



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

¿Es la Entrevista Motivacional útil en el control de
los pacientes con Diabetes Tipo II?

Revisión sistemática

Is Motivational Interviewing useful in the management
of patients with Type 2 Diabetes?

A systematic review

Autora:

Adriana Rosales Ros

Directoras:

Nuria Val Jiménez

Alba Gállego Royo

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza

Curso 2024-2025

ÍNDICE

RESÚMEN	5
ABSTRACT	6
PALABRAS CLAVE	7
1.INTRODUCCIÓN	8
1.1 MARCO TEÓRICO.....	8
1.1.1 Relevancia y prevalencia de la diabetes mellitus a nivel nacional e internacional.....	8
1.1.2 Definición y clasificación diabetes mellitus	9
1.1.3 Factores de riesgo DM2.....	10
1.1.4 Intervención basada en la Entrevista Motivacional.....	13
1.1.5 Antecedentes descritos sobre la EM	14
1.1.6 Actualidad en el ámbito de la EM	15
1.1.7 Herramientas de formación y aprendizaje	16
1.1.8 Formación en Entrevista Motivacional.....	18
1.2 JUSTIFICACIÓN	19
2.HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	20
2.1 HIPÓTESIS	20
2.2 OBJETIVO GENERAL.....	20
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
2.4 OBJETIVOS DIDÁCTICOS.....	20
2.5 PREGUNTA PICO	21
3.MATERIAL Y MÉTODOS	22
3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	22
3.2 ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	22
3.3 PROCESO DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS	24
3.4 ANÁLISIS DE DATOS	24
3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	24
4.RESULTADOS	25
4.1 NÚMERO Y NATURALEZA DE LAS PUBLICACIONES	25
4.2 ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS	28
5.DISCUSIÓN	35
5.1 LIMITACIONES.....	35
5.2 CATEGORIZACIÓN TEMÁTICA	36
5.2.1 Distribución de publicaciones según año y país de publicación	36

5.2.2 Influencia de la EM en los niveles de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) ..	37
5.2.3 Efectividad de la EM sobre la adherencia terapéutica	38
5.2.4 Relación entre EM e IMC.....	39
5.2.5 Resultados secundarios observados	39
5.3 UTILIDAD DIDÁCTICA.....	41
5.4 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	42
5.5 REFLEXIÓN FINAL.....	43
6.CONCLUSIONES.....	44
7.BIBLIOGRAFÍA	46
8.ANEXOS	52
Anexo 1 HERRAMIENTAS DE APRENDIZAJE.....	52
Anexo 2 DIRECTRICES PRISMA	53
Anexo 3 RESPUESTA VALORACIÓN CEICA.....	56
Anexo 4 RESULTADOS BÚSQUEDA TRAS EXCLUIR REPETIDOS	57
Anexo 5 TABLA COMPARATIVA DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LOS ESTUDIOS NACIONALES REVISADOS.....	62

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- AEPSIS: Asociación Española de Psicología Sanitaria
- BMG: Cuestionario de Martín-Bayarre-Graude
- BMI: body mass index
- BMQ: The Beliefs about Medicines Questionnaire
- CEICA: Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón
- CME: Educación Médica Continua (Continuing Medical Education)
- DDS: Escala de angustia por diabetes
- DM: Diabetes Mellitus
- DM1: Diabetes Mellitus Tipo 1
- DM2: Diabetes Mellitus tipo 2
- ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado
- EM: Entrevista Motivacional
- EE. UU: Estados Unidos
- FID: Federación Internacional de Diabetes
- FRCV: Factor de riesgo cardiovascular
- GC: Grupo de control
- GETEM: Grupo en Español de Trabajo en Entrevista Motivacional
- GI: Grupo de intervención
- HbA1c: Hemoglobina Glicosilada
- HDL: lipoproteínas de alta densidad
- HTA: hipertensión arterial
- IMC: Índice de Masa Corporal
- LDL: lipoproteínas de baja densidad
- MI: Motivational Interviewing

- MINT: Red de Formadores en Entrevistas Motivacionales
- NIDDK: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- SEMG: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- T2DM: Type 2 Diabetes Mellitus
- Tg: Triglicéridos

RESUMEN

Introducción:

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) constituye un importante desafío de salud pública, con 537 millones de adultos diagnosticados en el mundo. En España, afecta al 14,8% de la población, siendo el segundo país con mayor prevalencia de Europa. Además de su elevada mortalidad, se asocia a múltiples complicaciones crónicas, que deterioran la calidad de vida y generan una significativa carga asistencial y económica.

En este contexto, resulta crucial promover intervenciones de control desde un enfoque integral e individualizado. La Entrevista Motivacional (EM) surge como una estrategia eficaz para favorecer la implicación del paciente en su proceso de cambio, mediante un estilo colaborativo centrado en explorar sus motivaciones y potenciar su autonomía para adoptar y mantener hábitos saludables.

Objetivo:

Revisar la literatura científica disponible en España sobre la efectividad de la EM en la mejora del control glucémico (HbA1c), la adherencia terapéutica y el índice de masa corporal (IMC) en pacientes con DM2.

Metodología:

La búsqueda se realizó a través de PubMed, Medline. Se limitaron los resultados a estudios publicados entre 2019 y 2025, en inglés o español. Posteriormente, se seleccionaron aquellos que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados:

La búsqueda bibliográfica identificó 638 documentos iniciales, de los cuales fueron seleccionados 2 según los criterios establecidos. Además, se revisaron 3 estudios internacionales escogidos por tener mayor nivel de evidencia y cuyo único criterio de exclusión fuera el ámbito geográfico, para establecer una comparación adecuada.

Conclusión:

Los estudios analizados evidencian efectos positivos de la EM en pacientes con DM2, observándose mejoras tanto en los niveles de HbA1c como en la adherencia terapéutica. Sin embargo, en relación con el IMC, los resultados son más limitados, lo que resalta la necesidad de un seguimiento a largo plazo. Además, destaca un creciente interés en investigar su impacto sobre otros parámetros analíticos y en pacientes con comorbilidades como la depresión, lo que refuerza su potencial como intervención para modificar hábitos de salud.

ABSTRACT

Introduction:

Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) represents a major public health challenge, with 537 million adults diagnosed worldwide. In Spain, it affects 14.8% of the population, making it the country with the second highest prevalence in Europe. In addition to its high mortality rate, it is associated with multiple chronic complications that impair quality of life and generate a significant healthcare and economic burden.

In this context, it is essential to promote control interventions based on a comprehensive and individualized approach. Motivational Interviewing (MI) emerges as an effective strategy to enhance patient involvement in their change process, through a collaborative style focused on exploring personal motivations and strengthening autonomy to adopt and maintain healthy habits.

Aim:

To review the scientific literature available in Spain regarding the effectiveness of MI in improving glycemic control (HbA1c), treatment adherence, and body mass index (BMI) in patients with T2DM.

Methodology:

The search was conducted using PubMed and Medline. Results were limited to studies published between 2019 and 2025 in English or Spanish. Studies that met the established inclusion and exclusion criteria were selected.

Results:

After the literature search, 638 initial documents were found, of which 2 were selected according to the established criteria. In addition, 3 international studies were reviewed, chosen for having a higher level of evidence, whose only exclusion criterion was their geographic scope, in order to establish an appropriate comparison.

Conclusion:

The studies analyzed show positive effects of MI in patients with T2DM, with improvements observed in both HbA1c levels and treatment adherence. However, the results related to BMI are more modest, highlighting the need for long-term follow-up. Furthermore, there is a growing interest in exploring its impact on other analytical parameters and in patients with comorbidities such as depression, reinforcing its potential as an intervention to modify various health-related behaviors.

PALABRAS CLAVE

Diabetes Mellitus tipo 2, entrevista motivacional, hemoglobina glicosilada, adherencia al tratamiento, hábitos de vida saludable, índice de masa corporal.

KEYWORDS:

Type 2 Diabetes Mellitus, Motivational Interviewing, glycosylated hemoglobin, treatment adherence, healthy lifestyle habits, body mass index.

1.INTRODUCCIÓN

1.1 MARCO TEÓRICO

1.1.1 Relevancia y prevalencia de la Diabetes Mellitus a nivel nacional e internacional

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica multifactorial que se caracteriza por una elevación crónica de los niveles de glucemia, provocados por una resistencia a la insulina y/o defectos en la secreción o acción de la misma. ¹

Esta patología representa una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en la actualidad, observándose un aumento alarmante en su prevalencia mundial, que alcanza los 537 millones de personas diagnosticadas de diabetes según la Federación Internacional de Diabetes (FID). Esto supone que uno de cada diez adultos en todo el mundo vive en la actualidad con diabetes y se prevé que la cifra total aumente a 783 millones (12,2%) en 2045. ²

La carga sanitaria asociada a la diabetes no se limita tan solo a su prevalencia, sino que se deben tener en cuenta también las implicaciones que una enfermedad crónica de larga duración tiene, tanto debido a las complicaciones clínicas y las repercusiones sobre la calidad de vida del paciente, como por las consecuencias económicas que conlleva para el sistema sanitario. En 2021, la DM fue directamente responsable de 1,6 millones de defunciones, a las que se suman 530,000 muertes adicionales por nefropatía diabética y un 11% de las defunciones cardiovasculares atribuibles a la hiperglucemia en el mundo. La relación directa entre el aumento del sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo y el incremento de la diabetes está derivando en una sobrecarga de los sistemas de salud. Además, el hecho de que la mayoría de los pacientes no reciba tratamiento adecuado, ya sea por infradiagnóstico o por déficit de control terapéutico, exacerba las complicaciones, incrementa los costes asociados al tratamiento de las secuelas y dificulta la implementación de estrategias de control. ¹

España se encuentra entre los diez primeros países a nivel internacional en cuanto al gasto sanitario relacionado con la diabetes ², lo que representa el 8,2% del total, alcanzando los 8.600 millones de euros, distribuidos en: 5.800 millones en costes directos y 2.800 millones en costes indirectos. Incluidos en los costes directos se encuentran los gastos en medicamentos, hospitalizaciones y las complicaciones microvasculares y macrovasculares. De hecho, el número de ingresos hospitalarios debidas a las complicaciones de la DM, representan hasta el 33% del gasto directo total relacionado con la diabetes ³.

Al abordar los costes derivados de la DM, el 95% de los estudios se centran en la DM2 debido a su mayor prevalencia. En 2021, el gasto por paciente en España con DM2 fue aproximadamente de 2.817 euros ³. Esto se debe a que alrededor de 5,1 millones de adultos en España están diagnosticados de DM2, lo que se traduce en una prevalencia del 14,8% afectando a uno de cada siete adultos y posicionándose como la segunda tasa más alta de Europa ².

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en España frente a otros modelos sanitarios, garantiza un conjunto coordinado de servicios sanitarios públicos accesibles a todas las personas independientemente de su situación socioeconómica, asegurado por su carácter de universalidad ⁴. Este acceso a servicios destinados a conservar y restablecer la salud incluye una amplia variedad de ayudas y recursos a las personas con DM2, destinados a facilitar el manejo y tratamiento de su enfermedad. Una de las principales formas de apoyo son las deducciones fiscales, los subsidios económicos y la exención de impuestos para equipos y suministros necesarios para el control de la enfermedad (compra de medicamentos recetados, dispositivos de monitoreo de glucosa, tiras reactivas, agujas, consultas médicas...) ⁵.

Además de la asistencia económica, se brindan ayudas psicológicas y educativas, como terapias de apoyo emocional, programas de educación sobre la diabetes y su manejo, nutrición y estilos de vida saludables. También se dispone de equipos de asistencia y seguimiento para personas con diabetes, asegurando el control continuo de la enfermedad y la atención especializada para evitar y tratar complicaciones. Del mismo modo, para facilitar la integración laboral, el sistema también contempla facilitar las adaptaciones en el entorno de trabajo y ofrece derechos laborales para personas con DM. Por último, existen diversas organizaciones y fundaciones que brindan apoyo y recursos adicionales, así como portales web especializados que ofrecen información y asistencia. ⁵

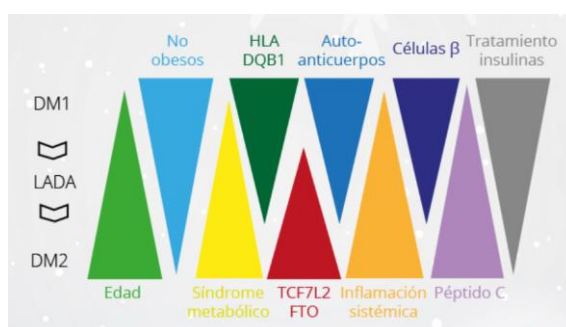
1.1.2 Definición y clasificación DM

La DM se clasifica principalmente en dos tipos:

- Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1), también conocida como diabetes insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia. Originada por una producción deficiente de insulina, lo que hace necesaria su administración diaria. ¹
- Diabetes Mellitus tipo 2. Representa el 90-95% de los casos y se relaciona con un empleo deficiente de la insulina generada por el organismo, es decir, resistencia a la insulina, lo que supone un aumento de los niveles de glucemia en sangre. Está íntimamente relacionada con factores de riesgo como el sobrepeso, el sedentarismo y la falta de

adherencia al tratamiento y la herencia genética, que favorecen tanto su aparición como su progresión. ¹

Figura 1: Características diferenciales de los tipos de DM1 y DM2.



Fuente: Fundación redGDPS. ⁶

Como se ha mencionado previamente, el aumento en la prevalencia global de la Diabetes se ha visto impulsada principalmente por la DM2, poniendo en evidencia una creciente crisis de salud pública¹. Su diagnóstico se establece cuando el paciente presenta en dos determinaciones alguno de los siguientes valores:

- Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/l. ⁶
- HbA_{1c} $\geq 6,5$ % (no es necesario que sea en ayunas). ⁶
- Glucemia plasmática a las 2 horas del test de sobrecarga oral a la glucosa con 75 g ≥ 200 mg/dl. ⁶

En caso de objetivar una glucemia plasmática > 200 en pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia (polidipsia, poliuria, pérdida de peso) será suficiente con una determinación para establecer el diagnóstico. ⁶

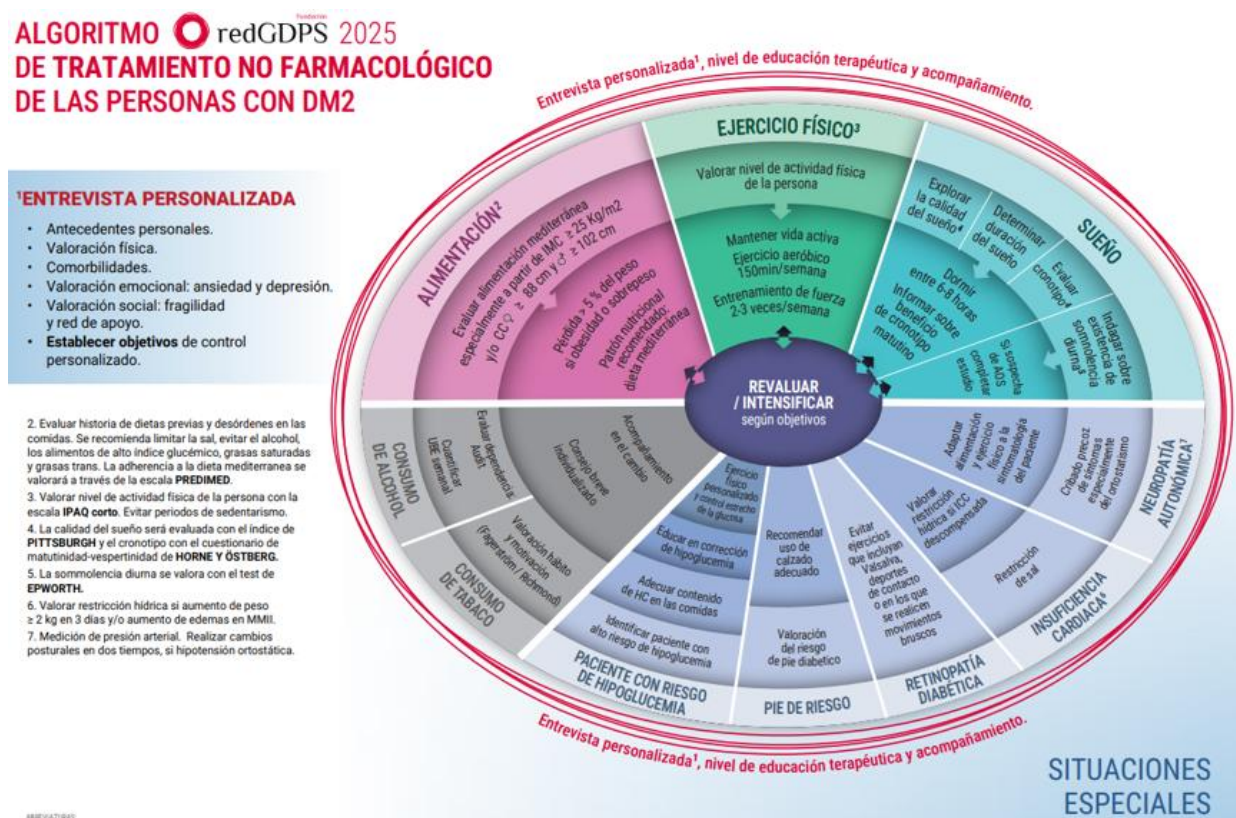
1.1.3 Factores de riesgo DM2

Se pueden identificar diversos factores de riesgo para desarrollar DM2, y mientras algunos de ellos no son modificables, como la edad, la etnia, los antecedentes familiares de primer grado con diabetes, la diabetes gestacional o el síndrome de ovario poliquístico, hay otros sobre los que sí es posible actuar para disminuir el riesgo de padecerla como son: el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, una dieta poco saludable, la dislipemia con triglicéridos altos o colesterol HDL bajo, la hipertensión arterial (HTA) y el consumo de alcohol y tabaco ⁷. Además, estos factores no solo aumentan el riesgo de desarrollar DM2, también de desarrollar complicaciones características de esta enfermedad como son la retinopatía diabética, la nefropatía diabética, la neuropatía diabética o la insuficiencia cardíaca ¹. Por ello lo primero

que se debe de hacer tras diagnosticar al paciente de DM2, es seleccionar un tratamiento centrado en la persona, con objetivos adecuados tras haber realizado una entrevista minuciosa y personalizada que aborde sus antecedentes, comorbilidades y factores de riesgo, red de apoyo, fragilidad, estado físico y emocional, motivación al cambio para la modificación de estilos de vida y conductas no saludables ⁷.

Este vínculo entre los factores de riesgo modificables y la DM2 resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinar basado en impulsar estrategias de prevención y control más eficaces que acompañen en mayor o menor medida a las pautas farmacológicas ¹. En este contexto, algunos autores como los profesionales sanitarios de Atención Primaria distribuidos por toda España que constituyen la Fundación redGDPS, centrada en mejorar la asistencia de las personas con DM2, plantean una intervención basada en impulsar cambios en el estilo de vida de estas personas, destacando las actitudes relacionadas con la alimentación y el ejercicio físico, acciones que previenen el sobrepeso y obesidad ⁷. Este organismo ofrece diferentes algoritmos actualizados, como el que se puede observar en la *Figura 2*, donde se recogen algunos de estos tratamientos no farmacológicos sobre los que se necesita concienciar a los pacientes.

Figura 2: Algoritmo de tratamiento no farmacológico de las personas con DM2.



Fuente: Fundación redGDPS. ⁷

De este modo, para poder establecer un seguimiento sobre la evolución y tratamiento de estos pacientes, se emplean parámetros entre los que destacan:

- HbA1c o hemoglobina glicosilada, resultante de la unión de la glucosa a la hemoglobina en las células sanguíneas. Esta medición permite detectar tanto prediabetes como diabetes, y por tanto trabajar sobre aquellos aspectos modificables que pueden prevenir su aparición o complicaciones y progresión en aquellos que ya la tienen establecida. Además, su utilidad radica en el hecho de que es menos susceptible de verse afectado por cambios a corto plazo, ya que refleja el nivel de glucosa promedio de los últimos 3 meses. ⁸

Tabla 1: Valores diagnósticos HbA1C.

Diagnóstico*	Nivel de A1C
Normal	por debajo del 5,7 por ciento
Prediabetes	5,7 a 6,4 por ciento
Diabetes	6,5 por ciento o más

Fuente: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). ⁸

- Adherencia terapéutica. Se refiere al comportamiento del paciente respecto al cumplimiento de las indicaciones médicas, como la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la adopción de cambios en el estilo de vida. Según la Organización mundial de la Salud (OMS), se define como el nivel en que las acciones de una persona concuerdan con las recomendaciones acordadas con un profesional sanitario. ⁹

La adherencia al tratamiento puede medirse de forma dicotómica (adherente o no adherente) o como un porcentaje basado en las dosis consumidas respecto a las prescritas durante un periodo determinado. Evaluarla resulta esencial para valorar la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos. Existen múltiples cuestionarios que permiten examinar la adherencia, como por ejemplo el Test de Morisky-Green, el Cuestionario ARMS-e, el Test de Batalla o The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ). ⁹

- Índice de masa corporal o IMC. Parámetro que establece la relación entre masa corporal y estatura de una persona (peso (kg)/ [talla (m)]²). Una de sus funciones es identificar a aquellas personas con sobrepeso u obesidad, lo cual se asocia con un riesgo aumentado de padecer DM, estando estrechamente relacionado con un peor pronóstico, el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, enfermedades renales y retinopatía ⁸. Cambios realizados en los hábitos de actividad física y la dieta se ven reflejados en el IMC, por ello puede servir como parámetro de seguimiento ¹⁰.

Tabla 2: Clasificación de la OMS según IMC.

Normopeso	Sobrepeso	Obesidad I	Obesidad II	Obesidad III (mórbida)
18,5-24,9	25-29,9	30-34,9	35-39,9	≥ 40

Fuente: Fundación redGDPS. ¹¹

Por lo tanto, el mantenimiento de nuevos estilos de vida saludables implica conservar la adherencia al tratamiento y, en muchos casos, modificar otras conductas relacionadas, como seguir una dieta adecuada, realizar actividad física, y reducir el consumo de alcohol. Aunque algunos cambios pueden lograrse rápidamente, muchos requieren un seguimiento continuo.¹²

El control efectivo de la DM2 puede tomar tiempo, ya que conlleva cambios adicionales en aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y relacionales. Una estrategia útil en estas consultas es fomentar la expresión de logros y dificultades en un ambiente de aceptación y apoyo, con el objetivo de promover un diálogo que potencie la motivación interna del paciente, potenciando su compromiso e implicación en la toma de decisiones.¹²

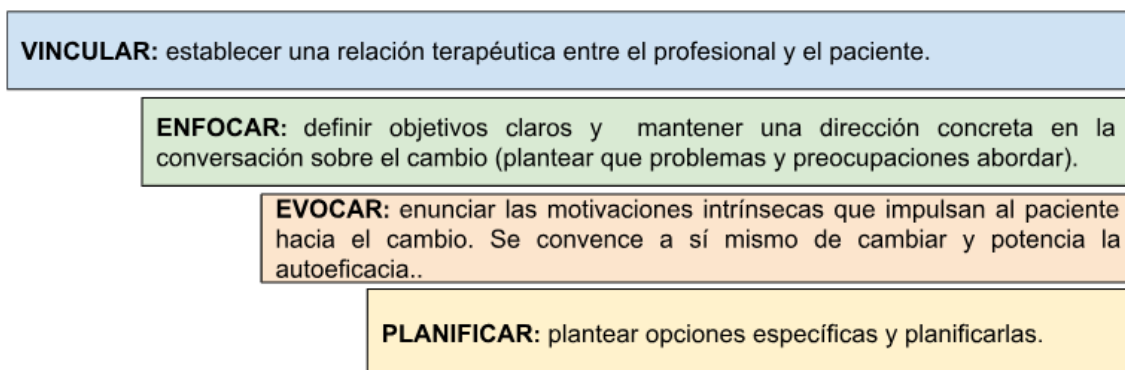
1.1.4 Intervención basada en la Entrevista Motivacional

En este contexto, destacan las intervenciones basadas en la entrevista motivacional (EM), ampliamente investigadas en relación con diversas conductas objetivo como pérdida de peso, promoción/ aumento de la actividad física, abandono de tóxicos como el alcohol y el tabaco, todas ellas vinculadas al manejo de enfermedades crónicas en atención médica ¹³. Esta herramienta se fundamenta en un conjunto de habilidades y enfoques basados en evidencia, diseñados para ser implementados por profesionales capacitados y formados, para alcanzar competencias adecuadas en las habilidades necesarias para la EM ¹³.

La EM, desarrollada por Miller y Rollnick, se introdujo inicialmente como una intervención clínica dirigida al tratamiento de pacientes con abuso de alcohol. La definieron como un método centrado en el paciente, diseñado para aumentar su motivación intrínseca hacia el cambio, siendo ayudado para explorar y resolver su ambivalencia.¹⁴

La práctica de la EM se estructura en cuatro procesos esenciales que, a pesar de no iniciarse en un mismo momento, sí se solapan.

Figura 3: Los 4 procesos de la Entrevista Motivacional.



Fuente: elaboración propia.¹⁵

Durante este proceso se realiza con un enfoque basado en la colaboración y el respeto por la autonomía del paciente, de forma que los principios sobre los que se sustenta son los de evitar el reflejo de redireccionamiento, comprender las motivaciones del paciente, practicar una escucha empática y capacitar al paciente para que asuma un rol activo en su proceso de cambio. Otro aspecto importante es la selección del objetivo, que debe ser MARTE (medible, alcanzable, realista, en un marco temporal y específico).¹⁶

Todo ello, confiere a la EM un estilo propio que se puede apreciar en la *Tabla 3*.

Tabla 3: Enfoques de la EM

Enfoque fundamental de la EM	Enfoques opuestos a la EM
<p>Colaboración</p> <p>Implica una relación que honra las habilidades y la perspectiva del cliente. El consejero provee una atmósfera que conduce al cambio, en lugar de obligar al cambio.</p>	<p>Confrontación</p> <p>El profesional reemplaza la perspectiva del cliente al suponerle incapaz, imponiéndole una concienciación y aceptación de una "realidad" que el cliente no puede ver o que no admite.</p>
<p>Evocación</p> <p>Se supone que los recursos y la motivación para el cambio residen dentro del cliente. Se fomenta la motivación intrínseca cuando es extraída desde las propias percepciones, metas y valores del cliente.</p>	<p>Educación</p> <p>Se presume que el cliente no posee los conocimientos, elementos o habilidades necesarias para que se produzca el cambio. El consejero busca subsanar esos déficits proporcionando la aclaración necesaria.</p>
<p>Autonomía</p> <p>El profesional reconoce el derecho y la capacidad del cliente de decidir sobre su comportamiento y facilita una elección informada.</p>	<p>Autoridad</p> <p>El profesional dice al cliente lo que tiene que hacer.</p>

Fuente: Tesis doctoral *Impacto de la formación en Entrevista Motivacional para médicos*.¹⁵

1.1.5 Antecedentes descritos sobre la EM

Miller, al analizar el enfoque del EM, examinó cómo este se relaciona con teorías psicológicas previas y vinculó el valor impulsor del cambio de escucharse a uno mismo argumentar en

relación con el cambio, con la teoría de la disonancia cognitiva de Festinger (1957) y con la reformulación propuesta por Bem como teoría de la autopercepción (1967, 1972). Así mismo, resultó significativa la teoría de Rogers sobre las condiciones necesarias y suficientes en las relaciones interpersonales para facilitar el cambio (1959), describiendo una atmósfera de apoyo ideal como aquella sin amenazas, que permitía explorar las ambivalencias y encontrar sus propias motivaciones para el cambio, en lugar de actuar siguiendo imposiciones extrínsecas.¹⁷

Aunque su aplicación más habitual ocurre en encuentros presenciales entre el personal sanitario y el paciente, puede realizarse a través de diferentes medios de comunicación (en grupo, individual, cara a cara, por internet, por teléfono...). Durante estas sesiones, el intervencionista utiliza técnicas de comunicación en un estilo colaborativo, como son el planteamiento de preguntas abiertas, escuchar reflexivamente (escucha activa y empática) o resumir la información recogida¹⁴. Todo ello evidencia el gran número de variaciones en la técnica que se pueden encontrar, lo cual no sólo se debe al formato en el que se realiza, sino también a la duración de la sesión, el entorno (hospitales, servicios de urgencias y la atención primaria), al número de intervenciones o al profesional que la efectúa¹⁶.

1.1.6 Actualidad en el ámbito de la EM

En la actualidad, dado que el abordaje de las enfermedades crónicas está suponiendo un complejo reto, y destacando la amplia evidencia que correlaciona el estilo de vida con los factores de riesgo y la morbimortalidad generada por estas enfermedades, la EM se ha convertido en un potencial método de intervención, enfrentándose a estilos más tradicionales como los consejos informativos, confrontativos o persuasivos, mediante los cuales los profesionales de la salud han intentado promover aquellas actitudes más beneficiosas para el paciente.¹⁴

Debido al interés manifestado desde el inicio en este método, la literatura científica sobre la EM ha crecido exponencialmente, y numerosas revisiones sistemáticas han identificado una sólida evidencia de su uso combinado con enfoques más estructurados, como la terapia cognitivo-conductual, demostrando eficacia en la reducción de conductas perjudiciales, en la promoción de hábitos saludables y la mejora de la adherencia terapéutica. Sin embargo, todavía existe cierta incertidumbre y controversia acerca de los beneficios de la EM, lo que la convierte en centro de múltiples estudios.¹⁴

De los enfoques intervencionistas disponibles, la EM parece ser una opción prometedora que ha demostrado ser eficaz para ayudar a las personas a alcanzar sus objetivos, mostrándose beneficiosa en diversos contextos como en el abordaje de trastornos relacionados con el

consumo de sustancias, favoreciendo hábitos alimenticios saludables, promoviendo la participación en pruebas de detección de VIH, reduciendo conductas sexuales de riesgo o aumentando la disposición al cambio en pacientes con trastornos alimentarios. Así mismo, se ha validado como una herramienta efectiva para mejorar tanto la implicación de los pacientes en los tratamientos como su adherencia a los mismos ¹⁸. Igualmente, cabe remarcar que, aunque la EM ha demostrado eficacia en la mejora de resultados de múltiples patologías, su potencial para influir positivamente en los resultados clínicos de adultos con DM2 resulta especialmente relevante ¹³. Una evidencia de ello es que desde 2014, la Asociación Americana de Diabetes, en sus Estándares para la Educación y el Apoyo para el Automanejo de la Diabetes, recomienda un conjunto de estrategias de comunicación basadas en evidencia, entre las que se incluyen estrategias cognitivas, resolución de problemas, mejora de la autoeficacia, estrategias de prevención de recaídas y EM, que han demostrado facilitar los cambios de conducta y complementar la educación terapéutica del paciente ^{19, 20}.

1.1.7 Herramientas de formación y aprendizaje

Para fomentar cambios en los hábitos de los pacientes, se requiere una adecuada relación médico-paciente, la cual no solo supone un reto para el paciente, sino también para el profesional. En este sentido, resulta fundamental proporcionarles una formación útil y eficiente, que les permita adoptar un estilo comunicativo centrado en el paciente, facilitando así su movilización hacia la mejora de su salud mediante la modificación de hábitos cotidianos.¹⁵

Históricamente, la relación profesional-paciente se ha caracterizado por un modelo paternalista, basado en la asimetría de conocimientos y la unidireccionalidad del consejo médico. Sin embargo, en la actualidad se promueve un enfoque participativo, en el que debe primar la autonomía del paciente y donde el profesional de la salud necesita desarrollar competencias en tres dimensiones clave: conocimiento, que responden al “qué hacer”; habilidades, que indican el “cómo hacerlo”; y actitudes, que explican el “por qué”. ¹⁵

La comprensión de los procesos de aprendizaje humano es esencial para que los médicos puedan mejorar su propia formación y optimizar la manera en la que guían a los pacientes en la adopción de cambios saludables. En este contexto, la Educación Médica Continua (Continuing Medical Education, CME) desempeña un papel crucial. Se define como el conjunto de actividades educativas dirigidas a mantener, desarrollar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios, con el objetivo de optimizar su práctica clínica y fortalecer su relación con los pacientes. ¹⁵

Asumiendo que en la actualidad el aprendizaje y los conocimientos ya no están solo al alcance de unos pocos, resulta útil conocer aquellas motivaciones que mueven a las personas a querer adquirirlos, así como las herramientas que facilitan su acceso y comprensión. Así mismo, debemos ser conscientes de ciertas diferencias en los procesos de aprendizaje seguidos entre niños y adultos ¹⁵. De esta forma, para comprender mejor aquellos aspectos que debemos tener en cuenta tanto en los pacientes adultos, como en los propios profesionales, se puede observar que hay:

- Necesidad de saber: “¿Por qué necesito saber esto?”.
- Capacidad de autodirigirse: “Soy responsable de mis propias decisiones”.
- Rol de las experiencias del aprendiz:” Tengo experiencias previas que valoro, y tú deberías respetarlas”.
- Disposición para aprender: “Necesito aprender porque mis circunstancias están cambiando”.
- Orientación del aprendizaje: “Lo que aprendo es aplicable a mi situación laboral personal”.
- Motivación: “Aprendo porque quiero aprender”. ¹⁵

En decir, los adultos necesitan comprender la razón y la utilidad del aprendizaje. Además, a diferencia de los niños, asumen la responsabilidad de su propio aprendizaje y toman decisiones sobre qué, cómo y cuándo aprender, de forma que lo tienden a hacer respondiendo a motivaciones internas cuando perciben que es necesario, ya sea para adaptarse a nuevas circunstancias u orientado a la resolución de problemas y a la aplicación práctica en su vida cotidiana o laboral. Al mismo tiempo, los adultos traen consigo una base de conocimientos y experiencias que influyen en cómo aprenden, esperando que sus experiencias sean valoradas y que el aprendizaje se construya sobre ellas. ¹⁵

Además, a la hora de aprender se debe tener en cuenta que las emociones y la cognición interactúan en el cerebro teniendo una notable influencia sobre él. De esta forma, las emociones y motivaciones positivas favorecen la memoria a largo plazo, potenciando un aprendizaje más profundo y eficaz, mientras que las negativas lo podrían dificultar. ¹⁵

Considerando todos estos factores, se elaboraron diferentes herramientas de formación y aprendizaje disponibles en el ejercicio docente que se pueden apreciar en el *Anexo 1*, destacando algunas de ellas como la formulación de preguntas, el role - play o Problem Based Interviewing en el contexto de la motivación y la entrevista. ¹⁵

1.1.8 Formación en Entrevista Motivacional

El desarrollo y uso de la EM no solo ha supuesto un reto para los pacientes, sino también para los profesionales que desean formarse y ponerlo en práctica. Con el fin de fomentar las buenas prácticas en el uso, investigación y formación en entrevistas motivacionales han surgido diversas organizaciones y talleres formativos, entre las que destacan los cursos ofrecidos por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) ²¹, por la Asociación Española de Psicología Sanitaria (AEPSIS) ²², por el Grupo en Español de Trabajo en Entrevista Motivacional (GETEM) ²³ o por La Red de Formadores en Entrevistas Motivacionales (MINT) ²⁴ entre otros, compartiendo los propósitos de actualizar nuevos conocimientos y favorecer intercambio de material y ejercicios, diseminar la Entrevista Motivacional, garantizar la formación continuada en EM siguiendo unos estándares comunes, mantener contacto internacional con otros miembros, facilitar estándares para la formación en EM, promover la supervisión tanto en la vertiente formativa como en la clínica, abrir nuevos campos de aplicación de la EM y promover su investigación ²⁴.

Para favorecer la adquisición de experiencia en este método, Miller y Moyers propusieron una secuencia de ocho etapas (*Tabla 4*).

Tabla 4: 8 etapas del aprendizaje de la EM.

Etapa 1: el espíritu de la Entrevista Motivacional.	Apertura a un nuevo enfoque hacia los pacientes, fomentando confianza y curiosidad activa para comprender sus perspectivas y motivaciones. El espíritu se desarrolla con la práctica más que como una habilidad previa del profesional.
Etapa 2: Habilidades para el consejo OARS centrado en el paciente	Adquirir competencia en el uso de la comunicación centrada en el paciente, particularmente la empatía. La escucha empática implica reflexionar sobre lo que el paciente dice y sus experiencias no verbalizadas, utilizando el acrónimo OARS: preguntas abiertas (O), afirmaciones (A), reflejar (R) y resumir (S).
Etapa 3: Reconocer y reforzar el discurso del cambio.	Desarrollar la capacidad de reconocer el discurso natural del cambio en el contexto de ambivalencia. Prestar atención a las verbalizaciones que señalan deseo, posibilidad, motivos o necesidad, ya que predicen el compromiso de cambiar.
Etapa 4: Provocar y fortalecer el discurso del cambio.	Una vez que el profesional reconoce el discurso del cambio puede aprender a provocarlo de manera intencionada. Un método eficaz es formular preguntas abiertas que generen respuestas orientadas al cambio, las cuales luego pueden ser exploradas en mayor profundidad.

<p>Etapa 5: afrontar las resistencias.</p>	<p>Aprender a evitar y disipar discrepancias. Tras el discurso del cambio, se debate la ambivalencia del paciente y el profesional adopta una posición pro-cambio. El lugar de oponerse a la resistencia se trabaja para afrontarla mediante estrategias como el reflejo simple y el reflejo complejo</p>
<p>Etapa 6: Desarrollar un plan de cambio.</p>	<p>El profesional facilita la transición del discurso del cambio hacia un plan de acción. Se utiliza un resumen progresivo de los elementos clave (deseo, habilidad, motivos y necesidad) y se formula una pregunta abierta como "¿qué es lo siguiente?". Si el momento es adecuado, el paciente plantea cómo realizará el cambio; si no, puede mostrar resistencia, lo que requerirá volver a las estrategias previas. La clave es desarrollar un plan específico sin evocar resistencias.</p>
<p>Etapa 7: Consolidar el compromiso del paciente.</p>	<p>Una vez desarrollado el plan, el siguiente paso es lograr el compromiso del paciente para llevarlo a cabo. Las habilidades clave son escuchar y reforzar el lenguaje de compromiso, es decir, aquel que refleja una decisión o acuerdo para actuar. El profesional debe asegurarse de que el paciente se sienta respaldado en su decisión.</p>
<p>Etapa 8: combinar la entrevista motivacional con otros métodos de consejo.</p>	<p>La EM no es adecuada para todos los pacientes. Aquellos ya preparados para el cambio pueden encontrarla frustrante o innecesaria. La clave está en que el profesional identifique cuándo y con quién aplicarla para maximizar su beneficio.</p>

Fuente: elaboración propia.¹⁵

1.2 JUSTIFICACIÓN

La DM2 requiere un enfoque multidimensional que trasciende al tratamiento farmacológico, implicando una atención centrada en la persona que integra la modificación de estilos de vida y conductas no saludables, tales como la inactividad física, la dieta inadecuada y la exposición a sustancias tóxicas. Estos factores están estrechamente relacionados con la autogestión de la enfermedad y pueden verse afectados por barreras individuales, como las carencias motivacionales y las dificultades para adherirse al tratamiento.¹²

En este contexto, las estrategias conductuales, como la EM, se presentan como una herramienta potencialmente eficaz para mejorar el control de la DM2. Su implementación puede llegar a tener un impacto directo tanto en la prevención, como en la mejora de los resultados de morbilidad y mortalidad, al mitigar los efectos de la hiperglucemia crónica no controlada y sus posibles complicaciones, mitigando su creciente impacto a nivel global.¹²

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 HIPÓTESIS

Con el objetivo de abordar el desafío que supone la elección de estilos de vida beneficiosos para la salud en pacientes diagnosticados de DM2, se plantea la siguiente hipótesis:

"La aplicación de la Entrevista Motivacional en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en España contribuirá a la mejora del control metabólico, la adherencia al tratamiento y la modificación de estilos de vida, reflejándose en una reducción en los niveles de HbA1c, un aumento en la adherencia terapéutica y una mejora en el índice de masa corporal (IMC)."

2.2 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la bibliografía actual sobre el uso de la entrevista motivacional como herramienta de control y adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el entorno español.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Examinar cómo influye la Entrevista Motivacional en los niveles de **Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)**.
2. Evaluar la efectividad de la EM sobre la **adherencia terapéutica**.
3. Explorar la relación entre la EM y el **IMC**, valorando secundariamente su efecto sobre la actividad física y dieta.

2.4 OBJETIVOS DIDÁCTICOS

1. **Adquirir competencias metodológicas en la realización de una revisión sistemática**, incluyendo la búsqueda bibliográfica, el análisis crítico de la literatura científica y la interpretación de resultados en el contexto de la medicina basada en la evidencia.
2. **Familiarizarse con los diferentes diseños de investigación más relevantes en ciencias de la salud** (ensayos clínicos aleatorizados (ECA), revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios de cohortes), profundizando en su estructura y aplicabilidad clínica.

3. **Analizar críticamente la utilidad de la EM** como herramienta para mejorar la adherencia terapéutica y el control metabólico en pacientes con DM2, identificando su aplicabilidad en el abordaje multidisciplinar de enfermedades crónicas.
4. **Conocer los aspectos éticos y regulatorios básicos en la investigación clínica**, incluyendo el proceso de solicitud de evaluación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) y su papel en el diseño de estudios en salud.
5. **Desarrollar habilidades en la evaluación de la calidad y heterogeneidad de los estudios incluidos en revisiones sistemáticas**, reflexionando sobre los retos inherentes a la síntesis de evidencia, como la variabilidad metodológica y la dificultad de acceso a literatura relevante.

2.5 PREGUNTA PICO

La pregunta PICO es una herramienta utilizada en medicina basada en la evidencia para formular preguntas clínicas estructuradas que guíen la búsqueda sistemática de información científica. De esta forma, la pregunta sobre la que se basará el posterior diseño del estudio y la estrategia de búsqueda es:

P (Población o Paciente): Adultos (≥ 18 años) diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo 2 en España.

I (Intervención): intervención basada en Entrevista Motivacional (EM), aplicada en consulta presencial o telefónica.

C (Comparación): Atención habitual sin intervención estructurada en EM.

O (Outcomes o Resultados): Control glucémico (medido mediante HbA1c), adherencia terapéutica e IMC.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Para la realización de este estudio se ha llevado a cabo una revisión sistemática dirigida a responder a la pregunta de investigación: *¿Es la entrevista motivacional útil en el control de los pacientes diabéticos tipo 2?*, que se responderá evaluando los parámetros de hemoglobina glicosilada (HbA1c), adherencia al tratamiento y el IMC.

3.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda se realizó a través de PubMed, metabuscador que permite el acceso a Medline y Pre -Medline, así como a otras bases de datos de referencia. Además, se han aplicado filtros para acotar el año de publicación entre 2019 y 2025 (fecha de realización de la búsqueda) y para obtener estudios en lengua inglesa o española. También se han empleado tesauros DeCS y MeSH como descriptores específicos, junto a operadores booleanos (*AND*, *OR*) para añadir variaciones y combinaciones de los términos seleccionados, dando lugar a las siguientes búsquedas:

- *"Motivational Interviewing" [MESH] AND ("Diabetes Mellitus" [MESH] OR "Hyperglycemia" [MESH])*
- *"Diabetes Mellitus" [MESH] AND "Spain" [MESH] AND "Motivational Interviewing" [MESH]*
- *"Motivational Interviewing" [MESH] AND ("Diabetes Mellitus" [MESH] OR "Hyperglycemia" [MESH]) AND ("Body Mass Index" [MESH] OR BMI)*
- *"Motivational Interviewing" [MESH] AND ("Diabetes Mellitus" [MESH] OR "Hyperglycemia" [MESH]) AND ("physical activity" [MESH] OR "exercise" [MESH])*
- *"Motivational Interviewing" [MESH] AND ("Diabetes Mellitus" [MESH] OR "Hyperglycemia" [MESH]) AND (HbA1c [DESC] OR "Glycated Hemoglobin" [MESH])*
- *("Motivational Interviewing" [MESH] OR "Interview" [DESC]) AND ("Diabetes Mellitus" [MESH] OR "Hyperglycemia" [MESH]) AND "Treatment Adherence" [MESH].*

Tabla 5: Términos DeCS y MeSH.

ESPAÑOL	INGLES DeCS	INGLÉS MeSH
Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus
Entrevista motivacional	Motivational Interviewing	Motivational Interviewing
Entrevista	Interview	Interview
Hiperglucemia	Hyperglycemia	Hyperglycemia
Actividad física	Physical Activity	Physical Activity
Ejercicio físico	Exercise	Exercise
Índice de Masa Corporal	Body Mass Index	Body Mass Index / BMI
España	España	Spain
Hemoglobina Glucosilada	Glycated Hemoglobin / HbA1c	Glycated Hemoglobin / HbA1c
Adherencia al Tratamiento	Treatment Adherence	Treatment Adherence

Fuente: elaboración propia.

Los criterios de elegibilidad que han permitido realizar una búsqueda actual acerca de la evidencia publicada son los siguientes:

Tabla 6: Criterios de elegibilidad de los artículos revisados.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Estudios publicados entre 2019 y 2025.	Documentos publicados con fecha anterior a 2019.
Intervenciones que incluyeran la entrevista motivacional (EM) como herramienta principal.	Intervenciones que no incluyen la EM como herramienta.
Población de hombres y mujeres mayores de 18 años diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).	Población menor de 18 años. Población con DM1 o diabetes gestacional.
Resultados que incluyeran seguimiento de HbA1c, adherencia al tratamiento o IMC.	Documentos en el que su contenido no fuese oportuno al tema y objetivos planteados
Estudios en inglés o español realizados en España.	Estudios con procedencia diferente de España.
Documentos con acceso libre, gratuito o facilitado por la Universidad de Zaragoza.	Publicaciones no accesibles a texto completo.

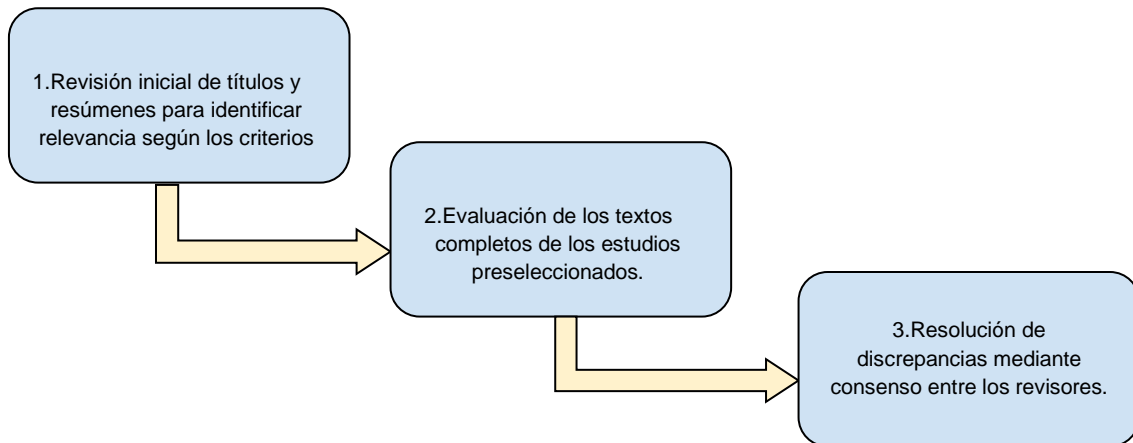
Fuente: elaboración propia.

A continuación, con intención de ampliar la revisión y realizar una comparación de la evidencia disponible y extraída a nivel nacional, con aquella recogida a nivel internacional se han seleccionado debido a su elevado nivel de evidencia científica, aquellas Revisiones

Sistemáticas y Metaanálisis obtenidos como resultado de la misma estrategia de búsqueda, a excepción del criterio de elegibilidad referente al país (España).

3.3 PROCESO DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Figura 4: Etapas de selección de estudios.



Fuente: elaboración propia.

3.4 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los estudios resultantes de la búsqueda han sido seleccionados y clasificados de acuerdo con las directrices PRISMA²⁵ (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) que pueden apreciarse en el *Anexo 2*, para asegurar la transparencia y reproducibilidad de la revisión. Además, aquellos estudios escogidos han sido agrupados de acuerdo con cada uno de los objetivos principales (HbA1c, adherencia al tratamiento e IMC) y presentados mediante una síntesis descriptiva en los resultados a través de tablas descriptivas y diagramas de barras y sectores, para facilitar la interpretación de los hallazgos.

3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto de investigación cumple con la ley 14/2007 de investigación biomédica y respeta las recomendaciones de la declaración de Helsinki.

Fue remitido para su valoración por el Comité de Ética de la Investigación Clínica (CEICA), recibiendo su dictamen de no necesario (*Anexo 3*).

No existen conflictos de intereses financieros ni de otra índole que pudiera haber influido en la selección o interpretación de los resultados.

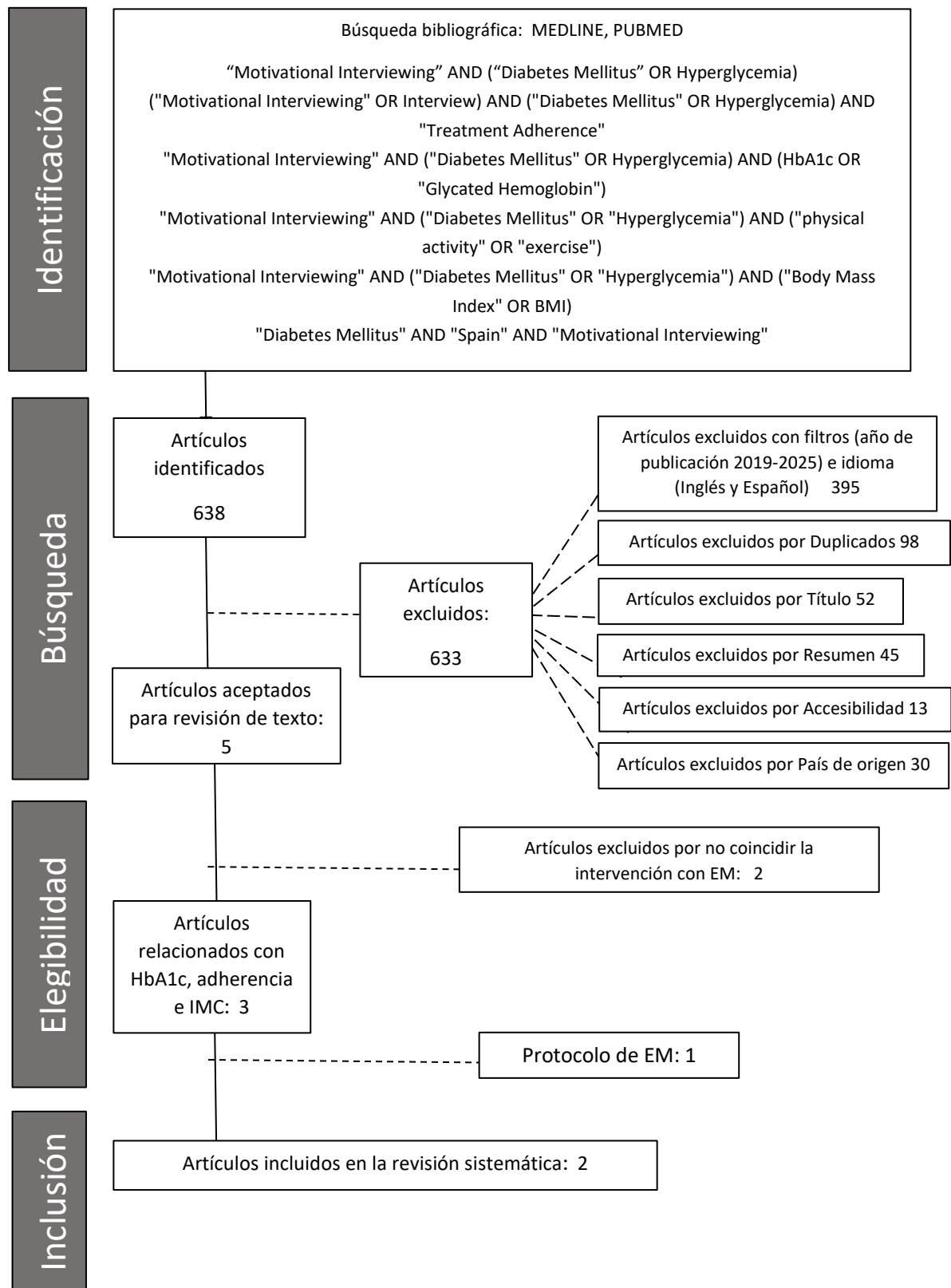
4. RESULTADOS

4.1 NÚMERO Y NATURALEZA DE LAS PUBLICACIONES

El proceso detallado de búsqueda bibliográfica y la justificación del rechazo se ilustran en el diagrama de flujo PRISMA de la *figura 5*. La búsqueda inicial reveló 638 artículos en la base de datos. Posteriormente se aplicaron los filtros correspondientes al idioma y los años de publicación previamente nombrados, conservando 243 estudios. Los siguientes pasos implican una exclusión de los duplicados, quedando 145, y por título, resultando 93 los estudios seleccionados. A continuación, se rechazaron 45 artículos tras leer el resumen ya que no cumplían los criterios de inclusión para esta revisión, y 13 debido a dificultades para acceder, ya sea por necesidad de credenciales, suscripción o por requerimientos económicos. De los 35 estudios restantes, 30 fueron descartados debido a que el país de procedencia era diferente a España. Finalmente, se conservaron 5 artículos completos para revisión, de los cuales se rechazaron 2 debido a que la herramienta de intervención no coincidía plenamente con la EM, y 1 por tratarse de un protocolo y no contener resultados de la intervención propuesta. Finalmente se aceptaron 2 para la revisión sistemática.

En el *Anexo 4* puede observarse una tabla que plasma los resultados de la búsqueda inicial, eliminando aquellos estudios repetidos. Se aprecian los filtros seleccionados, la cita bibliográfica, el autor, año y país de publicación, los objetivos principales analizados, así como el proceso y motivo de eliminación y selección de las publicaciones. Aparecen remarcados en gris los estudios internacionales escogidos y en verde los nacionales.

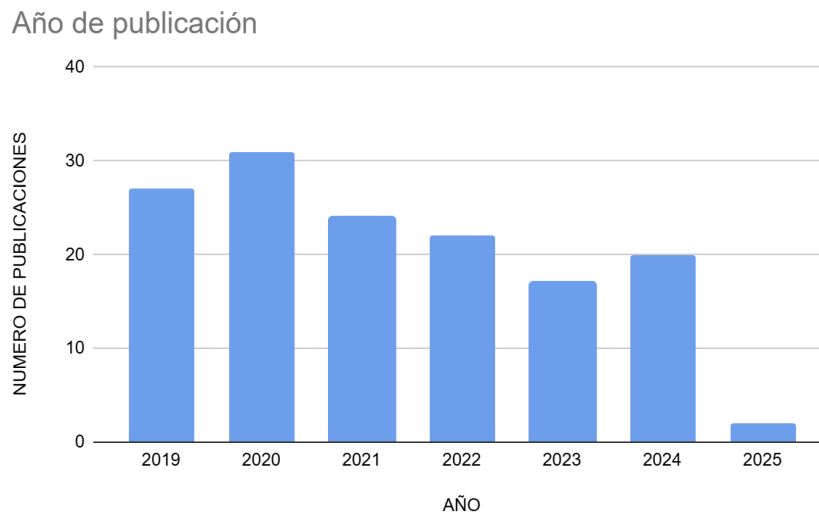
Figura 5: Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de estudios para la revisión.



Fuente: elaboración propia.

A la hora de examinar los estudios publicados en Medline tras realizar la búsqueda inicial, aplicar el filtro correspondiente al año de publicación y descartar los duplicados, resulta relevante observar la frecuencia de publicación y su distribución por años hasta la fecha de realización de la búsqueda de este estudio, enero de 2025. Esta distribución aparece reflejada en la *Figura 6*.

Figura 6: Distribución de publicaciones según año de publicación.

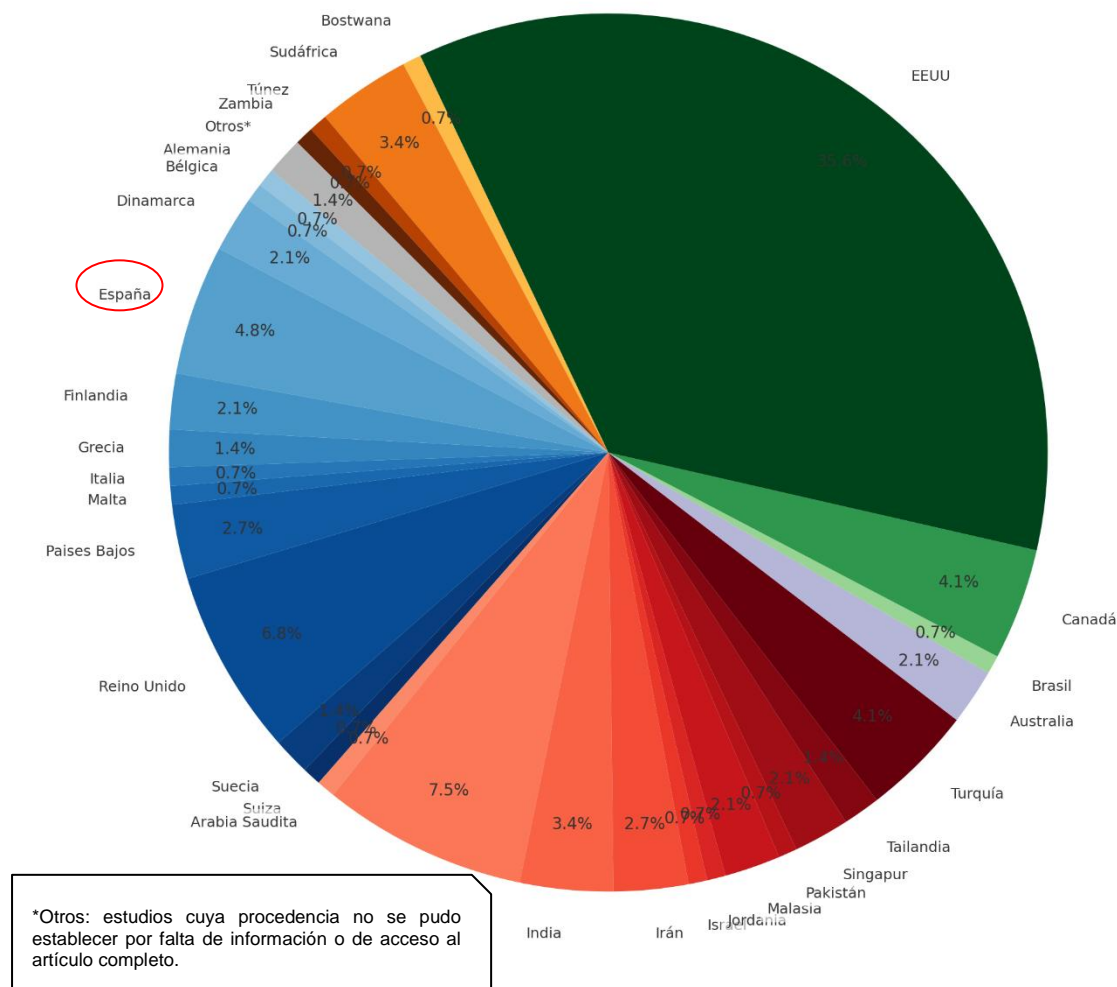


Fuente: elaboración propia.

Otro factor para tener en cuenta es el país de origen donde se realizaron los estudios, dato relevante ya que se tiene en consideración dentro de los criterios de inclusión y exclusión de esta revisión. En la *Figura 7* se puede observar un diagrama de sectores donde aparecen los países agrupados por colores en función del continente al que pertenecen e indicando el número de estudios realizados. Destaca Estados Unidos (EE.UU.) con 52 artículos publicados (35,6%), siguiéndole China con 11 (7,5%), Reino Unido con 10 (6,8%) y España con 7 (4,8%).

Figura 7: Porcentaje de estudios publicados en cada país.

Publicaciones según país de origen



Fuente: elaboración propia.

4.2 ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS

Para facilitar la organización de los resultados, estos se encuentran clasificados en 3 categorías, en relación con el objetivo que se ve reflejado en cada estudio (*Tabla 7*).

Tabla 7: Categorización temática.

CATEGORÍA	OBJETIVO REVISADO
A	Examinar cómo influye la Entrevista Motivacional en los niveles de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c).
B	Evaluar la efectividad de la EM sobre la adherencia terapéutica.
C	Explorar la relación entre la EM y el IMC (valorando actividad física y dieta)

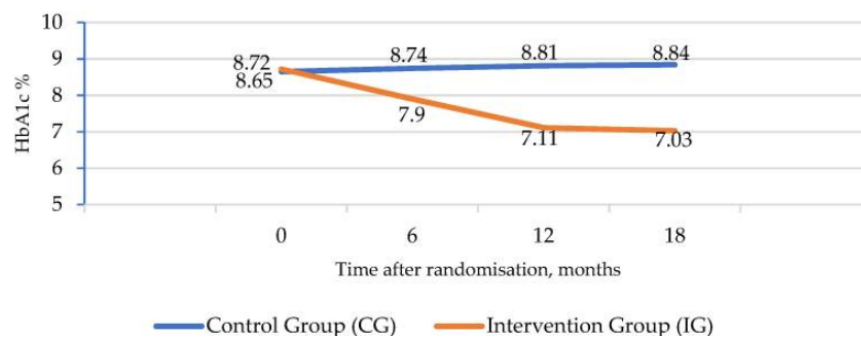
Fuente: elaboración propia.

A continuación, se han organizado los estudios resultantes tras aplicar los pertinentes criterios de inclusión y exclusión. De este modo, se puede observar en la *Tabla 8* la información más relevante de los 2 artículos seleccionados de origen nacional. Se encuentra expuesta la categoría a la que pertenecen, sus títulos, los autores, el año de publicación, el tipo y diseño del estudio, aquellos objetivos principales y las conclusiones resultantes de los estudios.

La intervención y los resultados obtenidos en estos estudios se encuentran ampliamente descritos en el *Anexo 5*, coincidiendo en ambos la muestra escogida (Adultos >21 años con diagnóstico de Diabetes tipo 2 y depresión), así como la duración de la intervención que fue de 18 meses, con diferentes evaluaciones e intervenciones telefónicas mensuales de 30 minutos realizadas por enfermeras con formación que establecieron previamente junto a médicos aquellas estrategias de atención que se iban a realizar. En el estudio de *Fernandez-Rodrigo et al.*²⁶ se describen resultados favorables referentes a la adherencia terapéutica, así como aquellos obtenidos sobre la calidad de vida o la influencia sobre hábitos de vida saludable como la alimentación o la actividad física, mostrando resultados más modestos tras analizar el IMC.

Por otro lado, en la publicación de *Lozano del Hoyo et al.*²⁷ se describen beneficios significativos en cuanto a los valores obtenidos de HbA1c, cuya evolución se encuentra recogida en la *Figura 6*. Sin embargo, los resultados descritos sobre el IMC, LDL, PAS, PAD y depresión fueron más discretos.

Figura 8: Evolución de la HbA1c en los dos grupos del estudio Lozano del Hoyo et al.



Extraída de: ECA Lozano del Hoyo et al.²⁷

Una vez realizada la revisión y clasificación de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión seleccionados, con el fin de realizar un análisis cualitativo de los resultados correspondientes al empleo de la EM como herramienta de intervención sobre pacientes con DM2, se han seleccionado aquellos estudios con mayor evidencia científica (revisiones sistemáticas y metaanálisis) que cumplen todos los criterios preseleccionados salvo el de haber sido realizados en España. De este modo, fueron las 3 publicaciones resultantes aquellas que se muestran a continuación en la *Tabla 9*, cumpliendo la misma organización que los analizados previamente para facilitar la observación de las similitudes y diferencias.

Tabla 8: Tabla de exposición de los estudios nacionales revisados.

	TÍTULO	AUTOR	AÑO	ESTUDIO	OBJETIVO	CONCLUSIONES
B C	Adherencia al tratamiento y resultados en bienestar, nutrición y actividad física de pacientes diabéticos con depresión comórbida durante el seguimiento de 18 meses del estudio TELE-DD.	<i>Fernandez-Rodrigo et al.</i> ²⁶	2024	Tipo: Estudio de cohortes prospectivo Diseño: Se evaluó la adherencia al tratamiento farmacológico mediante el cuestionario de Martín-Bayarre-Graude (MBG) de adherencia autopercibida por el paciente, tras realizar en el grupo de intervención (GI) n= 191, intervenciones telefónicas de EM. Se enfrentó a un grupo control (GC) de un tamaño n=191. También se evaluaron medidas clínicas, físicas y psicológicas de todos los pacientes al inicio de la intervención y a los 3, 6, 12 y 18 meses de seguimiento.	Analizar la efectividad de una intervención telefónica, psicoeducativa e individualizada realizada por enfermeras en pacientes con DM2 y depresión clínica comórbida con falta de adherencia previa al tratamiento farmacológico.	Las intervenciones basadas en EM con seguimiento periódico han demostrado eficacia en la mejora de los resultados clínicos, psicológicos y de salud percibidos. Se relaciona con beneficios en la nutrición, la actividad física y el bienestar general. Además, la adherencia a los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, optimiza la eficacia de la atención sanitaria, favoreciendo un enfoque holístico integral.
A C	Ensayo controlado aleatorizado TELE-DD sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 y depresión comórbida: resultados clínicos tras 18 meses de seguimiento.	<i>Lozano del Hoyo et al.</i> ²⁷	2022	Tipo: ECA, de ciego simple, dos brazos y paralelo. Diseño: El estudio incluye la fase II del proyecto TELE-DD de tres fases. Se realizó un ECA en una selección de pacientes de la cohorte de referencia, distribuidos en un GC (n = 192) y un GI (n = 192), en los que se realiza una intervención psicoeducativa mediante llamadas telefónicas.	Demostrar la eficacia de una intervención psicoeducativa conjunta realizada por enfermeras mediante llamadas telefónicas mensuales para aumentar la adherencia al tratamiento y mejorar los resultados clínicos en personas con DM2 y depresión concurrente, en una muestra aleatoria estratificada de pacientes.	El análisis longitudinal evidenció una reducción significativa de la HbA1c en el GI (-1,69%), mientras que en el GC los valores se mantuvieron estables, con diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,001$). Además, se alcanzaron niveles óptimos en los parámetros clínicos a la vez que se redujeron los síntomas depresivos y el estrés diabético, traduciéndose en mejoras sobre la calidad de vida de los pacientes.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 9: Tabla de resultados con el contenido de los estudios internacionales revisados.

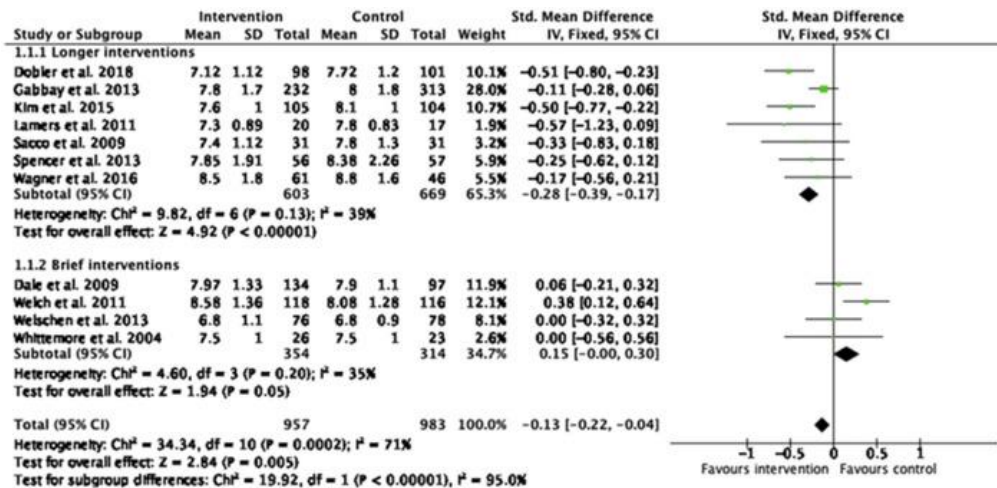
	TÍTULO	AUTOR	AÑO	ESTUDIO	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
A	Effectiveness of non-specialist delivered psychological interventions on glycemic control and mental health problems in individuals with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis	Oyedeji et al. ²⁸	2022	<p>Tipo: Revisión sistemática y metaanálisis.</p> <p>Diseño: Se realizaron búsquedas sistemáticas de ECA en ocho bases de datos y listas de referencias de revisiones anteriores. Se utilizó la herramienta de riesgo de sesgo de la Colaboración Cochrane para la evaluación del riesgo de sesgo. Los datos de los estudios incluidos se sintetizaron mediante síntesis narrativa y metaanálisis de efectos aleatorios.</p> <p>Se incluyeron 16 ECA de intervenciones realizadas sobre personas de >18 años con diagnóstico de DM2.</p>	Sintetizar evidencia sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas realizadas por profesionales no especializados sobre el control glucémico y los problemas de salud mental en personas con DM2.	<p>A: Los 11 estudios que se agruparon en el metaanálisis demostraron una reducción en la HbA1c a favor de las intervenciones psicológicas en comparación con los grupos de control (diferencia de medias agrupada = - 0,13; IC del 95 % - 0,22 a - 0,04, p = 0,005) con alta heterogeneidad entre los estudios (I² = 71 %, p = 0,0002).</p> <p>Otros:</p> <p>-Angustia: De los 12 estudios que la examinaron solo 4 informaron de una mejora significativa.</p> <p>-Depresión: De los 11 estudios que la examinaron, 7 mostraron mejoras significativas.</p>	Las intervenciones psicológicas pueden ser eficaces para mejorar la HbA1c. Sin embargo, aunque tienen algunos beneficios prometedores en el tratamiento de la depresión y el malestar relacionados con la diabetes, los resultados no son concluyentes.
A B C	Telehealth Delivery of Motivational Interviewing for Diabetes Management: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials	McDaniel et al. ¹³	2022	<p>Tipo: Revisión sistemática de ECA</p> <p>Diseño: Se realizaron búsquedas en Pubmed, CENTRAL, CINAHL, PsycINFO y Clinicaltrials.gov, incluyendo publicaciones en inglés antes del 25/03/2021.</p> <p>Los 21 artículos seleccionados mostraron los resultados de un total de 6436 personas con diabetes o prediabetes, excluyendo diabetes gestacional. Todas las personas eran adultos (≥18 años) y 5 estudios se centraron concretamente en las</p>	Explorar e informar sobre la evidencia y las lagunas en la literatura de los ECA que estudian los efectos de las intervenciones de telesalud basadas en EM sobre personas con diabetes o prediabetes.	<p>A: El 60% de los artículos documentaron reducciones de HbA1c (oscilaron entre < 1% y > 3%)</p> <p>B: En cuanto a la influencia sobre la toma de medicamentos, un 33% de los estudios demostraron un efecto positivo.</p> <p>C: Los efectos de la EM sobre el IMC fueron reducidos, demostrando solo un 9% de los casos una mejora significativa. (40% mostraron beneficios sobre la actividad física/comportamientos)</p> <p>Otros:</p>	<p>La intervención parece ser más eficaz para mejorar la HbA1c, la presión arterial sistólica, la autoeficacia de la diabetes y los comportamientos de actividad física. Los beneficios sobre la presión arterial diastólica y el perfil lipídico fueron más reducidos.</p> <p>La variabilidad en la evaluación de los resultados y la heterogeneidad de las intervenciones fueron desafíos clave que impidieron las</p>

				<p>poblaciones ≥50 años. Hubo una gran variabilidad en el diseño, los métodos, las medidas y los resultados obtenidos.</p>		<p>-El 56% documentaron reducciones de la presión arterial sistólica (PAS). -El 57% documentaron mejoras en la autoeficacia/empoderamiento de la diabetes. -El 40% documentaron mejoras en la actividad física. -La presión arterial diastólica (PAD) solo mostró una mejoría en el 13% de los casos. -Se objetivó una ligera mejoría del LDL en un 11% de los estudios y de un 20% en el caso del HDL, aunque no hubo efectos beneficiosos en cuanto a colesterol total y Tg. -Sobre los síntomas depresivos y la angustia general, la telesalud basada en la EM produjo efectos menores (< 30% de los artículos que demostraron mejoras). -El RCV se redujo significativamente en el grupo de intervención frente al de control.</p>	<p>comparaciones entre los artículos seleccionados.</p>
A	Effect of motivational interviewing intervention on HgbA1C and depression in people with type 2 diabetes mellitus (systematic review and meta-analysis)	<i>Berhe et al.</i> ²⁹	2020	<p>Tipo: Revisión sistemática y metaanálisis</p> <p>Diseño: Se realizó una búsqueda de estudios publicados en Cochrane Library, Google Scholar, PubMed y clinical trials.gov entre 2009 y 2020. De 121 artículos, 8 fueron elegidos para su estudio. Se calcularon con IC 95% las diferencias medias ponderadas para los datos continuos. Los datos fueron sintetizados y analizados en una revisión sistemática y metaanálisis, utilizando el software RevMan 5.2.0 y STATA versión 11.</p>	<p>Explorar y analizar la literatura en busca de evidencia del efecto que tiene la intervención de la EM sobre la HbA1C y la depresión en personas con DM2.</p>	<p>A: La EM supone una mejoría significativa del nivel de HbA1C en el GI en comparación con el GC (DMP, -0,29; IC del 95%: -0,47 a -0,10; p = 0,003, I² = 48%)</p> <p>Otros: El resultado del efecto de la EM sobre los síntomas depresivos mostró que no hubo diferencias significativas en la reducción de los síntomas depresivos entre los grupos de intervención y control, con resultados: (DMP, -1,58; IC del 95%,-5,05 a -0,188; p = 0,37; I² =48%), (DMP,-4,30; IC95%,-9,32 a -0,73; p = 0,09; I² = 95%), (DMP,-4,45; IC del 95%,-10,58 a 1,69; p = 0,16; I² = 96%) y (DMP,-2,12; IC95%,-5,54 a 1,30; p=0,22; I² =83%) respectivamente.</p>	<p>Los resultados expusieron que la EM es eficaz para disminuir la HbA1C, pero no sobre los síntomas depresivos de los pacientes con DM2.</p>

Fuente: elaboración propia.

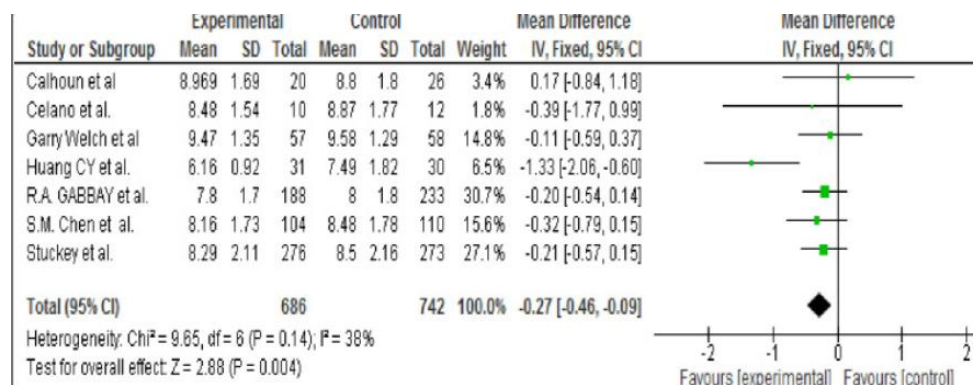
A continuación, se pueden observar dos figuras que reflejan las medias estandarizadas de HbA1c de los pacientes estudiados, permitiendo establecer una comparación entre los resultados de los estudios incluidos en la revisión de Oyedeji et al.²⁸ y Berhe et al.²⁹.

Figura 9: Diagrama de bosque comparativo de la diferencia de medias estandarizadas en HbA1c sobre la duración de las intervenciones psicológicas.



Extraída de: revisión sistemática y metaanálisis Oyedeji et al.²⁸

Figura 9: Eficacia de la EM sobre la HbA1c en estudio de Berhe et al.



Extraída de: revisión sistemática y metaanálisis Berhe et al.²⁹

5.DISCUSIÓN

5.1 LIMITACIONES

Tras la lectura de los resultados acerca del uso de la EM en pacientes con DM2, deben considerarse ciertas limitaciones a la hora de interpretar los resultados. En este caso, incluyen aspectos metodológicos, de selección de estudios y de heterogeneidad entre los mismos.

En primer lugar, a pesar de que la búsqueda inicial fue amplia, obteniendo 638 resultados en PubMed, la aplicación de criterios de elegibilidad redujo significativamente el número de estudios incluidos. La principal restricción fue el criterio geográfico, ya que se excluyeron aquellos estudios que no se realizaron en España, limitando considerablemente la muestra final. Este criterio era importante en nuestro TFG porque la entrevista motivacional debe adaptarse al tipo de población al que esté dirigiendo, y culturalmente la población española, de ámbito mediterráneo, podría plantearse más afín con este tipo de técnica, respecto a otro tipo de cultura del norte de Europa, más autónomos e individuales, y que pueden limitar la "profundidad" de la relación médico-paciente. También podrían esperarse diferencias frente a otros países con sanidad privada donde tanto la medicación como las sesiones clínicas podrían verse condicionadas por sus costes. De este modo, únicamente 2 estudios cumplían todos los criterios de inclusión, un ECA y un estudio de cohortes prospectivos. Ambos se basaron en la misma muestra poblacional de Zaragoza que cuya muestra estudiaba no solo pacientes diagnosticados de DM2, sino también con depresión, lo que podría condicionar los resultados, así como restringir la diversidad de datos y su generalización a otras regiones del país.

Por otro lado, se incluyeron 3 estudios internacionales tras decidir descartar aquellos que no eran metaanálisis o revisiones sistemáticas. En este caso, a pesar de ser un número limitado de artículos, estos ofrecían una mayor evidencia científica e incluían una amplia variedad de información, que, aunque debido a las diferencias culturales puede incorporar variaciones, sí que permiten establecer una comparativa y evidenciar diferencias y similitudes del uso de la EM en otros países frente al que se realiza en España.

Resulta relevante destacar la heterogeneidad entre los estudios analizados, pues, aunque todos compartían la población diana (pacientes mayores de 18 años con DM2) y la Entrevista Motivacional como intervención, existieron notables diferencias en la metodología. Estas discrepancias incluyen el tamaño muestral, la duración y el número de sesiones de intervención, los grupos de comparación (algunos con atención habitual, otros con diferentes

intervenciones psicológicas), así como los parámetros de medida utilizados. Esta variabilidad dificulta la comparación directa entre estudios y la extracción de conclusiones generalizables.

En cuanto a las restricciones debidas a la estrategia de búsqueda, se utilizaron filtros específicos y términos MESH y DeCS en Medline, como única base de datos empleada, además se excluyeron estudios de acceso restringidos por suscripción o necesidad de pago fuera del ámbito de la Universidad de Zaragoza.

Además, tras observar los resultados, y apreciar cómo fueron realizadas las intervenciones y la frecuencia con la que intervino el personal de enfermería, se deduce que podría encontrarse una mayor información en publicaciones recogidas dentro de bases de datos de enfermería, permitiendo ampliar o completar los resultados obtenidos.

Respecto al posible riesgo de sesgo, la revisión fue realizada siguiendo la metodología PRISMA, lo que garantiza un proceso sistemático y transparente. Sin embargo, el hecho de contar con sólo dos estudios primarios en España basados en la misma muestra poblacional representa un posible sesgo de selección que limita la representatividad de los hallazgos. Además, la falta de ensayos clínicos aleatorios adicionales y la posible exclusión de estudios con resultados negativos o no significativos pueden contribuir a un sesgo de publicación, común en revisiones sistemáticas.

5.2 CATEGORIZACIÓN TEMÁTICA

5.2.1 Distribución de publicaciones según año y país de publicación

Los resultados evidencian una tendencia estable en cuanto al número de publicaciones anuales sobre el uso de la EM en el manejo de la DM 2, con una media de aproximadamente 20 artículos por año. No obstante, se observa un incremento en 2019 y sobre todo en 2020, coincidiendo con la pandemia de COVID-19. Durante este período, las restricciones en la atención presencial pudieron haber favorecido el interés por intervenciones como las consultas telefónicas o digitales, con el objetivo de mantener el contacto entre profesionales y pacientes, conductas observadas en numerosos estudios de los publicados. Este incremento también podría explicarse por la publicación de estudios realizados previamente, cuyos resultados fueron difundidos en ese contexto. Este fenómeno resalta el interés presente sobre la interacción profesional-paciente en la adherencia terapéutica y el manejo de enfermedades crónicas, lo que pudo haber impulsado la evaluación de estrategias conductuales alternativas.

En cuanto a la distribución geográfica de los estudios, destaca Estados Unidos con 52 publicaciones, si bien existen numerosos países con aportaciones más reducidas (1 o 2 estudios), esta distribución sugiere diferencias en los intereses de investigación, el desarrollo de estrategias de cambio conductual en la práctica clínica y la financiación de estudios en cada región. Por otro lado, la representación mostrada en España indica que, si bien existe interés en la EM como herramienta clínica, su investigación en el contexto de la DM2 aún tiene un amplio margen de desarrollo. Esto pone de manifiesto la necesidad de continuar explorando su impacto en diferentes sistemas sanitarios y poblaciones para optimizar su implementación en la práctica clínica.

5.2.2 Influencia de la EM en los niveles de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)

La medida fisiológica de control de la enfermedad informada con mayor frecuencia en los estudios observados fue el nivel de HbA1c, recogiendo su progreso a lo largo del tiempo y no persiguiendo un resultado objetivo. De esta forma, el ECA realizado en España por *Lozano del Hoyo et al.*²⁷ muestra la evolución longitudinal de los valores de HbA1c entre el GC y el GI, describiendo una tendencia positiva a lo largo de los 18 meses de seguimiento, durante los cuales se llevaron a cabo intervenciones mediante llamadas telefónicas mensuales.

En concordancia con estos hallazgos, los estudios internacionales analizados también muestran mejoras significativas de las cifras de HbA1c en el GI frente al de control (*Berhe et al.*²⁹ y *Oyedeji et al.*²⁸). En particular destaca la revisión sistemática de ECA de *McDaniel et al.*¹³ que incluye estudios que emplean la herramienta la telesalud para realizar EM, y donde lo más comúnmente documentado fue la reducción de HbA1c, dando como resultado una adquisición de hábitos saludables y habilidades de forma más rápida que aquellas no asistidas mediante esta intervención, en particular cuando se utilizan una combinación de contacto con el profesional y la tecnología.

Estos estudios se suman al conjunto de evidencia que fomenta la eficacia del asesoramiento telefónico mediante EM brindado a pacientes con DM2 (*Almutairi et al.*³⁰ y *Celano et al.*³¹) y permitiendo estimar que la EM continúa demostrando un impacto positivo, reduciendo el impacto de la enfermedad y previendo una disminución de las complicaciones a largo plazo, respaldando estudios previos como el de *Johnson et al.*³² de 2012 que muestra un 42% menos de complicaciones micro y macrovasculares a largo plazo tras la intervención o el de *Chapman et al.*³³ de 2015 donde los resultados indican que las intervenciones conductuales como la EM fueron más eficaces que las medidas de control mejorando las cifras de hemoglobina glicosilada de los pacientes con DM2.

En todos estos artículos se observa una considerable heterogeneidad en cuanto al tiempo de seguimiento y de intervención, así como en la población de muestra. No obstante, coinciden en que la intervención mediante EM aporta beneficios significativos en la reducción de la hemoglobina glicosilada, defendiendo la elaboración de futuras investigaciones en este ámbito para describir mejor cuánto debe durar el uso de esta herramienta, así como la evolución de los resultados a largo plazo.

Estos datos resultan esenciales dada la relevancia de este valor analítico en el control de la DM, facilitando el seguimiento de estos pacientes y pudiendo traducirse en futuras complicaciones.

5.2.3 Efectividad de la EM sobre la adherencia terapéutica

Los resultados analizados en el estudio de *Fernandez-Rodrigo et al.*²⁶ 2024 fueron muy favorables, mostrando la EM un impacto positivo sobre la adherencia de los pacientes durante el tiempo de seguimiento establecido, lo que a corto plazo se ha visto reflejado no solo en la ingesta adecuada de medicación, sino también una mayor constancia y mantenimiento de las modificaciones en el estilo de vida, resolución de conflictos y barreras psicológicas preexistentes, mejorando su pronóstico a largo plazo. Además, cabe destacar que, en este caso, la adherencia se evaluó mediante un cuestionario de adherencia autopercebida por el paciente, método muy común pero que puede variar entre los diferentes estudios.

Como se puede observar en la revisión de *Haynes et al.*³⁴ de 2008, el uso de las intervenciones conductuales con intención de aumentar la adherencia terapéutica es algo que lleva años considerándose. Así mismo, la evidencia disponible ha vinculado una mejor adherencia a una mayor percepción de la necesidad de tratamiento, así como a una mayor comprensión de la enfermedad y a menores preocupaciones por los efectos adversos (*Horne et al.*³⁵ 2013).

Más recientemente, también se encuentran numerosos artículos que defienden el trabajo sobre la motivación del paciente para lograr cambios en sus hábitos, buscando comportamientos más saludables, llegando a apreciarse en algunos estudios hasta un incremento de la adherencia en el 80% de los participantes (*Lauffenburger et al.*³⁶ 2019). Otro ejemplo de ello se ha podido apreciar en la revisión sistemática de *McDaniel et al.*¹³ de 2022 donde hemos podido observar una mayor adherencia a la medicación en un tercio de los pacientes estudiados.

Aspectos que destacan por representar elementos comunes tratados durante las intervenciones en lo concordante con la adherencia al tratamiento son: la revisión de dosis y horario, la autogestión e importancia de la relación profesional-paciente, el manejo del

malestar emocional y evaluación cognitiva para la resolución de problemas en cualquier tema relacionado con el tratamiento de la DM2.

5.2.4 Relación entre EM e IMC

Para concluir si la EM influye positivamente en los hábitos de vida saludables, como en la dieta y la actividad física, se han examinado y comparado los cambios en el IMC objetivados en los diferentes estudios. De este modo, tanto en el artículo de *Fernandez-Rodrigo et al.*⁽²⁶⁾ 2024, como en *Lozano del Hoyo et al.*²⁷ 2022, se describieron diferencias significativas en cuanto a este parámetro, aunque con disminuciones más ligeras que las observadas en otros parámetros. La influencia de la EM sobre el cuidado de la alimentación y la realización de actividad física sí mostró beneficios.

Resultados similares se obtuvieron en el estudio de *McDaniel et al.*¹³, donde a pesar de obtener resultados positivos en un porcentaje considerable de pacientes en lo relativo a su actividad física, los efectos de la EM sobre el IMC fueron más reducidos, demostrando en pocas ocasiones una mejora realmente significativa.

Otras revisiones, como la de *Gálvez et al.*³⁷ 2019 constatan que a pesar de identificarse en algunos estudios una disminución significativa en el peso, los valores de IMC se mantuvieron constantes en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, sí que muestran una efectividad común sobre variables conductuales, reflejando cambios positivos en la actividad física y la ingesta alimentaria. *Muñoz-Flórez et al.*³⁸ 2017 obtuvieron resultados similares, describiendo que la ausencia de cambio en el IMC podría deberse a la necesidad de un seguimiento mayor, además de un control más exigente sobre la intensidad de los ejercicios realizados.

Como consecuencia, puede observarse que a pesar de haber obtenido resultados beneficiosos sobre el peso o la obtención de hábitos más saludables como la realización de ejercicio físico o de una adecuada dieta, estos no se ven reflejados en la mayoría de ocasiones sobre el IMC, lo cual, como se mantiene en las diversas publicaciones, podría necesitar de un mayor tiempo de seguimiento para la obtención de resultados significativos, además de la realización de actividad física con una mayor frecuencia o intensidad.

5.2.5 Resultados secundarios observados:

Síntomas depresivos

Evaluar la angustia y los síntomas depresivos y la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes es fundamental, ya que, como se demuestra en el estudio de *Hoogendoorn et al.*³⁹, la salud mental influye directamente en el autocuidado

y la adherencia al tratamiento. Un bienestar psicológico adecuado puede mejorar el control metabólico y reducir complicaciones a largo plazo.

En este caso, los estudios sugieren un efecto variable de la EM sobre los síntomas depresivos y la angustia en pacientes con DM2. *Lozano del Hoyo et al.*²⁷ mostró una mejora significativa en el grupo de intervención, con un aumento de pacientes sin depresión y una reducción en la puntuación total de la Escala de angustia por diabetes (DDS). Así mismo, *Fernandez-Rodrigo et al.*²⁶ documentó un aumento considerable de la calidad de vida en el grupo intervención. Sin embargo, otros estudios como *Oyedeki et al.*²⁸ y *McDaniel et al.*¹³ reportaron mejoras solo en un número limitado de casos, mientras que en *Berhe et al.*³⁰ no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Estos resultados indican que, aunque la EM puede ser beneficiosa sobre ciertos valores en el contexto de un paciente con DM2, su impacto en la salud mental no es uniforme y puede depender de factores como la metodología del estudio y la población evaluada. Así mismo, cabría esperar diferencias en los resultados de intervenciones cuyo principal interés sea estudiar la evolución de los síntomas depresivos en pacientes diagnosticados de Depresión, excluyéndose factores distractores como ha sido en este caso el hecho de tener una enfermedad metabólica crónica.

Factores de riesgo cardiovascular

Los estudios sugieren que la EM puede tener un impacto positivo sobre algunos factores de riesgo cardiovascular. Por un lado, en lo que respecta a la PAS, en *Lozano del Hoyo et al.*²⁷ se observa un aumento fue notable de esta en el grupo control, frente a uno mínimo en el de intervención. Por su parte, los resultados obtenidos sobre la PAD fueron similares en ambos grupos. Este hecho también se observa en el estudio de *McDaniel et al.*¹³ donde el 56% mostraron reducción de la PAS, aunque la mejora en la PAD fue menos frecuente.

En lo que respecta a otras determinaciones, en *Lozano del Hoyo et al.*²⁷ el LDL aumentó en el grupo control, pero disminuyó en el de intervención con diferencias significativas. *McDaniel et al.*¹³ mostró una reducción general del RCV, aunque la mejora en LDL fue modesta y no se observaron beneficios en colesterol total ni triglicéridos.

Estos hallazgos indican un posible efecto protector de la intervención, aunque con variabilidad en los distintos parámetros estudiados.

Enfermería como profesión que estudia la EM

Tanto en el estudio de *Fernández-Rodrigo et al.*²⁶ como en el de *Lozano del Hoyo et al.*²⁷ las enfermeras fueron las principales responsables de llevar a cabo la intervención,

poniendo en manifiesto el modo en el que una atención sanitaria centrada en la equidad asistencial, teniendo en cuenta las opiniones del paciente, sus problemas o características particulares, y el establecimiento de una relación profesional paciente-enfermera, permite una mayor implicación y participación del paciente en su autocuidado.

Este factor ya se tiene en cuenta en fundaciones como RedGDPS⁶ donde se plantean abordajes integrales de medicina con enfermería. No obstante, también se pueden observar otras revistas que se centran en la investigación y divulgación de conocimientos y técnicas concretamente dirigido a este colectivo de profesionales, como por ejemplo la revista científica *Hygia de Enfermería*⁴⁰, donde se afirma que el personal de enfermería ha desempeñado durante mucho tiempo un papel fundamental en la promoción de la motivación en aquellos pacientes que necesitan modificar sus hábitos en relación con su salud y que por esta razón resulta esencial que incorporen técnicas de EM en sus consultas. Además, destaca que su uso ha sido estudiado en profundidad en diversos contextos, como en relación con paciente con enfermedades crónicas⁴¹, con la adherencia al tratamiento y el autocuidado en pacientes con riesgo cardiovascular^{42, 43}, con la salud sexual⁴⁴ o con la disminución de la ansiedad en diversas circunstancias⁴⁵.

5.3 UTILIDAD DIDÁCTICA

Dada la rigurosidad metodológica que implica la síntesis de evidencia científica, la realización de esta revisión sistemática ha supuesto un desafío académico. Este proceso ha permitido desarrollar habilidades esenciales en la búsqueda bibliográfica, el análisis crítico de la literatura y la interpretación de resultados, familiarizándome más con la estructura y diseño de ECA, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios de cohortes. Además, ha sido una oportunidad para conocer algunas de las dificultades inherentes a este tipo de trabajos, como la heterogeneidad de las intervenciones y los criterios de evaluación, la variabilidad en la calidad de los estudios incluidos y la necesidad de establecer criterios rigurosos para garantizar la validez, la dificultad de acceso a determinados artículos y aplicabilidad de las conclusiones.

También he podido familiarizarme con los requisitos precisos por el CEICA para la realización de determinados estudios, ya que a pesar de que en este caso no era necesaria su autorización sí que llevé a cabo el proceso de solicitud.

En cuanto al contenido temático, esta revisión ha facilitado una comprensión más profunda de la EM y su aplicabilidad en el manejo de las enfermedades crónicas. Si bien se ha centrado en el de la DM2, que es una patología ampliamente estudiada y con un enfoque terapéutico bien establecido, el análisis de la EM en este contexto ha permitido exponer su potencial como

estrategia complementaria para mejorar la adherencia al tratamiento y el control metabólico. Finalmente, cabe destacar como la relación médico-paciente y la comunicación centrada en el cambio conductual pueden desempeñar un papel clave en la efectividad del tratamiento y en la adopción de hábitos de vida saludables, destacando la importancia de un abordaje multidisciplinar e individualizado en el manejo de enfermedades crónicas.

Este aprendizaje resulta de enorme utilidad en el futuro profesional, no solo porque el ejercicio de la medicina exige una constante actualización basada en la mejor evidencia disponible, sino también porque el conocimiento adquirido sobre la EM puede aplicarse directamente en la práctica clínica diaria.

5.4 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En términos prospectivos, resulta fundamental considerar las posibles direcciones futuras de la investigación en relación con los hallazgos de esta revisión, pues, si bien los resultados obtenidos han sido coherentes con los objetivos específicos planteados, aún persisten áreas de estudio que podrían aportar mayor solidez a la evidencia disponible en el contexto español, ya que, aunque la evidencia internacional es mayor en número, dadas las variabilidades en los sistemas sanitarios y asistencia clínica no es posible extrapolar a todas las poblaciones. Otro factor a tener en cuenta sería incluir bases de datos de enfermería entre la búsqueda bibliográfica, debido a su notable influencia en este contexto, pudiendo añadir información relevante en cuanto a métodos, dificultades que se les plantean, resultados objetivados...

Para abordar las limitaciones descritas previamente, resultaría esencial que futuros estudios incorporen muestras con mayor diversidad geográfica y poblacional. Además, sería recomendable contar con ensayos clínicos aleatorizados adicionales que evalúen la EM bajo condiciones estandarizadas y con un seguimiento a largo plazo, lo que permitiría determinar la sostenibilidad de sus efectos. Otro factor clave que facilitaría la comparación de resultados y fortalecería la validez de las conclusiones, sería la homogeneización de las escalas de medición, permitiendo establecer estándares más uniformes en la evaluación de la efectividad de esta estrategia.

Otro campo prometedor en la aplicación de la EM es el uso de tecnología, que en muchas ocasiones se puede traducir en telemedicina, aplicaciones de seguimiento y registro de datos, y probablemente en un futuro se emplearán diferentes aplicaciones de Inteligencia artificial (IA). Todo ello permite no solo hacer una comparación con la práctica clínica presencial, sino también plantearse conjuntamente. La digitalización creciente de la atención sanitaria abre la posibilidad de evaluar su efectividad a través de plataformas digitales, lo que podría facilitar el acceso a la intervención en poblaciones con dificultades geográficas o limitaciones de movilidad. Además, sería interesante comparar la EM con otras estrategias psicoeducativas

o intervenciones conductuales para determinar si su impacto es superior o si, en combinación con otros enfoques como la terapia cognitivo-conductual, podría optimizarse su efectividad en el manejo de enfermedades crónicas.

Más allá de la evaluación de su eficacia en términos generales, futuras investigaciones deberían explorar los factores individuales y contextuales que pueden modular la respuesta a la EM. Aspectos como el nivel socioeconómico, el grado de educación, la presencia de comorbilidades y el apoyo social podrían influir en la efectividad de la intervención, por lo que sería relevante estudiar cómo estos factores impactan en la adherencia y los resultados clínicos.

Por último, una línea de investigación clave sería la evaluación del coste-efectividad de la EM en el contexto de la DM2. Analizar su impacto en la reducción de complicaciones, la disminución del uso de recursos hospitalarios y la mejora de la calidad de vida de los pacientes permitiría justificar su incorporación dentro de estrategias de salud pública y su mayor difusión entre los profesionales sanitarios. Dado su potencial demostrado, se justificaría promover su capacitación e implementación sistemática dentro del abordaje multidisciplinar de la enfermedad, favoreciendo su uso como herramienta complementaria para mejorar los resultados sobre la salud.

5.5 REFLEXIÓN FINAL

La EM se plantea como una intervención prometedora, cuyo enfoque centrado en el paciente ha demostrado capacidad para influir positivamente en diversos aspectos del manejo integral de enfermedades crónicas como la DM2. No obstante, su efectividad puede variar en función de la duración de la intervención y el tiempo de seguimiento, siendo necesarios estudios adicionales para evaluar su impacto a largo plazo en distintas poblaciones y contextos clínicos.

6. CONCLUSIONES

1. La naturaleza crónica de la DM2 exige por parte del paciente una autogestión constante y multifactorial, donde la adopción de hábitos de vida saludables constituye un pilar esencial para lograr un adecuado control metabólico.
2. Los potenciales beneficios de la EM en el abordaje de las enfermedades crónicas como la DM2, subrayan la necesidad de una formación específica del personal sanitario, con el fin de facilitar su integración sistemática en la práctica clínica.
3. La evidencia muestra que las intervenciones basadas en EM han resultado ser eficaces en la reducción de los valores de HbA1c, demostrando unos beneficios prometedores sobre pacientes con DM2.
4. La EM ha revelado ser una estrategia efectiva para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con DM2, favoreciendo tanto el cumplimiento farmacológico como la adopción de cambios sostenibles en el estilo de vida.
5. Aunque los cambios descritos en el IMC tras la intervención con EM tienden a ser modestos a corto plazo, sí se observan efectos positivos en las conductas relacionadas con la dieta y la actividad física.
6. El estudio de la EM en pacientes con DM2 y otras comorbilidades, especialmente en presencia de FRCV, depresión y angustia, no son uniformes, lo que destaca la influencia de factores como el perfil clínico, el contexto psicosocial y la metodología empleada.

Conclusiones didácticas

7. La realización de este trabajo ha supuesto una experiencia altamente formativa, tanto en el ámbito metodológico y bibliográfico como clínico.
8. El aprendizaje del proceso necesario para llevar a cabo una revisión sistemática ha permitido desarrollar competencias esenciales en medicina basada en la evidencia, proporcionando una base sólida para integrar la lectura crítica, aproximarme al ámbito de la investigación y a la futura realización de nuevos estudios.

9. El proceso de investigación ha permitido familiarizarme con los requisitos de diseño y desarrollo de investigaciones exigidos por el CEICA en el ámbito de la realización de diferentes estudios.

10. Este proceso ha facilitado una comprensión más profunda del impacto de la EM como herramienta clínica en el manejo de enfermedades crónicas, reforzando la importancia de la comunicación médico-paciente y de un enfoque centrado en la persona.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. 2024 Nov 14 [citado 2025 May 3]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Sociedad Española de Diabetes. España es el segundo país con mayor prevalencia de diabetes de Europa [Internet]. [citado 2025 May 3]. Disponible en: <https://www.sediabetes.org/comunicacion/sala-de-prensa/espana-es-el-segundo-pais-con-mayor-prevalencia-de-diabetes-de-europa/>
3. Sánchez Caja A. España invierte 8.600 millones de euros anuales en la atención de la diabetes [Internet]. *Rev Esp Econ Salud*. 2024 Jul 2 [citado 2025 Ene 11]. Disponible en: <https://economiadelasalud.com/topics/difusion/espana-invierte-8-600-millones-de-euros-anuales-en-la-atencion-de-la-diabetes/>
4. Gobierno de España. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Seguridad Social. [Internet]. Madrid: Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones; [citado 2025 May 3]. Disponible en: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Conocenos>
5. Diabetedario. Beneficios fiscales y ayudas para personas con diabetes en España: conoce tus derechos [Internet]. [citado 2025 Ene 10]. Disponible en: <https://diabetedario.com/kb/beneficios-fiscales-y-ayudas-para-personas-con-diabetes-en-espana-conoce-tus-derechos/>
6. Álvarez Hermida Á, Amor Valero J, Ariztegui Echenique A, García López C, Cornejo Martín J, Gómez Ruiz C, et al. Abordaje integral del paciente con DM2 en enfermería y medicina. 2ª ed. Fundación redGDPS; 2021. ISBN: 978-84-09-32813-0
7. Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS). Algoritmo sobre cambios en el estilo de vida en diabetes tipo 2 [Internet]. 2024 [citado 2024 dic 31]. Disponible en: <https://www.redgdps.org/algoritmo-sobre-cambios-en-el-estilo-de-vida-en-diabetes-tipo-2/>
8. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. The A1C test & diabetes [Internet]. NIDDK; 2023 [citado 2024 Apr 23]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diagnostic-tests/a1c-test>

9. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica*. 2018;59(3):163–72. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/7387>
10. Ohno R, Kaneko H, Ueno K, Aoki H, Okada A, Kamiya K, et al. Association of body mass index and its change with incident diabetes mellitus. *J Clin Endocrinol Metab*. 2023 Nov 17;108(12):3145-3153. doi: 10.1210/clinem/dgad374. PMID: 37350488
11. Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS). Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Obesidad [Internet]. 2018 [citado 2025 Feb 16]. Disponible en: <https://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos/18-obesidad-20180917>
12. Bosch Fontcuberta JM, Bauzà Nadal M. Evidencia de la entrevista motivacional en el abordaje de la diabetes mellitus. *Diabetes Práctica*. 2020;11(1):13-16. Disponible en: <https://www.diabetespractica.com/articulo/526>
13. McDaniel CC, Kavookjian J, Whitley HP. Telehealth delivery of motivational interviewing for diabetes management: A systematic review of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*. 2021;105(4):805–20. doi: 10.1016/j.pec.2021.07.036. Epub 2021 Jul 24. PMID: 34366228; PMCID: PMC8912910.
14. Bóveda Fontán J, Pérula de Torres LÁ, Campiñez Navarro M, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, Prados Castillejo JA, et al. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2013 Nov;45(9):486-95. doi: 10.1016/j.aprim.2013.01.014. Epub 2013 Sep 14. PMID: 24042074; PMCID: PMC6985504
15. Barragán Brun N. Impacto de la formación en Entrevista Motivacional para médicos: diseño y evaluación de un Programa Formativo (MOTIVA) [tesis doctoral]. Barcelona: Programa de Doctorado en Medicina Interna; 2015. Dirigida por: Prados Castillejo JA, Martín Álvarez R, Bosch Fontcuberta JM
16. 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*. 2017 Apr 1;46(2):589-602. doi: 10.1093/ije/dyw273
17. Miller, W., y Rose, G. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol*. 2009;64(6): 527-37. doi: 10.1037/a0016830

18. Madson MB, Loignon AC, Lane C. Training in motivational interviewing: a systematic review. *J Subst Abuse Treat*. 2009 Jan;36(1):101-9. doi: 10.1016/j.jsat.2008.05.005
19. Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al. National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*. 2014;37(Suppl 1):1630–7. doi: 10.2337/dc14-S144
20. Beck J, Greenwood DA, Blanton L, Bollinger ST, Butcher MK, Condon JE, et al. National Standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Educ*. 2018;44:35–50. doi: 10.1177/0145721718754797
21. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Áreas y grupos de trabajo de SEMG [Internet]. [citado 2025 Ene 11]. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/grupos-de-trabajo>
22. Asociación Española de Psicología Sanitaria (AEPSIS). Entrevista motivacional en el tratamiento de pacientes con adicciones [Internet]. [citado 2025 Ene 11]. Disponible en: <https://www.aepsis.com/entrevista-motivacional-tratamiento-pacientes-adicciones/>
23. Grupo en Español de Trabajo en Entrevista Motivacional. ¿Qué es GETEM? [Internet]. [citado 2025 Ene 11]. Disponible en: <https://getem.org/que-es-getem/>
24. Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT). Motivational Interviewing [Internet]. [citado 2025 Feb 16]. Disponible en: <https://es.motivationalinterviewing.org/>
25. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. PMID: 33782057; PMCID: PMC8005924
26. Fernández-Rodrigo MT, Hoyo MLL, Urcola-Pardo F, Subirón-Valera AB, Rodríguez-Roca B, Gracia-Ruiz DC, et al. Adherence to treatment and outcomes in well-being, nutrition, and physical activity of diabetic patients with comorbid depression during the 18-month follow-up of the TELE-DD study. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2024 Oct;21(5):582-591. doi: 10.1111/wvn.12744. Epub 2024 Sep 24. PMID: 39315533
27. Lozano del Hoyo ML, Rodrigo MTF, Urcola-Pardo F, Monreal-Bartolomé A, Ruiz DCG, Borao MG, et al. The TELE-DD randomised controlled trial on treatment adherence in patients with type 2 diabetes and comorbid depression: clinical outcomes after 18-month follow-up. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 25;20(1):328. doi:10.3390/ijerph20010328. PMID:36612650; PMCID:PMC9819481
28. Oyedeji AD, Ullah I, Weich S, Bentall R, Booth A. Effectiveness of non-specialist delivered psychological interventions on glycaemic control and mental health problems in

- individuals with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Syst.* 2022 Feb 5;16(1):9. doi: 10.1186/s13033-022-00521-2. PMID: 35120528; PMCID: PMC8817494
29. Berhe KK, Gebru HB, Kahsay HB. Effect of motivational interviewing intervention on HgbA1C and depression in people with type 2 diabetes mellitus (systematic review and meta-analysis). *PLoS One.* 2020 Oct 23;15(10):e0240839. doi: 10.1371/journal.pone.0240839. PMID: 33095794; PMCID: PMC7584232
 30. Almutairi N, Hosseinzadeh H, Gopaldasani V. The effectiveness of patient activation intervention on type 2 diabetes mellitus glycemic control and self-management behaviors: A systematic review of RCTs. *Prim Care Diabetes.* 2020 Feb;14(1):12-20. doi: 10.1016/j.pcd.2019.08.009. Epub 2019 Sep 20. PMID: 31543458
 31. Celano CM, Gianangelo TA, Millstein RA, Chung WJ, Wexler DJ, Park ER, Huffman JC. A positive psychology-motivational interviewing intervention for patients with type 2 diabetes: Proof-of-concept trial. *Int J Psychiatry Med.* 2019 Mar;54(2):97-114. doi: 10.1177/0091217418791448. Epub 2018 Aug 16. PMID: 30114958; PMCID: PMC6370502
 32. Johnson JA, Al Sayah F, Wozniak L, Rees S, Soprovich A, Chik CL, et al. Controlled trial of a collaborative primary care team model for patients with diabetes and depression: rationale and design for a comprehensive evaluation. *BMC Health Serv Res.* 2012 Aug 16;12:258. doi: 10.1186/1472-6963-12-258. PMID: 22897901; PMCID: PMC3445824
 33. Chapman A, Liu S, Merkouris S, Enticott JC, Yang H, Browning CJ, Thomas SA. Psychological Interventions for the Management of Glycemic and Psychological Outcomes of Type 2 Diabetes Mellitus in China: A Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. *Front Public Health.* 2015 Nov 16;3:252. doi: 10.3389/fpubh.2015.00252. PMID: 26636054; PMCID: PMC4644788
 34. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2):CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov 20;(11):CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub4. PMID: 18425859
 35. Horne R, Chapman SC, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS One.* 2013 Dec 2;8(12):e80633. doi: 10.1371/journal.pone.0080633. PMID: 24312488; PMCID: PMC3846635

36. Lauffenburger JC, Ghazinouri R, Jan S, Makanji S, Ferro CA, Lewey J, Wittbrodt E, Lee J, Haff N, Fontanet CP, Choudhry NK. Impact of a novel pharmacist-delivered behavioral intervention for patients with poorly-controlled diabetes: The ENhancing outcomes through Goal Assessment and Generating Engagement in Diabetes Mellitus (ENGAGE-DM) pragmatic randomized trial. *PLoS One*. 2019 Apr 2;14(4):e0214754. doi: 10.1371/journal.pone.0214754. PMID: 30939143; PMCID: PMC6445420
37. Gálvez P, Gómez N, Nicoletti D, Cerda R. ¿Es efectiva la entrevista motivacional individual en la malnutrición por exceso? Una revisión sistemática de la literatura [Is the individual motivational interviewing effective in overweight and obesity treatment? A systematic review]. *Aten Primaria*. 2019 Nov;51(9):548-561. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2018.04.006. Epub 2018 Oct 22. PMID: 30360916; PMCID: PMC6945134
38. Muñoz-Flórez A, Cortés O. Impacto de la entrevista motivacional en la adherencia de pacientes diabéticos inactivos a la actividad física: estudio piloto de un ensayo clínico EMQAGTIF-DM. *Rev Colomb Psicol*. 2017;26(2):263-281. ISSN-e: 0121-5469
39. Hoogendoorn CJ, Krause-Steinrauf H, Uschner D, Wen H, Presley CA, Legowski EA, et al. Emotional distress predicts reduced type 2 diabetes treatment adherence in the Glycemia Reduction Approaches in Diabetes: A Comparative Effectiveness Study (GRADE). *Diabetes Care*. 2024 Apr 1;47(4):629-637. doi: 10.2337/dc23-1401. PMID: 38227900; PMCID: PMC10973907.
40. Fernández MI, Pérez C, Manzano MA. La entrevista motivacional y su uso en enfermería para promover el cambio. *Higía Enferm*. 2018;(97):38-41. ISSN: 1576-3056.
41. Galero T. Enfermería en la adhesión terapéutica del paciente crónico: eficacia de la entrevista motivacional [tesis]. Almería: Universidad de Almería; 2016
42. Achury LF. Efecto de la entrevista motivacional sobre la adherencia de pacientes cardiovasculares. *Enferm Glob*. 2019;18(4):459–484. doi:10.6018/eglobal.18.4.341611.
43. Rojas CMC, Córdoba RDN, Guío RAM. La entrevista motivacional como intervención de enfermería para promover el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca en una institución de cuarto nivel en Bogotá, Colombia. *Investig Enferm Imagen Desarro*. 2013;15(1):31-49. ISSN 0124-2059
44. Cervantes-Lara CA, Casique-Casique L. Entrevista motivacional como herramienta para el cuidado de enfermería en la salud sexual: revisión sistemática. *SANUS Rev Enf*

[Internet]. 3 de junio de 2022 [citado 2025 May 5];7(18):e207. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/207>

45. Medina-Garzón M. Efectividad de una intervención de enfermería para la disminución de la ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía de reemplazo de rodilla: ensayo clínico preventivo controlado y aleatorizado. *Investigación Educativa Enferm.* 2019;37(2). ISSN 0120-530

8.ANEXOS

Anexo 1: Herramientas de aprendizaje.

Clase magistral o conferencia	Exposición oral estructurada de conocimientos por parte de un experto. Su eficacia radica en la predisposición humana al aprendizaje y en la capacidad del docente para mantener la atención y facilitar la comprensión de conceptos complejos.
Formular preguntas (questioning)	Activa la curiosidad y el pensamiento crítico del discente. Impulsa la reflexión y la búsqueda activa del conocimiento.
Talleres (workshop)	Sesión formativa que combina la exposición teórica de expertos con actividades prácticas en equipo. Fomenta la participación activa, la interacción y el aprendizaje a través de la experiencia.
Role-play	Estrategia basada en el aprendizaje social que permite desarrollar habilidades como la comunicación, la empatía y la resolución de problemas. Hay tres tipos: intercambio de roles, simulación de escenarios hipotéticos y experiencias cercanas a la vida real.
Estudio de casos: reflexión de casos clínicos	Análisis de situaciones reales para entrenar la toma de decisiones y resolver problemas, permitiendo ilustrar aspectos relevantes o singulares con valor docente.
Incidente crítico	Analizar sucesos inesperados en la práctica profesional que generan sorpresa, dudas o inquietud, impulsando la reflexión y el aprendizaje.
Recordatorios (reminders): micropíldoras	Herramientas visuales diseñadas para reforzar conceptos, ideas o eventos de forma breve y llamativa. Su objetivo es facilitar la retención de información clave mediante la combinación de texto e imagen.
Feedback docente	Retroalimentación dada al estudiante sobre su desempeño, con el fin de mejorar su aprendizaje. Debe ser constructiva, respetuosa y centrada en sugerencias que favorezcan la reflexión y la incorporación de comportamientos adecuados.
PBI (Problem Based Interviewing)	Técnica enfocada en mejorar la comunicación médico-paciente mediante el análisis de videgrabaciones, buscando un modelo de entrevista breve y eficiente.
Pacientes estandarizados	Actores entrenados para simular encuentros clínicos, utilizados en la formación y evaluación de estudiantes. Su función es representar consistentemente situaciones clínicas reales, permitiendo a los profesionales practicar y evaluar habilidades en un entorno controlado y dinámico.

Fuente: elaboración propia.¹⁵

Anexo 2: Directrices PRISMA.

794

M.J. Page et al./Rev Esp Cardiol. 2021;74(9):790-799

Tabla 1
Lista de verificación PRISMA 2020

Sección/tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
TÍTULO			
Título	1	Identifique la publicación como una revisión sistemática.	
RESUMEN			
Resumen estructurado	2	Vea la lista de verificación para resúmenes estructurados de la declaración PRISMA 2020 (tabla 2).	
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto del conocimiento existente.	
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o las preguntas que aborda la revisión.	
MÉTODOS			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otros recursos de búsqueda o consulta para identificar los estudios. Especifique la fecha en la que cada recurso se buscó o consultó por última vez.	
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas de todas las bases de datos, registros y sitios web, incluyendo cualquier filtro y los límites utilizados.	
Proceso de selección de los estudios	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumple con los criterios de inclusión de la revisión, incluyendo cuántos autores de la revisión cribaron cada registro y cada publicación recuperada, si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	
Proceso de extracción de los datos	9	Indique los métodos utilizados para extraer los datos de los informes o publicaciones, incluyendo cuántos revisores recopilaron datos de cada publicación, si trabajaron de manera independiente, los procesos para obtener o confirmar los datos por parte de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	
Lista de los datos	10a	Enumere y defina todos los desenlaces para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados compatibles con cada dominio del desenlace (por ejemplo, para todas las escalas de medida, puntos temporales, análisis) y, de no ser así, los métodos utilizados para decidir los resultados que se debían recoger.	
	10b	Enumere y defina todas las demás variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, características de los participantes y de la intervención, fuentes de financiación). Describa todos los supuestos formulados sobre cualquier información ausente (<i>missing</i>) o incierta.	
Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, incluyendo detalles de las herramientas utilizadas, cuántos autores de la revisión evaluaron cada estudio y si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	
Medidas del efecto	12	Especifique, para cada desenlace, las medidas del efecto (por ejemplo, razón de riesgos, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados.	
Métodos de síntesis	13a	Describa el proceso utilizado para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabulando las características de los estudios de intervención y comparándolas con los grupos previstos para cada síntesis (ítem n.º 5)).	
	13b	Describa cualquier método requerido para preparar los datos para su presentación o síntesis, tales como el manejo de los datos perdidos en los estadísticos de resumen o las conversiones de datos.	
	13c	Describa los métodos utilizados para tabular o presentar visualmente los resultados de los estudios individuales y su síntesis.	
	13d	Describa los métodos utilizados para sintetizar los resultados y justifique sus elecciones. Si se ha realizado un metanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística, y los programas informáticos utilizados.	
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios (por ejemplo, análisis de subgrupos, metarregresión).	
	13f	Describa los análisis de sensibilidad que se hayan realizado para evaluar la robustez de los resultados de la síntesis.	

Tabla 1 (Continuación)
Lista de verificación PRISMA 2020

Sección/tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
Evaluación del sesgo en la publicación	14	Describa los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo debido a resultados faltantes en una síntesis (derivados de los sesgos en las publicaciones).	
Evaluación de la certeza de la evidencia	15	Describa los métodos utilizados para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace.	
RESULTADOS			
Selección de los estudios	16a	Describa los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (ver figura 1).	
	16b	Cite los estudios que aparentemente cumplían con los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explique por qué fueron excluidos.	
Características de los estudios	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	18	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios incluidos.	
Resultados de los estudios individuales	19	Presente, para todos los desenlaces y para cada estudio: a) los estadísticos de resumen para cada grupo (si procede) y b) la estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza), idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos.	
Resultados de la síntesis	20a	Para cada síntesis, resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes.	
	20b	Presente los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se ha realizado un metanálisis, presente para cada uno de ellos el estimador de resumen y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza) y las medidas de heterogeneidad estadística. Si se comparan grupos, describa la dirección del efecto.	
	20c	Presente los resultados de todas las investigaciones sobre las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios.	
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los resultados sintetizados.	
Sesgos en la publicación	21	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo debido a resultados faltantes (derivados de los sesgos de en las publicaciones) para cada síntesis evaluada.	
Certeza de la evidencia	22	Presente las evaluaciones de la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace evaluado.	
DISCUSIÓN			
Discusión	23a	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias.	
	23b	Argumente las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión.	
	23c	Argumente las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	
	23d	Argumente las implicaciones de los resultados para la práctica, las políticas y las futuras investigaciones.	
OTRA INFORMACIÓN			
Registro y protocolo	24a	Proporcione la información del registro de la revisión, incluyendo el nombre y el número de registro, o declare que la revisión no ha sido registrada.	
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo, o declare que no se ha redactado ningún protocolo.	
	24c	Describa y explique cualquier enmienda a la información proporcionada en el registro o en el protocolo.	
Financiación	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	
Conflicto de intereses	26	Declare los conflictos de intereses de los autores de la revisión.	
Disponibilidad de datos, códigos y otros materiales	27	Especifique qué elementos de los que se indican a continuación están disponibles al público y dónde se pueden encontrar: plantillas de formularios de extracción de datos, datos extraídos de los estudios incluidos, datos utilizados para todos los análisis, código de análisis, cualquier otro material utilizado en la revisión.	

Tabla 2

Lista de verificación PRISMA 2020 para resúmenes estructurados*

Sección/tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación
TÍTULO		
Título	1	Identifique el informe o publicación como una revisión sistemática.
ANTECEDENTES		
Objetivos	2	Proporcione una declaración explícita de los principales objetivos o preguntas que aborda la revisión.
MÉTODOS		
Criterios de elegibilidad	3	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión.
Fuentes de información	4	Especifique las fuentes de información (por ejemplo, bases de datos, registros) utilizadas para identificar los estudios y la fecha de la última búsqueda en cada una de estas fuentes.
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	5	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos.
Síntesis de los resultados	6	Especifique los métodos utilizados para presentar y sintetizar los resultados.
RESULTADOS		
Estudios incluidos	7	Proporcione el número total de estudios incluidos y de participantes y resuma las características relevantes de los estudios.
Síntesis de los resultados	8	Presente los resultados de los desenlaces principales e indique, preferiblemente, el número de estudios incluidos y los participantes en cada uno de ellos. Si se ha realizado un metanálisis, indique el estimador de resumen y el intervalo de confianza o de credibilidad. Si se comparan grupos, describa la dirección del efecto (por ejemplo, qué grupo se ha visto favorecido).
DISCUSIÓN		
Limitaciones de la evidencia	9	Proporcione un breve resumen de las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión (por ejemplo, riesgo de sesgo, inconsistencia –heterogeneidad– e imprecisión).
Interpretación	10	Proporcione una interpretación general de los resultados y sus implicaciones importantes.
OTROS		
Financiación	11	Especifique la fuente principal de financiación de la revisión.
Registro	12	Proporcione el nombre y el número de registro.

* Esta lista de verificación conserva los mismos ítems que se incluyeron en la declaración PRISMA para resúmenes publicada en 2013⁴⁸, pero ha sido revisada para que la redacción sea coherente con la declaración PRISMA 2020. Además, incluye un nuevo ítem que recomienda a los autores que especifiquen los métodos utilizados para presentar y sintetizar los resultados (ítem n.º 6).

Fuente: Artículo Declaración PRISMA 2020 (ScienceDirect).²⁵

Anexo 3: Respuesta valoración CEICA.

Comite Etico de Investigacion Clinica de Aragon <ceica@aragon.es>

Hola Adriana,

al ser una revisión bibliográfica no lo tenemos que evaluar.

Un saludo.

Técnico de Área de Investigación

Secretaria Comité Ético de Investigación Clínica

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)

Centro de Investigación Biomédica de Aragón (CIBA)

Avda. San Juan Bosco, 13, planta 1. 50009 Zaragoza

Tfno. +34 976 71 5836

<https://www.iacs.es/investigacion/comite-de-etica-de-la-investigacion-de-aragon-ceica/>

Fuente: elaboración propia.

Anexo 4: Resultados búsqueda tras excluir repetidos.

BÚSQUEDA PUBMED	AUTOR Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO ESTUDIADO	DESC TITULO	DESC RESUMEN	EDAD <18a	PAGANDO	NO ESPAÑOL	LECTURA COMPLETA FINAL	Motivo de exclusión
1	"Diabetes Mellitus" AND "Spain" AND "Motivational Interviewing"	Aharado-Matel (2020)	España	ECA	HbA1c, autocuidado, autoeficacia, calidad de vida, satisfacción con la relación profesional-paciente y adherencia	X					DM 1
2	Rodriguez-Romero (2022)	España, Barcelona	ECA	Adherencia, actividad física, PA, colesterol, diabetes mellitus (HbA1c), el tabaquismo y el IMC						X	PROTOCOLO sobre influencia CV aunque trata diabetes y nuestros objetivos
3	Ásbjörnsdóttir (2019)	Dinamarca	Cohorte	Adherencia a dieta	X						DM gestacional
4	"Motivational Interviewing" AND ("Diabetes Mellitus" OR "Hyperglycemia") AND "Body Mass Index" OR BMI)	Kahkoska (2019)	Estados Unidos	Ensayo clínico multix	HbA1c e IMC	X	X				DM jóvenes
5	Winkley (2020)	Reino Unido	Revisión sistemática	Hemoglobina glucosilada	X		X				DM1 y 2 adolescentes y niños
6	Bilgin (2022)	Turquia	Revisión sistemática	Glucemia posprandial, PA, colesterol, lipoproteínas, IMC, Tg				X			Pagando, No español
7	Gawlik (2023)	Alemania	ECA	Actividad física y dieta		X					No coincide con nuestros objetivos
8	Sturgis (2022)	Australia	Estudio cualitativo	Investigar sobre el modelo de las 5A, las barreras y facilidades		X					No coincide con los objetivos
9	Dineen (2024)	Canada	Estudio cualitativo	Evaluar eficacia del programa		X					No coincide con nuestros objetivos
10	Dineen (2021)	Canada	Estudio de caso con	Satisfacción personal, aplicación de habilidades y percepción de los clientes		X					No coincide con nuestros objetivos
11	Stupplebeen (2020)	EEUU Hawái	Estudio descriptivo c	Autoregulación, actividad física y alimentación		X					No coincide con los objetivos
12	Fetg (2021)	Estados Unidos	Análisis secundario	Actividad física		X					No coincide con nuestros objetivos
13	Huffman (2020)	Estados Unidos	ECA	Actividad física, presión arterial, IMC, HbA1C					X		No español
14	"Motivational Interviewing" AND ("Diabetes Mellitus" OR "Hyperglycemia") AND "Physical activity" OR "exercise"	Sridhar (2024)	Estados Unidos	ECA por grupos	Peso gestacional	X					DM gestacional
15	Huffman (2021)	Estados Unidos	Ensayo piloto aleato	Actividad física		X					No coincide con nuestros objetivos
16	Pan (2023)	Hong Kong	Revisión narrativa	Autocontrol	X						DM1 y 2, pagando
17	Hamiđ (2022)	Irán	Revisión sistemática	Autoeficacia, control glucémico		X					Diferentes intervenciones
18	Benton (2022)	Malasia	ECA	Prevención diabetes gestacional	X						DM gestacional
19	Gicharan Singh (2020)	Malasia, Kuala Lumpur	ECA	Peso, hemoglobina A1C y dieta					X		No español
20	Smith (2022)	Reino Unido	Estudio de viabilidad	Actividad física	X						DM gestacional
21	Suvmat (2023)	Tailandia	ECA	PAS, PAD, eGFR, BUN, creatinina, albuminuria, FBS y HbA1c.					X		Resultado de HbA1c
22	Selçuk-Tosun (2019)	Turquía, Konya	ECA	Autoeficacia, control metabólico (HbA1c) y los comportamientos de salud (adherencia a la dieta, el ejercicio físico)				X			Pagando, no español
23	Yao (2021)	China	Revisión sistemática	HbA1c, PAS Y PAD, IMC, y lípidos		X					
24	Caccavale (2019)	EEUU, Virginia	Análisis cualitativo	Autocontrol, HbA1c	X		X				DM1 y edad pediátrica
25	"Motivational Interviewing" AND ("Diabetes Mellitus" OR "Hyperglycemia") AND (HbA1c OR "Glycated Hemoglobin")	Cornely (2022)	Estados Unidos	HbA1c, distrés, ansiedad generalizada					X		No español
26	Miller (2023)	Estados Unidos	ECA	HbA1c, PAS Y colesterol LDL					X		No español
27	Hurst (2021)	Estados Unidos	Ensayo clínico	A1c, presión arterial y colesterol.				X			Pagando
28	Ekong (2020)	Estados Unidos	Estudio cuasi-experit	Adherencia, HbA1c y PA		X					Población DM1 y DM1
29	Lee (2020)	Estados Unidos	Estudio prospectivo	Adherencia al tratamiento					X		No español
30	Carpenter (2018)	Estados Unidos	Revisión integradora	HbA1c		X					No cumple criterios de inclusion (DM1 Y DM2)

BÚSQUEDA PUBMED	AUTOR Y AÑO	PAIS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO ESTUDIADO	DESC TITULO	DESC RESUMEN	EDAD <18a	PAGANDO	NO ESPAÑOL	LECTURA COMPLETA	FINAL	Motivo de exclusión
				HbA1c								
31	Tuomaala (2021)	Finlandia	ECA	Hemoglobina A1c, adherencia y autogestión	X		X					DM1 y adolescentes
32	Wong (2020)	Hong Kong	Protocolo de ECA	HbA1C y autocuidado		X						Resaltados no publicados
33	Mohd (2023)	Malasia	ECA	HbA 1c	X							Pacientes con TBC
34	Moulson (2020)	Reino Unido	Revisión sistemática	HbA1c, angustia y depresión		X						Pacientes DM1 y DM1
35	Oyedepi (2022)	Reino Unido, Alemania, F	Revisión sistemática	HbA1c					X			No español
36	Bakir (2023)	Turquía, Ankara	Revisión sistemática	Calidad de vida	X		X					DM1 y edad pediátrica
37	Shibayeh (2022)	Arabia Saudita	Cohorte retrospectiva	HbA1c	X		X					Adolescentes
38	Robberechts (2024)	Bélgica	Estudio de evaluación	Actividad física		X						No EM ni coinciden los objetivos
39	Shiriyedev (2019)	Botswana	Estudio observacional	HbA1c, PAS, PAD, adherencia		X						No EM
40	Steffen (2021)	Brasil	ECA	Adherencia					X			No español
41	Hou (2021)	China	Análisis factorial experimental	Barreras en la autoevaluación de la glucemia				X				Pagando, no acceso
42	Guo (2020)	China	Estudio de métodos	Adherencia a la medicación, HbA1c, dieta mediterránea y actividad física.		X						No EM
43	Zamanillo-Campos (2023)	España	ECA de fase II con r	HbA1c, adherencia, FRCV, LDL y HDL						X		No EM
44	Mold (2019)	España, Cataluña	Fase I: Estudio cualitativo	Actividad física, dieta, adherencia						X		No EM
45	Fernández-Rodrigo (2024)	España, Zaragoza	Estudio de cohorte	Explicar el diagnóstico de la diabetes de forma significativa								ESTE
46	Ledford (2021)	Estados Unidos	Estudio conceptual		X							No intervención de EM ni coinciden objetivos
47	Nguyen (2022)	Estados Unidos	Estudio cualitativo	Evaluar sentimientos relacionados con la diabetes	X			X				No EM, pagando
48	Starkman (2019)	Estados Unidos	Estudio cualitativo	Autoestima	X		X					Adolescentes, no coinciden objetivos
49	Comisariado (2020)	Estados Unidos	Estudio de métodos	HbA 1c, síntomas depresivos y alimentación	X		X					DM1 y jóvenes
50	Cecilia-Costa (2019)	Estados Unidos	Estudio transversal	Evaluación de la complejidad del tratamiento	X		X					DM 1 y adolescentes
51	Stewart (2023)	Estados Unidos	Revisión de literatura	Identificar enfoques en el contexto de la gestión clínica	X							No sigue la intervención ni los objetivos
52	Pati (2021)	India	Estudio cualitativo	Encontrar factores que influyen en el control glucémico		X						No EM
53	Krishna (2024)	India	Estudio longitudinal	HbA1c y PA		X						No EM
54	Baruah (2021)	India	Estudio observacional	Depresión, ansiedad		X						Objetivos no coinciden: impacto de antidiabéticos e insulina
55	Kanwar (2019)	India	Estudio transversal	Identificar los desafíos emocionales, sociales y psicológicos	X							No EM, no coinciden los objetivos, no español
56	Faal Siahkai (2024)	Irán	Estudio cualitativo		X							Diabetes gestacional
57	Muhwava (2020)	Sudáfrica	Estudio cualitativo de	carga emocional y psicológica	X							Diabetes gestacional
58	Mwila (2019)	Zambia	Estudio descriptivo	explorar las experiencias y los desafíos		X						No EM
59	Kaczmarek (2022)	Australia	Revisión sistemática	Investigar el impacto de la capacitación en EM en las habilidades relacionadas con la EM de los profesionales que autocuidado		X						No coinciden los objetivos
60	Jongebloed-Westra (2022)	Australia, Brisbane	Estudio de métodos	Glucemia, alimentación	X							No coincide con nuestros objetivos, solo pies
61	Bernier (2024)	Canadá	ECA		X							No EM

BÚSQUEDA PUBMED	AUTOR Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO ESTUDIADO	DESC TITULO	DESC RESUMEN	EDAD <18a	PAGANDO	NO ESPAÑOL	LECTURA COMPLETA FINAL	Motivo de exclusión
62	MacPherson (2020)	Canadá, Calgary	Estudio descriptivo?	Identificar técnicas de actividad física		X					No coincide con nuestros objetivos
63	Bean (2020)	Canadá, Kelowna	Estudio cualitativo	Identificar las barreras que minimizan la efectividad de las entrevistas motivacionales					X		No español
64	Lau (2024)	Canadá, Toronto	Análisis cualitativo	Identificar patrones en las respuestas de los médicos de cabecera a los problemas identificados		X					No intervención sobre DM
65	Lin (2025)	China	Análisis de video cu	Depresión, ansiedad		X					No coincide con nuestros objetivos
66	Hou (2024)	China	Estudio retrospectivo	Autoeficacia, autogestión, HbA1c% y el IMC	X						No coinciden objetivos ni pacientes (con tumores malignos)
67	Kilinç İşleyen (2025)	China, Beijing	ECA	Ejercicio, la dieta y la adherencia				X			Pagando, No español
68	Li (2020)	China, Shenzhen	ECA	Autogestión e incidencia de enfermedad CV					X		No español
69	Charles (2020)	Dinamarca	ECA	HbA1c		X					No coincide con nuestros objetivos
70	Mathiesen (2018)	Dinamarca	Revisión sistemática			X					No cumple criterios: 2018
71	Martinez (2021)	EEUU, Chicago		Autoeficacia, síntomas depresivos, el estrés percibido y actividad física				X			Pagando, no se puede extraer más información
72	Young (2020)	EEUU, Texas	ECA	Adherencia a las recomendaciones de la dieta mediterránea, aumento de peso excesivo durante el embarazo, la preeclampsia, parto prematuro y perfil lipídico.		X					No EM
73	de la Torre (2019)	España, Madrid	Estudio prospectivo,		X						DM GESTACIONAL
74	Lozano del Hoyo (2022)	España, Zaragoza	ECA	HbA1c, gravedad de la depresión y la angustia, colesterol LDL, presión arterial sistólica y diastólica y IMC							ESTE
75	Mechanick (2019)	Estados Unidos	Declaración de posi	Proporcionar directrices y recomendaciones sobre el manejo de la diabetes				X			Pagando, no se puede acceder
76	"Motivational Interviewing" AND ("Diabetes Mellitus" OR Hyperglycemia)	Estados Unidos	Encuesta transverse	Depresión, HTA y diabetes		X					No coincide con nuestros objetivos
77	Ritchie (2019)	Estados Unidos	Estudio de cohorte	Duración e intensidad del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes y pérdida de peso		X					No coinciden los objetivos
78	Mohan (2021)	Estados Unidos	Estudio de cohorte r	Adherencia					X		No español
79	Sawyer (2021)	Estados Unidos	Estudio de grupo fo	Evaluar la influencia del entrenador en su motivación	X						No coinciden los objetivos
80	Kane (2021)	Estados Unidos	Estudio de intervenc	Autocontrol de la angustia		X					No coinciden los objetivos
81	Majid (2022)	Estados Unidos	Estudio descriptivo r	Barreras para la adherencia a IECA/ARA II	X						No coincide con nuestros objetivos
82	Brown (2024)	Estados Unidos	Estudio piloto factor	Adherencia a pruebas de seguimiento	X						DM gestacional
83	DePatis (2019)	Estados Unidos	Estudio piloto prosp	Detección de la ERC y el inicio de IECA y ARAII (relación albúmina/creatinina)		X					No coincide con nuestros objetivos
84	Mohan (2023)	Estados Unidos	Estudio prospectivo	Adherencia al tratamiento en diabetes e HTA					X		No español
85	Aman (2023)	Estados Unidos	Informe de caso	Glucosa, PAS, PAD					X		No español
86	Shapiro (2024)	Estados Unidos	Revisión de la literat	Explorar cómo las diferencias culturales influyen en la nutrición, el manejo de la diabetes y la educación del paciente	X						No coinciden los objetivos
87	Phillips (2020)	Estados Unidos	Revisión sistemática	Explorar la efectividad de la Teoría de la Autodeterminación y entrevistas motivacionales				X			Pagando
88	McDaniel (2022)	Estados Unidos, Auburn	Revisión sistemática	A1c, la presión arterial sistólica, la autoeficacia y actividad física					X		No español
89	Berhe (2020)	Estados Unidos, Auburn	Revisión sistemática	(HgbA1c) y la depresión					X		No español
90	Lauffenburger (2019)	Estados Unidos, Boston	ECA	HbA1c y adherencia					X		No español
91	Woodard (2022)	Estados Unidos, Boston	ECA	HbA1c, adherencia y autoeficacia					X		No español

BÚSQUEDA PUBMED	AUTOR Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO ESTUDIADO	DESC TITULO	DESC RESUMEN	EDAD <18a	PAGANDO	NO ESPAÑOL	LECTURA COMPLETA FINAL	Motivo de exclusión
92	Celano (2019)	Estados Unidos, Boston	Ensayo clínico de pr	Actividad física, adherencia, HgbA1C y medidas psicológicas					X		No español
93	Nguyen (2019)	Estados Unidos, Denver	Casos clínicos	Alfabetización, autoeficiencia y control	X						Son ejemplos de casos
94	Lalla (2020)	Estados Unidos, Gallup	Estudio cualitativo	Actividad física, IMC y HgbA1C	X						No coinciden los objetivos, no español
95	Gallé (2019)	Estados Unidos, Houston	ECA	PAS, PAD y sodio y albúmina en orina					X		No español
96	Schrauben (2022)	Estados Unidos, Houston	ECA	Asistencia al Programa Nacional de Prevención de la Diabetes, IMC y porcentaje de pérdida de peso		X					No coincide con nuestros objetivos
97	Perkison (2024)	Estados Unidos, Houston	Estudio cuasiexperim	Actividad física					X		No español
98	Soderfund (2019)	Estados Unidos, Los Ánge						X			Pagando, no española
99	Moreno (2021)	Estados Unidos, Los Ánge	Estudio cuasiexperim	Cómo los prejuicios, estereotipos y atribuciones sobre la diabetes y la obesidad informados por los propios médicos se relacionaban con sus prácticas de atención al paciente	X						No EM
100	Bennett (2024)	Estados Unidos, New Hav	Estudio transversal	Circunferencia de la cintura, IMC, HbA1c, Tg, LDL y colesterol total	X						Objetivos no coinciden, pagando, no español
101	Sawyer (2020)	Estados Unidos, Orlando	ECA	Vacunación					X		No español
102	Berenbrok (2023)	Estados Unidos, Pennsylv	Ensayo controlado, i	HbA1c	X						No coincide con nuestros objetivos, vacunas
103	Fazio (2019)	Estados Unidos, Sacrame	Análisis cualitativo	Peso, control glucémico, educación, HbA1c e IMC					X		No español
104	Yin (2020)	Estados Unidos, San Antic	Estudio de factibilidad	Peso, la HbA1c, el apoyo social percibido, la activación del paciente y la participación en programas formales de prevención/educación					X		No español
105	Turner (2024)	Estados Unidos, San Frar	Estudio de métodos	PA, glucosa, IMC				X			Pagando, no español
106	Pulkkinen (2020)	Finlandia	ECA	PA y lipoproteínas	X		X				DM1 y adolescentes
107	Mikkola (2020)	Finlandia, Rovaniemi	Estudio transversal	Alimentación		X					No coinciden los objetivos, no español
108	Tsampoula (2023)	Grecia	Investigación produc	Adherencia y LDL		X					No coincide con los objetivos
109	Farmakis (2020)	Grecia, Tesalónica	Análisis retrospectiv	Autocontrol	X						No diabetes
110	Pan (2023)	Hong Kong	Revisión narrativa	Estilo de vida	X						DM1 y 2, pagando
111	Kazemi (2021)	Irán	ECA	Actividad física, HbA1c, VO2 máx y perfil lipídico		X					No coinciden los objetivos, no español
112	Morowatsharifabad (2021)	Irán, Rafsanjan	Ensayo de campo e:	HbA1c y Alimentación					X		No español
113	Abu-Saad (2019)	Israel, Tel Aviv	ECA	Adherencia al tabaco					X		No español
114	Sammut (2024)	Italia, Reino Unido...	Revisión exhaustiva		X						Intervenciones diferentes y no coinciden los objetivos
115	Amin (2021)	Jordania	Análisis cuantitativo	Adherencia, abstinencia al tabaco				X			Pagando
116	Grech (2024)	Malta	ECA	Adherencia a zapatos ortopédicos, actividad, adherencia, temperatura		X					Pacientes con DM1 y DM2
117	Jongbloed-Westra (2021)	Países Bajos	ECA	Adherencia al uso de calzado ortopédico	X						No coincide con nuestros objetivos
118	Jongbloed-Westra (2023)	Países Bajos	ECA	Prevención de úlceras	X						No coincide con nuestros objetivos
119	Vossen (2023)	Países Bajos, Ámsterdam	ECA multicéntrico	Examinar la participación activa de los jóvenes en su enfermedad	X						No coincide con nuestros objetivos
120	Peeters (2022)	Países Bajos, Rotterdam	Estudio cualitativo	Cómo mejorar la calidad de la intervención	X						DM1 y población pediátrica
121	Kalra (2019)	Pakistán	Artículo de opinión		X						No coinciden los objetivos

BÚSQUEDA PUBMED	AUTOR Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO ESTUDIADO	DESC TITULO	DESC RESUMEN	EDAD <18a	PAGANDO	NO ESPAÑOL	LECTURA COMPLETA FINAL	Motivo de exclusión
122	Maula (2021)	Reino Unido	Revisión sistemática	Intervenciones sobre el peso		X					No coincide con nuestros objetivos, no EM
				Apoyo y autogestión							
123	Holman (2021)	Reino Unido	Estudio cualitativo	Adherencia		X					No coincide con nuestros objetivos
124	Hancox (2024)	Reino Unido	Estudio observacion	Peso y actividad fisica		X					Se basa en pacientes con Úlcera de pie diabético
125	Staite (2020)	Reino Unido, Londres	ECA	HbA1c					X		No español
126	Griva (2019)	Reino Unido, Newcastle u	ECA	Actividad fisica		X			X		Pacientes en diálisis
127	Smith (2024)	Reino Unido, Oxford	Ensayo no aleatorizi	Explorar percepción sobre el autocuidado	X						DM gestacional
128	Zhu (2021)	Singapur	Estudio cualitativo	Explorar la aceptabilidad de los pacientes a la EM basada en aplicaciones		X					No coinciden los objetivos
129	Yoon (2024)	Singapur	Estudio cualitativo	Adherencia, dieta y autocontrol		X					No coinciden los objetivos
130	Seah (2022)	Singapur, Singapur	ECA	PA, hemoglobina A1C, lípidos, dieta, actividad fisica					X		No español
131	Catley (2019)	Sudafrica	ECA por grupos	Calidad de vida					X		No español
132	Pienaar (2020)	Sudáfrica, Bloemfontein	Revisión sistemática	Depresión		X					No coinciden los objetivos, no español
133	Myers (2022)	Sudáfrica, Ciudad del Cat	Ensayo de tres braz	"Motivational Interviewing"		X					No coinciden los objetivos, no español
134	Myers (2019)	Sudáfrica, Ciudad del Cat	Estudio de viabilidad	Adicciones	X						No EM
135	Hovhannisyán (2020)	Suecia, Estocolmo	ECA	Riesgo CV	X						No diabetes
136	Lönnberg (2020)	Suecia, Uppsala	Cohorte	Adherencia a la medicación	X						No coinciden los objetivos (RCV)
137	Bawab (2021)	Suiza	Cohorte prospectivo	Autogestión, adherencia, HbA1c		X					No EM
138	Sawaengsri (2023)	Tailandia	ECA	Tabaquismo					X		No español
139	Huang (2023)	Taiwán, Taipéi	ECA	Glucemia y adherencia	X						No coinciden los objetivos, no español
140	Al Ksir (2022)	Túnez, África	ECA	Autogestión y control glucémico	X		X				DM1 y jóvenes
141	Uludağ (2024)	Turquía, Gaziantep		Índice de masa corporal, la glucemia en ayunas y posprandial, colesterol, lipoproteínas, la hemoglobina glucosilada, el colesterol, los triglicéidos, el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad y las presiones arteriales sistólica y diastólica				X			Pagando, no español
142	Dogru (2019)	Turquía, Gaziantep	Estudio experimenta	Autoeficacia, control metabólico (HbA1c) y los comportamientos de salud (adherencia a la dieta, el ejercicio físico)					X		No español
143	Selçuk-Tosun (2019)	Turquía, Konya	ECA	Administración de insulina				X			Pagando, no española
144	Kalra (2020)		Estudio de consensc		X						
145	Pals (2020)		Revisión sistemática		X			X			DM1 y preadolescentes, pagando (falta información)

Fuente: elaboración propia. *Verde: estudios nacionales. Gris: estudios internacionales.

Anexo 5: Tabla comparativa de resultados y conclusiones de los estudios nacionales revisados.

	Fernandez-Rodrigo et al. ²⁶ 2024	Lozano del Hoyo et al. ²⁷ 2022
Muestra	<p>Adultos >21 años con diagnóstico de Diabetes tipo 2 y depresión.</p> <p>La edad media de los pacientes del estudio basal fue de 72,37 años. 69% mujeres y 90,2% no fumadoras. Esta población procedía del Sector Sanitario II de Zaragoza, Aragón (España).</p>	<p>Adultos >21 años con diagnóstico de Diabetes tipo 2 y depresión. Voluntariedad.</p> <p>La población total de la muestra fue muy uniforme, en ambos grupos la edad media fue de 70 años y la proporción de mujeres mucho mayor a la de hombres. La población procedía del Sector Sanitario II de Zaragoza, Aragón (España).</p>
Intervención	<p>Se realizó una llamada estructurada mensual, con duración media de 30 min durante 18 meses, con evaluaciones y recogida de datos al inicio de la intervención y a los 3, 6, 12 y 18 meses.</p> <p>Las características de cada llamada e intervención fueron consensuadas por el equipo de investigación y los directores clínicos a través de un proceso de estandarización previamente diseñado. También se acordaron pautas comunes sobre las actitudes, el lenguaje apropiado y la motivación de los pacientes.</p> <p>Se comenzó con una entrevista estandarizada para todos los participantes, y en cuanto al seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el GI se realizó EM, de acuerdo con el modelo propuesto por Rollnick y Miller, para promover el refuerzo positivo, al tiempo que se alentaba la ingesta de medicación y la adecuada adherencia al régimen terapéutico. Se basó en un enfoque de asesoramiento centrado en el paciente diseñado para apoyar a las personas durante el cambio de comportamiento y aumentar la capacidad del paciente para resolver problemas de autogestión, adherencia y distrés emocional. - En el GC se llevó a cabo la actitud terapéutica habitual, sin seguimiento adicional ni apoyo educativo telefónico mensual - Los pacientes de ambos grupos mantuvieron citas presenciales de seguimiento en sus centros de atención primaria. 	<p>Duración total de 18 meses, con evaluaciones a los 6, 12 y 18 meses</p> <p>Intervenciones telefónicas mensuales con una duración media de 30 min por llamada.</p> <p>Los principales elementos psicológico-conductuales de la intervención (TCC-AD) incluyeron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adherencia al tratamiento, revisión de dosis y horario, autogestión e importancia de la relación profesional de la salud-paciente. 2. Educación e intervención en hábitos y conductas de vida saludables como parte fundamental de su tratamiento (alimentación y ejercicio) 3. Abordar sus necesidades y preocupaciones 4. Habilidades de manejo del malestar emocional y evaluación cognitiva para la resolución de problemas en cualquier tema relacionado con el tratamiento de la DM2 y la depresión. 5. Uso de la entrevista motivacional como forma de resolver problemas de autogestión y malestar emocional. 6. Provocar cambios conductuales y ayudar a los pacientes a explorar y resolver problemas de autocontrol. 7. Mejora de la calidad de vida y del bienestar de los pacientes en general
Profesión al que realiza la EM	<p>24 enfermeras especialistas en atención primaria, previamente formadas que adquirieron habilidades para actuar y ayudar a los pacientes en la resolución de problemas surgidos en la encuesta.</p>	<p>Enfermeras específicamente capacitadas que recibieron formación sobre el protocolo del estudio., junto a la colaboración de médicos para establecer estrategias de atención colaborativa previamente establecidas y lograr una gestión de la atención individualizada e integrada.</p>
Resultados	<p>B: La proporción de “adherentes totales” en el GI fue mayor a lo largo de todo el estudio, resultando particularmente destacable en el mes 18 de la intervención. Los porcentajes de “no</p>	<p>A: El valor medio de HbA1c en el GC aumentó ligeramente (8,65 en el mes 0 a 8,84 en el mes 18), y en el GI, disminuyó claramente (8,72 en el mes 0 a 7,03 en el mes 18) en los tres casos.</p>

	<p>adherencia" y de "adherencia parcial" fueron siempre superiores en el GC. Las tasas de adherencia autopercibidas aumentaron un 27,1% en el GI y un 1,1% en el GC.</p> <p>C: Los resultados del IMC mostraron diferencias significativas entre ambos grupos.</p> <p>Otros:</p> <p>-Alimentación: La proporción de pacientes del GC que afirmaron cuidar su dieta aumentó del 60% en el mes 0 a 69% en el mes 18, mientras que en el GI inicialmente era del 65,3% y al mes 18 de 97,9%.</p> <p>-Actividad física: En el GC, la proporción de pacientes que afirmaban realizarla se mantuvo entre el 41%-49%, frente al GI, donde hubo un claro aumento pasando del 48,4% en el mes 0 al 88,5% en el mes 18.</p> <p>-Calidad de vida: En el GC el 67% afirmaron sentirse bien en el mes 0, frente al 68% en el mes 18. Por otro lado, en el GI aumentó considerablemente (67,1%-100%).</p>	<p>C: Los valores medios de IMC de ambos grupos en el mes 0 fueron similares, en torno a 30, pero mientras que en el CG se produjo un ligero aumento (30,49 en el mes 0; 30,78 en el mes 18; diferencia: más 0,29), el IMC medio en el IG disminuyó ligera y progresivamente (30,42 en el mes 0; 30,05 en el mes 18; diferencia: menos 0,37). El IMC fue la variable que se mostró más constante a lo largo del tiempo en el IG.</p> <p>Otros:</p> <p>-LDL: A lo largo de los 18 meses los valores medios aumentaron ligeramente en el GC (117,07 mg/dL mes 0; 125,87 mg/dL mes 18), mientras que los valores del GI disminuyeron al final del ensayo, pero aumentaron ligeramente entre los meses 12 y 18. Los valores del test fueron significativos ($p < 0,001$).</p> <p>-PAS: en el CG aumentó casi trece puntos (134,41 mmHg mes 0; 147,29 mmHg mes 18), pero solo ligeramente en el IG (diferencia: 0,31 puntos).</p> <p>-PAD: en ambos grupos fue similar, disminuyendo ligeramente algo más en el GI.</p> <p>-Depresión (medida con El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y la Escala de angustia de la Diabetes (DDS)): En el mes 0 había una gran similitud entre grupos, siendo más frecuentes "Sin depresión" (CG 36,9%; GI 3,8%) y "Depresión menor" (CG 48,3%; GI 48%). Al mes 18, la categoría "Sin depresión" fue la más frecuente en el IG (62,3%). Aunque no se mostraron diferencias significativas entre los grupos al mes 0, sí hubo resultados significativos positivos de 6 a 18 meses desde el inicio del ensayo ($p \leq 0,001$). Se analizaron individualmente los 4 dominios de la DDS (carga emocional, distrés interpersonal, distrés y distrés médico). Los datos comparativos de la puntuación total mostraron que, en el GC, la media se mantuvo casi sin cambios (1,50 el mes 0; 1,48 el mes 18), mientras que la puntuación media total de la DDS del IG disminuyó (1,48 mes 0; 1,18 mes 18).</p>
<p>Conclusiones</p>	<p>A pesar de las limitaciones, las intervenciones psicoeducativas basadas en EM con seguimiento periódico han demostrado ser eficaces para mejorar los resultados clínicos, psicológicos y de salud autopercibida. Además, el éxito de la intervención en estos parámetros está directamente relacionado con mejoras en la nutrición, la actividad y el bienestar físicos y psicológico general de los pacientes.</p> <p>Se ha demostrado que la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos mejoran la eficacia de la atención sanitaria, apoyando una atención holística integradora del bienestar físico, psicológico y social.</p>	<p>La atención sanitaria centrada en la equidad asistencial, teniendo en cuenta sus opiniones, problemas o características particulares, y el establecimiento de una relación profesional paciente-enfermera, permite la plena implicación y participación del paciente en su autocuidado, alcanzando niveles óptimos en los parámetros clínicos a la vez que se reducen los síntomas depresivos y el distrés diabético, lo que tiene un impacto importante en la calidad de vida de los pacientes con DM2 y depresión comórbida.</p> <p>La comparación entre los resultados longitudinales del ensayo CG y GI mostró una evolución positiva de la HbA1c del mes 0 al mes 18. Las cifras disminuyeron en el GI (reducción del 1,69%), y se mantuvieron en el GC, con diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,001$).</p>

Fuente: elaboración propia.