesidad severa). Ha mostrado ser el tratamiento más eficaz para este tipo de pacientes ya que disminuye el peso entre 23 y 37 kg, tras dos años de seguimiento y esta pérdida persiste tras 8 años de seguimiento aunque de manera más discreta, también se ha

identificado mayor mantenimiento de la pérdida, e incluso mejora o remite las comorbilidades metabólicas, lo que lleva a mejorar la calidad de vida de las personas que son intervenidas quirúrgicamente (Clegg et al., 2003; Karlsson et al., 2007; NIH, 2019).

La cirugía es considerada actualmente como el tratamiento estándar para el manejo de la obesidad severa, pero al igual que con el uso de medicamentos, requiere de una evaluación detallada para seleccionar a los candidatos, además de ser necesaria la modificación en la alimentación, el incremento de la actividad física para mantener la pérdida de peso y el seguimiento de indicaciones médicas para la toma de suplementos y medicamentos necesarios para reducir los riesgos a la salud (Romero & Herrera, 2012).

Los candidatos a cirugía deben cumplir ciertos requisitos para incrementar las probabilidades de éxito a largo plazo, las cuales son: edad ideal entre 18 y 55 años (aunque se realizan excepciones de acuerdo a la evaluación de los casos), que la obesidad severa este establecida desde al menos 5 años, fracaso ante tratamientos convencionales previos no quirúrgicos, ausencia de consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, ausencia de trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, psicosis, retraso mental, alteraciones de la conducta alimentaria) y de manera importante, el compromiso para la adhesión a las indicaciones del personal de salud (NIH, 2016; Rubio et al., 2004).

El ingreso de los candidatos al protocolo requiere de una amplia evaluación de los aspectos físicos y psicológicos por parte de un equipo multidisciplinario, que considera principalmente un cirujano bariátra, anestesiólogo, nutriólogo, psicólogo y psiquiatra, todos especialistas en el manejo de la obesidad. En caso de ser necesario, se incluye la participación de otros médicos especialistas como neumólogo, cardiólogo, endocrinólogo y médico del deporte (Vázquez & Rodríguez, 2017).

Los pacientes deben ser informados de que se trata de una cirugía funcional, que puede producir malabsorción intestinal, y que, la mayoría de las veces, los procedimientos no son reversibles, por lo que debe mantener un tratamiento de por vida. Además, debe comprender que, aunque uno de los beneficios puede ser el estético, no es el objetivo principal de esta intervención (Rubio et al., 2004).

Complicaciones postquirúrgicas

En el periodo postquirúrgico, las complicaciones son mínimas, sin embargo, puede presentarse la re-ganancia de peso, la deficiencia nutricional o presencia de *Síndrome de Dumping*¹, lo que implica más visitas de las programadas, ampliar el tratamiento o riesgos a la salud. La prevención de estas condiciones depende en buena medida de un seguimiento adecuado de las indicaciones médicas por parte del paciente y no principalmente del procedimiento en sí mismo (Karasu & Karasu, 2010; Papapietro, 2012; Romero & Herrera, 2012; NIH, 2016; Vázquez & Rodríguez, 2017).

También pueden aparecer comportamientos de alimentación no saludables o de alto riesgo como la conducta de *grazing*² o *pastoreo*, la probabilidad de aparición incrementa cuando no son identificados y atendidos problemas en los patrones de alimentación en el periodo prequirúrgico. Una revisión sistemática encontró que el *grazing* tiene una prevalencia que va del 17 al 50% y que la presencia de esta conducta se asocia con la

¹ El *Síndrome de Dumping* es una complicación frecuente que puede ocurrir tras la alteración anatómica gástrica modificando los mecanismos de vaciado gástrico. Los síntomas del Síndrome temprano se dan durante la primera hora después de consumir alimentos y se caracteriza por dolor abdominal, distensión, náuseas, diarrea, fatiga, incremento de la frecuencia cardíaca, sudoración, hipotensión y rara vez, síncope. El síndrome tardío ocurre de 1 a 3 horas después de consumir alimentos y se caracteriza por una respuesta hiperinsulinémica tras la ingestión de carbohidratos (Tack, 2014 en Van Beek et al., 2016).

² El *grazing* es una conducta alimentaria que se caracteriza por la ingesta no planificada y repetitiva de pequeñas cantidades de alimentos (Conceição et al., 2014 en Pizato et al., 2017), en algunos pacientes posquirúrgicos cambian los patrones de atracón a conductas de este tipo debido a que ya no pueden ingerir grandes cantidades de alimento.

reganancia de peso independientemente de la cirugía realizada (Pizato et al., 2017; Zunker et al., 2012).

Intervención psicológica prequirúrgica

Las guías norteamericanas recomiendan una amplia evaluación e intervención por parte del equipo de salud mental (conformado por psiquiatra y psicólogo) para para la detección e intervención de hábitos no saludables, trastornos psiquiátricos comórbidos, de personalidad o algunas otras condiciones psicológicas que puedan interferir con la pérdida de peso, en el mantenimiento de dicha pérdida o para la detección de contraindicaciones que resultarían un mayor riesgo a la salud física o mental (Mechanick et al., 2013). can04150711132

En pacientes con obesidad severa que no presentan psicopatología, el tratamiento psicológico prequirúrgico está dirigido a modificar los hábitos de alimentación recomendados por el especialista en nutrición, de actividad física por su médico del deporte y, en los casos que lo requieran, la toma de medicamentos o recomendaciones realizadas por los médicos especialistas (Sierra, 2013).

El tratamiento psicológico tiene como base el modelo teórico cognitivo-conductual y puede brindarse en grupo o individualizado. Los componentes que se suelen incluir son: psicoeducación, automonitoreo, establecimiento de metas, análisis funcional, control de estímulos, entrenamiento en autocontrol, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, manejo de emociones, prevención de recaídas y mantenimiento (Baile & González, 2013; Shilts et al., 2004; Spahn et al., 2010).

La preparación pre-quirúrgica multidisciplinaria es muy importante en todos los pacientes, ya que busca proporcionar información clara al paciente sobre el proceso previo a la cirugía, de la cirugía misma y del seguimiento posterior. Respecto al

tratamiento psicológico, las guías de tratamiento recomiendan que se encuentre basado en evidencia, que intervenga en la modificación de las conductas de alimentación, de actividad física y adhesión al tratamiento, además de atender las alteraciones psicológicas relacionadas a la obesidad previo a la cirugía (Baile & González, 2013; SEEDO, 2000; Vázquez & Rodríguez, 2017).

Las dificultades en el mantenimiento de la pérdida de peso representan un gran reto para el paciente y para los profesionales de la salud. La literatura sugiere que el tratamiento para la pérdida de peso incluya una intervención psicológica especializada, con estrategias específicas y basadas en evidencia, que consideren no solo los cambios conductuales, sino, la disposición al cambio que se relacionan con el nivel de autoeficacia y motivación, necesarios para que dichos cambios puedan lograrse (Sierra, 2013).

3.3 Variables involucradas en el proceso de cambio

Autoeficacia

El término de autoeficacia fue propuesto por Albert Bandura en el año de 1977 y es un elemento central de la teoría social cognitiva, la cual propone que la motivación y la conducta están reguladas por el pensamiento, involucrando tres tipos de expectativas: de situación, de resultado y de autoeficacia (Olivari & Urra, 2007).

Bandura definió la autoeficacia como “la creencia que tiene una persona de poseer capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados”, y está influye en cómo se siente, piensa y actúa la gente. El nivel de autoeficacia puede aumentar o reducir la motivación, por lo que, las personas con una elevada autoeficacia se involucrarán en el desempeño de tareas más complejas y se

establecen objetivos más elevados, contrario a quienes presentan un nivel bajo (Olivari & Urra, 2007).

La autoeficacia específicamente relacionada con el comportamiento en salud, puede definirse como “la confianza que uno mismo tiene de poder participar en el comportamiento saludable, aun en diferentes situaciones que implicaran un reto” (Glanz et al., 2015).

La teoría social considera que las intervenciones dirigidas a incrementar la autoeficacia, llevan a incrementar el tiempo y esfuerzo requerido para lograr una tarea (Bandura, 1986). Sin embargo, también se ha identificado que, en algunos casos, elevados niveles de autoeficacia pueden resultar contraproducentes, ya que las personas pueden tener tanta seguridad de alcanzar el objetivo, que pueden asignar menos esfuerzos para realizar la tarea, es decir, conduce a un exceso de confianza (Stone, 1994; Vancouver et al., 2002).

Como ventajas de mantener un adecuado nivel de autoeficacia, los individuos tendrán mayores probabilidades de plantearse objetivos más altos, con menor probabilidad de renunciar a las tareas aun si los obstáculos son diversos, de manera contraria, una percepción de elevada dificultad en la tarea en combinación con una pobre autoeficacia puede implicar una negativa al intento, o bien, a una deserción temprana (Vancouver et al., 2002).

La autoeficacia ha demostrado que influye en la realización y mantenimiento de las conductas de salud y ha resultado ser un predictor importante de la modificación de conducta y de su mantenimiento (Cabrera, 2000; Olivari & Urra, 2007)(Cabrera A., 2000; Olivari & Urra, 2007), sin embargo, es útil tener presente que debe relacionarse con

expectativas realistas y que no sea considerada como sinónimo de acción, meta alcanzada o indicador único para el logro de una meta (Stone, 1994).

Motivación

La motivación se ha descrito teóricamente en función de las razones que llevan a un individuo a realizar determinada conducta para que ocurra en el modo y en la situación en que se produce. En buena medida, el estudio de la motivación ha hecho referencia a procesos cognitivos, como el análisis, valoración y atribución de causas, que dirigen la conducta a determinada meta. Se ha concluido incluso que la motivación resulta en un proceso interno básico, relacionado con la consecución de objetivos que tienen que ver con el mantenimiento o mejora de la vida de un organismo (Palmero, 1997).

No obstante, el centrar la motivación como un proceso interno y causal de la conducta, ha conllevado diversas dificultades para su aplicación en la investigación. Es por ello, que se ha propuesto el concepto de *operación de establecimiento* como alternativa al concepto tradicional. Este concepto es derivado del ámbito del análisis de la conducta, el cual está centrado en las operaciones ambientales, particularmente, en operaciones motivadoras que pueden describirse como un *cambio en el ambiente o en el organismo, que temporalmente altera las funciones de los parámetros de una respuesta aprendida para una secuencia determinada que permanece constante* (Froján et al., 2010).

Conductualmente hablando, respecto a los estímulos antecedentes, la operación motivadora puede alterar la capacidad de un estímulo incondicionado o condicionado y la capacidad evocadora de uno discriminativo. Respecto a los estímulos consecuentes, puede alterar la efectividad del estímulo como reforzador o castigo, y puede alterar los parámetros de una respondiente u operante (Froján et al., 2010).

Se ha identificado que la intervención de Entrevista Motivacional utiliza primordialmente estrategias que resultan ser descripciones de las consecuencias que han tenido, tienen o tendrán las conductas problema o adaptativas del paciente. En este sentido, las verbalizaciones del terapeuta podrán considerarse antecedentes de la conducta del paciente y podrán alterar las funciones como operación de establecimiento (Froján et al., 2010).

En resumen, para motivar, el terapeuta presenta los estímulos que especifican contingencias (conducta -saludable o no saludable- y consecuencia de esta), alterando las funciones de otros estímulos y los parámetros de respuestas posteriores que serán realizadas por el paciente (Froján et al., 2010).

3.3 Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional (EM) se introdujo por primera vez en un artículo de la revista *Behavioral Psychotherapy* en 1983 por el Dr. William R. Miller, un profesor emérito de psicología y psiquiatría de la Universidad de Nuevo México. En 1991 escribe la primera edición del libro *Entrevista Motivacional* en colaboración con Dr. Stephen Rollnick, quien es profesor de la Facultad de Medicina de Cardiff en Reino Unido, psicólogo clínico e investigador con un amplio trabajo publicado (W. Miller & Rollnick, 2013).

El inicio de la EM se relaciona con hallazgos inesperados de un estudio que evaluaba una intervención para tratar el consumo de alcohol, en donde se identificó, que la relación interpersonal basada en la empatía impactaba positivamente en los resultados del tratamiento y en el seguimiento a 6 meses, incluso a los 12 y 24 meses de seguimiento, aunque en menor medida (W. R. Miller & Rose, 2009).

Lo anterior motivó a continuar con las observaciones, principalmente de las intervenciones breves efectivas, el resultado del análisis permitió a R. Miller y sus colaboradores, la identificación de 6 componentes comunes relacionadas con la efectividad de estas intervenciones, los cuales se resumieron con el acrónimo FRAMES (por las siglas en inglés): 1) Retroalimentación del estado personal relacionado con las normas; 2) Responsabilidad del cambio personal; 3) Consejo de cambio; 4) Menú de opciones para lograr el cambio; Empatía como estilo del terapeuta y 6) Apoyo a la Autoeficacia (Bien et al., 1993).

La investigación se ha realizado principalmente para el tratamiento del consumo de alcohol y de otras drogas, por lo que, actualmente, la EM cuenta con un marco teórico sólido y amplia evidencia científica de su efectividad en el campo de las adicciones, aunque recientemente se ha extendido su aplicación para la modificación de otras conductas relacionadas con la salud (Bóveda et al., 2013).

Este modelo es considerado como una estrategia de intervención centrada en el paciente, que busca promover el cambio de conducta mediante la exploración y resolución de la ambivalencia. Está basada en el supuesto de que el paciente debe asumir como propio el objetivo del cambio para poder iniciar el camino hacia la acción sin que sea impuesto por el clínico o personal de salud que lo atiende (Resnicow et al., 2006).

La entrevista Motivacional, es definida ampliamente por sus autores como *“un estilo de comunicación orientado a objetivos con particular atención al discurso de cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación personal y el compromiso con un objetivo específico mediante la elicitación y exploración de las propias razones del cambio, dentro de una atmósfera de aceptación y compasión”*(W. Miller & Rollnick, 2013).

En la tercera edición del libro Entrevista Motivacional: Ayudando a las personas a cambiar, W. Miller y S. Rollnick (2013), realizan una actualización sobre la conceptualización, enseñanza y práctica de la EM. Las principales modificaciones son que fueron eliminadas las 2 fases que se identificaban en las sesiones de intervención (I. Construir la atmósfera para el cambio y II. Fortaleciendo el compromiso para el cambio) y ya no son mencionados los 5 principios propuestos en las ediciones anteriores, en su lugar, describen cuatro procesos generales y organizan las intervenciones en torno a ellos, además, incluyen el elemento de compasión y amplían la descripción de las habilidades básicas requeridas en la práctica. A continuación, se presenta un resumen de los aspectos de la EM incluidos en el libro antes mencionado.

El espíritu de la EM

La esencia de la EM involucra tres aspectos fundamentales: colaboración, evocación y respeto a la autonomía del paciente, aunque más recientemente los autores han delineado estos aspectos, agregando los elementos de la aceptación y compasión. Así, el espíritu de la EM involucra actualmente 4 elementos que se encuentran interrelacionados: Colaboración, Aceptación, Compasión y Evocación. A su vez, la aceptación incluye 4 aspectos: valor absoluto, empatía precisa, apoyo a la autonomía y afirmación.

- a) La *colaboración* permite que exista una relación entre el clínico y el paciente en la que se desarrolla una conversación activa relacionada con el proceso de toma de decisiones.
- b) La *aceptación* se refiere a un profundo entendimiento de lo que el paciente es, aunque no necesariamente se esté de acuerdo o lo apruebe. Se compone de

las siguientes características: valor absoluto (considera que cada persona tiene un valor propio, el cual debe ser reconocido), empatía precisa (que representa un interés y esfuerzo de conocer al otro), apoyo a la autonomía (se refiere a que el paciente puede tomar sus propias decisiones) y la afirmación (reconocer los esfuerzos realizados).

- c) La *compasión* no implica sufrir con, sino perseguir el bienestar y los intereses del otro.
- d) La *evocación* lleva a identificar los elementos de los que ya dispone y hacer uso de ellos en el proceso de cambio.

Los cuatro procesos

Inicialmente la EM consideraba dos fases en sus intervenciones: construcción de la motivación y consolidación del compromiso. Sin embargo, esta propuesta ya no es válida y actualmente son considerados 4 procesos superpuestos pero secuenciales, que consideran la decisión de cambiar como un requisito previo para poder planificar como hacerlo.

- a) Compromiso (*Engaging*): establecimiento de una relación de trabajo de trabajo, por lo que resulta fundamental la alianza terapéutica. Este compromiso puede surgir en pocos minutos o puede tardar varias semanas. Existen diferentes factores internos y externos que pueden facilitarlo o afectarlo.
- b) Enfocar (*Focusing*): es el proceso por el que se desarrolla y se mantiene el discurso de cambio y no implica precisamente un cambio conductual, quizá, pueda relacionarse con una elección que sostiene una conducta o incluso, la elección de no hacer cambios.

- c) Evocar (*Evoking*): es descubrir las razones del paciente para cambiar, cuidando evitar actitud de experto en donde el terapeuta analiza el problema, identifica el error y da las soluciones para arreglarlo.
- d) Planificar (*Planning*): involucra tanto el desarrollo del compromiso al cambio como la formulación de un plan de acción, escuchando sus propias soluciones y considerando los cambios que el mismo considere aceptables. Dado que pueden presentarse obstáculos, no es un proceso que se da por terminado, requiere la revisión de vez en vez.

Habilidades básicas

La práctica de la EM requiere el uso de algunas habilidades básicas de comunicación, las cuales se comparten con otras formas de intervención. Estas habilidades atraviesan los procesos, presentando particularidades en cada uno. En inglés se resumen con el acrónimo OARS (Open Questions, Affirming, Reflective Listening y Summarizing) en español PAER (Preguntas abiertas, Afirmaciones, Escucha reflexiva y Resumir).

- a) Preguntas abiertas: se prioriza su uso ya que son una invitación a reflexionar y elaborar, puesto que pueden dar información importante sobre el marco de referencia interno del paciente.
- b) Afirmaciones: Es el reconocimiento de las propias fortalezas, esfuerzos y recursos con los que se cuenta y que permiten que el cambio pueda darse. El clínico se mantiene constantemente atento a los pasos acertados que da el paciente con lo que reconoce su capacidad de crecimiento y de cambio.
- c) Escucha reflexiva: es una herramienta fundamental en EM y tiene como función aclarar y profundizar la comprensión por parte del terapeuta.

- d) Resumir: resultan una reflexión de todo lo que se ha dicho que contribuyen a la comprensión, además, pueden ser útiles en la transición de una tarea a otra y reflejan el compromiso de escuchar y recordar por parte del terapeuta. Finalmente, son una oportunidad para que el paciente rescate algo que pudo haberse perdido.

Las herramientas anteriormente descritas, y su conocimiento, no representan en sí mismas el desarrollo de habilidades de la EM por lo que requieren de práctica constante. Las habilidades usadas de manera estratégica permiten a las personas moverse en dirección al cambio.

Además, los autores añaden los aspectos de información y consejo dentro de las sesiones, considerando que es adecuado dar información y consejo cuando los pacientes lo solicitan, sin embargo, si no han sido solicitados, siempre deben proporcionarse con previo consentimiento o permiso de la persona.

La intervención con un estilo de EM no reemplaza las intervenciones educativas, cognitivas o conductuales, más bien, representa una estrategia que suma, ya que ayuda a los pacientes a prepararse para tener una mejor disposición al tratamiento, y una vez, sensibilizados, puedan beneficiarse de los alcances de otras estrategias de intervención (Welch, Rose y Ernst, 2006; Westra y Dozois, 2006).

Justificación

La obesidad es un problema de salud pública a nivel mundial, que ha crecido de manera acelerada en las últimas décadas. La población mexicana se encuentra en el segundo lugar de prevalencias en obesidad a nivel mundial, e incluso su atención, ha sido declarada como emergencia epidemiológica (Barquera & White, 2018; OCDE, 2017).

La preocupación por la atención a esta enfermedad se debe a que es una enfermedad crónica grave, que se asocia con la aparición de otras enfermedades crónicas, psicopatológicas, importante pérdida de la calidad de vida y altos índices de tasas de mortalidad. La atención a sus comorbilidades ha representado una carga económica para las instituciones, reflejada en una disminución de la productividad laboral, mayores costos de atención a la salud y una carga importante a las finanzas públicas (NIH, 2017; OCDE, 2017)

A medida que incrementa el grado de obesidad, incrementa el riesgo de aparición de otras comorbilidades médicas, la probabilidad alteraciones psicológicas, la presencia de psicopatología, el riesgo de muerte, la complejidad del tratamiento, y con ello, el costo de atención a la salud. El tratamiento base para la pérdida de peso es la limitación en la ingesta calórica, la promoción de una alimentación saludable y el incremento en la realización de actividad física, no obstante, estos cambios no siempre los realiza el propio individuo de manera oportuna o de manera constante, lo que conlleva al progreso en la ganancia de peso y en algunos casos, a alcanzar niveles de obesidad severa (NIH, 2017; OMS, 2018; OCDE, 2017; Soto et al., 2015).

La recomendación para pacientes con obesidad severa (IMC igual o mayor a 40 kg/m² o con un IMC a partir de 35 kg/m² con comorbilidades médicas importantes) con múltiples intentos previos para perder peso es la cirugía bariátrica, ya que es la intervención que ha mostrado mayor mantenimiento de la pérdida de peso, y en muchos casos, mejora o

remite las comorbilidades metabólicas, sin embargo, es necesario que los pacientes realicen modificación de hábitos previos a la cirugía para disminuir las probabilidades de complicaciones postquirúrgicas e incrementar las posibilidades de mantener el peso perdido de una manera saludable (Clegg et al., 2003; Karlsson et al., 2007; National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney [NIDDK], 2018).

Las instituciones de salud públicas y privadas ofrecen servicios para la atención a la población, sin embargo, ha representado un reto importante ya que el personal de salud se enfrenta a múltiples dificultades relacionadas con la complejidad del problema, la falta de seguimiento de las indicaciones del personal, la saturación de los servicios y el abandono del tratamiento. Lo anterior promueve que las diferentes disciplinas continúen con la búsqueda de estrategias de intervención basadas en evidencia, a fin de atender las barreras, hacer frente a este problema, y contribuir con ello a la disminución de las altas prevalencias de obesidad (Acharya et al., 2009; González et al., 2007; Olivari & Urra, 2007; Sim et al., 2014).

Actualmente las guías internacionales y, propiamente las mexicanas, recomiendan un tratamiento interdisciplinario, que involucre personal de salud mental para identificar y atender las barreras psicológicas que puedan intervenir en la modificación de hábitos (NIH, 2017; Secretaría de Salud, 2012; Vázquez et al., 2017).

Una revisión sistemática encontró que las intervenciones psicológicas en obesidad contribuyen a mejorar la efectividad y adherencia al tratamiento, siendo la psicoterapia cognitivo-conductual, principalmente con sus componentes conductuales, la que ha mostrado mejores resultados (Burguess, Hassmen, Welvaert y Pumpa, 2017). Hoy en día, este modelo es ampliamente recomendado y utilizado como estrategia de intervención psicológica estándar en la mayoría de las instituciones de salud (Baile y González, 2013).

Otra intervención que ha mostrado buenos resultados para mejorar los resultados del tratamiento es la entrevista motivacional, y existen múltiples estudios que reportan efectividad de esta estrategia, principalmente para disminuir el número de copas de alcohol o para disminuir el consumo de cigarrillos (Beckham, 2007; Soria et al., 2006).

En algunas áreas de atención a la salud, particularmente en enfermedades crónicas y pérdida de peso, la EM se ha incluido, debido a que es una intervención breve, que ha mostrado un impacto positivo en el seguimiento de las indicaciones médicas, la asistencia al tratamiento y la aceptación de la derivación a otros servicios (Sim et al., 2014).

En 2011, Armstrong y Cols. publicaron una revisión sistemática y metaanálisis sobre los ensayos clínicos controlados que tenían como variables Entrevista Motivacional y el cambio de peso e índice de masa corporal en pacientes con obesidad. La búsqueda arrojó 3540 artículos, pero solo 12 cumplieron con los criterios de inclusión y 11 fueron incluidos en el metaanálisis. Los resultados fueron alentadores, indicando que la intervención con componentes de EM parece mejorar la pérdida de peso en pacientes con obesidad.

Otras revisiones sistemáticas que incluyen a la EM como estrategia de intervención, han arrojado también resultados prometedores pero no concluyentes respecto a su efectividad, encontrando principalmente como dificultades las variaciones de la calidad de los estudios, la falta o desconocimiento de la fidelidad del tratamiento y la posibilidad de sesgo de informe selectivo, por lo que sugieren continuar con investigaciones que puedan atender estos aspectos y definir si en realidad la EM contribuye a mejorar la efectividad de los tratamientos en el área de la salud (Barnes & Ivezaj, 2015; Lindson et al., 2015).

Dado que, tanto la Terapia Cognitivo-Conductual como EM han mostrado tener resultados alentadores, se han realizado estudios que exploran la efectividad de esta combinación. Spoelstra y cols., (2015) realizaron una revisión sistemática que incluyó 6 artículos que combinaron el uso de Entrevista Motivacional y Terapia Cognitivo-Conductual para incrementar la adherencia al tratamiento médico. Los estudios incluidos se realizaron en poblaciones con una sola condición médico-crónica o psicológica y consideraban como adherencia el cumplimiento de la toma de la medicación como había sido indicada. En los resultados, se observó mayor efectividad cuando se combinaron ambas intervenciones respecto a una sola, sin embargo, este estudio no deja claro si resulta efectivo para personas que presentan más de una condición crónica y en otras conductas de salud como es la realización de actividad física o en la modificación de hábitos de alimentación (Spoelstra et al., 2015).

En 2010 se realizó un estudio de cohorte en pacientes con obesidad que se habían realizado cirugía bariátrica (al menos 18 meses después de la cirugía), la modalidad de la intervención fue grupal, con una duración de 8 semanas e incluyó la combinación de estrategias de TCC y de EM. Los resultados de los pacientes que participaron en el estudio mostraron mayor motivación, cambios de comportamiento para enfrentar antojos y en la pérdida de peso (Stewart et al., 2010).

En 2013, otro estudio realizado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 también exploró si la inclusión de una sesión de Entrevista Motivacional podía potenciar el resultado del tratamiento Cognitivo-Conductual. Los resultados mostraron, en general, mejoría de las medidas fisiológicas (hemoglobina glicosilada), pero el grupo que incluyó la intervención de EM, mostró mayor estabilidad emocional o mejora de los aspectos psicológicos en el seguimiento a 6 meses, concluyendo que esta podría ser efectiva

principalmente en las variables psicológicas, como el incremento de autoeficacia (Flores & Sosa, 2013).

Otra revisión de la literatura más reciente también analizó la combinación estrategias de entrevista motivacional con la terapia cognitivo-conductual en la modificación de conductas relacionadas con la pérdida de peso en adultos con diferentes condiciones de salud, se incluyeron un total de 10 artículos los cuales cumplieron con el requisito de ser ensayos clínicos, las conclusiones a las que se llegaron los autores fue que la combinación de estas estrategias tiene un alcance moderado en la realización de actividad física y pérdida de peso (Barrett et al., 2018). Las características de los estudios incluidos se resumen en la tabla 1.

Barrett y sus colaboradores (2018) consideran que, aunque no todos los estudios mostraron resultados con diferencias estadísticamente significativas, si resulta conveniente utilizar esta combinación para mejorar los resultados a favor del cuidado de la salud en diferentes poblaciones, además, puede ser integrada fácilmente a la práctica cuando se cuenta con el entrenamiento adecuado, por lo que recomiendan continuar investigando al respecto.

Tabla 1. Características de los estudios que han analizado la efectividad de la combinación del uso de Entrevista Motivacional y terapia cognitivo conductual.

Autor y año	Participantes	Intervención	Conclusiones
Bennett et al., 2007)	Sobrevivientes de cáncer	3 llamadas telefónicas de 20 minutos cada una, con abordaje principal en temas para superar los obstáculos y la reformulación de objetivos + 4 llamadas telefónicas de seguimiento (las 2 semanas, 2 meses 4.5 meses posterior a la	El uso de la EM puede ser efectiva para incrementar la actividad física, principalmente cuando se presenta mayor nivel de autoeficacia, sin embargo, por sí misma, la autoeficacia no significa a un cambio en el comportamiento.

			intervención de asesoramiento en actividad física).	
Lakerveld et al., 2013	Adultos con riesgo de diabetes mellitus tipo 2 o riesgo de enfermedad cardiovascular.	con de	6 sesiones individuales de 30 minutos que incluían Estrategias de Entrevista Motivacional y de Solución de problemas + 3 llamadas telefónicas mensuales de seguimiento.	Las diferencias entre los grupos no mostraron diferencias significativas a los 6 y 12 meses de tratamiento. Se concluye que la intervención no es más efectiva que proporcionar folletos con la información en esta población.
Conn et al., 2003	Mujeres adultas mayores (media de 75 años).		Una sesión grupal y 2 sesiones individuales con Estrategias de la EM, abordaje considerando los procesos de cambio del modelo transteórico y estrategias de reevaluación y modelamiento.	La EM no fue efectiva para incrementar la realización de actividad física en esta población, los autores consideran que la edad es una variable por considerar.
Greaves et al., 2008	Mayores de edad con índice de Masa Corporal (IMC) de 28 o mayor.	de con	Hasta 11 sesiones individuales de 30 min, la intervención incluyó estrategias de Entrevista Motivacional y de Terapia Cognitivo Conductual (planes de acción, manejo de recaídas).	El grupo de intervención resultó efectivo para la pérdida de peso del 5% y se encontró un incremento significativo en la actividad física.
Groeneveld et al., 2011	Hombres: trabajadores de la construcción con riesgo elevado de enfermedad cardiovascular.		3 sesiones individuales de 45 minutos con estrategias de Entrevista Motivacional + 4 llamadas telefónicas de 15 minutos. <i>*No se describe la Intervención TCC</i>	El grupo que recibió la intervención con estrategias de EM fue más efectivo para moderar el consumo de bocadillos, incrementar el consumo de frutas y reducir el consumo de tabaco. Estos efectos se mantuvieron positivos a los 6 meses, pero ya no fueron significativos a los 12 meses de seguimiento.

Janssen et al., 2014	Pacientes de rehabilitación cardíaca.	7 sesiones grupales de 2 horas con Entrevista Motivacional y asignación de tareas para casa enfocadas en la autorregulación + 1 sesión individual.	El grupo que incluyó las estrategias de EM tuvo un efecto significativo para la realización de ejercicio a los 6 y 15 meses de seguimiento. Además, esto también se relacionó con menores ingresos hospitalarios.
Knittle et al., 2015	Pacientes con artritis reumatoide.	1 sesión grupal + 3 sesiones individuales de 60 min (1 de EM y 2 de autorregulación) + 3 llamadas telefónicas de 20 minutos.	El grupo de tratamiento experimental tuvo mejor aprovechamiento del tiempo libre, incremento de la actividad física, mayor autoeficacia y mayor automotivación hasta 6 meses posterior a la intervención, sin embargo, no mostró la misma efectividad para la fatiga o síntomas depresivos.
Marques et al., 2017	Pacientes que experimentan fatiga crónica.	2 individuales de Entrevista Motivacional + 2 llamadas telefónicas que incluían estrategias de autorregulación.	Los resultados mostraron efectividad para mejorar la experiencia subjetiva de la fatiga y para incrementar la actividad física.
Martens et al., 2012	Estudiantes Universitarios	1 sesión individual de 30 minutos basada en los principios de Entrevista Motivacional como son expresar empatía, dar un giro a la resistencia y el uso de reflexiones con la finalidad de ayudar a explorar y resolver la ambivalencia.	La entrevista Motivacional parece ser adecuada para incrementar la actividad física moderada en estudiantes universitarios.
Murphy et al., 2013	Personas con enfermedad cardiovascular	8 sesiones individuales de 90 minutos con estrategias de Entrevista Motivacional y Terapia Cognitivo Conductual	El grupo que combinó los tratamientos mostró una tendencia mayor en la modificación del consumo de

para lograr cambios de
comportamiento y manejo del
estado de ánimo.

grasas y en la reducción del
riesgo cardiovascular a los 4 y
menor a los 12 meses.

La búsqueda de artículos para este trabajo no arrojó ningún estudio que considere específicamente la intervención de Entrevista Motivacional, ni sola, ni en combinación con estrategias de la terapia Cognitivo-Conductual en pacientes que se encuentran en protocolo de cirugía bariátrica. Es importante considerar las particularidades de esta población, puesto que algunos estudios han identificado barreras relacionadas con la deserción del tratamiento en el periodo prequirúrgico.

Las barreras relacionadas con el abandono del tratamiento identificadas en pacientes que se encontraban en protocolo para cirugía bariátrica han sido diversas. Un primer estudio encontró que comúnmente las motivaciones expresadas por los pacientes están relacionadas con la mejoría de las enfermedades comórbidas, sin embargo, el conocimiento de éstas no resultó suficiente para concluir el protocolo prequirúrgico. Además, existen barreras relacionadas con el propio tratamiento, ya que las intervenciones parecen no explorar y abordar la ansiedad relacionada con el proceso quirúrgico, y en otros casos, no se abordan las creencias relacionadas con el exceso de confianza de que podrán perder el peso por sí mismos (Mahony et al., 2014).

Un segundo estudio, examinó la relación entre las motivaciones de los pacientes que deciden someterse a una cirugía bariátrica y el impacto en el peso y otros aspectos relacionados a la salud. Los resultados fueron similares al estudio anterior, los participantes informaron principalmente motivación relacionada con la salud física, pero hubo quienes tenían respuestas motivacionales afectivas percibidas, considerando la cirugía como su última opción para prevenir la muerte. Una mayor respuesta afectiva percibida estuvo relacionada con una pérdida de peso significativamente mejor, lo que

indica que la motivación relacionada a aspectos afectivos puede mejorar el éxito del tratamiento (Peacock et al., 2018).

En pacientes que se encuentran en tratamiento para perder peso, se ha identificado que mayores intentos previos de pérdida de peso, realizar poca actividad física e historia de pobre pérdida de peso se relacionan con mayor deserción (Huisman et al., 2010). También se recomienda abordar aspectos relacionados a problemas socio-familiares, el nivel de motivación y sentimiento de abandono ya que han sido razones expresadas por los pacientes como motivos para abandonar el tratamiento (Brosens, 2009).

Las recomendaciones sugieren que, en pacientes prequirúrgicos, abordar los temas sobre la gravedad del padecimiento, la posible letalidad de las afecciones comórbidas, la seguridad y beneficios del procedimiento quirúrgico, así como las dificultades que implica perder peso sin cirugía bariátrica y no recuperarlo, y primordialmente, abordar las motivaciones emocionales (personales) y no solo las de salud, podrían contribuir en disminuir la deserción del tratamiento (Huisman et al., 2010; Mahony et al., 2014; Peacock et al., 2018).

Un estudio realizado en un Hospital General de la Ciudad de México con pacientes en protocolo prequirúrgico de cirugía bariátrica, analizó los factores asociados con la deserción, el estudio incluyó 286 expedientes de pacientes que fueron atendidos entre el 2010 y 2013. Los hallazgos mostraron que el apoyo social y familiar favorecen la adherencia al tratamiento y que la presencia de psicopatología afecta de manera importante dicha adherencia. También se encontró que el 60% de los pacientes abandonaron el tratamiento durante el periodo de preparación prequirúrgica, lo que implica un desaprovechamiento de los recursos humanos, ya que estos pacientes contaban con citas en los diferentes servicios de especialización (Altamirano et al., 2016).

Los candidatos a cirugía bariátrica son pacientes con un grado de obesidad severa con importantes riesgos a la salud, que difícilmente podrán lograr la pérdida de peso por cuenta propia, no realizar la cirugía a estos pacientes impacta en alta probabilidad de mantener la obesidad, y con ello, los riesgos de desarrollar otras enfermedades crónico-degenerativas o que empeoren las que ya se padecen (NIDDK, 2018), lo que implica altos costos para las instituciones que las atienden.

El panorama anteriormente descrito resalta la necesidad de atender a la población con obesidad severa, por lo que este trabajo, buscó evaluar si, añadir una intervención conformada por 3 sesiones con los componentes de Entrevista Motivacional, podrían potenciar los resultados del tratamiento Cognitivo-Conductual para la pérdida de peso en pacientes con obesidad severa que se encuentran en protocolo de cirugía bariátrica.

Planteamiento del problema

¿Cuál es el efecto de la Entrevista Motivacional en el peso, nivel de motivación y autoeficacia en pacientes con obesidad severa que se encuentran en protocolo de preparación para cirugía bariátrica en comparación con el grupo de tratamiento habitual?

Objetivo general

Conocer el efecto de la Entrevista Motivacional en el peso, el nivel de motivación y percepción de autoeficacia en pacientes con obesidad severa que se encuentran en protocolo de preparación para cirugía bariátrica en comparación con el grupo de tratamiento habitual.

Objetivos específicos

- a) Conocer la relación entre autoeficacia y peso.
- b) Conocer la relación entre motivación y peso.
- c) Conocer la relación entre autoeficacia y nivel de motivación al cambio.
- d) Conocer la relación entre la percepción del apego al plan de alimentación y peso.

Hipótesis

Investigación

La Entrevista Motivacional mejora los resultados del tratamiento habitual relacionados con la pérdida de peso.

Hipótesis específicas

- a) La autoeficacia y peso se relacionan inversamente.
- b) La motivación y peso se relacionan inversamente
- c) La autoeficacia y el nivel de motivación se relacionan directamente.
- d) La autopercepción del apego al plan de alimentación y peso se relacionan inversamente.

Hipótesis estadísticas

- Nula: No hay diferencias estadísticamente significativas en los resultados obtenidos entre los grupos de tratamiento habitual y experimental.

- Alternativa: Hay diferencias estadísticamente significativas en los resultados obtenidos entre los grupos de tratamiento habitual y experimental.

3.4 Materiales y método

3.4.1 Tipo de estudio

Estudio comparativo de tipo experimental con dos brazos (grupo de tratamiento habitual y experimental) y con mediciones *pre-post* intervención.

3.4.2 Participantes

El presente estudio incluyó un total de 36 participantes con obesidad severa, que iniciaron tratamiento de preparación prequirúrgica en el periodo de marzo de 2018 a febrero de 2019. Los participantes no presentaron psicopatología ni consumo de sustancias al momento de ingresar al estudio, durante la preparación prequirúrgica, se esperaba una modificación en los hábitos de alimentación y actividad física que impactara en la pérdida de peso para poder realizar su cirugía. Todos los participantes fueron atendidos en la Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Cálculo de la Muestra

Se obtuvo una muestra por conveniencia debido a las necesidades del servicio. Además, dado que se trata de un estudio piloto, la recomendación para este tipo de estudios es un mínimo de 30 participantes (García et al., 2013).

Asignación

Para la asignación a los grupos de tratamiento, se llevó a cabo una aleatorización por bloques balanceados.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes que acudieron a la clínica de obesidad interesados en realizarse cirugía bariátrica.
- Que presentaron obesidad severa (IMC igual o mayor 40 kg/m² o de 35 kg/m² con alguna comorbilidad médica asociada a la obesidad).
- Que supieran leer y escribir.
- Que aceptaron voluntariamente participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.
- Que no presentaron psicopatología en la evaluación inicial mediante la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).

Criterios de exclusión

- Interesados o candidatos solamente a un procedimiento endoscópico (colocación de balón intra-gástrico).
- Que se encontrarán tomando sesiones de psicoterapia individual en la clínica de obesidad por otros motivos diferentes al estudio.
- Que vivieran fuera de la Ciudad de México y no pudieran asistir a las sesiones grupales semanalmente.

Criterios de eliminación

- Que presentaran una condición médica que impidiera desplazarse al hospital.

- Que desarrollaran alguna condición de psicopatología durante el estudio.

3.4.3 Instrumentos

Para la evaluación de las variables de interés fueron utilizadas algunas escalas y formatos para autorreporte que se describen a continuación:

Entrevista Mini Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)

Creada por Sheehan y Lecrubier en 1992 y adaptada al español por Ferrando, Bobes y Gibert (Sheehan et al., 1998), es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (media de 15 minutos), que explora 16 de los principales trastornos psiquiátricos del eje I del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), con una especificidad y sensibilidad del 85% y valor predictivo del 75%. Esta escala se utilizó durante la entrevista inicial para evaluar la presencia de psicopatología en los participantes, si no era identificada alguna, el paciente era canalizado al tratamiento grupal para pacientes sin psicopatología y se le podía realizar la invitación para participar en el estudio.

Registro de peso e Índice de Masa Corporal

Las mediciones de peso siempre se realizaron en 2 básculas de la clínica de obesidad, el dato del peso tomado antes y después del tratamiento fue registrado en un formato diseñado para este estudio, el cual contenía las iniciales del participante, el registro de su talla y su respectivo peso. Posteriormente se realizó el cálculo y registro del IMC para cada uno de los participantes en la pre y post intervención (ver anexo 1).

Asistencia a sesiones grupales

El registro de la asistencia semanal se realizó en los formatos de asistencia grupal propios del servicio de psicología de la clínica de obesidad (ver anexo 2).

Cuestionario de conductas de alimentación

El registro de las conductas de alimentación se realizó mediante la aplicación del Cuestionario de Alimentación, el cual, es un cuestionario autoaplicable, elaborado mediante la revisión de la literatura relacionada con obesidad y cirugía bariátrica. Consta de 17 reactivos con respuestas tipo Likert: 0-nunca, 1-menos de una vez al mes, 2-una vez al mes, 3- dos o tres veces al mes, 4- una o dos veces por semana, 5- tres o cuatro veces por semana y 6-todos los días (ver anexo 3). Además, incluye una pregunta sobre el número de días por semana que se realiza actividad física. Este cuestionario tiene la finalidad de identificar hábitos de alimentación y otras conductas que son necesarias de modificar para lograr la pérdida de peso. Fue evaluado por expertos para la validación de su contenido y se aplica de manera rutinaria en la evaluación inicial dentro de la Clínica de Obesidad (Reséndiz et al., 2015).

Nivel de Autoeficacia y Motivación

La Escala Visual Análoga, es una escala de autorreporte la cual consiste en una línea o regla continua, con una delimitación en los extremos en los que se colocan palabras para orientar el grado en que el participante considera que posee el atributo a medir (Scott & Huskisson, 1979). Para este estudio, fueron diseñadas 4 escalas tipo regleta, que van del 1 al 10 con palabras en los extremos desde “Nada Motivado” hasta “Completamente Motivado” con la intención de medir el nivel de autoeficacia y motivación para el cumplimiento del plan de alimentación y de realización de actividad física de los participantes (ver anexo 4).

Autorreporte de la percepción de apego al plan de alimentación

Los participantes respondieron por escrito a la Pregunta “En escala del 0 al 100, en donde 0 es nulo apego y 100 es perfecto apego ¿En qué porcentaje consideras que mantienes apego al plan de alimentación indicado por nutrición? (ver anexo 5).

3.4.4 Procedimiento

La evaluación psicológica inicial de la clínica de obesidad consiste en una entrevista semiestructurada y aplicación de escalas con la finalidad de detectar las características y necesidades de cada paciente. Una parte de la entrevista está dirigida a identificar la presencia de psicopatología y consumo de sustancias, esto con el apoyo de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Posterior a la evaluación, el psicólogo clínico encargado de la evaluación analiza la información obtenida durante la entrevista y los resultados de las escalas para poder definir la modalidad de tratamiento para cada paciente.

Si se detecta psicopatología, el paciente es derivado al servicio de psiquiatría y a un tratamiento psicológico especializado dentro de la clínica de acuerdo con sus características, pudiendo incluirse en un tratamiento grupal de 8 sesiones para trastorno por déficit de atención e hiperactividad, depresión y ansiedad, y en caso de no contarse con un tratamiento grupal debido a la baja prevalencia del trastorno, es enviado a atención psicológica individual. Para los casos en que se identifica psicopatología grave o algún trastorno por consumo de sustancias que puede contraindicar la cirugía, son referidos a una institución especializada en salud mental y/o adicciones. Finalmente, los

candidatos a balón intragástrico (procedimiento endoscópico), reciben otro protocolo de preparación psicológica particular.

En caso de no detectarse psicopatología, el paciente es asignado a un tratamiento grupal de 6 sesiones semanales para pacientes sin psicopatología, el cual, está diseñado con estrategias cognitivo-conductuales para apoyar la modificación de hábitos requeridos para la pérdida de peso. Estos pacientes eran considerados como potenciales participantes del estudio, por lo que fueron anotados en una lista en la que se registraba nombre y número telefónico, datos necesarios para poder ser avisados de cuando iniciarían su tratamiento psicológico.

Al tener una lista de mínimo 8 pacientes sin psicopatología y con obesidad severa, es posible abrir un grupo terapéutico de preparación prequirúrgica, el inicio de las sesiones se les comunicó mediante una llamada telefónica, este es el proceso habitual de la Clínica de Obesidad, sin embargo, para realizar la invitación para participar en el estudio, los pacientes fueron citados durante la semana previa a iniciar el tratamiento grupal para explicarles el estudio y los objetivos, haciendo particular énfasis en que el participar o no participar no modificaría el tratamiento ni la atención que recibirían dentro de la clínica.

Las personas que no estuvieron interesadas se retiraron y solo se les dio la fecha para presentarse a la primera sesión grupal. Aquellos que expresaron interés en participar, se les entregó por escrito el Consentimiento Informado (CI), el cual fue revisado por cada uno de ellos y se aclararon todas las dudas antes de firmar el documento (ver anexo 6), en este punto se enfatizó que podrían retirar su participación en cualquier momento, sin que esto modificara la atención que recibirían en la clínica.

Una vez firmado el CI, los participantes respondían las escalas utilizadas correspondientes a la medición pre-intervención: Cuestionario de Autoeficacia para el control de peso, el Inventario de Conductas de Alimentación y los autorreportes de motivación al cambio, autoeficacia y percepción de apego al plan de alimentación. Conforme cada participante entregaba sus cuestionarios respondidos, estos eran revisados de manera rápida para identificar que no quedaran reactivos sin responder y, posteriormente, se asignaban al grupo de tratamiento mediante una aleatorización por bloques balanceados. Una vez realizada la aleatorización, se acordó una cita individual con el terapeuta correspondiente (Intervención Neutral o de Entrevista Motivacional), la cual era registrada en la agenda de citas y se llevó cabo durante la semana previa del inicio de las sesiones grupales.

Cabe aclarar, que quienes no pudieron asistir a la reunión grupal para invitarlos a participar en el estudio, se les ofreció la opción de verlos en una cita individual para llevar a cabo el proceso anteriormente descrito.

Así, las sesiones individuales que se requirieron para este estudio se llevaron a cabo, la primera, previo al tratamiento individual, la segunda, en la semana intermedia entre las sesiones grupales 3 y 4, es decir, 3 semanas después de la primera sesión, y la a tercera, durante la semana posterior a concluir las sesiones grupales de preparación prequirúrgica, es decir, 6 semanas después de la sesión 1 (ver diagrama 1).

Descripción de las sesiones de Intervención Individual

- Intervención Neutral: estas sesiones se llevaron a cabo con los participantes del grupo de tratamiento habitual, estas sesiones se caracterizaron por su tendencia a ser neutrales, lo más parecido a una charla cotidiana sin intención de intervenir y, en algunos casos, solo respaldaban lo revisado en las sesiones grupales. Las

terapeutas que apoyaron en esta intervención son pasantes de psicología o maestrantes del posgrado en psicología que se encontraban realizando actividades profesionales relacionadas con el servicio social o residencia de la maestría que no tenían en ese momento un entrenamiento de la intervención de Entrevista Motivacional. Las sesiones individuales subsecuentes (sesión 2 y 3) eran acordadas entre terapeuta y paciente en la ventana de tiempo designada para llevar a cabo la intervención (entre las sesiones grupales 3 y 4 y posterior a la sesión grupal 6).

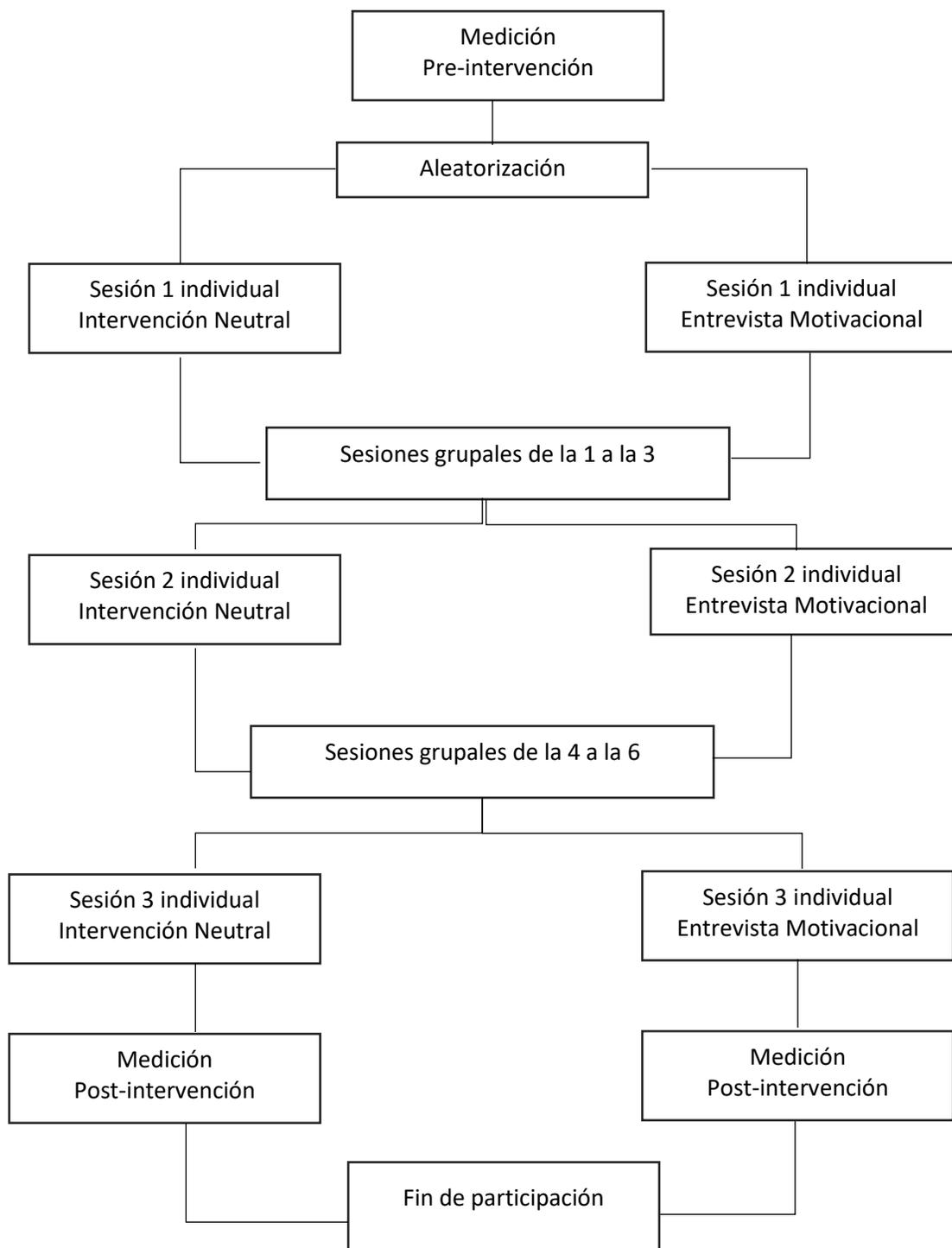
- Intervención de Entrevista Motivacional: estas sesiones se realizaron con los participantes asignados al grupo de tratamiento experimental. Para esta intervención, la investigadora desarrolló un manual de intervención supervisado por una experta en Entrevista Motivacional (ver anexo 7), el cual contiene los elementos teóricos de la intervención, la descripción de las estrategias por realizar y hojas de apoyo para el paciente, esto con la finalidad de considerarlos elementos teóricos que respaldaron la intervención. Cada sesión contó con objetivos específicos dirigidos a emplear estrategias que ayudaran a mantener o incrementar la motivación y autoeficacia para llevar a cabo el seguimiento de las indicaciones del personal de la clínica, principalmente las relacionadas con el seguimiento del plan de alimentación, realización de actividad física y asistencia al tratamiento psicológico grupal, necesarios para promover la pérdida de peso. Todas las sesiones de Entrevista Motivacional fueron llevadas a cabo por la investigadora quien cuenta con experiencia clínica de atención a pacientes de manera individual y grupal, además, de cursos sobre la aplicación de las estrategias propias del modelo de entrevista motivacional. Cada sesión de EM fue audio grabada para la posterior supervisión de una terapeuta experta, quien cuenta con entrenamiento específico en Entrevista Motivacional y verificó mediante una lista de “Intervenciones terapéuticas”

(incluida en el manual de Entrevista Motivacional, anexo 7) la frecuencia y grado de habilidad que con el que fueron empleadas, para posteriormente realizar retroalimentación personalizada a fin de asegurar la integridad de la intervención. Al finalizar la sesión 1 con cada paciente, se acordó el día y hora de la sesión 2 (lo mismo sucedió para programar la sesión 3), esto cuidando que ocurriera dentro de la ventana de tiempo designada para llevar a cabo la intervención (entre las sesiones grupales 3 y 4 y posterior a la sesión grupal 6). También se le preguntó al paciente al final de la sesión 1 y 2, si permitía que se le realizara una llamada previa a la sesión próxima a modo de recordatorio, esta llamada se realizó un día antes de la cita programada, y en caso de que el paciente mencionara que no podría acudir, se acordaba una nueva fecha que se encontrara dentro de la ventana de tiempo permitida.

Al finalizar la tercera sesión de intervención individual en ambos grupos, se aplicaron nuevamente los cuestionarios de Autoeficacia percibida para el control de peso, el Inventario de Conductas de Alimentación y los autorreportes de motivación al cambio, autoeficacia y percepción de apego al plan de alimentación correspondientes a la medición post-intervención.

El proceso cronológico por el cual atravesó cada paciente del protocolo fue: 1) Evaluación inicial, 2) Invitación para participar en el estudio, 3) Firma de Consentimiento Informado, 4) Medición Pre-intervención, 5) Aleatorización, 6) Sesión 1 de Intervención Individual, 7) 3 sesiones grupales semanales de preparación prequirúrgica, 8) Sesión 2 de Intervención Individual, 9) 3 sesiones grupales semanales preparación prequirúrgica, 10) Sesión 3 de Intervención Individual y 11) Medición Post-Intervención.

Diagrama 1. Proceso de intervención para los participantes del estudio.



Una vez finalizada la intervención y reunidos los datos pre y post intervención, fueron transcritos a a una base de datos elaborada con el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para su posterior análisis estadístico.

3.5 Resultados

El presente estudio tuvo inicialmente un total de 47 candidatos, sin embargo, 11 no cumplieron con los criterios de inclusión, ya sea porque no aceptaron participar en el estudio o porque al momento del ingreso al protocolo no cumplieron con el criterio de obesidad severa. El estudio se llevó a cabo durante un total de 11 meses, tiempo en el que se logró reclutar a los participantes y realizar las intervenciones propuestas.

La invitación fue realizada por medio de bloques, es decir, cada que se reunía el mínimo de pacientes para iniciar un grupo de tratamiento se hacía la invitación a participar y, aunque inicialmente se esperaba reclutar un total de 30 participantes, fueron aceptados todos los pacientes que expresaron su deseo de incluirse en el último bloque al que se realizó la invitación.

La muestra de los datos que se presentan estuvo conformada inicialmente por 36 participantes, de los cuales, 28 fueron mujeres y 8 hombres con una media de edad de 39.7 años cumplidos. Todos los participantes fueron asignados a los tratamientos mediante una aleatorización por bloques balanceados, de los cuales, 18 fueron asignados al grupo tratamiento experimental y 18 al grupo de tratamiento habitual. En tanto a la distribución por sexo, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($X^2=.64$, $gl=1$, $p<.05$).

Características de los grupos

En el grupo experimental, participaron 15 mujeres y 3 hombres, con una media de edad de 41.2 años cumplidos, el grupo de tratamiento habitual estuvo integrado por 13 mujeres y 5 hombres, con una media de edad de 38.2 años. En la comparación de media de edad, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($t=.42$, $gl=34$, $p<.05$). Respecto a las medias de peso (ver tabla 2), el grupo experimental

tuvo una media de 124.16 kilogramos y el habitual de 124.18 kilogramos al iniciar el tratamiento, al realizar una comparación de la media de peso al inicio del tratamiento entre grupos, no se observó una diferencia estadísticamente significativa ($t=-.003$, $gl=34$, $p<.05$). Finalmente, las medias de IMC fueron de 45.80 kg/m^2 para el experimental y 45.56 kg/m^2 en el grupo de tratamiento habitual (ver tabla 2), de los cuales tampoco se encontraron diferencias significativas en esta medición ($t=.078$, $gl=34$, $p<.05$). Los grupos mostraron homogeneidad al iniciar el estudio ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las variables descritas anteriormente.

Asistencia y abandono del tratamiento

Respecto a las sesiones grupales, la media de inasistencia al tratamiento grupal fue de .78 faltas para el grupo experimental y 1.33 faltas para el grupo de tratamiento habitual, en el análisis estadístico arrojó que las diferencias de medias fueron no significativas ($t=1.75$, $gl=28$, $p<.05$). Sin embargo, pese a que la asistencia se comportó de manera similar, se puede observar que el promedio de faltas fue mayor en el grupo de tratamiento habitual.

Durante la preparación prequirúrgica, 6 participantes abandonaron el tratamiento (16.6% del total de participantes), de estos, 1 (2.7%) pertenecía al grupo experimental y 5 (13.8%) al control. Al momento de finalizar el estudio se contó con 17 (47.2%) participantes en el tratamiento experimental y 13 (36.1%) en el control. Las diferencias respecto al abandono del tratamiento no fueron estadísticamente significativas entre los grupos, ($X^2=.074$, $gl=1$, $p<.05$). Aunque las diferencias no resultan significativas estadísticamente, puede identificarse que el grupo de tratamiento experimental presentó menor número de abandono del tratamiento.

De los 30 casos que concluyeron la preparación prequirúrgica (83.3% respecto al total de participantes), se realizó la cirugía a 22 participantes, 12 del tratamiento experimental y 10 del tratamiento habitual. De los participantes a quienes no fue posible realizar la cirugía pero que concluyeron el tratamiento, 2 decidieron no realizar el procedimiento quirúrgico debido a aspectos económicos (1 de cada grupo), 3 se relacionaron con alguna condición médica que pudiera generar complicaciones durante la cirugía (2 del grupo experimental y 1 del usual) y a 3 de ellos (2 del tratamiento experimental y 1 del tratamiento usual) no se les aprobó el procedimiento por no cumplir los indicadores señalados por el comité de la clínica (equipo interdisciplinario) considerándose así un pobre apego al seguimiento del tratamiento (ver diagrama 2).

Los datos para la media del peso medido posterior a la intervención en el grupo experimental fueron de 121.09 kg, mientras que para el grupo de tratamiento habitual fue de 122.45 kg, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($t=-.137$, $gl=28$, $p<.05$), pero puede observarse que el grupo experimental logró una mayor pérdida de peso respecto al grupo de tratamiento habitual (ver tabla 2).

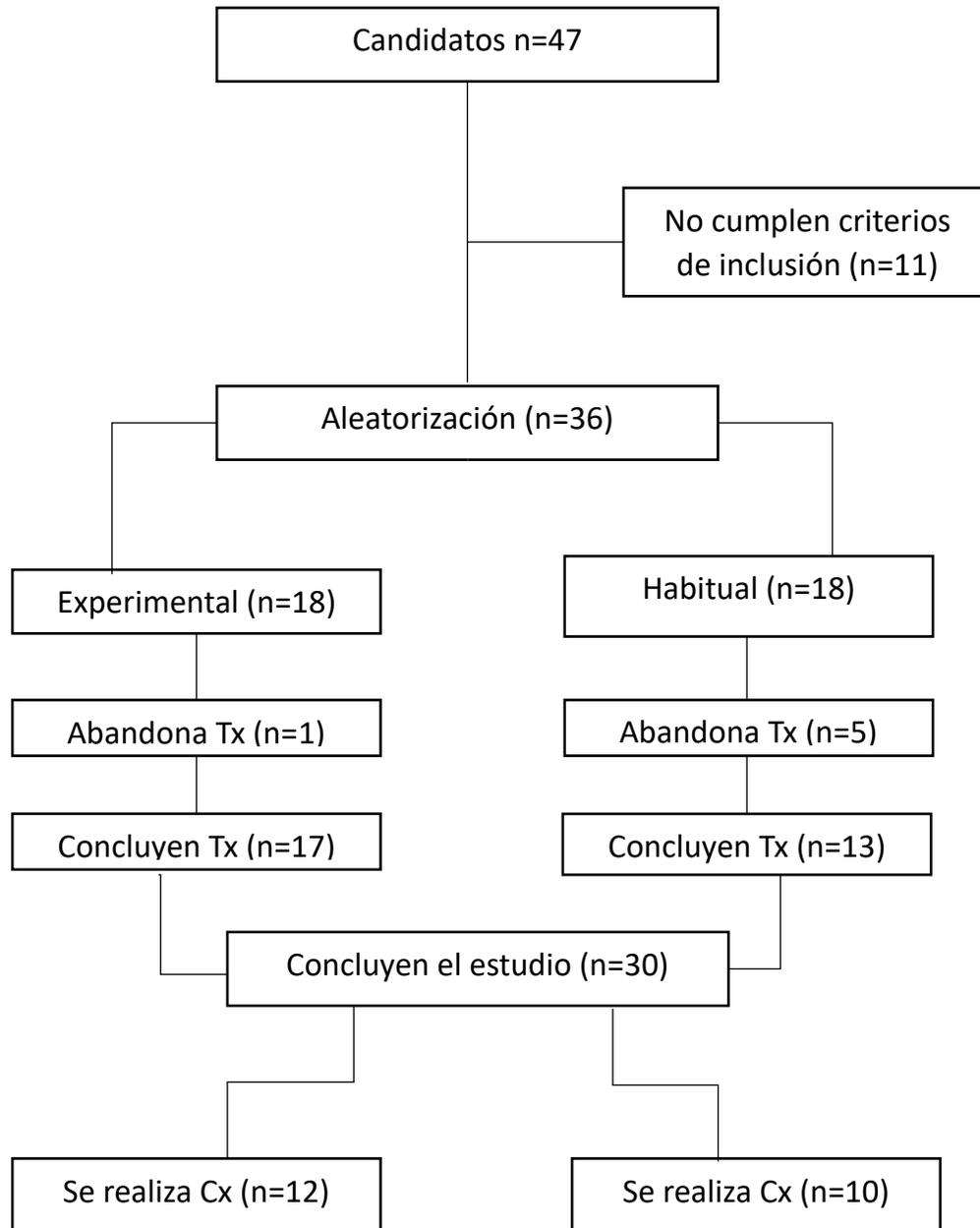
Peso e Índice de Masa Corporal (IMC) post-intervención

En lo correspondiente al Índice de Masa Corporal (IMC) al finalizar el tratamiento, la media para para el grupo experimental fue de 44.79 y para el grupo habitual 44.89, estas medias no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($t=.029$, $gl=28$, $p<.05$), pero también hubo mayor disminución de IMC en el grupo experimental (ver tabla 2).

Realización de actividad física

La media de realización de actividad física en la pre-intervención fue de 3.11 días para el grupo experimental, mientras que para el grupo de tratamiento habitual fue de 2 días, la diferencia de medias entre grupos para este momento de medición no resultó estadísticamente significativa ($t=1.48$, $gl=34$, $p<.05$). En la post-intervención, el grupo de

Diagrama 2. Flujo de participantes durante el estudio.



*Tx=Tratamiento

**Cx=Cirugía

Tabla 2. Diferencias de las medias de peso e IMC para la pre y post intervención entre los grupos.

	<u>Media de Peso</u>		<u>Media de IMC</u>	
	Pre-Intervención	Post-Intervención	Pre-Intervención	Post-Intervención
Experimental	124.16	121.09	45.80	44.79
Habitual	124.18	122.45	45.56	44.89
Sig.	.998	.892	.939	.977

* $p < .05$

tratamiento experimental tuvo una media de 5.14 días y el grupo de tratamiento habitual de 4.54 días, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($t = .94$, $gl = 28$, $p < .05$), sin embargo, se puede identificar que el número de días es mayor en el grupo de tratamiento experimental en la post-intervención (ver tabla 3).

Tabla 3. Diferencias de días de realización de actividad física.

	<u>Pre-Intervención</u>	<u>Post-Intervención</u>
Experimental	3.11 días	5.14 días
Habitual	2 días	4.54 días
Prueba $t =$	1.48	.94
Sig	.147	.35

* $p < .05$

Conductas de alimentación

Respecto a las conductas de alimentación, fueron analizadas las diferencias entre grupos de tratamiento, se encontró que las conductas de “comer por sentir pena con los demás” ($z = -2.148$, $p < 0.05$), “tomar bebidas con calorías” ($z = -2.57$, $p > 0.05$) y “tomar jugos naturales” ($z = -.538$, $p > 0.05$) mostraron diferencias significativas previo a la

intervención, sin embargo, en la post intervención, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las conductas de alimentación entre los grupos de tratamiento habitual y experimental (ver tabla 4).

Tabla 4. Comparación de las conductas de alimentación

<u>Conducta de alimentación</u>	<u>Valor</u>	<u>Pre- Intervención</u>	<u>Post- Intervención</u>
Comer solo por sentir pena con los demás	Z Sig.	-2.148 .032	-.570 .56
Tomar bebidas con calorías	Z Sig.	-2.65 .008	-1.00 .314
Tomar jugos naturales	Z Sig.	-2.57 .024	-1.52 .126

* $p < .05$

Autoeficacia

El nivel de autoeficacia para el seguimiento del plan de alimentación previo a iniciar el tratamiento tuvo una media de 8.06 para el grupo experimental y de 9.33 para el tratamiento habitual, encontrándose que las diferencias de medias resultaron estadísticamente significativas ($t = -3.89$, $gl = 34$, $p < .05$). Estas mismas medidas de autoeficacia tomadas posterior a la intervención resultaron en una media de 8.94 para el grupo de tratamiento experimental y de 9.62 para el habitual, encontrándose que las diferencias resultaron estadísticamente significativas también al concluir el tratamiento ($t = -2.16$, $gl = 28$, $p < .05$). Se identifica que el nivel de autoeficacia se mantuvo mayor en el grupo de tratamiento habitual desde la pre-intervención y, en ambos grupos, hubo un incremento de esta variable al concluir el tratamiento, sin embargo, en el grupo de tratamiento experimental puede apreciarse un mayor incremento de la autoeficacia

cuando se comparan las diferencias pre y post-intervención, teniendo una diferencia de .88 y de .29 para el grupo de tratamiento habitual (ver tabla 5).

Referente al nivel de autoeficacia para la realización de actividad física antes de la intervención se obtuvo una media de 7.50 en grupo experimental y de 8.56 para el tratamiento habitual, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($t=-1.80$, $gl=34$, $p<.05$). Respecto a la medición post-intervención para esta misma variable, las medias obtenidas fueron para el grupo experimental 8.82 y para el tratamiento habitual 8.31 ($t=.947$, $gl=28$, $p<.05$), las diferencias encontradas tampoco resultaron estadísticamente significativas. No obstante, puede observarse que la autoeficacia para la realización de actividad física era menor en la medición pre-intervención para el grupo de tratamiento experimental y en la medición post-intervención se obtuvo una media mayor, por lo que el incremento de autoeficacia fue mayor en este grupo (ver tabla 5).

Respecto al nivel de motivación para la realización de actividad física, las medias fueron de 7.56 en el grupo experimental y 8.11 en el grupo de tratamiento habitual para la pre-intervención ($t=-.758$, $gl=34$, $p<.05$). La media de motivación post-intervención obtenida en el grupo experimental fue de 8.82 y para el grupo de tratamiento habitual de 7.85 ($t=.153$, $gl=28$, $p<.05$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los resultados del tratamiento al comparar los grupos tanto en la pre como en la post-intervención. Si bien, las diferencias no resultaron significativas, puede observarse que el grupo de tratamiento experimental inicia con menor motivación y concluye con un mayor nivel de motivación respecto al grupo de tratamiento habitual (ver tabla 6).

Motivación

El nivel de motivación pre-intervención para el seguimiento del plan de alimentación tuvo una media de 7.78 en el tratamiento experimental y 8.83 para el tratamiento habitual ($t=-2.09$, $gl=34$, $p<.05$). Los datos post-intervención fueron, para el

Tabla 5. Resultados de la Prueba *t* para el Nivel de Autoeficacia en el seguimiento del plan de Alimentación y de Actividad Física.

	<u>Alimentación</u>		<u>Actividad física</u>	
	Pre-Intervención	Post-Intervención	Pre-Intervención	Post-Intervención
Experimental	8.06	8.94	7.50	8.82
Habitual	9.33	9.62	8.56	8.31
Prueba <i>t</i>	-3.89	-2.16	-1.80	.947
Sig.	.001	.039	.80	.35

**p*<.05

grupo experimental de 9.35 y para el grupo de tratamiento habitual de 9.08 (*t*=.714, *gl*=28, *p*<.05). Las diferencias encontradas no resultaron estadísticamente significativas entre los grupos en la pre-intervención y en la post-intervención, pero puede identificarse que el grupo de tratamiento experimental inicio con una media menor y concluyó con una media mayor respecto al grupo de tratamiento habitual (ver tabla 6).

Reganancia de peso

Durante la preparación prequirúrgica, el 50% del grupo experimental (9 participantes) presentó reganancia de peso (perder peso y recuperarlo) durante el

Tabla 6. Resultados de la Prueba *t* para el Nivel de Motivación en el seguimiento del plan de Alimentación y de Actividad Física.

	<u>Alimentación</u>		<u>Actividad física</u>	
	Pre-Intervención	Post-Intervención	Pre-Intervención	Post-Intervención
Experimental	7.78	9.35	7.56	8.82
Habitual	8.83	9.08	8.11	7.85
Prueba <i>t</i>	-2.09	.714	-.758	1.53
Sig.	.044	.48	.045	.13

**p*<.05

tratamiento, el 44.4 % (8 pacientes) no la presentó y del 5.6% (1 participante) no se contó con el dato ya que abandonó el tratamiento. Referente al grupo de tratamiento habitual, el 50% (9 participantes) presentó reganancia de peso, el 22.2% (4 pacientes) no la presentó y del 27.8% (5 pacientes) no se contó con la información debido a que abandonaron el tratamiento ($\chi^2=.814$, $gl=1$, $p<.05$). Las diferencias no resultaron estadísticamente significativas entre los grupos.

Relación entre autoeficacia y peso

El análisis de los datos para peso y nivel de autoeficacia relacionada con el seguimiento del plan alimentación previo al tratamiento mostró una asociación positiva, aunque débil, que no resulta estadísticamente significativa al realizar el análisis con la prueba de Pearson ($r_p=.091$, $p<.05$). El mismo análisis de correlación con los datos post-intervención arrojó de manera similar una asociación débil e inversa que resultó estadísticamente no significativa ($r_p=-.317$ $p<.05$). Los resultados de los análisis sugieren que un mayor nivel de autoeficacia respecto al seguimiento del plan de alimentación se relaciona con menor peso (ver tabla 7).

Respecto al análisis entre peso y autoeficacia relacionada con la realización de actividad física pre-intervención la asociación obtenida resultó débil e inversa, aunque estadísticamente no significativa ($r_p=-.249$, $p<.05$). El análisis de los datos en la post-intervención también resultó con una asociación débil e inversa, y no significativa ($r_p=-.303$, $p<.05$). Aunque no son concluyentes, los resultados muestran que un mayor nivel de

autoeficacia para la realización de actividad física se relaciona con menor peso (ver tabla 7).

Relación entre motivación y peso

Al analizar la relación entre las variables de peso y motivación para el seguimiento del plan alimentación en la pre-intervención, la asociación arrojada es débil e inversa, su nivel de significancia resulta estadísticamente no significativo ($r_p = -.035$, $p < .05$). El resultado fue similar en las mediciones post-intervención, obteniéndose asociación débil e inversa, con un nivel de significancia estadísticamente no significativos ($r_p = -.268$, $p < .05$). Con los resultados anteriormente descritos puede identificarse que un mayor nivel de motivación corresponde a menor peso (ver tabla 7).

Tabla 7. Resultados de la prueba de Pearson para identificar si el peso se correlaciona con el nivel de autoeficacia y motivación.

		Nivel de Autoeficacia				Nivel de Motivación			
		Plan de alimentación		Actividad Física		Plan de alimentación		Actividad Física	
valor		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Peso	r_p	.091	-.317	-.249	-.303	.035	-.268	-.274	-.344
	Sig.	.056	.088	.142	.103	.842	.152	.106	.063

* $p < .05$

En lo referente a la relación entre peso y nivel de motivación para la realización de actividad física para la pre-intervención, se encontró una asociación débil e inversa, que no resulta estadísticamente significativo ($r_p = -.274$, $p < .05$), en la post-intervención el análisis de estas variables se comportó similar, resultando una relación débil e inversa, estadísticamente no significativa ($r_p = -.344$, $p < .05$), lo que se sugiere que un mayor nivel de motivación está relacionada menor peso (ver tabla 7).

Relación entre autoeficacia y motivación

Se analizó la relación entre las variables nivel de autoeficacia y motivación, se encontró que la correlación en la pre-intervención para el seguimiento del plan de alimentación entre estas variables fue media y directa, siendo esta relación estadísticamente significativa ($r_p=.578$, $p<.05$). El análisis en la post-intervención de esta correlación mostró ser considerable y directa, con un nivel de significancia estadísticamente significativo ($r_p=.777$, $p<.05$). Los resultados obtenidos indican que el incremento de una de las variables favorece el incremento en la otra, así, para aumentar la motivación para seguir un plan de alimentación, debe ser incrementada la autoeficacia al respecto y viceversa (ver tabla 8).

Tabla 8. Resultados de las correlaciones de Pearson para nivel de autoeficacia y motivación.

	<u>Motivación Plan de Alimentación</u>			<u>Motivación Actividad Física</u>			
	Valor	Pre	Post	Autoeficacia	Valor	Pre	Post
<u>Plan Alimentación</u>	r_p	.578	.777	<u>Actividad Física</u>	r_p	.235	.893
	Sig.	.001	.001		Sig.	.211	.001

* $p<.05$

El análisis correspondiente al nivel de motivación y autoeficacia, pero ahora relacionadas a la realización de actividad física mostró en la pre-intervención una relación débil y directa, aunque estadísticamente no significativa ($r_p=.235$, $p<.05$). Para la post-intervención, la relación encontrada en estas variables resultó considerable y directa, pero este caso, la relación si resultó con significancia estadística ($r_p=.893$, $p<.05$). Los datos

pueden sugerir, de manera similar, que el incremento de una de las variables repercutirá en el incremento de la otra (ver tabla 8).

Relación entre la autoevaluación de apego al plan de alimentación y peso

Se realizó el análisis de correlación entre las variables peso y autorreporte del seguimiento del plan de alimentación, el cual, para los datos previos al tratamiento arrojó una relación débil e inversa entre estas variables, con un nivel de significancia que resultó estadísticamente significativo ($r_p = -.421$, $p < .05$). Al realizar este análisis con los datos obtenidos posterior al tratamiento, la relación encontrada en estas variables también resultó estadísticamente significativa, con un nivel de relación media e inversamente proporcional ($r_p = -.501$, $p > .05$). Estos datos muestran que un mayor porcentaje en la auto percepción del seguimiento del plan de alimentación se relaciona con menor peso.

3.6 Discusión y conclusión

El presente estudio consistió en añadir sesiones de Entrevista Motivacional al tratamiento habitual de la clínica (estrategias de la terapia Cognitivo Conductual), con la finalidad de identificar que efecto tenía esta intervención en el peso, autoeficacia y motivación.

Los tratamientos para la pérdida de peso sugieren intervenciones psicológicas basadas en evidencia como lo es la terapia Cognitivo-Conductual, sin embargo, aun con el uso de estas intervenciones, la población que se encuentra en protocolo prequirúrgico para cirugía bariátrica presenta altos índices de deserción del tratamiento (más del 50%), lo que, en definitiva, impacta de manera negativa en el mantenimiento de los riesgos a la salud (Altamirano et al., 2016). Otras investigaciones han reportado que la Entrevista Motivacional también puede contribuir a lograr la modificación de conductas relacionadas con la salud y son alentadoras en el tratamiento para la pérdida de peso, sin embargo, los resultados no han mostrado datos definitivos respecto a su eficacia, haciendo necesario continuar con investigación al respecto (Lindson et al., 2015).

El estudio actual pretendió evaluar el uso de las estrategias de Entrevista Motivacional sumadas a la intervención de Terapia Cognitivo-Conductual que habitualmente reciben los pacientes que se encuentran en protocolo de preparación para cirugía bariátrica, teniendo en cuenta los altos índices de deserción en esta población mencionados anteriormente, considerando tres variables principales: peso, nivel de motivación y nivel de autoeficacia. Hasta el momento de la realización de este estudio, se encontraron reportes de la combinación de Entrevista Motivacional y Terapia Cognitivo-Conductual para la pérdida de peso y realización de actividad física con buenos resultados (Barrett et al., 2018), pero ninguno se realizó en pacientes que se encontraban en protocolo de preparación para cirugía bariátrica.

El tratamiento psicológico grupal constituye el tratamiento habitual en la Clínica de Obesidad y, aunque la asistencia a las sesiones grupales no estuvo considerada como una variable de interés principal, se analizaron los datos de asistencia a estas sesiones, se observó que la deserción durante el tratamiento grupal fue menor en el grupo de Entrevista Motivacional, un hallazgo clínico que resulta de importancia, ya que, al mantenerse en tratamiento, estos pacientes mantienen mayores posibilidades seguir atendiendo su problema de peso y mejorar sus condiciones de salud (NIH, 2020), sin embargo, cabe señalar que los resultados no mostraron significancia estadística.

Un posible factor relacionado con la menor deserción en el grupo experimental, podría relacionarse con que los pacientes contaron con un espacio privado para externar sus preocupaciones, explorar sus motivaciones y reconocer los pequeños cambios logrados relacionados con la modificación de conductas para la pérdida de peso, además, las sesiones reflejaban un interés por parte del terapeuta en las preocupaciones expresadas, lo que se complementó con las llamadas de recordatorio para la asistencia a sus citas individuales. Se ha identificado que el apoyo social es un elemento importante que favorece la adherencia al tratamiento (Altamirano et al., 2016; C Brosens, 2009) y en este caso, el terapeuta que brindaba las sesiones individuales y que mostraba interés en las inquietudes particulares pudo resultar en buena medida un apoyo social, por lo que realizar intervenciones que promuevan el desarrollo o fortalecimiento de las redes de apoyo, es un factor importante a considerar para mejorar el mantenimiento en el tratamiento, principalmente en estos pacientes quienes requerirán de un seguimiento a largo plazo.

El peso fue una variable principal en el objetivo de este estudio, los resultados mostraron mayor pérdida de peso en el grupo de tratamiento que recibió la intervención de Entrevista Motivacional y, aunque los resultados no fueron estadísticamente

significativos, son congruentes con las investigaciones previas como las Greaves et al., (2008) y Stewart, et al., (2010) que han encontrado evidencia a favor de su uso.

Las conductas que se han relacionado principalmente con la pérdida de peso son la modificación en los hábitos de alimentación y el incremento de actividad física y éstas deben llevarse a cabo el resto de la vida aun si existen otros tratamientos de apoyo como el uso de medicamentos (Armstrong et al., 2011; Geliebter et al., 2014; OMS, 2018) o la cirugía bariátrica (NIH, 2016), no obstante, los pacientes no siempre realizan estas conductas aun cuando son sugeridas por el personal de salud, incluso aunque ellos mismos pueden reconocer que les ayudará en la pérdida de peso.

Los fracasos anteriores para perder peso de los pacientes que acuden a la clínica impactan en su motivación y probablemente los llevan a sentirse desmoralizados (Miller & Rollnick, 2013), así, aunque pueden sentir el deseo de lograr un objetivo, pueden a su vez, no sentirse capaz de lograrlo por sus propios medios, depositando sus expectativas en diversos métodos de apoyo como la cirugía, la cual incluso puede ser considerada la última alternativa (Peacock et al., 2018). Los altos niveles de motivación reportados desde la pre-intervención pueden entonces estar dirigidos más a cumplir los requisitos para que su cirugía sea aprobada y no tanto para la modificación de hábitos en sí misma, esto podría explicar en parte, porque los pacientes se muestran en general con buena asistencia a las consultas, expresan buena disposición para seguir las indicaciones y reportan altos niveles de motivación y autoeficacia al iniciar el tratamiento pero la pérdida de peso sigue resultando pobre, lo que reflejaría que la modificación de los hábitos relacionados con la pérdida de peso no se han consolidado.

Algunas estrategias de EM están dirigidas a ayudar a los propios pacientes a identificar los motivos para mantener los hábitos que los han llevado a la ganancia progresiva de peso (discurso de mantenimiento) aun cuando las verbalizaciones muestren

solo deseos de cambiar, esto con la finalidad de que reconozcan que es lo que los ha mantenido en esa condición durante años, ayudándoles a tomar nuevamente responsabilidad del cuidado de su salud y la consecuente toma de decisiones para lograr su objetivo, que en este caso involucraba el seguimiento de las recomendaciones del personal, estos aspectos pudieron estar relacionados con la mayor pérdida de peso en el grupo experimental y por lo tanto, podrían estudiarse en un futuro, intervenciones más específicas que permitan conocer con mayor detalle las pláticas de mantenimiento de los candidatos a cirugía bariátrica y no solo tomar como indicadores positivos las verbalizaciones que reflejen plática de cambio.

Las conductas principalmente relacionadas con la pérdida de peso son la modificación de la alimentación y el incremento de la actividad física (NIH, 2017), en estos pacientes, se ha encontrado que los principales hábitos de alimentación son “comer sin hambre física”, “picar alimentos”, “comer entre comidas” y “antojos de alimentos altos en grasa” (Reséndiz et al., 2015), sin embargo, estas conductas se mostraron similares en ambos grupos de tratamiento y no se modificaron significativamente al finalizarlo, lo mismo que el resto de las conductas evaluadas, esto probablemente está relacionado con que la mayoría de los pacientes que ingresan al tratamiento grupal ya recibieron indicaciones del servicio de nutrición y han iniciado la modificación de la alimentación o incluso, pueden reconocer cuales deben empezar a modificar tras experiencias nutricionales previas.

Al evaluar la realización de actividad física en este estudio, el grupo experimental mantuvo un promedio mayor de días por semana de realización de actividad física, esto coincide con los resultados de otros estudios que también evaluaron el uso de la entrevista motivacional en combinación con la terapia cognitivo conductual para incrementar la actividad física (Greaves et al., 2008; Janssen et al., 2014; Knittle et al.,

2015). Los elementos que pueden impactar en el incremento de actividad física podrían relacionarse con haber proporcionado mayor información sobre la importancia de la actividad física cuando el paciente mostrara disposición para escucharla, ya sea ofreciendo consejo o respondiendo a las inquietudes planteadas por los pacientes en las sesiones individuales (Miller & Rollnick, 2013), o si las verbalizaciones del terapeuta resultaban una especie de estímulos que establecían la contingencia de conducta saludable-consecuencias positivas y la no saludable-consecuencias negativas (Froján et al., 2010), pudiendo así impactar en la toma de decisiones y disposición en los participantes.

No se abordaron directamente las ideas específicas referentes a la realización de actividad física, pero otra posibilidad del incremento en los días de actividad por semana puede estar relacionada con algunas verbalizaciones de los pacientes sobre hacer más ejercicio para quemar más calorías, principalmente cuando tenían más transgresiones al seguimiento del plan de alimentación a modo de compensación, aspectos que también deben ser abordados para prevenir la aparición de conductas compensatorias que pongan en riesgo la salud de los pacientes.

Los análisis de correlación en este estudio mostraron que mayores niveles de motivación y de autoeficacia se relacionaron con mayor pérdida de peso, esto debido a que, tanto la autoeficacia como la motivación, se relacionan con una la disposición para realizar conductas relacionadas con la pérdida de peso reportado anteriormente en la literatura y por ello la importancia de considerar la evaluación y la intervención en estas variables de manera habitual en el tratamiento psicológico para la pérdida de peso (Knittle et al., 2015; Sim et al., 2014).

Además, las investigaciones previas han señalado que los tratamientos tradicionales suelen centrarse en indicar los cambios a realizar, y, aun evaluando la

motivación y autoeficacia, no siempre incluyen el trabajo terapéutico para incrementarlas o mantenerlas (Catalina Brosens et al., 2015; Peacock et al., 2018), por lo que se termina asumiendo que el paciente está listo para llevar a cabo los cambios o que una vez que inicia el tratamiento siempre va a mantenerse con el deseo de realizarlos (Baile & González, 2013). La EM busca conocer los valores, expectativas y deseos del paciente, para ayudarlo a tomar decisiones que sean acordes con su filosofía de vida, incrementar la motivación y facilitar la disposición al cambio, pero respetando incluso la decisión de no cambiar.

Las intervenciones también buscaron incrementar la autoeficacia, ayudando a reconocer las fortalezas que ya se poseen mediante el uso de las habilidades básicas PAER (preguntas abiertas, afirmaciones, escucha reflexiva y resumir). Los resultados muestran que el nivel de motivación y de autoeficacia incrementaron más en el grupo experimental tanto para la realización de actividad física, como para el seguimiento del plan de alimentación y, aunque los datos estadísticos no muestran una diferencia suficiente para asegurar que la Entrevista Motivacional determina el cambio en estas variables, son congruentes con el marco teórico que respalda estas intervenciones (Miller & Rollnick, 2013).

Al relacionar las variables de motivación y autoeficacia, se puede observar que, a mayor nivel de autoeficacia, hay mayor nivel de motivación y viceversa, esta relación ya ha sido reportada anteriormente, principalmente, se sabe que promover un incremento en la autoeficacia, favorece la motivación de involucrarse en tareas complejas (Glanz et al., 2015; Olivari & Urra, 2007), en estos pacientes, las actividades van desde el seguimiento de un plan de alimentación, modificación de horarios, cambio en las elecciones diarias, acudir a consultas, hacer frente a situaciones como reuniones o los periodos vacacionales en donde se consumen con menor reserva alimentos que pueden favorecer la ganancia

de peso, hasta el hecho de someterse a un procedimiento quirúrgico, por lo que continuar estudiando intervenciones que atiendan oportunamente bajos niveles de autoeficacia y motivación podrían impactar en lograr un mejor involucramiento en el desempeño de las conductas relacionadas con el cuidado de la salud y lograr objetivos más complejos, como puede ser el mantenimiento de la pérdida de peso posterior a la cirugía para mantener a largo plazo los beneficios de la misma.

La motivación para la cirugía bariátrica puede estar cargada de aspectos afectivos y no solo de aquellos relacionados con la salud, para algunas personas, la cirugía puede representar la última alternativa para prevenir la muerte (Peacock et al., 2018) y por ello, las intervenciones de Entrevista Motivacional también abordaron lo que representaba para cada persona el proceso prequirúrgico, la cirugía misma y el periodo postquirúrgico, esto predominantemente en la sesión 3, permitiendo la expresión de preocupaciones y buscando alternativas que pudieran ayudar a disminuirlas, como realizar preguntas específicas a su médico sobre riesgos del procedimiento y pronóstico, promoviendo llegar a dicha situación con la percepción de haber tomado la decisión de la cirugía y no considerarla solo la única y última alternativa.

Por otra parte, cabe aclarar que los niveles de autoeficacia fueron autorreportados en niveles elevados desde el inicio de la intervención, por lo que las intervenciones de Entrevista Motivacional pudieron no impactar en elevarlas significativamente, pero pudieron ayudar a mantener estos niveles, ya que se ve que el grupo experimental tuvo un incremento mayor que el de tratamiento habitual.

Los niveles elevados de autoeficacia al inicio del tratamiento podrían sugerir que esta población en particular posee exceso de confianza en cuanto a lograr perder peso haciendo pocas modificaciones a su vida cotidiana, por lo que tienden a involucrarse o comprometerse menos en realizar cambios (Mahony et al., 2014) y esto a su vez, puede

estar relacionado con los fracasos en tratamientos previos contribuyendo a la ganancia excesiva de peso. Por otra parte, la alta autoeficacia también puede relacionarse con un fenómeno de deseabilidad social, ya que los pacientes saben que deben realizar modificación de hábitos y lograr la pérdida de peso para que la cirugía pueda ser aprobada, por lo que pueden asumirse ante una evaluación constante por parte del personal de salud e intentar dar las “mejores respuestas” para llegar a la cirugía.

La relación analizada entre la propia percepción que los propios pacientes tienen del seguimiento del plan de alimentación y peso, mostraron que quienes se autoevaluaron con mejor apego del seguimiento al plan de alimentación asignado por nutrición, tuvieron menor peso, esto sugiere que el automonitoreo de la propia conducta de alimentación puede impactar en un menor peso corporal.

Las sesiones individuales de Entrevista Motivacional brindaron a los participantes un espacio en el que pudieron reflexionar sobre sus motivaciones personales, dificultades percibidas durante el tratamiento, fortalezas, aprendizajes de experiencias pasadas y la posibilidad de anticiparse a problemas futuros. Lo anterior, parece repercutir positivamente en mayor pérdida de peso, mayor disminución en el IMC, menor abandono del tratamiento y mayores niveles autorreportados de autoeficacia y motivación al concluir la intervención.

En resumen, se puede identificar que, si bien, las diferencias en los resultados no muestran significancia estadística, los resultados obtenidos en el grupo que recibió la intervención de Entrevista Motivacional mostraron una mejor tendencia para la pérdida de peso, por lo que este estudio apoya el uso de estas intervenciones en la población con obesidad severa que se encuentra en protocolo de cirugía bariátrica y, a partir de estos resultados, sugerimos continuar investigando su aplicación en investigaciones futuras, detallando las estrategias de intervención específicas, ya que éstas no siempre se

encuentran descritas en los artículos revisados. Finalmente, consideramos indispensable el abordaje de las motivaciones de cada paciente, ya que, si bien la expectativa es perder peso, sea por cuestiones de salud o sea para retardar la muerte (motivación afectiva), puede existir un exceso de confianza en que la cirugía le permitirá alcanzar ese objetivo y responsabilizarse menos en las acciones que debe llevar a cabo.

3.7 Limitaciones y sugerencias

Dentro de las limitaciones de este estudio podemos identificar los métodos de recolección de datos ya que fueron principalmente autorreportes, estos pueden tener el sesgo del propio paciente o la susceptibilidad de las respuestas a ser alteradas más fácilmente, por lo que, respaldar las respuestas con escalas que presenten mejores propiedades psicométricas, especificar y monitorear conductas a modificar o incluir indicadores biológicos son necesarios para que los datos obtenidos en las investigaciones posean mayor confiabilidad.

Inicialmente, se pretendía incluir mediciones de laboratorios pre y post intervención para contar con indicadores biológicos de cambio, sin embargo, si bien los estudios prequirúrgicos están considerados como parte del procedimiento habitual de la clínica, no sucede esto con los estudios de laboratorio en la post-intervención ya que muchas veces los primeros estudios realizados continúan con vigencia y los pacientes no siempre estuvieron dispuestos a realizarlos al finalizar el tratamiento psicológico ya que representaba un gasto adicional.

Las mediciones de la composición corporal como el porcentaje de masa muscular y de masa grasa también se pretendían utilizar como indicadores de los resultados del tratamiento, sin embargo, estas mediciones son tomadas por el equipo de nutrición dentro de las consultas de seguimiento, pero las citas en este servicio suelen estar separadas por 2 o 3 semanas o en ocasiones, los pacientes no asistieron y tuvieron que reprogramar la cita, por lo que no siempre coincidían con el inicio o finalización de la participación en el estudio. Esto resalta la necesidad programar protocolos con mayor estructura para no dejar de lado estas mediciones que sin duda, aportarán información importante sobre las modificaciones realizadas por los pacientes sin depender únicamente del peso o del

índice de masa corporal, que no siempre pueden tomarse como sinónimos de adquisición de hábitos saludables.

Una limitación más del estudio, fue que se reportan solo mediciones durante el periodo prequirúrgico pero no de seguimiento, esto teniendo en cuenta las observaciones de otros investigadores del hospital, ya que la pérdida de peso postquirúrgica durante los primeros meses se atribuye principalmente a la cirugía en sí misma más que a las modificaciones previas de hábitos, sin embargo, en un seguimiento a largo plazo, podría evaluarse el impacto de las estrategias en el mantenimiento de la pérdida de peso como lo han hecho estudios previos.

Finalmente, es importante considerar que no se analizó específicamente el contenido de las sesiones de *intervención neutra* y tampoco se comparó el estilo de éstas con las sesiones de EM, por lo que se desconoce si eran similares o si se diferenciaban claramente.

Debido a que el grupo de tratamiento experimental tuvo mejores resultados, se sugiere considerar desde la evaluación el nivel de motivación y autoeficacia de los pacientes, además de asignar algún espacio individual de intervención a la par del tratamiento grupal, que permita abordar las preocupaciones y expectativas relacionadas con el proceso pre y post quirúrgico, para favorecer el desarrollo o mantenimiento de la motivación y autoeficacia, a fin de disminuir las posibilidades de acrecentar los periodos de preparación prequirúrgica (que en ocasiones se extiende después de la preparación grupal) y no favorecer con esto el fenómeno de desmoralización o impactar negativamente en la autoeficacia de los pacientes, no obstante, se sabe que una dificultad frecuente en los servicios de salud son las altas demanda del tratamiento y recursos humanos limitados para realizar todas las intervenciones. También se sugiere abordar prioritariamente en las intervenciones la búsqueda de apoyo social dentro del contexto de

cada paciente, ya que es un importante factor relacionado con la deserción del tratamiento.

3.8 Reflexiones personales

La experiencia de trabajar en un hospital de referencia nacional me permitió reconocer la importancia y aporte de las diferentes profesiones en el tratamiento interdisciplinario durante la práctica cotidiana y no solo en el aspecto teórico. La guía de los diferentes profesionales promueve un espacio de aprendizaje de otras áreas como son nutrición, medicina del deporte, psiquiatría o incluso cirugía bariátrica, necesarios para poder proporcionar psicoeducación más completa a los pacientes y poder orientar la toma de decisiones cuando así lo requerían.

El espacio hospitalario resultó un ambiente de constante aprendizaje para reforzar los elementos teóricos revisados durante las clases de la facultad, pero también para desarrollar habilidades clínicas necesarias para el ejercicio profesional que van desde la identificación de aspectos conductuales a modificar, hasta el abordaje de los aspectos emocionales y psicopatológicos que con frecuencia están presentes en estos pacientes.

Un reto importante para el residente es tener presente las necesidades del servicio de la clínica de obesidad, las necesidades de tratamiento de los pacientes y las propias necesidades profesionales de aprendizaje, por lo que el trabajo cotidiano implicó la solución de problemas constante para lograr la adaptación al servicio y poder contribuir desde el rol como residente a que estos objetivos pudieran lograrse.

Durante el tiempo de rotación en la Clínica de Obesidad tuve la oportunidad de integrarme a un equipo que ya cuenta con protocolos de atención definidos, lo que facilitó adaptarme a los procesos de atención que me correspondían e incluso, responsabilizarme de algunas actividades, lo que promueve un ejercicio ético y profesional para el posterior desempeño profesional. Además, conté con la supervisión constante de la responsable del servicio de psicología de la clínica, quien retroalimentó mi desempeño procurando potenciar las habilidades clínicas con las que ya contaba, pero también, promoviendo el

desarrollo de nuevas habilidades, lo que favoreció la autoconfianza sobre mi desempeño como residente, además de resultar un apoyo para resolver situaciones propias del servicio que definitivamente resultarán necesarias para enfrentar ambientes laborales futuros.

4. Referencias

- Acharya, S. D., Elci, O. U., Sereika, S. M., Music, E., Styn, M. A., Turk, M. W., & Burke, L. E. (2009). Adherence to a behavioral weight loss treatment program enhances weight loss and improvements in biomarkers. *Patient Preference and Adherence*, 3, 151–160. <https://doi.org/10.2147/PPA.S5802>
- Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S., & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*, 12(9), 709–723. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00892.x>
- Ávila, L., & Cahuana, L. (2009). *Cuentas en diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y obesidad* (Secretaría).
- Baile, J. I., & González, M. J. (2013). Intervención psicológica en obesidad. In *Piramide*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Bandura, A. (1986). Fearful Expectations and Avoidant Actions as Coeffects of Perceived Self-Efficacy. *American Psychologist*. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.12.1389>
- Barnes, R. D., & Ivezaj, V. (2015). A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. In *Obesity Reviews*. <https://doi.org/10.1111/obr.12264>
- Barquera, S., & White, M. (2018). Treating Obesity Seriously in Mexico: Realizing, Much Too Late, Action Must Be Immediate. *Obesity*, 26(10), 1530–1531. <https://doi.org/10.1002/oby.22296>
- Reséndiz, A. M., Hernández, S. V., Sierra, M. A., & Torres, M. (2015). Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad severa. *Nutricion Hospitalaria*, 31(2), 672–681. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.7692>
- Barrett, S., Begg, S., O'Halloran, P., & Kingsley, M. (2018). Integrated motivational

- interviewing and cognitive behaviour therapy for lifestyle mediators of overweight and obesity in community-dwelling adults: A systematic review and meta-analyses. In *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6062-9>
- Beckham, N. (2007). Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2006.00200.x>
- Bennett, J. A., Lyons, K. S., Winters-Stone, K., Nail, L. M., & Scherer, J. (2007). Motivational interviewing to increase physical activity in long-term cancer survivors: A randomized controlled trial. *Nursing Research*. <https://doi.org/10.1097/00006199-200701000-00003>
- Bien, T., Miller, W., & Tonigan, S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. In *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb00820.x>
- Blanchard, E. B. (1982). Behavioral Medicine: Past, Present, and Future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 795–796.
<https://doi.org/10.1037/h0077935>
- Bóveda, J., Ángel, L., Torres, P. De, Campi, M., Fontcuberta, J. M. B., Barragán, N., Antonio, J., Castillejo, P., & Estudio, C. (2013). Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten Prim*, 45(9), 486–495. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.014>
- Brosens, C. (2009). EOPs : Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. *Evid. Actual. Práct. Ambul*, 12(3), 116–117. [file:///C:/Users/mismo/Desktop/ARTÍCULO CONTEO DE FÁRMACOS/Brosens barreras en la adherencia al tx de la ob.pdf](file:///C:/Users/mismo/Desktop/ARTÍCULO CONTEO DE FÁRMACOS/Brosens%20barreras%20en%20la%20adherencia%20al%20tx%20de%20la%20ob.pdf)
- Brosens, Catalina, Terrasa, S., Ventriglia, I., & Discacciatti, V. (2015). Factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento de la obesidad en un dispositivo grupal: estudio exploratorio TT - Factors associated with adherence to treatment of obesity in a group device: an exploratory study. *Archiv. Med. Fam. Gen. (En Línea)*, 12(2),

- 13–20. <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/view/200/159>
- Cabrera A., G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*.
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 18(2), 129–138.
- Camacho, E. (2013). La medicina conductual en México: un breve análisis histórico e historiográfico. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 3(1), 1–4.
- Carpiniello, B., Pinna, F., Pillai, G., Nonnoi, V., Pisano, E., Corrias, S., Orrù, M. G., Orrù, W., Velluzzi, F., & Loviselli, A. (2009). Obesity and psychopathology. A study of psychiatric comorbidity among patients attending a specialist obesity unit. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(2), 119–127.
<https://doi.org/10.1017/s1121189x00001007>
- Christie, D., & Channon, S. (2014). The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: A clinical review. In *Diabetes, Obesity and Metabolism*.
<https://doi.org/10.1111/dom.12195>
- Clegg, A., Colquitt, J., Sidhu, M., Royle, P., & Walker, A. (2003). Clinical and cost effectiveness of surgery for morbid obesity: A systematic review and economic evaluation. In *International Journal of Obesity*. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802394>
- Conn, V. S., Burks, K. J., Minor, M. A., & Mehr, D. R. (2003). Randomized trial of 2 interventions to increase older women's exercise. *American Journal of Health Behavior*. <https://doi.org/10.5993/AJHB.27.4.10>
- Dávila, J., De Jesús González, J., & Barrera, A. (2015). Medicina social Panorama de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 53(2), 240–249.
http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/2

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2018. (2018). *Presentación de resultados*.

https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Esquivias, H., Reséndiz, A. M., García, F., & Elías, D. (2016). La salud mental en el paciente con obesidad en protocolo para cirugía bariátrica. *Salud Mental*, 39(3), 165–173. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.015>

Flores, R. G., & Sosa, J. J. S. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 23(2), 183–193. http://search.proquest.com/docview/1501841269?accountid=14512%5Cnhttp://ucelink.ks.cdlib.org:8888/sfx_local?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ:psycinfo&atitle=Efectos+de+la+entrevista+motivacional+en+el+

Froján, M. X., Alpañés, M., Calero, A., & Vargas, I. (2010). Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. *Psicothema*, 22(4), 556–561.

García, J. A., Reding, A., & López, J. C. (2013). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación En Educación Médica*, 2(8), 217–224. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72715-7](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72715-7)

García, J. F., García, A., Rodríguez, G. A., & Galvez, A. M. (2010). Dimensión económica del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública. *Salud En Tabasco*, 16(1), 891–896.

Geliebter, A., Ochner, C. N., Dambkowski, C. L., & Hashim, S. A. (2014). Obesity-Related Hormones and Metabolic Risk Factors: A Randomized Trial of Diet plus Either Strength or Aerobic Training versus Diet Alone in Overweight Participants. *Journal of Diabetes and Obesity*, 1(1), 1–7.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25599089><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4293637>

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). Health Behavior: Theory, Research, and Practice. In *Jossey-Bass*.

González, L., Giraldo, N. A., Estrada, A., Luz, A., Mesa, E., & Herrera, C. M. (2007). La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. *Revista Chilena de Nutrición*, *34*(1).
<https://doi.org/10.4067/S0717-75182007000100005>

Greaves, C. J., Middlebrooke, A., O'Loughlin, L., Holland, S., Piper, J., Steele, A., Gale, T., Hammerton, F., & Daly, M. (2008). Motivational interviewing for modifying diabetes risk: A randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*.
<https://doi.org/10.3399/bjgp08X319648>

Groeneveld, I. F., Proper, K. I., Van Der Beek, A. J., Hildebrandt, V. H., & Van Mechelen, W. (2011). Short and long term effects of a lifestyle intervention for construction workers at risk for cardiovascular disease: A randomized controlled trial. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-836>

Gutiérrez, C., Guajardo, V., & Álvarez, F. (2012). Costo de la obesidad: las fallas del mercado y las políticas públicas de prevención y control de la obesidad en México. In J. Á. Rivera, M. Hernández, C. Aguilar, F. Vadillo, & C. Murayama (Eds.), *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado*. UNAM.

Hernández, S. V., Esquivias, H., Maldonado, M. C., Ruíz- Velasco, S. y Reséndiz, A. M. (2016). Factores psicológicos y/o psiquiátricos presentes en pacientes desertores de protocolo de preparación para cirugía bariátrica. *Salud Mental*, *39*(3), 131–139.
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.011>

Huisman, S., Maes, S., De Gucht, V. J., Chatrou, M., & Haak, H. R. (2010). Low goal ownership predicts drop-out from a weight intervention study in overweight patients

- with type 2 diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(3), 176–181.
<https://doi.org/10.1007/s12529-009-9071-3>
- Ibarra, L., Viveros, L., González, V., & Hernández, F. (2017). Transición Alimentaria en México. *Ibarra-Sánchez, L., Viveros-Ibarra, L., González-Bernal, V., & Hernández-Guerrero, F*, 20(3_94), 166–182.
<https://www.revistarazonypalabra.org/index.php/ryp/article/view/697>
- Janssen, V., De Gucht, V., Van Exel, H., & Maes, S. (2014). A self-regulation lifestyle program for post-cardiac rehabilitation patients has long-term effects on exercise adherence. *Journal of Behavioral Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9489-y>
- Journal of Behavioral Medicine. (2020). *Journal of Behavioral Medicine*.
<https://www.springer.com/journal/10865>
- Karasu, S. R., & Karasu, T. B. (2010). *The gravity of weight: A clinical guide to weight loss and maintenance*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Karlsson, J., Taft, C., Rydén, A., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: The SOS intervention study. *International Journal of Obesity*.
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803573>
- Kay, S. J., & Fiatarone Singh, M. A. (2006). The influence of physical activity on abdominal fat: A systematic review of the literature. In *Obesity Reviews*.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2006.00250.x>
- Knittle, K., De Gucht, V., Hurkmans, E., Peeters, A., Runday, K., Maes, S., & Vlieland, T. V. (2015). Targeting motivation and self-regulation to increase physical activity among patients with rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial. *Clinical Rheumatology*. <https://doi.org/10.1007/s10067-013-2425-x>
- Lakerveld, J., Bot, S. D., Chinapaw, M. J., van Tulder, M. W., Kostense, P. J., Dekker, J.

- M., & Nijpels, G. (2013). Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: A randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-47>
- Lindson, N., Thompson, T., & Begh, R. (2015). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub3>
- Mackenbach, J. P. (1994). The epidemiologic transition theory. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48(4), 329–331. <https://doi.org/10.1136/jech.48.4.329-a>
- Mahony, D., Alder, H., & Eha, J. (2014). Psychological predictors of bariatric surgery attrition. *Research*, 1(November). <https://doi.org/10.13070/rs.en.1.1196>
- Marques, M. M., de Gucht, V., Leal, I., & Maes, S. (2017). Efficacy of a randomized controlled self-regulation based physical activity intervention for chronic fatigue: Mediation effects of physical activity progress and self-regulation skills. *Journal of Psychosomatic Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.012>
- Martens, M. P., Buscemi, J., Smith, A. E., & Murphy, J. G. (2012). The short-term efficacy of a brief motivational intervention designed to increase physical activity among college students. In *Journal of Physical Activity and Health*. <https://doi.org/10.1123/jpah.9.4.525>
- Mechanick, J. I., Youdim, A., Jones, D. B., Garvey, W. T., Hurley, D. L., McMahon, M. M., Heinberg, L. J., Kushner, R., Adams, T. D., Shikora, S., Dixon, J. B., & Brethauer, S. (2013). Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient-2013 update: Cosponsored by American association of clinical endocrinologists, the obesity society, and American society for metabolic & bariatric surgery. *Obesity*. <https://doi.org/10.1002/oby.20461>
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). *Toward a Theory of Motivational Interviewing*.

American Psychologist. <https://doi.org/10.1037/a0016830>

Miller, W., & Rollnick, S. (2013). La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Montt D Koppmann A Rodríguez M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 16.

Murphy, B. M., Worcester, M. U. C., Higgins, R. O., Elliott, P. C., Le Grande, M. R., Mitchell, F., Navaratnam, H., Turner, A., Grigg, L., Tatoulis, J., & Goble, A. J. (2013). Reduction in 2-year recurrent risk score and improved behavioral outcomes after participation in the “beating heart problems” self-management program: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. <https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e31828c7812>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney [NIDDK]. (2018). *Riesgos para la salud por el sobrepeso y la obesidad*. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/control-de-peso/informacion-sobre-sobrepeso-obesidad-adultos/riesgos>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDK]. (2018). *Riesgos para la salud por el sobrepeso y la obesidad*. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/control-de-peso/informacion-sobre-sobrepeso-obesidad-adultos/riesgos>

National Institute of Health. (2017). *Overweight and Obesity | National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI)*. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/overweight-and-obesity>

National Institutes of health. (n.d.). *Potential Candidates for Bariatric Surgery | NIDDK*. Retrieved February 26, 2018, from <https://www.niddk.nih.gov/health-information/weight-management/bariatric-surgery/potential-candidates>

- National Institutes of Health [NIH]. (2016). *Potential Candidates for Bariatric Surgery: Who is a good adult candidate for bariatric surgery?* <https://www.niddk.nih.gov/health-information/weight-management/bariatric-surgery/potential-candidates>
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M., & Sepúlveda, J. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Síntesis Ejecutiva. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 132.
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Encuesta+Nacional+de+Salud+y+Nutrici?n+2006#0>
- Olivari, C., & Urra, E. (2007). Autoeficacia Y Conductas De Salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9–15. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *10 datos sobre la obesidad*. WHO; World Health Organization. <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Obesidad y sobrepeso*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE]. (n.d.). *Obesidad y la Economía de la Prevención*.
<https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/obesidadylaeconomiasdelaprevencion.htm>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE]. (2017). *Obesity Update*. <http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm>
- Ortíz, L., Delgado, G., & Hernández, A. (2006). Cambios en factores relacionados con la transición. *Gaceta Médica de Mexico*.
- Palmero, F. (1997). Motivación: conducta y proceso. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, VIII(20–21). <http://reme.uji.es/articulos/numero20/1-palmero/texto.html>
- Papapietro, K. (2012). Cirugía para la obesidad: efectos generales, beneficios y riesgos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 189–195. <https://doi.org/10.1016/S0716->

- Peacock, J. C., Perry, L., & Morien, K. (2018). Bariatric patients' reported motivations for surgery and their relationship to weight status and health. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2017.10.005>
- Picot, J., Jones, J., Colquitt, J. L., Gospodarevskaya, E., Loveman, E., Baxter, L., & Clegg, A. J. (2009). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: A systematic review and economic evaluation. In *Health Technology Assessment*. <https://doi.org/10.3310/hta13410>
- Pizato, N., Botelho, P. B., Gonçalves, V. S. S., Dutra, E. S., & de Carvalho, K. M. B. (2017). Effect of grazing behavior on weight regain post-bariatric surgery: A systematic review. In *Nutrients*. <https://doi.org/10.3390/nu9121322>
- Resnicow, K., Davis, R., & Rollnick, S. (2006). Motivational interviewing for pediatric obesity: Conceptual issues and evidence review. *J Am Diet Assoc*.
- Reynoso Erazo, L., & Becerra Gálvez, A. L. (2014). Medicina Conductual: Teoría y Práctica. In *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. <https://doi.org/10.29410/qtp.14.01>
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5–12.
<http://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975002.pdf>
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12018104>
- Romero, H., & Herrera, M. (2012). El papel de las opciones quirúrgicas del tratamiento. In Á. Rivera, M. Hernández, C. Aguilar, F. Vadillo, & C. Murayama (Eds.), *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado*. UNAM.
- Ross, R., Janssen, I., Dawson, J., Kungl, A. M., Kuk, J. L., Wong, S. L., Nguyen-Duy, T. B., Lee, S. J., Kilpatrick, K., & Hudson, R. (2004). Exercise-induced reduction in obesity and insulin resistance in women: A randomized controlled trial. *Obesity Research*. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.95>

- Rubio, M. A., Martínez, C., Vidal, O., Larrad, A., Salas-Salvado, J., Pujol, J., Díez, I., & Moreno, B. (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista Española de Obesidad*, 4(223), 249. <https://doi.org/10.1089/met.2012.0014>
- Schwartz, G.E. y Weiss, S. M. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: A proposed definition and statement of goals. *J Behav Med*, 1, 3–12. <https://doi.org/10.1007/BF00846582>
- Scott, J., & Huskisson, E. C. (1979). Vertical or horizontal visual analogue scales. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 38(6), 560–560. <https://doi.org/10.1136/ard.38.6.560>
- Secretaría de Salud. (2012). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena. *Guías de Práctica Clínica, Actualización 2012*, 2–82. www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.htm
- Secretaría de Salud. (2017). *Hospital Gea: Antecedentes*. <http://www.hospitalgea.salud.gob.mx/contenido/menu/conocenos/antecedentes.html>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(SUPPL. 20), 22–33. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(99\)80239-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(99)80239-9)
- Shilts, M. K., Horowitz, M., & Townsend, M. S. (2004). Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: A review of the literature. In *American Journal of Health Promotion*. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-19.2.81>
- Sierra, M. A. (2013). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica. *Interdisciplinaria*, 30(2), 191–199.
- Sim, M., Khong, E., & Hulse, G. (2014). Motivational Interviewing. In D. Mostofsky (Ed.), *The Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 406–428). John Wiley & Sons Inc.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). (2000). Estudio de la

obesidad para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Documento de Consenso. *Revista Medicina Clinica, Barcelona*, 115(15), 587–597.

https://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Consenso_SEEDO_2000.pdf
http://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Consenso_SEEDO_2000.pdf

Soria, R., Legido, A., Escolano, C., Yeste, A. L., & Montoya, J. (2006). A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice*.

Soto, H., Ascencio, I., Azamar, A., Díaz, J. P., Mariel, P., Fernández, C., Reyes, J. G., Botello, B., & Azamar, A. (2015). Carga económica de la obesidad y sus comorbilidades en pacientes adultos en México. *Pharmacoeconomics - Spanish Research Articles*, 12(4), 115–122. <https://doi.org/10.1007/s40277-015-0045-3>

Spahn, J. M., Reeves, R. S., Keim, K. S., Laquatra, I., Kellogg, M., Jortberg, B., & Clark, N. A. (2010). State of the Evidence Regarding Behavior Change Theories and Strategies in Nutrition Counseling to Facilitate Health and Food Behavior Change. *Journal of the American Dietetic Association*.
<https://doi.org/10.1016/j.jada.2010.03.021>

Spoelstra, S. L., Schueller, M., Hilton, M., & Ridenour, K. (2015). Interventions combining motivational interviewing and cognitive behaviour to promote medication adherence: A literature review. In *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.12738>

Stewart, K. E., Olbrisch, M. E., & Bean, M. K. (2010). Back on track: Confronting post-surgical weight gain. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*.
<https://doi.org/10.1089/bar.2010.9920>

Stone, D. N. (1994). Overconfidence in Initial Self-Efficacy Judgments: Effects on Decision Processes and Performance. *Organizational Behavior and Human Decision*

Processes. <https://doi.org/10.1006/obhd.1994.1069>

Universidad Nacional Autónoma de México. (n.d.). *Programa de posgrado en psicología*

UNAM. México. <http://psicologia.posgrado.unam.mx/medicina-conductual/>

Vaidya, V. (2006). Psychosocial aspects of obesity surgery. *Adv Psychosom Med*, 27, 73–

85. <https://doi.org/10.1159/000090965>

Van Beek, A. P., Emous, M., Laville, M., & Tack, J. (2016). Dumping syndrome after

esophageal, gastric or bariatric surgery: pathophysiology, diagnosis, and

management. *Obesity Reviews*, 18(1), 68–85. doi:10.1111/obr.12467

Vancouver, J. B., Thompson, C. M., Tischner, E. C., & Putka, D. J. (2002). Two studies

examining the negative effect of self-efficacy on performance. *Journal of Applied*

Psychology. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.3.506>

Vázquez, V., & Rodríguez, M. (2017). Preparación del paciente con obesidad candidato a

cirugía bariátrica. In V. Vázquez, V., Stephano, S., Rocha, I., & Soto (Ed.), *Manual de*

Obesidades: Una oportunidad para mejorar la salud de mi paciente (Permanyer, pp.

212–224).

Vázquez, V., Stephano, S., Rocha, I., & Soto, V. (2017). Herramientas para el diagnóstico

integral de la obesidad: de lo psicológico y lo psiquiátrico. In M. R. y V. V. Eduardo

García (Ed.), *Manual de Obesidades: Una oportunidad para mejorar la salud de mi*

paciente (pp. 68–96). Permanyer.

Willis, L. H., Slentz, C. A., Bateman, L. A., Shields, A. T., Piner, L. W., Bales, C. W.,

Houmard, J. A., & Kraus, W. E. (2012). Effects of aerobic and/or resistance training

on body mass and fat mass in overweight or obese adults. *Journal of Applied*

Physiology, 113(12), 1831–1837. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.01370.2011>

Zunker, C., Karr, T., Saunders, R., & Mitchell, J. E. (2012). Eating behaviors post-bariatric

surgery: A qualitative study of grazing. *Obesity Surgery*.

<https://doi.org/10.1007/s11695-012-0647-7>

5. Anexos

Anexo 1: Formato de registro de talla y peso pre y post intervención

Anexo 2: Formato de registro de asistencia a sesiones grupales de la clínica de obesidad

Anexo 3. Cuestionario de conductas de alimentación

Anexo 4. Auto-evaluación del nivel de motivación y confianza

Anexo 5. Percepción de apego al plan de alimentación

Anexo 6. Carta de consentimiento informado

Anexo 7. Manual de intervención

Anexo 2: Formato de registro de asistencia a sesiones grupales de la clínica de obesidad.



CLÍNICA de OBESIDAD
CLÍNICA ESPECIALIZADA EN TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Nombre: _____ Registro: _____

Seguimiento de apego al Tratamiento y Estado de Ánimo

Fecha	% de apego al plan de alimentación	% de apego al régimen de ejercicio	¿Cómo me siento al día de hoy?
			☹️ _____ _____ ☺️ 0 5 10
			☹️ _____ _____ ☺️ 0 5 10
			☹️ _____ _____ ☺️ 0 5 10
			☹️ _____ _____ ☺️ 0 5 10
			☹️ _____ _____ ☺️ 0 5 10
			☹️ _____ _____ ☺️ 0 5 10
			☹️ _____ _____ ☺️ 0 5 10
			☹️ _____ _____ ☺️ 0 5 10

Gráfica de Peso

Módulo	1	2	3	4	5	6	7	8	

Anexo 3. Cuestionario de Conductas de Alimentación



CONDUCTAS ALIMENTARIAS

Por favor indique la frecuencia de las conductas alimenticias con una escala de número que se presenta a continuación:

6	5	4	3	2	1	0
Todos los días	3 o 4 veces por semana	1 o 2 veces por semana	2 o 3 veces el mes	1 vez al mes	Menos de una vez al mes	Nunca

Conducta	Frecuencia
Comer entre comidas (además de colaciones)	
Ayunos prolongados (más de 4 horas sin comer)	
"Picar alimentos"	
Comer más rápido que la mayoría de las personas	
Comer hasta sentirme incómodo/a	
Comer SIN hambre física	
Comer solo por sentir pene con los demás	
Culpa o tristeza después de comer	
Sentirme estresado/a debido a mi manera de comer	
Tomar refresco	
Tomar bebidas con calorías (jugos industrializados, malteadas, licuados)	
Tomar agua simple	
Antojos dulces	
Antojos salados	
Antojos de alimentos altos en grasas	
Tomar jugos naturales	
Dejar el plato "vacío"	

En promedio, ¿cuántos días a la semana realiza las siguientes comidas?

Número de días	
Desayuno	
Comida	
Cena	

Numero de comidas que hace por día: _____ Colaciones por día: _____

¿Hay algún tipo de alimento que evite con la intención de cuidar su figura? NO SI
¿cuál? _____

¿Hace ejercicio? NO SI

Tipo de ejercicio	
Frecuencia (días de a la semana)	
Duración (minutos)	

Anexo 4. AUTO-EVALUACIÓN DEL NIVEL DE MOTIVACIÓN Y CONFIANZA

INSTRUCCIONES: Evalúe por favor **su nivel actual de motivación** para llevar a cabo los cambios relacionados con su plan de alimentación y para la realización de actividad física en la siguiente regla. El UNO, indica que usted no tiene ninguna motivación y el 10 que se siente completamente motivado para realizarlos.

a) Su plan de alimentación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada Motivado								Completamente Motivado	

b) La realización de actividad física.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada Motivado								Completamente Motivado	

INSTRUCCIONES: Evalúe por favor su **nivel actual de confianza** para llevar a cabo los cambios relacionados con su plan de alimentación y para la realización de actividad física en la siguiente regla. El UNO, indica que usted no tiene ninguna motivación y el 10 que se siente completamente motivado para realizarlos.

c) Su plan de alimentación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada de confianza								Completamente confiado	

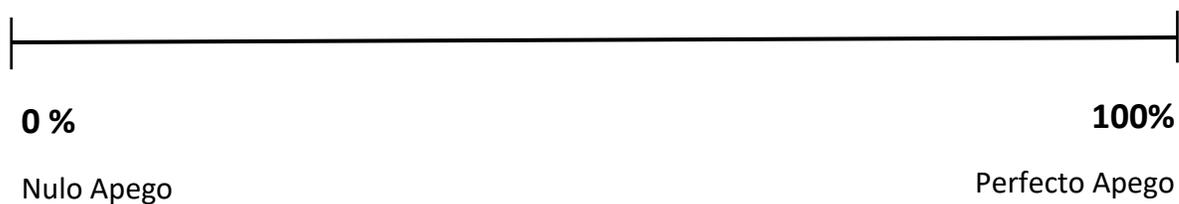
d) La realización de actividad física.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada de confianza								Completamente confiado	

Anexo 5. PERCEPCIÓN DE APEGO AL PLAN DE ALIMENTACIÓN

Tomando de referencia la siguiente línea, en donde el extremo izquierdo indica “Nulo Apego” y el extremo derecho indica “Perfecto Apego”, indique:

¿En qué porcentaje considera que ha llevado acabo su plan de alimentación durante estos días? _____ %



Anexo 6. Carta de Consentimiento Informado

Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto "Investigación para la Salud", Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo "De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos" Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

- I. **La justificación y los objetivos de la investigación.** Se me ha explicado soy candidato a una cirugía bariátrica debido a que padezco obesidad severa y estoy en un protocolo de atención para cirugía bariátrica, por lo que se me propone participar en el proyecto para estudiar el uso de estrategias psicológicas y su impacto en la modificación de hábitos requeridos antes de la cirugía (operación).
- II. **Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.** Se me ha informado que el tratamiento habitual de la clínica consiste en 6 sesiones grupales para entrenar en modificación de hábitos y en algunas sesiones individuales de apoyo. La intervención experimental del estudio consiste en un total de 3 sesiones de intervención individual (una antes, otra a la mitad y la última al finalizar mi tratamiento grupal) con estrategias que buscan aumentar mi motivación y mi sensación de lograr modificación de hábitos de alimentación y de realización de actividad física para favorecer la pérdida de peso. Debido a que se necesita tener certeza de que la intervención cumple con las características propuestas en el estudio, las sesiones individuales serán audiograbadas para que un experto pueda evaluar al terapeuta.
- III. **Las molestias o los riesgos esperados, cómo y quién las resolverá.** Se me explicó que el mayor riesgo de participar en el estudio es que la nueva intervención no mejore la adherencia (apego, seguimiento de indicaciones) al tratamiento pre-quirúrgico (previo a la cirugía, periodo de preparación), pero que no sufriré ningún daño derivado de la intervención experimental.
- IV. **Los beneficios que puedan observarse.** Me informaron que los beneficios que podría tener de mi participación en el estudio son sentirme más motivado para seguir las indicaciones y tener más confianza en lograr la modificación de hábitos necesarios para que mi procedimiento quirúrgico sea aprobado. Además, sé que mi participación y los resultados obtenidos, ayudarán a identificar elementos de las intervenciones psicológicas para mejorar la atención de otros pacientes que son candidatos a cirugía bariátrica.
- V. **Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.** Se me explicó que un grupo de pacientes recibirá la intervención experimental y que el otro grupo recibirá las sesiones de apoyo psicológico habituales de la clínica, pero que esto será decidido al azar (por sorteo), por lo que yo no podré saber a qué grupo me asignaron sino hasta finalizar mi participación en el estudio y que esto no altera el curso o pronóstico de mi enfermedad.

- VI. **La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración.** Se me ha asegurado que puedo expresar todas las dudas relacionadas con el estudio y que estas serán resueltas para poder tomar una decisión informada sobre mi participación.
- VII. **La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, así como el compromiso de notificar esta decisión a los responsables del proyecto.** Se que la participación en el estudio es completamente VOLUNTARIA, por lo que, si decido no participar, no habrá ninguna repercusión para mí, en el trato o en el proceso de atención y podré continuar con mi proceso de atención habitual. También tengo entendido, que aún después de haber aceptado participar en el estudio, puedo decidir retirar mi participación en cualquier momento comunicándoselo a las investigadoras para que se me permita seguir recibiendo el tratamiento habitual de la clínica sin ninguna repercusión.
- VIII. **Privacidad y Anonimato.** Conozco que el manejo de la información obtenida para el estudio sólo será por parte de los investigadores y/o personal profesional, por ello, autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que nunca será expuesto mi nombre o se revelará mi identidad.
- IX. **El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.** En caso de presentar algún malestar relacionado con las intervenciones del estudio o que exista alguna evidencia de que la intervención experimental puede afectarme, seré informado de inmediato y se me dará la opción de tener otra intervención psicológica para continuar mi tratamiento de forma segura.
- X. **Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.** Conozco que mi participación no representa un gasto mayor en la atención, ya que los estudios de laboratorio y consultas que debo pagar son las que tradicionalmente se solicitan en el protocolo de atención habitual en la clínica.
- Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo _____ con número de expediente _____ acepto participar en el estudio titulado: Estudio Piloto del Efecto de la Intervención de Entrevista Motivacional en la adherencia terapéutica, motivación al cambio y autoeficacia en pacientes con obesidad severa candidatos a cirugía bariátrica”.

Nombre y firma del paciente o responsable legal: _____

*La firma puede ser sustituida por huella digital en los casos que así lo ameriten

Nombre, y firma del testigo 1: _____

Dirección: _____

Relación que guarda con el paciente: _____

Nombre, y firma del testigo 2: _____

Dirección: _____

Relación que guarda con el paciente: _____

Nombre y firma del Investigador Principal: _____

Nombre y firma de quien aplica el consentimiento informado: _____

Anexo 7. Manual de Intervención

MANUAL PARA LA INTERVENCIÓN DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN PACIENTES CON OBESIDAD SEVERA

Introducción

La presente guía fue diseñada como parte del trabajo de tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual que actualmente forma parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, de la cual, la sede académica fue la Facultad de Psicología y la sede clínica para la residencia fue la Clínica de obesidad del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

La Entrevista Motivacional (EM) ha sido descrita como una conversación colaborativa que busca fortalecer la motivación y su compromiso al cambio. Es una intervención centrada en el paciente y ha mostrado que la relación interpersonal basada en la empatía impacta positivamente en los resultados del tratamiento (Miller y Rose, 2009).

La presente estrategia de intervención cuenta con amplia investigación, principalmente en el área del tratamiento de las adicciones, no obstante, debido a los resultados favorables que se han observado, se ha ampliado su aplicación a otras áreas de la salud como obesidad y otras enfermedades crónicas, buscando implementar conductas de autocuidado o para mejorar el seguimiento del tratamiento (Resnicow, Davis y Rollnick, 2006).

Las intervenciones propuestas en este manual se encuentran fundamentadas en el libro *Motivational Interviewing: Helping People Change* tercera edición de William R. Miller y Stephen Rollnick (2013), y fueron pensadas para realizar intervenciones en pacientes con obesidad severa candidatos a cirugía bariátrica. Se proponen tres sesiones que permitan abordar las situaciones que atraviesan los pacientes durante el periodo prequirúrgico, a fin de mejorar y/o mantener la motivación y autoeficacia las cuales han sido identificadas como variables que favorecen el cambio (Sierra, 2013).

Lo siguiente se presenta a modo de resumen del libro anteriormente mencionado con la finalidad de condensar la información teórica de la intervención y facilitar su acercamiento a otros profesionales que atienden la salud mental en esta población, además de detallar la manera en que se realizaron las intervenciones para este estudio.

Generalidades

Las conversaciones que se llevan en diversos espacios profesionales (médicos, nutricionales, dentales, etc.) son bien intencionados y desean impactar en el cambio de conductas o actitudes de sus consultantes, sin embargo, el cambio en el estilo de vida a favor del autocuidado no siempre se logra, aun tras dar recomendaciones específicas para el cuidado de la salud.

Particularmente, la conversación que ocurre al interior de un espacio terapéutico en EM, tiene la finalidad de ayudar a alcanzar objetivos bien definidos, esto mediante un estilo GUÍA para la intervención, que permita dar dirección hacia el cumplimiento de objetivos pero que, a la vez, mantenga la autonomía para la toma de decisiones.

La EM ha tenido cambios en su definición a medida que sus autores han identificados elementos necesarios a enfatizar, la definición más reciente la define como *“un estilo de comunicación orientado a objetivos con particular atención al discurso de cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación personal y el compromiso con un objetivo específico mediante la elicitación y exploración de las propias razones del cambio, dentro de una atmósfera de aceptación y compasión”* (Miller & Rollnick, 2013).

Esta intervención considera que los encuentros entre terapeuta y paciente en el espacio terapéutico son una colaboración activa entre dos expertos; el paciente experto en su propia problemática y el terapeuta en la creación de una atmósfera que promueva el cambio de manera no coercitiva. El aporte de la experiencia del paciente se considera indispensable para que el cambio ocurra, ya que el terapeuta

no puede hacer el cambio solo, y por ello, es necesario trabajar con la disposición al cambio mediante la colaboración.

El espíritu de la EM

El espíritu de la EM que el practicante debe adoptar involucra 4 elementos que se encuentran interrelacionados: Colaboración, Aceptación, Compasión y Evocación. A su vez, la aceptación incluye 4 aspectos: valor absoluto, empatía precisa, apoyo a la autonomía y afirmación.

- e) La *colaboración* permite que exista una relación entre el clínico y el paciente en la que se desarrolla una conversación activa relacionada con el proceso de toma de decisiones.
- f) La *aceptación* se refiere a una profunda capacidad de entender lo que el paciente desea, aunque no necesariamente este de acuerdo o lo apruebe. Se compone de las siguientes características: valor absoluto (considera que cada persona tiene un valor propio, el cual debe ser reconocido), empatía precisa (que representa un interés y esfuerzo de conocer al otro), apoyo a la autonomía (se refiere a que el paciente puede tomar sus propias decisiones) y la afirmación (reconocer los esfuerzos realizados).
- g) La *compasión* no implica sufrir con, sino perseguir el bienestar y los intereses del otro.
- h) La *evocación* lleva a identificar los elementos de los que ya dispone y hacer uso de ellos en el proceso de cambio.

Procesos de cambio

Las sesiones de EM incluyen 4 procesos secuenciales a llevar a cabo durante las sesiones y que consideran la decisión de cambiar como un requisito previo para poder planificar posteriormente como hacer dicho cambio. Estos procesos son:

- e) Compromiso (*Engaging*): establecimiento de una relación de trabajo, por lo que resulta fundamental la alianza terapéutica, su desarrollo puede surgir en pocos minutos o puede tardar varias semanas. Existen

diferentes factores internos y externos que pueden facilitar o afectarlo a los cuales debe prestar atención el terapeuta.

- f) Enfocar (*Focusing*): es el proceso por el que se desarrolla y se mantiene el discurso de cambio y no implica precisamente un cambio conductual, quizá, pueda relacionarse con una elección que sostiene una conducta o incluso, la elección de no hacer cambios.
- g) Evocar (*Evoking*): es descubrir las razones del paciente para cambiar, cuidando evitar actitud de experto en donde el terapeuta analiza el problema, identifica el error y da las soluciones para arreglarlo.
- h) Planificar (*Planning*): involucra tanto el desarrollo del compromiso al cambio como la formulación de un plan de acción, escuchando sus propias soluciones y considerando los cambios que el mismo considere aceptables. Dado que pueden presentarse obstáculos, no es un proceso que se da por terminado, requiere la revisión de vez en vez.

Habilidades básicas

Las habilidades básicas de comunicación pueden ser recordadas mediante el acrónimo PAER (Preguntas abiertas, Afirmaciones, Escucha reflexiva y Resumir), las cuales, deben estar presentes en los procesos anteriormente descritos ya que permitirán mantener un estilo de comunicación al interior de la sesión acorde al espíritu de la EM. La descripción de estas habilidades es:

- e) *Preguntas abiertas*: se prioriza su uso ya que son una invitación a reflexionar y elaborar, puesto que pueden dar información importante sobre el marco de referencia interno del paciente, estas son utilizadas de manera predominante en cada sesión de intervención. Cabe aclarar que no están negadas las preguntas cerradas, pero se recomienda usarlas en menor medida.
- f) *Afirmaciones*: Es el reconocimiento de las propias fortalezas, esfuerzos y recursos con los que se cuenta y que permiten que el cambio pueda darse. El clínico se mantiene constantemente atento a los pasos

acertados que da el paciente con lo que reconoce su capacidad de crecimiento y de cambio.

- g) *Escucha reflexiva*: es una herramienta fundamental en EM y tiene como función aclarar y profundizar la comprensión por parte del terapeuta.
- h) *Resumir*: resultan una reflexión de todo lo que se ha dicho que contribuyen a la comprensión, además, pueden ser útiles en la transición de una tarea a otra y reflejan el compromiso de escuchar y recordar por parte del terapeuta. Finalmente, son una oportunidad para que el paciente rescate algo que pudo haberse perdido.

Las herramientas anteriormente descritas, y su conocimiento, no representan en sí mismas el desarrollo de habilidades de la EM por lo que requieren de práctica constante y supervisada. Las habilidades usadas de manera estratégica abren la posibilidad de que las personas logren moverse en dirección al cambio.

Los autores añaden los aspectos de *información y consejo* dentro de las sesiones, considerando que es adecuado dar información y consejo cuando los pacientes lo solicitan, sin embargo, si no han sido solicitados por parte del paciente, siempre debe ser solicitado el consentimiento o permiso.

Pautas para una sesión de intervención

La guía general para dirigir la sesión es obtener información que permita conocer las motivaciones, necesidades y preocupaciones del paciente, sin embargo, los pacientes no siempre pueden estar dispuestos a proporcionarla o incluso, pueden experimentar una sensación de invasión, por ello, lo recomendado es que, una vez que el paciente ha proporcionado información, el clínico retroalimente al paciente para posteriormente poder solicitar nuevamente información ya sea a partir de una pregunta o incluso, el paciente expresara lo que piensa o siente de manera espontánea, con este ritmo se evitara la unidireccionalidad en las intervenciones, manteniendo un ritmo de: obtener (pregunta)-proporcionar (retroalimentación, reflexión)-obtener (pregunta).

Las intervenciones deberán considerar las necesidades y deseos del paciente, proporcionar información clara y sencilla, con un uso de un lenguaje que promueva la autonomía y que no prescriba respuestas o soluciones anticipadas.

No obstante, ante el proceso de cambio es frecuente que se experimente *ambivalencia*, pero es considerada como un elemento necesario para que el proceso de cambio pueda efectuarse. La ambivalencia es definida como “*la presencia simultánea de dos motivaciones conflictivas*”, es decir, tener razones para cambiar, pero también para no hacerlo. Las personas pueden pasar mucho tiempo en este proceso, pero la incomodidad que genera puede motivar la toma de decisión en función de lo que el paciente considere más conveniente para sí mismo.

La ambivalencia puede reconocerse ante la presencia de los dos elementos que la componen, *el discurso de cambio y el discurso de mantenimiento*. El terapeuta debe estar al tanto de los elementos que reflejen un *discurso de cambio*, es decir, de las motivaciones expresadas para realizar los esfuerzos necesarios que lo llevarán a lograrlo, estos pueden identificarse como deseos, habilidades (autoeficacia), razones y necesidades, sin embargo, estos solo representan un elemento preliminar y preparatorio, ya que, en sí mismos, no constituyen el cambio ni lo aseguran, por ello, posteriormente habrá que incrementar el compromiso, establecer planes de acción y ejecutarlos. El discurso de mantenimiento se refiere a aquellas motivaciones o razones que llevan a la persona a mantener la conducta actual.

Los autores también consideran como elemento importante la *autoeficacia*, término propuesto por Albert Bandura en 1977 y la definió como “la creencia que tiene una persona de poseer capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados”. En esta intervención resulta importante ya que consideran que una cosa es desear el cambio y otra, tener la confianza en que puede lograrlo, por ello, algunas estrategias buscan apoyar la autoeficacia, centrándose en los logros alcanzados anteriormente, rescatando así las habilidades con las que los pacientes ya cuentan y poniendo menos énfasis en las que hacen falta.

Estrategias específicas

Algunas estrategias que promueven el *discurso de cambio* y ayudan a incrementar la motivación son:

1. *Uso de la regla de importancia*: se trata de una escala que va del uno (“*nada importante*”) hasta el diez (“*lo más importante*”), la cual permite conocer que tan importante es el cambio para la persona. A partir de la respuesta del paciente, se explora que lo hace estar en ese nivel (reconocimiento de lo que ya hace) y no en uno más bajo, incitando a sostener las razones del cambio, por ejemplo, *¿Qué te hace estar en un 7 y no en un 4?* Si la pregunta se hace a modo contrario, podría representar una corrección o reprobación por no estar en un nivel mayor. Otra pregunta posible de hacer para continuar fomentando la plática de cambio es *¿Qué puedes hacer para estar en una puntuación mayor?*, con lo que se promueve la expresión de acciones específicas dirigidas a lograr los objetivos.
2. *Explorar los extremos*: al identificar poco deseo de cambio, se puede solicitar que se describan las peores consecuencias de mantener el comportamiento actual, una intervención que puede orientar esto es: *Imagina que continuas de la misma manera ¿Cuál crees que sea la peor consecuencia que puedas tener?*
3. *Ver hacia atrás*: esta estrategia lleva a que el paciente a pensar en cómo era la vida antes de que el problema surgiera o empeorara y compararlo con la situación actual, una pregunta que orienta esta estrategia es: *¿Cómo eran las cosas antes de que estuvieras en esta situación?*
4. *Ver a futuro*: ayudar a las personas a visualizar como serían las cosas si el cambio sucede es otra estrategia que fomenta el discurso de cambio, una orientación puede ser la pregunta: *si pudieras tener una semana sin este problema ¿cómo sería tu vida?*
5. *Explorar valores y objetivos*: Esta estrategia se centra en descubrir que valores guían la vida de la persona, es probable que se observe que las

expresiones del paciente reflejen una discrepancia entre el comportamiento actual y las metas por alcanzar, a las cuales debe estar atento el terapeuta para reflejarla y con ello evocar motivaciones para el cambio, por ejemplo: *tu objetivo en la vida es poder ver crecer a tus nietos y al mismo tiempo te ha resultado muy complicado cuidar mejor tu salud.*

6. *Balance entre la plática de cambio y plática de mantenimiento:* es esperado que al paso de las sesiones se modifique la proporción entre la plática de cambio y de mantenimiento, sin embargo, el terapeuta puede esperar que una vez que las verbalizaciones reflejan principalmente plática de cambio no aparezca la de mantenimiento, cuando la segunda aparece, el terapeuta no debe alarmarse y solo debe abordarla con las estrategias anteriormente descritas.

El otro elemento que forma parte de la ambivalencia es la *plática de mantenimiento* que inicialmente fue denominada “*resistencia*”, el concepto fue renombrado debido a que parecía patologizar algo que es común dentro del proceso de cambio. Las expresiones de mantenimiento pueden ser intervenidas con estrategias reflexivas que llevaran a debilitar este discurso provocando un contrapeso de la balanza a favor del discurso de cambio.

Algunas de las principales estrategias para hacer frente al *discurso de mantenimiento* son:

1. *Reflexión directa:* es de las estrategias más comunes la cual consiste en hacer un reflejo simple de lo que el paciente ha mencionado, ante lo que es probable que defienda el discurso de cambio, por ejemplo:

Paciente: En realidad no creo tener hábitos de alimentación tan malos no entiendo porque no pierdo peso

Terapeuta: Sus hábitos de alimentación no han tenido que ver con su sobrepeso

Paciente: Bueno, supongo que a veces si me descontrolo y no me apego a mi plan de alimentación

2. *Reflexión amplificada*: Tiene la finalidad de reconocer lo que la persona dice, pero de manera más intensa, lo que lo orienta a ver el otro lado de la ambivalencia.

Paciente: Creo que estoy dando mi mejor esfuerzo, no entiendo porque no logro perder más peso

Terapeuta: ya hizo todo lo posible y no hay nada más que pueda hacer para resolver este problema

Paciente: Bueno, tampoco es que haya dado completamente todo, quizá me siento desesperado por no ver cambios tan rápido

3. *Reflexión doble*: Esta tiene la intención de reconocer la plática de mantenimiento y rescatar algún deseo de cambio u objetivo que se contraponen. Las características con las que se puede llevar a cabo esta estrategia es mediante una conjunción que enfatiza la discrepancia, mostrando primero el discurso de mantenimiento y posterior a la conjunción “y”, el discurso de cambio, como ejemplo:

Terapeuta: Por un lado, deseas mantener el consumo de los alimentos que te han llevado a ganar peso porque son tus favoritos y por otro, deseas prevenir el desarrollo de enfermedades para poder disfrutar por más tiempo a tu familia ¿cómo podrías mantener ambas cosas?

Trampas por superar dentro del proceso de intervención

Finalmente, hay seis trampas en las que el clínico puede caer aun sin que sea su propósito y que muchas veces surgen con buena intención, sin embargo, pueden enviar un mensaje de dominio o mando del espacio terapéutico, lo que se opone al trabajo colaborativo necesario para promover el cambio basado en los valores del paciente, lo que puede llevar a experimentar pasividad o incluso, a cuestionar si debe o no continuar con el tratamiento.

1. *Trampa de la evaluación*: Sucede frecuentemente al iniciar un encuentro y se refiere a la aplicación de una batería de escalas o entrevistas muy

estructuradas que solo permiten respuestas concretas, lo que limita la elaboración necesaria en las sesiones de EM. Esto puede suceder frecuentemente cuando el terapeuta experimenta ansiedad y con esto se reafirma la sensación de control por lo que el mensaje que se envía es el de tener el control. No quiere decir que debe evitarse el uso de escalas, ya que incluso, contribuyen con información sobre aspectos de los cuales se dará retroalimentación, pero debemos recordar que lo más importante en los primeros minutos es poder conocer las inquietudes y deseos de la otra persona.

2. *Trampa del experto:* esta se identifica cuando el terapeuta da una serie de soluciones o respuestas basadas en su experiencia profesional tras hacer una serie de preguntas, el mensaje recibido puede ser que el terapeuta podrá dar las respuestas correctas que lo llevaran a solucionar el problema, sin embargo, el terapeuta con estilo de EM debe tener presente que no tiene las respuestas, estas se exploran con el paciente y es él quien las descubre en función de sus objetivos personales.
3. *La trampa del enfoque prematuro:* el problema de esta trampa es que el clínico cree haber identificado el problema sin escuchar cuales son las preocupaciones u objetivos del paciente, esto lo lleva a proporcionar el mismo tratamiento solo con conocer el diagnóstico sin considerar las particularidades del paciente, quien, además, puede ponerse a la defensiva.
4. *La trampa del etiquetado:* generalmente tiene que ver con una forma de enfoque prematuro en el que se centra la atención en un diagnóstico, algunos clínicos pueden enfocarse en hacer que la persona lo acepte, ya que lo consideran una parte indispensable para el tratamiento.
5. *La trampa de la culpa:* aun si ser la intención, un estilo alejado de la EM es la de llevar al paciente a aceptar él tiene la culpa del problema que presenta actualmente, sin embargo, esto puede llevar a un desgaste de tiempo y energía, e incluso, a una actitud defensiva en el paciente, pero también en el terapeuta. En el caso en que sea el mismo paciente quien

se culpe por el problema, lo recomendable es reestructurar y aliviar esa sensación para lograr emplear sus recursos en la solución.

6. *La trampa de la charla*: Si bien puede ayudar a generar confianza o ayudar a romper el hielo, un abuso en la charla informal puede tener una dirección insuficiente, por lo que se debe hacer con moderación, recordando que el objetivo de la sesión es abordar las preocupaciones y objetivos del paciente.

A modo de resumen

Durante cada sesión, recuerde tener presente:

- Hacer uso de las habilidades básicas PAER durante la sesión: Preguntas abiertas, Afirmaciones, Escucha reflexiva y Resumir
- Tener presentes los cuatro procesos básicos: Comprometer (favorece la alianza terapéutica), Enfocar (los objetivos del paciente), Evocar (las motivaciones de cambio) y Planificar (establecer planes de acción específicos acordes a sus objetivos).
- Mantener el ritmo: Obtener (por medio de una pregunta) – Proporcionar (mediante la escucha activa, brindando retroalimentación mediante el uso de reflexiones) – Proporcionar (por medio de una pregunta).
- Apoyarse en las estrategias específicas que apoyan el discurso de cambio y para abordar el discurso de mantenimiento.
- Evitar la confrontación y las seis trampas: Mantenga constante monitoreo sobre su propia interacción con el paciente para disminuir la probabilidad de promover plática de mantenimiento.

A continuación, se presenta la lista de “Habilidades de Intervención del Terapeuta” a ser evaluadas en cada sesión, posteriormente se presentan para cada sesión, las guías de intervención para el terapeuta y las hojas de apoyo para el paciente.

HABILIDADES DE INTERVENCIÓN

Formato para la evaluación de audiograbaciones

Folio de audiograbación: _____ Fecha: _____

Anote en la columna “Grado de intervención”, en el apartado “frecuencia” cada vez que ocurre la intervención (*I*: una vez, *II*: dos veces, *III*: 3 veces, etc.), posteriormente califique cada reactivo tomando como referencia la siguiente escala:

Posteriormente, brinde la retroalimentación correspondiente al terapeuta.

Frecuencia

1. Nunca
2. Muy Poco
3. Poco
4. Moderadamente
5. Bastante
6. Considerablemente
7. Extensamente

Nivel de habilidad

1. Muy pobre
2. Pobre
3. Aceptable
4. Adecuado
5. Bueno
6. Muy bueno
7. Excelente

Elemento evaluado	Grado de intervención	Nivel de habilidad
1. Estilo de Entrevista Motivacional	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____
2. Preguntas abiertas	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____
3. Validación de fortalezas y autoeficacia	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____
4. Oraciones reflexivas	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____
5. Generar atmósfera de colaboración al cambio	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____
6. Plática de cambio	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____
7. Identificación de problemas y retroalimentación	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____
8. Crear discrepancias	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____
9. Pros, Contras y ambivalencia	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____
10. Abordando un plan de cambio	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____

11. Funcionamiento social	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____
12. Orientación sobre el programa	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____
13. Psicoeducación sobre alimentación	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____
14. Planeación del tratamiento formal	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____
15. Evaluación o monitoreo de hábitos alimenticios	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____
16. Énfasis en seguir un plan alimenticio	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____
17. Consejo no solicitado u ofrecimiento de instrucciones	Frecuencia: _____ Calificación _____	Calificación _____

*Lista adaptada del protocolo de investigación "Estudio Piloto de la Intervención de Incremento Motivacional (IIM) para mejorar la retención y resultados del tratamiento de pacientes con consumo de sustancias".

Guía de intervención para el terapeuta

Sesión 1: Identificar los valores y objetivos

Objetivo: Fortalecer la autoeficacia y el compromiso al cambio relacionados con el seguimiento de las indicaciones del personal de salud.

Estructura General

1. INICIO

Inicie con una charla sobre aspectos generales sobre su estado general, el camino, tiempo de espera, etc. Muestre una actitud que facilite la confianza, sonría, mire a los ojos, escuche y devuelva verbalmente algo sobre los primeros comentarios que hace el paciente.

Realice una presentación personal que incluya su nombre, profesión, su papel en la clínica de obesidad y el objetivo de las sesiones individuales.

2. ENFOCAR LOS OBJETIVOS DE LA SESIÓN

Haciendo predominante uso de preguntas abiertas, explore las expectativas que tiene acerca de las sesiones individuales y del tratamiento interdisciplinario, si identifica información insuficiente o que hay que no coincide con los objetivos de tratamiento, solicite el consentimiento del paciente para poder complementar la información con la que cuenta.

Explore como ha sido el desarrollo del problema (el sobrepeso) y, mediante la escucha reflexiva, identifique los factores que lo han desencadenado y mantenido (preste atención a los aspectos relacionados con los hábitos, emociones, problemas interpersonales, situaciones, autoeficacia, etc.), ya que conocer estos aspectos le permitirán conocer ante que dificultades puede enfrentarse este paciente durante el tratamiento.

Además, explore cuales son las motivaciones para perder peso y buscar un tratamiento quirúrgico (explorar valores) y concrete cuales son los objetivos que

busca conseguir el paciente relacionados con el cuidado de su salud, familiares, laborales, personales, etc. (explorar metas y objetivos).

Si el paciente lo desea, puede proporcionarle la “Hoja de apoyo-Sesión 1” para poder escribir en algún momento las reflexiones a las que llegó durante la sesión.

Explore el nivel de motivación y autoeficacia apoyándose en la regla de importancia que se incluye en la parte baja del formato “Hoja de apoyo-Sesión 1” y complemente explorando que es lo que lo mantiene en el nivel mencionado y que puede hacer para incrementarlo o mantenerlo (establecer un plan de acción).

CIERRE

Mencione que se acerca el cierre de la sesión y que hará un resumen de lo comentado durante la sesión, al finalizar, permita que el paciente complemente el resumen agregando posibles aspectos que no haya mencionado. **IMPORTANTE:** si es un tema que deba ser abordado, pero ya no cuenta con tiempo, agradezca que se lo haya compartido y explique que será un tema pendiente por retomar durante la siguiente sesión individual.

Solicite al paciente que rescate algunos aspectos de la sesión y de oportunidad de que exprese posibles mejoras a las sesiones, puede apoyarse de las siguientes 3 preguntas (una a la vez):

- ¿Qué has descubierto en esta sesión?
- ¿Qué de lo abordado hoy crees que puede resultarte útil?
- ¿Qué cambiarías de estas sesiones para que sean más efectivas?

Finalmente, agradezca al paciente su participación y acuerde la siguiente cita, solicite consentimiento para poder enviarle un recordatorio previo a la cita.

HOJA DE APOYO – SESIÓN 1

Mis razones para no cambiar

Mis razones para cambiar

Mis principales dificultades por superar

Mis fortalezas

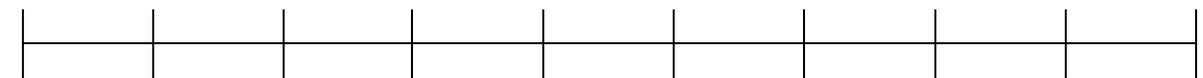
Mi siguiente compromiso para lograr el cambio es:

Mi nivel de **motivación** para iniciar los cambios para la pérdida de peso.

Poco motivado

Medianamente motivado

Completamente Motivado



1 **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10**

Mi nivel de **confianza** para completar el proceso de preparación prequirúrgico.

Poca confianza

Medianamente confiado

Completamente confiado



1 **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10**

Guía de intervención para el terapeuta

Sesión 2: Balance entre el discurso de cambio y de mantenimiento

Objetivo: Resolver la ambivalencia relacionada con hábitos que han mantenido el sobrepeso.

Estructura general

1. INICIO

Inicie con una charla sobre aspectos generales sobre su estado general, el camino, tiempo de espera, etc. Muestre una actitud que facilite la confianza, sonría, mire a los ojos, escuche y devuelva verbalmente algo sobre los primeros comentarios que hace el paciente.

Realice un resumen de lo revisado en la sesión anterior a modo de mantener una continuidad entre las sesiones, si hay aspectos pendientes, mencione que los podrán retomar durante la sesión.

2. ENFOCAR LOS OBJETIVOS DE LA SESIÓN

Retome cómo llevó el plan para continuar con el tratamiento e indague mediante el uso predominante de preguntas abiertas, cuales han sido las dificultades que a las que se ha enfrentado y los sentimientos asociados ante dichas dificultades.

Explore que hizo para superar las dificultades, que ha resultado efectivo y que no. Recuerde fomentar la autoeficacia apoyándose de la estrategia “ver hacia atrás” rescatando las habilidades que han sido efectivas en el pasado y convirtiendo en una oportunidad de aprendizaje aquellas que no lo han sido.

Ante las verbalizaciones que muestren apoyo al discurso de mantenimiento, haga uso de las estrategias de reflexión simple, amplificadas y dobles para disminuirlo y apoyar el discurso de cambio.

Si quedó pendiente algún tema en la sesión anterior, retómelo y enlázelo con el problema actual, explore como es que afecta en su tratamiento y explore las alternativas que tiene el paciente para poder abordarlo.

Es importante que identifique la ambivalencia presente en el paciente y que facilite la comprensión del discurso de cambio y discurso de mantenimiento, para esto, puede apoyarse en el ejercicio de “balance decisional” incluido en el formato “Hoja de Apoyo-Sesión 2”.

Finalice este ejercicio rescatando los beneficios a corto y largo plazo de superar las dificultades y reconociendo las fortalezas con las que cuenta el paciente para hacer frente a las dificultades.

Posteriormente, evalúe el nivel de motivación y autoeficacia apoyándose en la regla de importancia que se incluye en la parte baja del formato “Hoja de apoyo-Sesión 2”, recuerde rescatar los aspectos que lo llevan a mantener en el nivel mencionado y lo que puede hacer para incrementarlo o mantenerlo.

CIERRE

Anticipe que se acerca el cierre de la sesión y realice un resumen a modo de rescatar los aspectos centrales de la sesión, al finalizar, no olvide dar oportunidad al paciente de rescatar aspectos que se hayan pasado por alto o que no haya mencionado y que desee agregar, el cual será abordado en la siguiente sesión.

Solicite al paciente que exprese las conclusiones propias de la sesión y promueva participación en la estructura de la sesión apoyándose con las siguientes preguntas de cierre (realice una a la vez):

- ¿Qué has descubierto en esta sesión?
- ¿Qué de lo abordado hoy crees que puede resultarte útil?
- ¿Qué cambiarías de estas sesiones para que sean más efectivas?

Finalmente, agradezca al paciente su participación y acuerde la siguiente cita, solicite consentimiento para poder enviarle un recordatorio previo a la cita.

HOJA DE APOYO – SESIÓN 2

Los obstáculos o dificultades a los que me he enfrentado hasta este punto del tratamiento

Mis pros y contras de superar o no mis dificultades para continuar con mi tratamiento

Pros de superarlos:	Pros de no superarlos:
Contras de superarlos:	Contras de no superarlos:

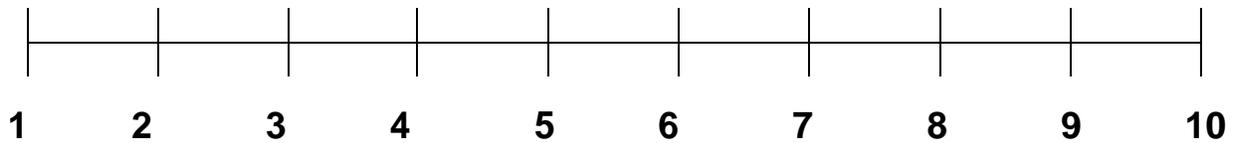
Mis fortalezas para superar las dificultades

Mi nivel de **motivación** para iniciar los cambios para la pérdida de peso.

Poco motivado

Medianamente motivado

Completamente Motivado

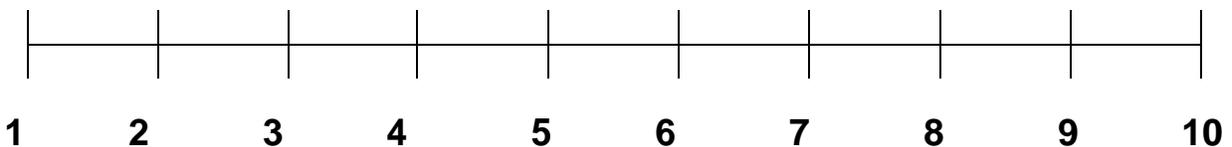


Mi nivel de **confianza** para completar el proceso de preparación prequirúrgico.

Poca confianza

Medianamente confiado

Completamente confiado



Guía de intervención para el terapeuta

Sesión 3: Fortalecimiento del compromiso

Objetivo: Fortalecer el compromiso al cambio para el mantenimiento de la modificación de hábitos posterior a la cirugía.

1. INICIO

Inicie con una la charla sobre aspectos generales sobre su estado general, el camino, tiempo de espera, etc. Muestre una actitud que facilite la confianza, sonría, mire a los ojos, escuche y devuelva verbalmente algo sobre los primeros comentarios que hace el paciente.

Realice un resumen de lo revisado en la sesión anterior a modo de mantener una continuidad entre las sesiones, si hay aspectos pendientes, mencione que los podrán retomar durante la sesión.

2. ENFOCAR LOS OBJETIVOS DE LA SESIÓN

Indague cuál ha sido la experiencia de llegar al final del tratamiento grupal por parte de psicología mediante el uso predominante de preguntas abiertas, además de explorar cómo enfrentó las dificultades identificadas en la sesión anterior y si identificó nuevas dificultades por superar, también explore los sentimientos asociados al proceso.

. Recuerde fomentar la autoeficacia apoyándose de la estrategia “ver hacia atrás” rescatando las habilidades que han sido efectivas en el pasado y no olvide retomar aquellas que no han funcionado del todo convirtiéndolas en una posibilidad de aprendizaje.

Ante las verbalizaciones que reflejan discurso de mantenimiento recuerde no confrontarlas y hacer uso de las estrategias de reflexión simple, amplificada que apoyen el discurso de cambio.

Si quedó pendiente algún tema en la sesión anterior, retómelo y enlázelo con el problema actual, explore cómo es que afecta en su tratamiento y explore las alternativas que tiene el paciente para poder abordarlo.

Al identificar los aspectos de la ambivalencia, promueva la comprensión del discurso de cambio y discurso de mantenimiento. Ayude a comprender las dificultades que ha tenido en el pasado y a anticiparse a las que puedan presentarse en un futuro, esto con la finalidad de equilibrar la plática de mantenimiento con la de cambio.

Fomente la autoeficacia rescatando el aprendizaje alcanzado hasta este punto del tratamiento y aquellas habilidades personales identificadas en las sesiones anteriores aunadas a las habilidades personales que el paciente reconozca, también, recuerde las motivaciones que el paciente tiene para lograr su objetivo de pérdida de peso identificadas en la sesión 1 y explore si han surgido nuevas motivaciones. Promueva la expresión de un plan de acción, con acciones específicas a llevar a cabo.

Posteriormente, evalúe el nivel de motivación y autoeficacia apoyándose en la regla de importancia que se incluye en la parte baja del formato “Hoja de apoyo-Sesión 3”, recuerde rescatar los aspectos que lo llevan a mantener en el nivel mencionado y lo que puede hacer para incrementarlo o mantenerlo.

CIERRE

Anticipe que se acerca el cierre de la sesión y en este punto, vuelva a mencionar que la última sesión y permita al paciente de comentar los aspectos que se hayan pasado por alto. Si identifica que el paciente requiere de otras sesiones de intervención psicológica, establezca un plan de acción a seguir para poder recibir el apoyo necesario que sea posible de brindar en la clínica.

Solicite al paciente que exprese las conclusiones acerca del tratamiento recibido en la clínica, además, mencione que está interesado en conocer si hubiera algo que podría mejorar en el proceso de atención, realice las tres preguntas de cierre (recuerde realizarlas una a la vez):

- ¿Qué has descubierto en esta sesión?
- ¿Qué de lo abordado hoy crees que puede resultarte útil?
- ¿Qué cambiarías de estas sesiones para que sean más efectivas?
- ¿Cuál es tu conclusión de estas 3 sesiones?

Finalmente, agradezca al paciente su participación dentro de las sesiones.

HOJA DE APOYO – SESIÓN 3

Qué cambios he logrado hasta este momento del tratamiento

Qué aprendizajes he alcanzado hasta este momento en mi tratamiento (en todos los servicios)

Qué me ha ayudado hasta este punto del tratamiento

Con qué dificultades puedo enfrentarme después de la cirugía

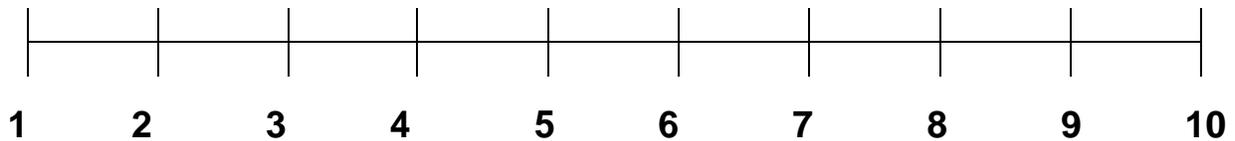
Cómo puedo superarlas

Mi nivel de **motivación** para iniciar los cambios para la pérdida de peso.

Poco motivado

Medianamente motivado

Completamente Motivado

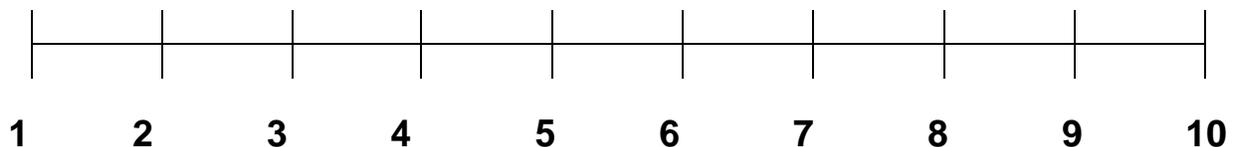


Mi nivel de **confianza** para completar el proceso de preparación prequirúrgico.

Poca confianza

Medianamente confiado

Completamente confiado



REFERENCIAS

- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a Theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist*. <https://doi.org/10.1037/a0016830>
- Miller, W., & Rollnick, S. (2013). La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Resnicow, K., Davis, R., & Rollnick, S. (2006). Motivational interviewing for pediatric obesity: Conceptual issues and evidence review. *J Am Diet Assoc*.
- Sierra, M. A. (2013). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica. *Interdisciplinaria*, 30(2), 191–199.