




## **FACULTAD DE FARMACIA**

Grado en Farmacia



# **La Entrevista Motivacional en la mejora de la adhesión terapéutica: Una Revisión de la bibliografía.**

Memoria de Trabajo Fin de Grado

Sant Joan d'Alacant

Junio 2022

**Autor:** Xiaotong Li

**Modalidad:** Revisión bibliográfica

**Tutor/es:** María Dolores Van-Der Hofstadt Clavero y Victoria Soto Sanz

## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
1.1 Adhesión terapéutica: Discusiones en torno a un concepto .....	2
1.2 Falta de adhesión terapéutica: Un problema de Salud Pública .....	2
1.3 Factores de riesgo de la falta de adhesión terapéutica.....	3
1.4 Estrategias para prevenir y resolver la falta de adhesión terapéutica .....	5
1.5 Entrevista Motivacional (EM): Camino hacia una mejor salud.....	6
1.6. Entrevista Motivacional y Adhesión Terapéutica.....	7
1.7 Justificación del estudio .....	10
<b>2. OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>11</b>
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>12</b>
3.1 Estrategia de búsqueda.....	12
3.2 Cribado de trabajos .....	15
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>17</b>
<b>5. DISCUSIÓN .....</b>	<b>26</b>
<b>7. CONCLUSIÓN .....</b>	<b>30</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>31</b>

## RESUMEN

**Introducción:** La falta de adhesión al tratamiento es un problema serio y relevante que repercute en la eficacia de farmacoterapia en la actualidad, que causa una disminución de resultados clínicos y un aumento de impactos económicos. La entrevista motivacional, una de las metodologías usadas para combatir con el fin de evitar el incumplimiento terapéutico, ha demostrado positivamente su eficacia.

**Objetivo:** Estudiar la eficacia de la entrevista motivacional en la mejora de adhesión al tratamiento farmacológico.

**Materiales y métodos:** El trabajo es una revisión sistemática de la literatura científica que se realizó para examinar la evidencia científica disponible de los artículos publicados entre 1 de enero de 2017 y 31 de diciembre de 2021 a través de cuatro bases de datos: Medline, The Cochrane Library, Embase y Web of Science. Se incluyeron cualquier tipo de ensayos clínicos publicados en inglés y español, que se hubieran efectuado en pacientes sometidos a algún tipo de tratamiento farmacológico, y que estuvieran intervenidos por las técnicas de la entrevista motivacional para mejorar la adhesión al tratamiento.

**Resultados y discusión:** Se identificaron 353 artículos y 17 se incluyeron en el estudio. En la mayoría de los artículos revisados se han evidenciado que la entrevista motivacional (EM) puede mejorar la adhesión terapéutica en los pacientes con tratamiento farmacológico, y también mostraron el mantenimiento de la adhesión terapéutica en los que tuvieron resultados de seguimiento post-intervención.

**Conclusión:** Por lo general, la EM es eficaz para mejorar la adhesión a la medicación en pacientes con tratamientos crónicos.

**Palabras clave:** Entrevista motivacional; Cumplimiento; Adherencia al tratamiento; Adhesión al tratamiento; Tratamiento farmacológico; Farmacoterapia.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Adhesión terapéutica: Discusiones en torno a un concepto.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>, la adhesión al tratamiento es «la medida en que el comportamiento de una persona (tomar medicamentos, seguir una dieta y/o ejecutar cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica». El origen de esta definición procede dos conceptos propuestos por los autores Haynes en 1978<sup>2</sup> y Rand en 1993<sup>3</sup>, que mencionaron los conceptos del cumplimiento y la adhesión respectivamente. Sin embargo, es importante destacar que, en la literatura científica, los profesionales emplean de forma indistinta los términos de adhesión, cumplimiento y adherencia. En este trabajo se empleará el término de adhesión ya que es el que se corresponde con lo que se desea conseguir cuando se realiza una prescripción terapéutica. De modo que, la adhesión refiere a una implicación activa, que requiere la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones del profesional sanitario, mientras que el cumplimiento implica un rol pasivo y sumiso, se trata de una simple obediencia de la orden de la prescripción, en el que el profesional sanitario manda y el paciente ejecuta<sup>4,5</sup>. Por otro lado, la adherencia es una traducción literal del término “Adherence” y según el diccionario de la RAE su significado es la unión física, enlace, conexión, parentesco o algo que meramente presenta la cualidad adherente. En este sentido, nuevamente el término adhesión es más adecuado para el problema a tratar puesto que, a diferencia de la adherencia, la adhesión tiene un significado más amplio, según la RAE, recoge el significado de «... la acción y efecto de adherir o adherirse, conviniendo en un dictamen o partido...», el cual es más correcto y aproximado al significado del término original “Adherence” en inglés<sup>5-7</sup>.

### 1.2 Falta de adhesión terapéutica: Un problema de Salud Pública.

Según la OMS<sup>1</sup>, la falta de la adhesión terapéutica es un ‘problema mundial de gran magnitud’ cuya prevalencia es un 50% en los países desarrollados y mucho menor en los países en desarrollo, esto repercute negativamente sobre la enfermedad del paciente. Además, según la información

citado en un informe elaborado por la fundación FarmaIndustria<sup>8</sup> la falta de la adhesión terapéutica supone un aumento de los gastos sanitarios y de la mortalidad de la población, el informe refleja: «La no adherencia a los tratamientos farmacológicos provoca un coste estimado a los gobiernos europeos de 125.000 millones de euros anuales, y contribuye a unas 200.000 muertes prematuras de ciudadanos europeos cada año»<sup>8</sup>. Esta situación afecta generalmente a la población de enfermedades crónicas, en la que los tratamientos son de largo plazo, como, por ejemplo: la diabetes, la hipertensión, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), las enfermedades respiratorias crónicas como el asma, etc. Por ello, la necesidad de evaluar la adhesión crece a medida que aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas, las que concuerda con el aumento de la esperanza de vida de la población<sup>1</sup>. En cuanto a la prevalencia de la falta de adhesión terapéutica en los pacientes crónicos en nuestro país está alrededor de un 50%, es decir, uno de cada dos pacientes con enfermedades crónicas no es adherente a los tratamientos prescritos, lo cual supone un considerable problema de la salud pública<sup>8</sup>.

### 1.3 Factores de riesgo de la falta de adhesión terapéutica.

Según la literatura científica, la falta de adhesión es un fenómeno multifactorial. La OMS las clasificó en cinco dimensiones<sup>1,9,10</sup>, véase Figura 1:



**Figura 1:** Factores que intervienen en la adhesión terapéutica según la clasificación de la OMS<sup>9</sup>.

Estas dimensiones se corresponden con:

1. Entorno socio-económico: aquí se analiza factores como el empleo, nivel económico, académico, familia, pareja..., así como el ambiente social en el que se desenvuelve el paciente. Por ejemplo, aquellas enfermedades que podrían llegar a producir exclusión social, como VIH, trastornos mentales..., presentan una repercusión negativa en la adhesión terapéutica, o situaciones como falta de cobertura sanitaria, elevado coste del medicamento afectaría a aquellas personas con bajos ingresos económicos dificultando la adhesión.
2. Patología: este punto se relaciona con la gravedad, la velocidad de evolución y el grado de discapacidad, es decir, la influencia de la percepción de amenazas para la salud puede tener efectos positivos sobre la adhesión al tratamiento. En cambio, las comorbilidades psicológicas como la depresión pueden llegar a causar resultados negativos.
3. Tratamiento: la falta de adhesión al tratamiento está relacionada con la complejidad del régimen terapéutico, la preocupación por la aparición de los efectos adversos, la falta de información, la polimedicación y ciertas formas de administración.
4. Sistema sanitario: tal como la falta de comunicación profesional sanitario-paciente, la falta de confianza, la insatisfacción con la atención percibida, la escasez de recursos o el aumento de tiempo de espera también son factores de riesgo que afecta a la adhesión terapéutica.
5. Paciente: En esta dimensión destacan la edad de paciente, se vio una disminución de la adhesión proporcional con la edad; el género, el nivel educativo, el conocimiento sobre su enfermedad y el tratamiento, el estado civil, la personalidad y la motivación, etc. También son modificadores importantes de la adhesión.

## 1.4 Estrategias para prevenir y resolver la falta de adhesión terapéutica.

A pesar de que es un problema relevante a nivel sanitario y personal, se puede prevenir<sup>11</sup>, así surgieron las estrategias para mejorar la adhesión terapéutica. Por lo tanto, los trabajos previos han estudiado su prevención y se ha visto que es posible y factible. Sin embargo, estas estrategias o intervenciones se deben asociar con las causas por las que el paciente deja de forma voluntaria o involuntaria seguir el régimen terapéutico prescrito. De modo que, en base a estos estudios se distinguen 4 principales estrategias de prevención<sup>1,4,10</sup>:

1. La intervención educativa, para que el paciente esté informado sobre su enfermedad y tratamiento, y que esté orientado hacia una actitud positiva la necesidad del tratamiento.
2. La intervención conductual, que consiste en cambiar el comportamiento de los pacientes y empoderarlos para promover el autocuidado, así creando los recordatorios como llamadas telefónicas, mensajes y correos, también, dentro de este grupo involucran algunas técnicas de intervenciones psicológicas como la entrevista motivacional, puesto que la motivación es un elemento imprescindible para mejorar la adhesión al tratamiento.
3. La intervención dirigida hacia el profesional sanitario a través de programas de formación, para establecer una buena comunicación con el paciente y lograr la satisfacción sobre la atención percibida;
4. La intervención centrada en la técnica destaca la simplificación del régimen terapéutico, como, por ejemplo, sistema personalizado de dosificación (SPD).

Y como resumen, véase la tabla 1 donde se muestra las recomendaciones de los autores Ortega-Cerda JJ, et al.<sup>10</sup>, según ellos, el incumplimiento terapéutico es un problema multifactorial, por lo que las estrategias deben buscar y enfocar hacia todos los factores causales para obtener mejores resultados.

**Tabla 1:** Relación entre causas del incumplimiento terapéutico y las principales estrategias dirigidas a mejorar la adhesión.

Causas del incumplimiento	Estrategias dirigidas a mejorar la adhesión				
	técnicas	conductuales	Educativa	Apoyo social	Dirigidas a profesionales, administración e industrial
Factor Relacionados con el paciente					
Características sociodemográficas				*	
Escaso conocimiento de la enfermedad, el tratamiento y/o las consecuencias del incumplimiento			*		
Desconfianza en la elección o la efectividad del tratamiento			*		
Incomprensión u olvido de las instrucciones recibidas			*		*
Olvido o falta de motivación		*		*	
Barreras de acceso					*
Factores relacionados con el tratamiento			*	*	
Efectos secundarios					
Características de la medicación	*				*
Complejidad del régimen	*	*			*
Coste/copago de la medicación				*	*
Factores relacionados con la enfermedad					
Enfermedad crónica	*	*	*	*	*
Enfermedad aguda		*	*		
Enfermedades poco sintomáticas		*	*		
Factores relacionados con el Profesional sanitario					
Forma de comunicación y contenido de la información					*
Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario					*

## 1.5 Entrevista Motivacional (EM): Camino hacia una mejor salud.

Por lo tanto, vista a la gravedad, la guía NICE publicada por el National Institute for Clinical Excellence<sup>12</sup> supone una ayuda para todos los profesionales de la salud que tratan de incentivar a sus pacientes a involucrarse en las decisiones sobre sus tratamientos. Esta guía recomienda la mejora de la comunicación entre profesionales y pacientes, la mejora de la implicación del paciente en la toma de decisiones sobre el tratamiento a seguir. También apunta hacia la mejora de la comprensión por parte del profesional de la perspectiva del



paciente y la necesidad de proporcionar información sobre su enfermedad y recomendaciones terapéuticas. La Entrevista Motivacional podría ser la herramienta idónea para poder cumplir las recomendaciones propuestas por la guía NICE<sup>12</sup>.

El concepto de Entrevista Motivacional (EM) fue descrito por primera vez por el autor William R. Miller en 1983 en un artículo publicado en la revista *“Behavioural Psychotherapy”* llamado *“Motivational Interviewing with Problem Drinkers”*: «La entrevista motivacional es un enfoque basado en los principios de la psicología social experimental, que aplica procesos como la atribución, la disonancia cognitiva y la autoeficacia. La motivación se conceptualiza no como un rasgo de la personalidad sino como un proceso interpersonal. El modelo deja de lado el etiquetado y pone mucho énfasis en la responsabilidad individual y la atribución interna del cambio.»<sup>13</sup>. Posteriormente, Miller y Rollnick en 1991 desarrollaron con mayor detalle los conceptos fundamentales y los procesos clínicos. Sin embargo, ninguno de ellos dio una definición discreta de la entrevista motivacional, por lo que en 1995 los mismos autores publicaron otro artículo llamado *“What is Motivational Interviewing?”* donde ofrecieron una definición más clara que ha sido utilizada hasta la fecha: «la entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa, centrada en el paciente para provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a los pacientes a explorar y resolver ambivalencias.»<sup>14</sup>.

## **1.6. Entrevista Motivacional y Adhesión Terapéutica.**

Uno de los motivos que maneja la EM sobre la motivación que tienen las personas para realizar conductas que faciliten adhesión terapéutica se fundamenta en las creencias que tenemos sobre los medicamentos. Según la nueva edición (2013) de un libro publicado por los autores Miller y Rollnick después de dar la definición al concepto de la EM, la ambivalencia es la clave de la entrevista motivacional. Surge cuando una persona necesita hacer un cambio y aparecen sentimiento y/o motivos que se contraponen, es decir, coexisten motivos para cambiar y motivos para seguir igual. Sin embargo, las ambivalencias son aceptables, comprensibles y totalmente normales en

camino hacia un cambio. De modo que, la EM, actuaría intentando resolver la ambivalencia que se produce entre la necesidad personal de tomar el medicamento y la preocupación sobre las reacciones adversas que se puedan ocasionar<sup>15</sup>.

A continuación, para dar solución a esta ambivalencia, la EM sigue un estilo que facilita la relación interpersonal, y éste se basa en el "espíritu de la EM" que a su vez se fundamenta en cuatro conceptos<sup>15</sup>:

1. Colaboración: activar la motivación y los propios recursos del paciente. Se trata de una colaboración activa entre dos expertos, pues el propio paciente es el mejor experto en sí mismo.
2. Aceptación: promover la autonomía de decisión y mediante la empatía se afirma las capacidades y los esfuerzos del paciente.
3. Compasión: promover activamente el bienestar y dar prioridad a las necesidades del paciente.
4. Evocación: no aconsejar, sino que descubrir la cara positiva de la ambivalencia y reforzar las motivaciones ya presentes.

Otro punto importante es el estilo de comunicación para acercarse a los pacientes, en la EM este estilo se basan una serie de estrategias, llamadas microhabilidades y que su acrónimo es PROSA<sup>15,16</sup>:

- Preguntas abiertas: son aquellas en las que no se puede responder con un sí o un no o en unas pocas palabras y animan al paciente a explicarse abiertamente. No es una simple recopilación de datos, sino que actúan evocando la motivación de los pacientes y les hacen expresar sus inquietudes, de manera que podamos entender rápidamente sus preocupaciones y la posición en la que se encuentran respecto a un tema en concreto.
- Reflejos: es la forma como respondemos al paciente tras formular las preguntas y es una herramienta característicamente nuclear de la EM. Consiste en repetir al paciente lo que nos ha confiado con sus mismas palabras o con otras parecidas. Mediante los reflejos se trata de

entender las reflexiones de paciente sin interferir, animarles a que sigan hablando, explorando y pensando. Es una forma rápida de entendimiento mutuo.

- Ofrecer información y consejo: la manera en que la EM ofrece información y consejo es mediante una estrategia que, a su vez, ayuda a la toma de decisiones: P.I.P. (*Pregunta-Información-Pregunta*). Consiste primero en realizar una pregunta abierta para obtener la información que el paciente posee, posteriormente el profesional ofrece la información que tiene al respecto después de pedir permiso para ello y por último, se realiza otra pregunta abierta donde se explora cómo ha recibido esa nueva información el paciente.
- Sumarios o Resúmenes: se utilizan para ordenar los contenidos que han ido surgiendo en la entrevista y presentarlos al paciente de forma respetuosa y a la vez didáctica. Permite orientar al paciente y redirigir la entrevista preparando al paciente para la negociación del plan terapéutico.
- Afirmaciones: acentuar lo positivo que vemos en el paciente de una forma honesta y sincera, esta actitud puede motivar al paciente para cumplir sus objetivos además de aumentar la motivación y la percepción de autoeficacia

Según los autores Miller y Rollnick (2013)<sup>15</sup>, el proceso de la EM se divide en 4 etapas:

1. Vincular, en la que se establece una conexión de confianza con el paciente, es decir, aquí se genera la alianza terapéutica.
2. Enfocar, es el proceso en el que el paciente y el profesional sanitario se intercambian la información. Se trata de identificar los objetivos a conseguir y problemas a resolver.
3. Evocar las motivaciones al objetivo propuesto en la etapa anterior.
4. Planificar la intervención, realizarla, y mantener una reevaluación continua de la mejora.

## 1.7 Justificación del estudio.

Según la literatura científica la Entrevista Motivacional funciona para la mejora de la adhesión terapéutica, es por ello que su uso se está ampliando a todos los campos donde se requiera de una mejora en este aspecto. Puesto que, la necesidad de solucionar la falta de adhesión en el mundo actual por la preocupación del aumento de las enfermedades crónicas está siendo cada vez mayor, y la entrevista motivacional como un método para abordar estas necesidades se ha mostrado un creciente interés para la salud pública.

Como ya se ha dicho anteriormente, la falta de adhesión terapéutica es un problema que afecta la eficacia de farmacoterapia en la actualidad, que causa una disminución de los resultados clínicos y un aumento de impactos económicos, los datos según la OMS<sup>1</sup> acerca de una buena adhesión en las enfermedades crónicas no llegan al 50%. No obstante, si se ha encontrado una revisión previa donde se estudiaba la EM, pero en población con enfermedades crónicas a través de estudios publicados hasta 2017<sup>17</sup>, por tanto, es necesario conocer la eficacia de la EM en otro tipo de pacientes que están bajo tratamiento farmacológico en estudios publicados hasta la actualidad.

Por tanto, el presente estudio se plantea como objetivo revisar la literatura científica hasta la actualidad para evaluar la efectividad de la entrevista motivacional en cualquier persona sometida al tratamiento farmacológico para la mejora de la adhesión a la farmacoterapia.

## 2. OBJETIVO GENERAL

Con relación a todo lo comentado anteriormente, el objetivo principal de este trabajo es realizar una revisión sistemática de la literatura científica para estudiar la eficacia de la entrevista motivacional en la mejora de adhesión al tratamiento farmacológico.



### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1 Estrategia de búsqueda.

La revisión se realizó a través de una exhaustiva búsqueda de las investigaciones publicadas entre 1 de enero de 2017 y 31 de diciembre de 2021 en las bases de datos electrónicas: Medline (Pubmed), The Cochrane Library, Embase, Web of Science, Scopus y Scielo.

En primer lugar, la búsqueda se realizó en dos idiomas (inglés y español) y para delimitar la búsqueda se siguió el método PICO (*Population, Intervention, Comparison and Outcome*), de esta manera, la pregunta que se planteó fue: ¿Es efectiva la entrevista motivacional en la población de pacientes con tratamientos farmacológicos para mejorar la adhesión terapéutica? Así, se utilizó como palabras claves: “tratamiento farmacológico”, “entrevista motivacional” y “adhesión al tratamiento”. Para empezar, con el objetivo de aumentar la sensibilidad de la búsqueda, se convirtió las palabras claves establecidos anteriormente en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCs): “Quimioterapia”, “Entrevista Motivacional” y “Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento”, respectivamente. Por otro lado, a través de los Medical Subject Heating (MeSH) se obtuvieron los descriptores en inglés: “Drug Therapy”, “Motivational Interviewing” y “Treatment Adherence and Compliance” (Tabla 2).

**Tabla 2:** Resumen de descriptores encontrados en inglés y español:

PICO	Población	Intervención	Resultado
DeCS	Quimioterapia	Entrevista Motivacional	Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento
MeSH	Drug Therapy	<i>Motivational Interviewing</i>	<i>Treatment Adherence and Compliance</i>

A continuación, se empleó el método matemático booleano, utilizando los operadores “OR” y “AND” para vincular y unir los términos, con el fin de conseguir artículos relevantes que cumple los objetivos establecidos. Las ecuaciones utilizadas para delimitar la búsqueda fueron las siguientes:

- Búsqueda en Medline:
  1. En inglés, se amplió la búsqueda en el título y resumen con el filtro de artículos publicados en los últimos 5 años (2017-2021):  
*(("Drug Therapy"[MeSH Terms] OR "Drug Therapy"[Title/Abstract]) AND ("Motivational Interviewing"[MeSH Terms] OR "Motivational Interviewing"[Title/Abstract]) AND ("Treatment Adherence and Compliance"[MeSH Terms] OR "Treatment Adherence and Compliance"[Title/Abstract])) AND (y\_5[Filter])*
  2. En español, con el fin de descartar la omisión de posibles artículos relevantes disponibles solamente en español. Para ello se realizó la búsqueda con el término “entrevista motivacional” en el título y resumen con el filtro de artículos publicados en los últimos 5 años (2017-2021):  
*("Entrevista Motivacional"[Title/Abstract]) AND (y\_5[Filter])*
- Búsqueda en The Cochrane Library:
  1. En inglés, se amplió la búsqueda en el título, resumen y palabras clave con el filtro de artículos publicados en los últimos 5 años (2017-2021):  
*(#1 OR #4) AND (#2 OR #5) AND (#3 OR #6)*  
*#1: MeSH descriptor: [Drug Therapy] explode all trees*  
*#2: MeSH descriptor: MeSH descriptor: [Motivational Interviewing] explode all trees*  
*#3: MeSH descriptor: [Treatment Adherence and Compliance] explode all trees*  
*#4: ("Drug Therapy"):ti,ab,kw*  
*#5: ("Motivational Interviewing"):ti,ab,kw*
  2. En español, se efectuó la búsqueda con el término “entrevista motivacional” en el título, resumen y palabras clave con el filtro de artículos publicados en los últimos 5 años (2017-2021):  
*("Entrevista Motivacional"):ti,ab,kw*
- Búsqueda en Embase:
  1. En inglés, la búsqueda se realizó a través de los términos MeSH y todos sus sinónimos, aplicando el filtro de artículos publicados en los últimos 5 años (2017-2021):

*('drug therapy'/exp OR 'drug therapy' OR 'drug treatment' OR 'medicament therapy' OR 'medicament treatment' OR 'medication' OR 'medicinal therapy' OR 'medicinal treatment' OR 'pharmaceutical therapy' OR 'pharmaceutical treatment' OR 'pharmaco-therapy' OR 'pharmacotreatment' OR 'pharmacological therapy' OR 'pharmacological treatment' OR 'pharmacotherapy' OR 'pharmacotreatment' OR 'therapeutic uses' OR 'therapy, drug' OR 'therapy, pharmacological' OR 'treatment, drug' OR 'treatment, pharmacological') AND ('motivational interviewing'/exp OR 'motivational interviewing') AND ('patient compliance'/exp OR 'adherence to therapy' OR 'adherence to treatment' OR 'compliance to therapy' OR 'compliance to treatment' OR 'patient adherence' OR 'patient compliance' OR 'patients` adherence' OR 'therapy adherence' OR 'therapy compliance' OR 'treatment adherence' OR 'treatment adherence and compliance' OR 'treatment compliance') AND (2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py)*

2. En español, se realizó la búsqueda con el término “entrevista motivacional” e incluyendo todos los sinónimos y el filtro aplicado fue con los artículos publicados en los últimos 5 años (2017-2021):

*('entrevista motivacional') AND (2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py)*

- Búsqueda en Web of Science:

1. En inglés, la búsqueda se efectuó utilizando los términos MeSH y un sinónimo: “*Treatment Adherence*” en el título, resumen y palabras clave, con el filtro de artículos publicados en los últimos 5 años (2017-2021):

*“Drug Therapy” (Topic) and “Motivational Interviewing” (Topic) and (“Treatment adherence” or “Treatment Adherence and Compliance” (Topic))*

2. En español, se realizó la búsqueda con el término “entrevista motivacional” en el título, resumen y palabras clave, y el filtro aplicado fue, los artículos publicados en los últimos 5 años (2017-2021):

*“entrevista motivacional” (Topic)*



### 3.2 Cribado de trabajos.

Una vez establecida la búsqueda en las diferentes bases de datos se procedió al cribado de trabajos siguiendo dos fases: 1º Lectura de títulos y resúmenes y, 2º lectura de texto completo. Para realizar el cribado se siguieron diferentes criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación:

- Criterios de inclusión:
  - a) Artículos publicados en revistas científicas.
  - b) Artículos de ensayos clínicos de cualquier tipo de diseño.
  - c) Artículos escritos en español o inglés.
  - d) Artículos publicados entre 1 de enero de 2017 y 31 de diciembre de 2021.
  - e) Artículos que incluyan como población cualquier persona de cualquier edad que estén bajo algún tratamiento farmacológico.
  - f) Artículos que incluyan en intervención la entrevista motivacional.
  - g) Artículos que incluyan datos de resultados que reflejen en la mejora o no de adhesión al tratamiento.
  
- Criterios de exclusión:
  - a) Trabajos que no sean de investigación o artículos científicos (en 1ª fase); artículos que no sean ensayos clínicos (en 2ª fase).
  - b) Artículos que no contengan resumen (en 1ª fase) o que no se encuentre el artículo al completo (en 2ª fase).
  - c) Artículos escritos en un idioma diferente al español o inglés.
  - h) Artículos anteriores a la fecha 31 de diciembre de 2021.
  - i) Artículos que no incluyan como poblaciones pacientes con tratamiento farmacológico (deshabitación de drogas, el alcohol, tabacos y temas similares).
  - d) Artículos donde no especifiquen la entrevista motivacional como parte de la intervención.
  - e) Artículos sin datos de resultados para la evaluación (propuestas de programas o protocolos de ensayos clínicos).

- f) Artículos cuyos resultados no sean específicos para la EM (en 2ª fase).
- g) Artículos que no reflejan la mejora de adhesión al tratamiento farmacológico como resultado de la intervención (en 2ª fase).



## 4. RESULTADOS

Finalmente, tras la selección de trabajos se encontraron un total de 17 artículos (véase Figura 2). El proceso de selección se realizó siguiendo los criterios del Protocolo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*), que consta de cuatro fases de discriminación: Identificación, *Screening* o Cribado, Elegibilidad e Inclusión, y en cada una de estas presentan los artículos incluidos y excluidos según los criterios de inclusión e exclusión establecidos anteriormente.

Los datos de la tabla 5 mostraron un resumen de los 17 artículos seleccionados para el estudio, los cuales eran procedentes de diferentes países, la mayoría de ellos fueron realizadas en Estados Unidos (53%)<sup>18-22,24,27,28,32</sup>, seguidas de los de Irán (17%)<sup>23,29,30</sup>, y otros países como Colombia, Turquía, Indonesia, Australia y China (6% cada uno)<sup>25,26,31,33</sup>. En relación con el idioma de estudio, siendo un 94% de los estudios encontrados estaban escritos en inglés<sup>18-24,26-34</sup>, y un 6% en español<sup>25</sup>.

Las muestras de los distintos estudios se encontraban en un intervalo comprendido de 19 hasta 743 personas, que recogieron pacientes que presentaban patologías crónicas como, diabetes, hipertensión arterial, glaucoma de ángulo abierto, hipertensión ocular, trastornos psicológicos, enfermedad mental grave, enfermedad pulmonar obstructiva, asma y enfermedades cardiovasculares, que estaban bajo algún tratamiento farmacológico<sup>18-34</sup>.

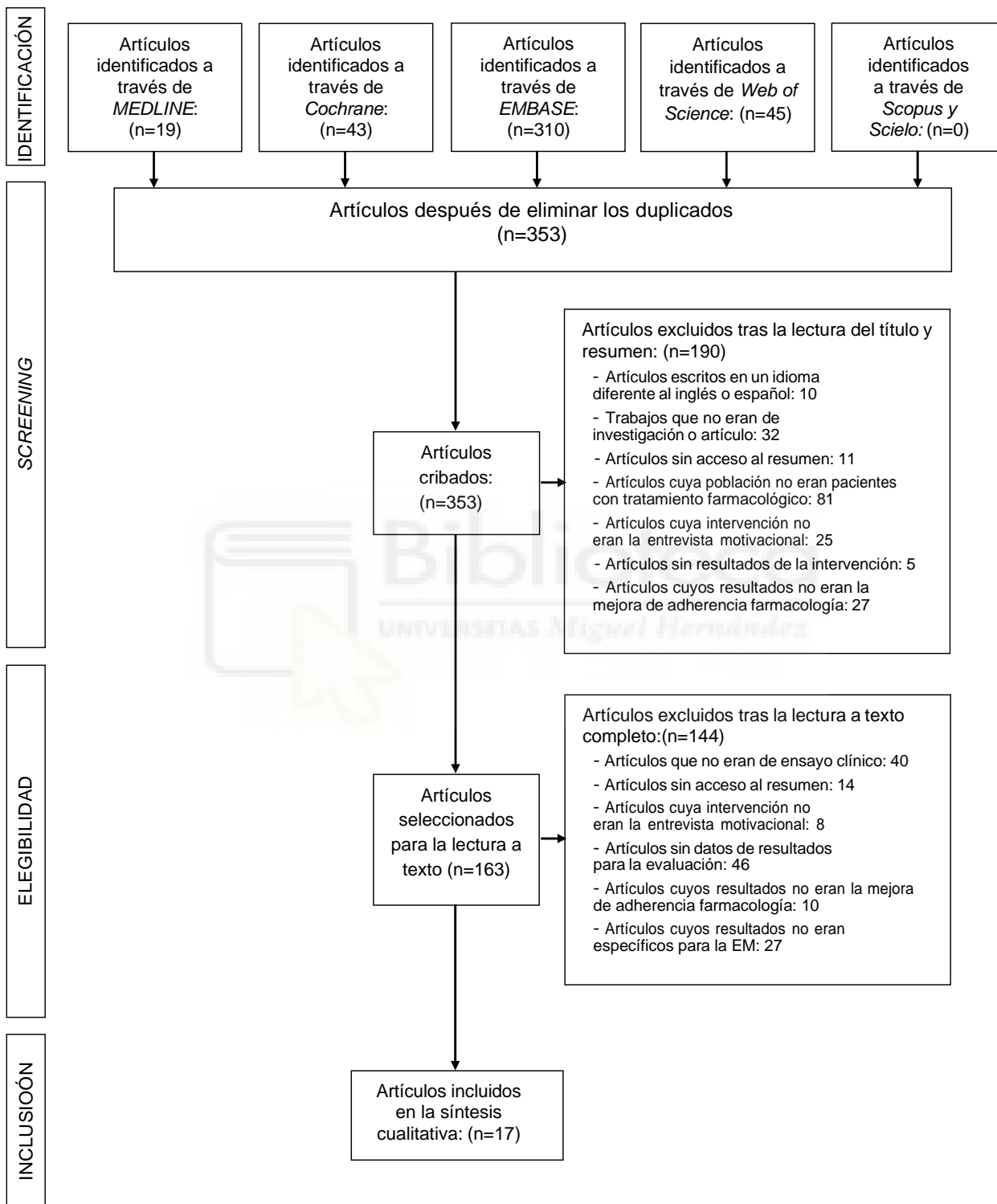
En cuanto a las intervenciones realizadas por los estudios para mejorar la adhesión al tratamiento, 59% de ellas fueron presenciales<sup>19,20,22,23,26,27,29-31,34</sup>, un 35% realizadas de forma telefónica<sup>18,21,24,28,32,33</sup>, y un 6% utilizaron la forma telefónica y presencial de manera combinada<sup>25</sup>. Además, la mayoría de los estudios se evaluaron comparando la intervención de EM con otros métodos de intervención, como la intervención usual de cada patología<sup>18,19,25-26,28-31,32-34</sup>, las llamadas recordatorias<sup>19</sup>, el video educativo<sup>21</sup>, la educación de estilo de vida<sup>23</sup> y la sesión educativa<sup>29</sup>, y otros compararon los efectos de la EM antes y después de la intervención sin un grupo control<sup>20,22,27</sup>. En relación con el número de

sesiones realizadas, están comprendidos entre 2-7 sesiones totales, siendo en su mayoría 1-2 sesión mensual o semanal<sup>18-22,24-34</sup> y un estudio de 5 sesiones en 2 días consecutivas<sup>23</sup>. Estas sesiones de la EM fueron llevadas a cabo por los personales entrenados en la EM, así como, farmacéuticos, estudiantes de farmacia, enfermeros, técnico oftalmológico, investigadores, psiquiatras, consejeros de salud y otros personales entrenados<sup>18-34</sup>.

Como ya se comentó en los criterios de inclusión, todos los estudios incluidos en esta revisión se evalúan la eficacia de la EM en la adhesión terapéutica en los pacientes con tratamiento farmacológico, de esta manera, gran parte de los estudios encontrados evaluaron como resultado primario la adhesión al tratamiento farmacológico<sup>18-34</sup> y algunos de ellos también incluyeron la percepción sobre la EM<sup>20</sup>, actitud o creencias sobre la medicación<sup>20,30</sup>, autoeficacia<sup>25,30,34</sup>, información sobre la enfermedad<sup>26</sup>, mejora de la salud<sup>31,33</sup> y calidad de vida<sup>34</sup>. A su vez los resultados fueron medidos por diferentes métodos, de manera que, para el resultado principal, la adhesión al tratamiento, los métodos más utilizados fueron la escala Morisky<sup>19,26,31,34</sup>, seguido de proporción de días cubiertos (PDC)<sup>18,24,28,32</sup>, sistema de monitorización de eventos de medicación (MEMS)<sup>19,20</sup>, tasa de posesión de la medicación (MPR)<sup>21,22</sup> y otros métodos como escala de adherencia a la medicación de diez ítems (MARS), resumen de las actividades de autocuidado de la diabetes-subescala de medicación (SDSCA-MS), datos de reposición de la farmacia y otros cuestionarios para medir la adhesión. Y para la medida de otros resultados diferentes a la adhesión mencionados anteriormente, utilizaron métodos como las escalas Inventario de actitudes hacia la medicación (DAI), escala para evaluar tras componentes de percepción (SATCI), escala de autoeficacia (CASES), etc.

De modo que, un 82% de los estudios mostraron el aumento de la adhesión terapéutica tras 2-7 sesiones de la EM<sup>18,20-30,33,34</sup>, y un 18% de ellos no presentaron mejora en los resultados de la adhesión<sup>19,21,32</sup>. Además, de los estudios que incluyeron resultados de seguimiento en un intervalo comprendido de 1 a 6 meses tras de finalizar la intervención, mencionaron mejores resultados de la adhesión en aquellos que recibieron la EM en comparación con un grupo

de control u otra intervención<sup>23,24,26,28,30,34</sup>, mientras que uno de estos no tuvo resultados significantes en el seguimiento post-intervención<sup>27</sup>.



**Figura 2:** Diagrama de flujo PRISMA

**Tabla 5:** Cuadro resumen de las características principales de cada artículo.

<b>Autor (Año)</b>	<b>País/Región (Idioma)</b>	<b>Intervención</b>	<b>Población (tipo y N)</b>	<b>Variables primarias</b>	<b>Métodos de evaluación</b>	<b>Resultados</b>
<i>Abughosh S, et al (2017)</i> <sup>18</sup>	Estados Unidos (inglés)	Intervención telefónica de EM llevada a cabo por estudiantes de farmacia. Con un total de 6 llamadas, 1 llamada al mes durante 6 meses.	Pacientes con DM e HTA tratados con IECAs/ARA-II. N = 743	Adhesión al tratamiento farmacológico	PDC	Los pacientes que recibieron 2 o más llamadas tuvieron una adhesión significativamente mejor y menos interrupciones durante los 6 meses siguientes a las llamadas iniciales en comparación con los que no recibieron llamadas.
<i>Cook PF, et al (2017)</i> <sup>19</sup>	Estados Unidos (inglés)	EM presencial realizada por técnico oftalmológico. Con un total de 3 sesiones, 1 sesión al mes durante 3 meses.	Pacientes con glaucoma de ángulo abierto o hipertensión ocular tratados con colirios. N = 201	Adhesión terapéutica	MEMS/ Escala Morisky	Las llamadas de recordatorio aumentaron la adhesión en comparación con la atención habitual. La EM tuvo un efecto no significativo, pero produjo una mayor satisfacción que las llamadas de recordatorio.

<i>Hamrin V, et al (2017)<sup>20</sup></i>	Estados Unidos (inglés)	Intervención presencial de EM realizada por enfermeros y psiquiatras. Son 2 sesiones en total, con un mes de intervalo de cada sesión.	Adolescentes (12-18 años) con trastornos psicológicos tratados con ISRS/INRS. N = 48	Adhesión terapéutica/ actitud hacia la medicación/ percepción sobre la EM.	MEMS + DAI	La adhesión mejoró significativamente tras dos sesiones de EM. No hay diferencias significativas en las actitudes hacia los medicamentos. Los participantes informaron de un alto grado de satisfacción con la EM.
<i>Palacio AM, et al (2017)<sup>21</sup></i>	Estados Unidos (inglés)	Intervención telefónica de EM realizada por enfermeros formados/ vídeo educativo. Con un total de 4 llamadas, 1 llamada cada 3 meses durante 12 meses.	Pacientes que han recibido un <i>stent</i> coronario tratados con antiplaquetarios. N = 452	Adhesión terapéutica	MPR	La entrevista motivacional fue eficaz para mejorar la adhesión entre los sujetos con los factores de riesgo identificados tras 12 meses de intervención.
<i>Hughes F, et al (2018)<sup>22</sup></i>	Estados Unidos (inglés)	Terapia de adhesión al estilo de la entrevista motivacional (MISAT), presencial. Son 6 sesiones en total, con un medio de 2 sesiones al mes durante 3 meses.	Veteranos con enfermedades mentales graves tratados con antipsicóticos. N = 19	Adhesión terapéutica	MPR	El proyecto de MISAT demostró un aumento de las tasas de reposición de medicamentos durante los 3 meses de intervención con la EM, lo que apoya el aumento de la adhesión a la medicación.

<i>Naderloo H, et al (2018)</i> <sup>23</sup>	Irán (inglés)	EM presencial. Con un total de 5 sesiones durante 2 días.	Pacientes con EPOC tratado con medicamentos para mejorar la EPOC. N = 54	Adhesión terapéutica	Cuestionario de Adhesión entre Pacientes con Enfermedades Crónicas	La adhesión mejoró significativamente tras uno o dos meses de seguimiento tras la intervención de EM.
<i>Abughosh SM, et al (2019)</i> <sup>24</sup>	Estados Unidos (inglés)	Intervención telefónica de EM llevada a cabo por estudiantes de farmacia. Con un total de 3 llamadas, 1 sesión al mes durante 3 meses.	Pacientes con riesgo de enfermedades cardiovasculares tratados con estatinas. N = 456	Adhesión al tratamiento farmacológico	PDC	Los pacientes que recibieron la intervención tuvieron significativamente menos interrupciones y mejores tasas de adherencia medidas durante 6 meses de seguimiento tras la intervención.
<i>Achury-Beltrán LF, et al (2019)</i> <sup>25</sup>	Colombia (español)	Intervención presencial + telefónica de EM realizada por enfermeros. Con un total de 3 sesiones, 1 sesión a la semana durante 3 semanas.	Pacientes en post-infarto agudo de miocardio en la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca. N = 44	Adhesión terapéutica/ conductas de autoeficacia.	Cuestionario para medir adhesión al tratamiento en pacientes con enfermedad cardiovascular.	La adhesión y las dimensiones de expectativas/conductas de autoeficacia mejoró significativamente tras 3 sesiones de EM.
<i>Ertem MY, et al (2019)</i> <sup>26</sup>	Turquía (inglés)	Intervención presencial de EM realizada por	Pacientes con esquizofrenia	Adhesión al tratamiento/ conciencia de	Escala Morisky + SATCI	La adhesión y los niveles de percepción mejoró significativamente en los 0,



		investigador. Con un total de 6 sesiones, 1 sesión a la semana durante 6 semanas.	tratados con antipsicóticos. N = 40	la enfermedad/reconocimiento correcto de las experiencias psicóticas.		3 y 6 meses de seguimiento después de la intervención de EM.
<i>Ekong G, et al (2020)<sup>27</sup></i>	Estados Unidos (inglés)	Intervención presencial de EM realizada por farmacéuticos. Con un total de 3 sesiones, 1 sesión al mes durante 3 meses.	Pacientes con diabetes tratados con antidiabéticos e insulina. N = 53	Adhesión al tratamiento farmacológico.	Escala Medometer +SDSCA-MS	La adhesión mejoró tras 3 meses de intervención, pero no en los 3 y 6 meses de seguimiento posintervención.
<i>Paranjpe R, et al (2020)<sup>28</sup></i>	Estados Unidos (inglés)	Intervención telefónica de EM llevada a cabo por estudiantes de farmacia. Con un total de 3 llamadas, 1 llamada al mes durante 3 meses.	Pacientes con riesgo de enfermedades cardiovasculares tratados con estatinas. N = 456	Disminución rápida, disminución gradual, saltos de adhesión al tratamiento farmacológico.	Datos de reposición de la farmacia / PDC	Durante los 6 meses de seguimiento post-intervención, un mayor número de pacientes pasó a ser más adherentes posteriores a la intervención.
<i>Zabolypour S, et al (2020)<sup>29</sup></i>	Irán (inglés)	EM presencial llevada a cabo por investigadores. Con un total de 5	Pacientes con hipertensión arterial tratados con antihipertensivos.	Adhesión al tratamiento farmacológico.	Escala de adhesión al tratamiento de la hipertensión	La adhesión mejoró tras 2 meses de intervención. tanto la sesión educativa como la EM aumentaron la adhesión, sin embargo, la

		sesiones, 2 sesiones a la semana.	N = 81			entrevista motivacional fue más eficaz.
<i>Barikani A, et al (2021)</i> <sup>30</sup>	Irán (inglés)	Intervención presencial de EM. Con un total de 3 sesiones, 1 sesión a la semana durante 3 semanas.	Adolescentes con asma tratados con antiasmáticos. N = 52	Adhesión a la medicación/ autoeficacia/ creencias sobre la medicación.	MARS+ cuestionario CASES+ cuestionario BMQ	La adhesión al tratamiento farmacológico, las creencias sobre los medicamentos y la autoeficacia mejoró 2 meses después de intervención.
<i>Everett B, et al (2021)</i> <sup>31</sup>	Australia (inglés)	Intervención presencial de EM realizada por enfermeros. Con un total de 2 sesiones, 1 sesión a la semana durante 2 semanas.	Pacientes con enfermedades cardiovasculares N = 110	Capacidad funcional/ adhesión al tratamiento farmacológico.	6MWT + Escala Morisky	No hubo diferencias significativas entre el grupo control e intervención.
<i>Mohan A, et al (2021)</i> <sup>32</sup>	Estados Unidos (inglés)	Intervención telefónica de EM llevada a cabo por estudiantes de farmacia. Con un total de 3 llamadas, 1 llamada al mes durante 3 meses.	Pacientes crónicos tratados con estatinas+ (antidiabéticos/ antihipertensivos) N = 456	Adhesión al tratamiento farmacológico.	PDC	La intervención de EM para mejorar la adhesión a las estatinas no mejoró significativamente la adhesión a los medicamentos antihipertensivos y antidiabéticos a los seis meses tras la intervención.

<i>Parwati N, et al (2021)</i> <sup>33</sup>	Indonesia (inglés)	Intervención de la EM basada en el HBM, por vía telefónica o medios de comunicación en línea por consejeros. Con un total de 7 sesiones, 1 sesión a la semana durante 2 meses.	Pacientes con tuberculosis pulmonar. N = 214	Adhesión al tratamiento farmacológico/ Éxito del tratamiento	porcentajes de recuento de medicamentos + examen bacteriológico de esputo	La adhesión al tratamiento farmacológico y el éxito del tratamiento aumentó tras 2 meses de intervención.
<i>Wu J, et al (2021)</i> <sup>34</sup>	China (inglés)	Intervención de la EM presencial realizada por enfermeros. Con un total de 3 sesiones, 1 sesión a la semana durante 3 semanas.	Pacientes con insuficiencia cardíaca crónica tratados N = 93	Adhesión al tratamiento farmacológico/ nivel de autocuidado/ calidad de vida/ Pronóstico	SCHF + escala Morisky + MLHFQ	La adhesión a la medicación, el nivel de autocuidado, la calidad de vida y el pronóstico mejoró durante 1 mes de seguimiento tras la intervención.

*Nota. EM=entrevista motivacional; IECA=Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; ARA-II=bloqueadores de los receptores de angiotensina II; PDC=proporción de días cubiertos; MEMS= Sistema de monitorización de eventos de medicación; ISRS= Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; IRSN=inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina; DAI= Inventario de Actitudes hacia la Medicación; MPR= tasa de posesión de la medicación; EPOC= enfermedad pulmonar obstructiva crónica; SATCI= escala para evaluar tres componentes de percepción: la adhesión al tratamiento, la conciencia de la enfermedad y el reconocimiento correcto de las experiencias psicóticas; SDSCA-MS= Resumen de las actividades de autocuidado de la diabetes-subescala de medicación; MARS=Escala de adherencia a la medicación de diez ítems; CASES= Escala de autoeficacia; BMQ= Cuestionario de creencias sobre los medicamentos; 6MWT=prueba de marcha de 6 minutos; CPAP=terapia de presión positiva continua en las vías respiratorias; SCHF=Índice de autocuidado de la insuficiencia cardíaca; MLHFQ= Cuestionario sobre cómo vivir con insuficiencia cardíaca en Minnesota.*

## 5. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue examinar la eficacia del uso de la EM en los pacientes con tratamiento farmacológico para mejorar la adhesión terapéutica. En nuestro estudio se incluyeron 17 ensayos, en los cuales la mayoría mostró que la EM puede mejorar la adhesión terapéutica en los pacientes con tratamiento farmacológico, y también mostraron el mantenimiento de la adhesión terapéutica en los que tuvieron resultados de seguimiento post-intervención y se evidenció también modificación en las conductas de alimentación y ejercicio físico que conllevando a mejoras en la calidad de vida.

Como anteriormente comentado, la falta de adhesión terapéutica es un problema a nivel mundial que afecta tanto a los países desarrollados como los países en desarrollo. Los datos que hemos obtenido para este estudio son procedidos de varios países del mundo, y esto puede significar que la EM están puesta en marcha en diferentes partes del mundo, lo que conlleva a entender que la EM posee un interés a nivel mundial para abordar el problema de la falta de adhesión.

Ahora bien, tras el análisis del resultado de la EM no hubo diferencias significativas entre las intervenciones realizadas de forma presencial o telefónica. Sin embargo, en un estudio previo mostró una mejor adhesión en los pacientes intervenidos de forma presencial que los que han sido intervenidos telefónicamente<sup>17</sup>. Mientras que en otra revisión que analizaba el efecto de la EM en los pacientes con enfermedades cardiovasculares tuvieron el mismo resultado que el presente estudio<sup>35</sup>. No obstante, los estudios realizados únicamente por teléfono<sup>18,21,24,28,32,33</sup> también mostraron resultados estadísticamente significativos en la mejora de la adhesión a la medicación, de manera que, demuestran las intervenciones de entrevista motivacional realizadas por teléfono también podrían ser factible y eficaz.

En los estudios que poseían un grupo control, mencionaron mejores resultados en los grupos de EM en comparación con una intervención usual, mientras que en uno de los estudios encontrados presentaba una mayor eficacia

en las llamadas recordatorias que en la EM<sup>19</sup>, aun así, los pacientes resultaron más satisfechos con la intervención recibida de la EM. No obstante, las llamadas recordatorias son una forma de obligar a las personas a cumplir el tratamiento prescrito, si se dejan de llamar, la adhesión interrumpirá de manera drástica, y esto no es el objetivo nuestro, por lo que en la EM buscamos la autoeficacia, es decir, capacitar a los propios pacientes a explorar y resolver ambivalencias y mantener su adhesión una vez dejado la intervención.

En cuanto al número de sesiones realizadas, según una revisión sistemática y un metaanálisis muestran que múltiples sesiones de entrevista motivacional pueden aumentar la probabilidad de mejora en la adhesión terapéutica<sup>36,37</sup>. Sin embargo, estos hallazgos no son muy obvios en nuestra revisión, no hubo diferencias muy significativas en el número de sesiones recibidas con el efecto de la EM. La eficacia de la EM tampoco depende de tipo de personales, puesto que en todos los artículos encontrados eran personales que recibieron una formación previa en la EM quienes ejecutaban las intervenciones. Por otra parte, en cuanto a la duración de las sesiones, muchos de los ensayos encontrados no la mencionaron, aunque en algunos estudios previos mencionaron que una duración corta de la EM tuvo mejores resultados que los de la duración larga<sup>37</sup>, mientras que en otro estudio de Gesinde B, et al.<sup>38</sup>, en el que trabajaban con los pacientes asmáticos observó que una mayor duración de la exposición a la intervención de IM se correlacionaba con ligeros aumentos de los beneficios y los resultados. Tal vez, realizar una intervención de mayor duración puede relacionarse con un aumento de confianza entre el paciente y sus correspondientes intervencionistas, que es una de las claves del éxito de la IM.

Por otra parte, en aquellos estudios que no presentaron resultados estadísticamente significativos<sup>19,31,32</sup>, resultaron que un alto grado de adhesión terapéutica de partida dificulta la detección de las diferencias de eficacia de intervención de los grupos, dudaron también de la fiabilidad de las herramientas para medir la adhesión ya que pueden tener diversos resultados en cuanto al tipo de patología y medicamento, y otro aspecto que les limitan medir la

eficacia de la EM es la falta de formación de personales al inicio del estudio, ya que no estaban acostumbrados de realizar una intervención tan diferente al de una intervención usual de la enfermedad<sup>19</sup>. Puesto que, en un ensayo realizado por Spears J, et al.<sup>39</sup>, se vio una relación importante en cuanto al grado de formación de los personales con el éxito de la intervención. Según el estudio de Everett, et al.<sup>31</sup>, la no diferencia de la EM en los resultados entre los grupos de control y de intervención pudieran estar afectado por el menor tamaño de la muestra, los errores de medición asociados a la recopilación de datos y la fiabilidad del método seleccionado para la evaluación como el autoinforme. Según el estudio de Mohan, et al.<sup>32</sup> mostraron que la potencia para detectar diferencias significativas de la intervención puede estar relacionado con el tamaño relativamente pequeño de la muestra, el método de medida de los resultados y con no tener en cuenta el tipo de medicación y cambio de medicación. También puede ser necesario un seguimiento durante períodos más largos para evaluar la eficacia de la intervención de EM<sup>32</sup>.

### **Limitaciones del estudio**

Esta revisión sistemática tiene varias limitaciones. En primer lugar, en cuanto a la selección de trabajos, no ha sido posible el acceso a algunos trabajos, limitación de idiomas, la selección de bases de datos, y de no haber considerado la inclusión de la literatura gris (impreso, tesis doctorales, TFGs o TFMs), que puede haber excluido trabajos que poseyeran características importantes para el estudio. La segunda limitación fue, esta revisión incluyó estudios de diferentes ámbitos o sistemas sanitarios y características de los pacientes, lo que aumentó la heterogeneidad de los resultados de la revisión. La tercera, otra limitación que afecta a la homogeneidad de los resultados fue la variedad de métodos de evaluación y la duración de seguimiento de los ensayos.

### **Implicaciones prácticas**

El resultado de este estudio sugiere la necesidad de futuros ensayos de EM que estén mejor diseñados, sobre todo, evitar el tamaño de la muestra pequeña<sup>31,32</sup>, elegir un método de evaluación que sea adecuada para las

características de paciente y tipo de medicación<sup>19,31,32</sup> y preparar los personales formados en la EM<sup>19,39</sup>. Por otro lado, en cuanto a las características de intervención se recomienda una intervención de la EM de varias sesiones y con una duración no muy cortas de las mismas para mantener una buena relación de confianza con el paciente<sup>38</sup>. Además, puede ser necesario realizar estudios con el periodo de seguimiento más prolongados<sup>24,28-30,32</sup>. También podrían incluir una información más detallada sobre los mecanismos de los cambios de comportamientos tras la intervención de la EM para comprender mejor cómo la EM mejora la adhesión a la medicación<sup>21</sup>.



## 7. CONCLUSIÓN

En resumen, este trabajo destaca que las intervenciones de EM podrían ser una forma eficaz para mejorar la adhesión a la medicación en pacientes con tratamientos crónicos. Además, tanto la realización de EM presencial como telefónica se han mostrado su eficacia en la práctica clínica. También, los datos sugieren un buen entrenamiento de los personales en la EM podría estar relacionado con el éxito de los resultados. Y finalmente, cabe destacar que el número de sesiones, la duración de EM y la selección de métodos de medición también podrían afectar a los resultados de la intervención.





## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabaté E, Organización Mundial de la Salud. Adherence to long-term therapies. Evidence for action [Internet]. Suiza: OMS;2013 [2 mar 2022]. Disponible en:  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=C31C0D64259BF12DA029FFB2A0EE04D7?sequence=1>
2. Sackett D, Haynes RB, Gibson ES, Taylor DW, Roberts RS, Johnson AL. Patient compliance with antihypertensive regimens. Patient Couns Health Educ. 1978;1(1):18-21. DOI: 10.1016/s0738-3991(78)80033-0
3. Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. Am J Cardiol. 1993;72(10):68D-74D. DOI: 10.1016/0002-9149(93)90014-4
4. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención Primaria. 2009;41(6):342-8. DOI: 10.1016/j.aprim.2008.09.031
5. Ferrer-Pérez VA. "adherencia" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: concepto y factores psicosociales implicados. J Health Psychol. 1995;7(1);35-61.
6. Hernández-Perera JC. ¿Adhesión o adherencia al tratamiento? [sede Web]. Cuba: Cimeq; [19 oct 2010; 26 mar 2022]. Disponible en:  
<http://articulos.sld.cu/cimeq/?p=3979>
7. López-San Román A. ¿Adhesión al tratamiento, adherencia al tratamiento o cumplimiento del tratamiento?. Rev Clin Esp.2006;206(8):410-6. doi:10.1157/13090520
8. Gabinete Sociología y Comunicación. Encuesta sobre adherencia terapéutica en España. España; 2016.

9. Pagès-Puigdemont Neus, Valverde-Merino M. Isabel. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm* [Internet]. 2018 [3 Mar 2022]; 59(4): 251-58. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2340-98942018000400251&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251&lng=es)
10. Ortega-Cerda J J, Sánchez-Herrera D, Rodríguez-Miranda Ó A, Ortega-Legaspi J M. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles* [revista en Internet]. 2018 [4 Mar 2022]; 16(3): 226-32. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es).
11. Sociedades científicas médicas, farmacéuticas y de Enfermería, representantes de pacientes y profesionales expertos. Plan de Adherencia al Tratamiento (Uso responsable del medicamento) [Internet]. Barcelona: Farmaindustria; 2016. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Noticias/PlandeAdherenciaalTratamiento-Farmaindustria.pdf>
12. National Institute for Health and Clinical Excellence. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence [sede web]. Reino Unido: NICE guidelines; [28 ene 2009; 17 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG76>
13. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Cogn Psychother*. 1983; 11, 147-72. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0141347300006583>
14. Rollnick S, Miller WR. What is Motivational Interviewing? *Behav Cogn Psychother*. 1995; 23(4), 325–34. DOI: 10.1017/s135246580001643x
15. Rollnick S, Miller WR. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2013.

16. Lusilla-Palacios P, Masferrer E. La entrevista motivacional en dermatología. Actas Dermo-Sifiliográficas [Internet]. 2016 [18 abr 2022];107(8):627-30. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731016300230>
17. Zomahoun HTV, Guénette L, Grégoire JP, Lauzier S, Lawani AM, Ferdynus C, et al. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. Int J Epidemiol [Internet]. 2016 [19 abr 2022];dyw273. Disponible en: <https://academic.oup.com/ije/article-lookup/doi/10.1093/ije/dyw273>
18. Abughosh S, Wang X, Serna O, Esse T, Mann A, Masilamani S, et al. A Motivational Interviewing Intervention by Pharmacy Students to Improve Medication Adherence. Journal of managed care & specialty pharmacy. 2017;23(5):549-60.
19. Cook P, Schmiede S, Mansberger S, Shepler C, Kammer J, Fitzgerald T, et al. Motivational interviewing or reminders for glaucoma medication adherence: results of a multi-site randomised controlled trial. Psychology & health [Internet]. 2017;32(2):145-65. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01382352/full>
20. Hamrin V, Iennaco JD. Evaluation of Motivational Interviewing to Improve Psychotropic Medication Adherence in Adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol [Internet]. 2017;27(2):148-59. Disponible en: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L615015774&from=export>
21. Palacio AM, Vidot DC, Tamariz LJ, Uribe C, Hazel-Fernandez L, Li H, et al. Can We Identify Minority Patients at Risk of Nonadherence to Antiplatelet Medication at the Time of Coronary Stent Placement? J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2017;32(6):522-9. Disponible en:

<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L622857406&from=export>

22. Hughes F, Vess J, Johnson E. Increase Adherence to Psychotropic Medication Through Motivational Adherence Therapy: A Quality Improvement Project. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2018;39(8):709-13. Disponible en: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L626243796&from=export>
23. Naderloo H, Vafadar Z, Eslaminejad A, Ebadi A. Effects of Motivational Interviewing on Treatment Adherence among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: a Randomized Controlled Clinical Trial. *Tanaffos*. octubre de 2018;17(4):241-9.
24. Abughosh SM, Vadhariya A, Johnson ML, Essien EJ, Esse TW, Serna O, et al. Enhancing statin adherence using a motivational interviewing intervention and past adherence trajectories in patients with suboptimal adherence. *J Manag Care Spec Pharm* [Internet]. 2019;25(10):1053-62. Disponible en: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L629454204&from=export>
25. Achury-Beltrán LF. Efecto de la entrevista motivacional sobre la adherencia de pacientes cardiovasculares. *Enfermería Global*. 2019;18(56):459-83.
26. Ertem MY, Duman ZÇ. The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2019;55(1):75-86. Disponible en: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L625816756&from=export>

27. Ekong G, Chou C, Lakin J, Hardin A, Fox B, Hunt C, et al. Pharmacist-led motivational interviewing for diabetes medication adherence in a worksite wellness program. *J Am Pharm Assoc* [Internet]. 2020;60(6):e224-9. Disponible en: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2007560337&from=export>
28. Paranjpe R, Vadhariya A, Choi J, Essien EJ, Esse TW, Gallardo E, et al. Evaluating trajectories of statin adherence after a motivational interviewing intervention. *J Am Pharm Assoc* [Internet]. 2020;60(6):892-8. Disponible en: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2007063920&from=export>
29. Zabolypour S, Alishapour M, Behnammoghadam M, Larki RA, Zoladl M. A comparison of the effects of teach-back and motivational interviewing on the adherence to medical regimen in patients with hypertension. *Patient Preference Adherence* [Internet]. 2020;14((Zabolypour S.) Medical Surgical Nursing Department, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran):401-10. Disponible en: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2003869780&from=export>
30. Barikani A, Negarandeh R, Moin M, Fazlollahi M. The Impact of Motivational Interview on Self-Efficacy, Beliefs About Medicines and Medication Adherence Among Adolescents with Asthma: a Randomized Controlled Trial. *Journal of pediatric nursing* [Internet]. 2021;60:116-22. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-02274186/full>
31. Everett B, Salamonson Y, Koirala B, Zecchin R, Davidson PM. A randomized controlled trial of motivational interviewing as a tool to enhance secondary prevention strategies in cardiovascular disease

- (MICIS study). Contemp Nurse [Internet]. 2021;57(1-2):80-98. Disponible en:  
<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L635091344&from=export>
32. Mohan A, Vadhariya A, Majd Z, Esse TW, Serna O, Abughosh SM. Impact of a motivational interviewing intervention targeting statins on adherence to concurrent hypertension or diabetes medications. Patient Educ Couns [Internet]. 2021;104(7):1756-64. Disponible en:  
<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2010544115&from=export>
33. Parwati N, Bakta I, Januraga P, Wirawan I. A Health Belief Model-Based Motivational Interviewing for Medication Adherence and Treatment Success in Pulmonary Tuberculosis Patients. International journal of environmental research and public health [Internet]. 2021;18(24). Disponible en:  
<https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-02354300/full>
34. Wu J, Yu Y, Xu H. Influence of targeted motivational interviewing on self-care level and prognosis during nursing care of chronic heart failure. Am J Transl Res [Internet]. 2021;13(6):6576-83. Disponible en:  
<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2013389141&from=export>
35. Aubeeluck E, Al-Arkee S, Finlay K, Jalal Z. The impact of pharmacy care and motivational interviewing on improving medication adherence in patients with cardiovascular diseases: A systematic review of randomised controlled trials. Int J Clin Pract [Internet]. 2021;75(11). Disponible en:  
<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2013014216&from=export>

36. Aubeeluck E, Al-Arkee S, Finlay K, Jalal Z. The impact of pharmacy care and motivational interviewing on improving medication adherence in patients with cardiovascular diseases: A systematic review of randomised controlled trials. *Int J Clin Pract* [Internet]. noviembre de 2021 [citado 29 de abril de 2022];75(11). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijcp.14457>
37. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B (2005) Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 55:305–12
38. Gesinde B, Harry S. The use of motivational interviewing in improving medication adherence for individuals with asthma: a systematic review. *Perspect Public Health* [Internet]. noviembre de 2018 [citado 29 de abril de 2022];138(6):329-35. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757913918786528>
39. Spears J, Erkens J, Misquitta C, Cutler T, Stebbins M. A pharmacist-led, patient-centered program incorporating motivational interviewing for behavior change to improve adherence rates and star ratings in a Medicare plan. *J Manag Care Spec Pharm* [Internet]. 2020;26(1):35-41. Disponible en: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L630713610&from=export>