

Juan Manuel Leyva Moral

La entrevista motivacional como instrumento para promover la actividad física y la adhesión dietética en personas con diabetes: revisión bibliográfica

Motivational interviewing as an instrument to promote physical activity and dietary adherence among people with diabetes: literature review

Autor: Juan Manuel Leyva-Moral

Centro de Trabajo: Diplomado Universitario en Enfermería, Master en Ciencias de la Enfermería, Doctorando. Gestor de Casos, EAP Dreta de l'Eixample

Resumen: La Entrevista Motivacional es una técnica utilizada para lograr cambios de conducta que ha demostrado su eficacia en campos como la deshabituación tabáquica o alcoholismo. El objetivo de esta revisión bibliográfica es determinar si el uso de la Entrevista Motivacional es el método más eficaz para aumentar la adhesión a las pautas de actividad física y dieta en personas con diabetes tipo 2.

Método: Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica internacional y nacional, utilizando las siguientes bases de datos electrónicas: PsychoINFO, PubMed, OVID Full Text CINAHL, CUIDEN, IBECs, CompluDoc y ENFISPO. La búsqueda se limitó a artículos publicados entre 1995 y 2005.

Resultados: Un total de 11 estudios fueron incluidos. La entrevista Motivacional se presenta como una técnica útil para aumentar la adhesión a modificaciones dietéticas y a programas de actividad física en personas con diabetes tipo 2. No obstante, un análisis exhaustivo de los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica, refleja importantes carencias metodológicas en todos los estudios, por lo que los resultados de dichos trabajos podrían presentarse sesgados. El autor concluye que la entrevista motivacional simplemente es una técnica útil pero no más que otras técnicas conductuales hasta hoy utilizadas. No se disponen de evidencias científicas lo suficientemente robustas que aseguren la eficacia de estandarizar su uso en el campo de la educación diabetológica.

Palabras clave: entrevista motivacional, diabetes, dieta, ejercicio, adhesión

Abstract: Motivational Interviewing is a technique which is used to get behaviour changes and whose efficacy has been highly proved in areas such as smoking cessation or alcoholism.

This review pretends to ascertain if Motivational Interviewing is the most effective strategy to increase adherence to physical activity and dietary modification programs among people with type 2 diabetes.

Method: An exhaustive scientific national and international literature review was done. The following electronic databases were used: PsychoINFO, PubMed, OVID Full Text, CINAHL, CUIDEN, IBECs, CompluDoc y ENFISPO. The search strategy was limited to articles published between 1995 and 2005.

Results: Eleven studies were included. Motivational Interviewing appears as a useful technique to increase adherence to physical activity and diet programs in people with type 2 diabetes. However, an in-depth analysis of the studies included in this literature review shows important methodological flaws which could have caused some bias. The author affirms that Motivational Interviewing is just a useful technique but no more useful as other behavioural techniques used nowadays. There are not enough strong scientific evidences to assure the standardization of Motivational Interviewing in the field of diabetic education.

Key words: Motivational Interviewing, diabetes, diet, exercise, adherence

Fecha del Trabajo: 16/02/2006

Juan Manuel Leyva Moral

INTRODUCCIÓN

La Asociación Americana de Diabetes [1] considera que una persona padece diabetes cuando su cuerpo no produce insulina (tipo 1) o este no puede utilizarla de forma adecuada (tipo 2) para transformar la glucosa y otros nutrientes en la energía necesaria para realizar las actividades de la vida diaria. Respecto a sus causas, parece que las genéticas y las ambientales como la obesidad y el sedentarismo juegan un papel muy importante; no obstante, la causa principal de la diabetes continúa siendo un misterio.

La pirámide poblacional invertida típica de los países occidentales evidencia que los seres humanos son cada vez más longevos. Wild y cols. [2] demuestran que la prevalencia estimada de diabetes para el año 2030 es de un 4.4%, o lo que es lo mismo: se calcula que para el 2030 habrán 366 millones de personas con diabetes en el mundo. Otras proyecciones indican que la prevalencia de diabetes en Europa será de alrededor del 4% para el 2010 [3].

Debe tenerse presente que dichos estudios no establecen ninguna diferencia entre géneros ni etnias y no incluyen a aquellas personas desconocedoras de padecer diabetes, por lo tanto la prevalencia podría ser aun mayor.

Existen múltiples evidencias que demuestran que un estilo de vida sedentario aumenta el riesgo de enfermedad coronaria, diabetes tipo 2 (DM2), hipertensión arterial y cáncer colonorectal [4,5]. El tratamiento para la DM2 incluye un triunvirato formado por la actividad física, dieta y medicación. Al recomendar la adopción de un hábito de vida saludable, hecho que conlleva un cambio de comportamiento importante, es importante conocer cuál es el enfoque más eficaz que producirá cambios en la actitud del usuario. Las evidencias sugieren que el simple consejo verbal ofrecido en las consultas de Atención Primaria de Salud no resulta eficaz para mantener una adecuada actividad física [5, 6, 7].

MÉTODO

El objetivo de esta revisión bibliográfica es explorar la literatura para determinar si el uso de la EM es el método más eficaz para aumentar la adhesión a las pautas de actividad física y dieta en personas con DM2. Se incluyeron todos los estudios que examinaron la eficacia de la EM en el campo de la educación diabetológica. Aquellos estudios centrados en personas con Diabetes Mellitus tipo 1 fueron excluidos ya que el tratamiento de este tipo de enfermedad requiere de un tratamiento insulínico (regular o intensivo) distinto y suele iniciarse durante la infancia, por lo que las herramientas para conseguir cambios de comportamiento podrían diferir de las de las personas con DM2.

La búsqueda bibliográfica se realizó consultando siguientes bases de datos electrónicas: PsychoINFO, PubMed, OVID Full Text y CIANHL. Se utilizaron las palabras clave 'motivational interviewing', 'diabetes', 'exercise', 'physical activity', 'diet' y 'nutrition'. Se emplearon operadores booleanos para combinar los descriptores como sigue:

- Motivational interviewing and diabetes not type 1 and exercise or physical activity
- Motivational interviewing and diabetes not type 1 and diet or nutrition.
- Motivational interviewing and exercise or physical activity and diet or nutrition.

Las bases de datos españolas CUIDEN, IBECS, CompluDoc y ENFISPO también fueron utilizadas con las mismas palabras claves en castellano sin producir resultado alguno. La búsqueda fue limitada a artículos publicados a partir del año 1995.

La Entrevista Motivacional (EM) se presenta como una herramienta útil para ayudar a los usuarios a conseguir un cambio. Existen evidencias que sugieren que la EM resulta muy efectiva para ayudar a cambiar otros comportamientos no saludables tales como el consumo de drogas y/o de alcohol [8, 9,10]. Desafortunadamente, muy poca investigación se ha llevado a cabo para conocer si dicha herramienta resulta también efectiva para la adhesión a la dieta o para impulsar la actividad física en personas con diabetes. Por consiguiente, la mayoría de los trabajos utilizados en esta revisión bibliográfica exploran la efectividad del uso de la EM para promover dichos hábitos en usuarios atendidos desde Atención Primaria de Salud sin padecer necesariamente diabetes.

De acuerdo con Miller y Rollnick [11] la EM se define como *“un método directivo, centrado en el paciente para incrementar la motivación intrínseca para el cambio mediante la exploración y la resolución de la ambivalencia”*. La ambivalencia describe, para la mayoría de personas, el problema principal para realizar el cambio. Por ejemplo, algunas personas con diabetes saben que la actividad física resulta beneficiosa pero encuentran múltiples razones para no ponerla en práctica. Así, para poder trabajar dicha ambivalencia y conseguir algún cambio en la motivación de la persona, debe construirse una *“asociación”* entre el terapeuta y el usuario en lugar de adoptar una postura autoritaria. Además, es preferible un enfoque exploratorio en lugar de uno exhortativo, un enfoque que permitirá al usuario decidir libremente cuando y como modificar un determinado comportamiento. De hecho, se asume que los usuarios son lo suficientemente independientes para tomar sus propias decisiones y el rol del terapeuta es simplemente

Juan Manuel Leyva Moral

hacerles conscientes de ello. Por lo tanto, el principal objetivo de la EM es conseguir modificar una conducta ayudando al usuario a explorar y resolver su propia ambivalencia respecto al cambio. Se ha demostrado que la mayoría de usuarios no desean una actitud protectora o autoritaria por parte de los profesionales que velan por su salud y, además, estas actitudes no resultan nada útiles para superar la resistencia al cambio [12]. Doherty y Roberts [13] sugieren que para promover la empatía, los profesionales de salud deben ser capaces de ver una persona más allá de una enfermedad y no sólo una etiqueta de diabetes. Así, las consultas deberían empezar conociendo las aspiraciones del usuario con respecto a la visita médica/enfermera, la cual debería comprender asuntos no relacionados con la diabetes pero de extrema relevancia para el usuario. El hecho de considerar la EM como una herramienta de colaboración, abierta y exploradora permite a la persona expresar sus sentimientos y pensamientos sin evocar resistencia, y proporciona la oportunidad de generar razones para el cambio. Mash [14] argumenta que el conocimiento acerca de la diabetes no está bien correlacionado con el uso personal de la información y los objetivos de los usuarios pueden diferir considerablemente con los de los profesionales de la salud. Este autor propone un modelo basado en la continuidad del cuidado, centrado en la consulta que la persona realiza y en la creencia de la persona de que un buen control metabólico influencia su control glicémico.

El objetivo de utilizar la EM es ayudar a la persona con diabetes a discutir los pros y los contras de realizar actividad física y de realizar modificaciones dietéticas, así como ayudarles a superar sus barreras y adoptar soluciones para hacer el cambio más probable. La EM se considera centrada en el usuario porque la mayor parte del trabajo es realizado por el propio usuario con el soporte del profesional. Se distinguen cinco principios básicos característicos de la EM [11]:

- a) Expresar empatía.
- b) Desarrollar la discrepancia entre las percepciones que la persona tiene respecto a donde está y donde quiere estar.
- c) Trabajar la resistencia.
- d) Apoyar la sensación de autoeficacia en el usuario.

RESULTADOS

Un total de 11 estudios fueron incluidos en esta revisión bibliográfica. Los resultados se muestran y analizan a continuación en forma de dos conceptos principales: a) adhesión a programas de actividad física, y b) adhesión a modificaciones dietéticas

Adhesión a programas de actividad física

La actividad física resulta beneficiosa para el organismo y muy en especial para aquellos que padecen diabetes ya que disminuye el riesgo de enfermedad cardíaca y problemas circulatorios [15]. El término actividad física implica cualquier movimiento muscular que expande más energía que al permanecer en reposo. Hablar de ejercicio es hablar de un conjunto de actividades físicas supervisadas, sistemáticas y regulares realizadas para conseguir o mantener un buen nivel de salud en aspectos como flexibilidad o índice e masa corporal [16].

La diabetes es una de las enfermedades crónicas en las que el auto-manejo juega un papel central. Los usuarios reciben consejo acerca de la dieta que deben seguir, la actividad física que deben realizar y se les realizan exámenes médicos para controlar la evolución de la enfermedad. Dentro del contexto de la Atención Primaria de Salud es donde dichos usuarios suelen ser controlados y donde se prescriben planes de tratamiento específicos. Mediante un ensayo clínico aleatorio realizado en 42 Centros de Atención Primaria (rurales y urbanos) en Nueva Zelanda, se concluye que la prescripción de actividad física utilizando lo que los autores denominan la "prescripción verde" (basada en la EM) resulta efectiva para mejorar la calidad de vida de los usuarios durante un año [17]. La información fue recogida mediante cuestionario validado previamente (Auckland Heart Study); no se evaluó si los resultados obtenidos se mantenían pasados los 12 meses. Por otro lado, según Schechter & Walker [18] este tipo de prescripción resulta fallido en la mayoría de los casos. Esto no es sólo por las discrepancias que surgen entre consejo acerca del tratamiento y el autocuidado del usuario, en muchas ocasiones es debido a la falta de experiencia con respecto a la modificación de conductas por parte de los profesionales, hecho que aumenta el riesgo de fallo.

El rol del educador diabetológico es proporcionar educación en temas relacionados con la diabetes, así como entrenar a los usuarios para ser autosuficientes y dar soporte para cambiar estilos de vida [19]. No obstante, la victoria a la hora de gestionar la diabetes suele centrarse en el estilo de vida del usuario, cambios para la salud y detección precoz de problemas psicológicos o sociales, áreas que pueden afectar la calidad de vida del usuario y consecuentemente su adhesión al tratamiento. Esta adhesión debe

Juan Manuel Leyva Moral

conseguirse dentro del contexto de semejantes útiles y/o inútiles, de las presiones sociales, de las tareas domésticas y económicas y de los episodios diarios que producen distracción [20]. El aumentar la actividad física puede no ser un problema para una mujer profesional de mediana edad que puede permitirse un gimnasio en tiempo y dinero. No obstante, para una ama de casa con varios hijos, con poco tiempo y medios puede resultar muy difícil. Por esta razón el Joslin Diabetes Center de Boston y la compañía farmacéutica Roche, desarrollaron una herramienta que puede resultar útil para los educadores diabetológicos a la hora de trabajar las intervenciones para el cambio: el Accu-Chek Interview (no disponible en España). Esta herramienta se centra en desarrollar estrategias para hablar del estrés emocional asociado a la diabetes, depresión, hipoglicemia, dependencia nicotínica, y motivación para el autocuidado. También valora la adhesión a programas de actividad física y dieta [19]. Tal y como se ha citado previamente, el simple hecho de aconsejar no parece que motive a los usuarios lo suficiente como para introducir la actividad física en sus vidas a menos que tengan la confianza en sí mismos de que pueden hacerlo. Este concepto se conoce como "autoeficacia" [7]. Los usuarios deben creer firmemente que pueden finalizar el trabajo que se les ha recomendado y que, al ponerlo en práctica, obtendrán resultados beneficiosos. No obstante, mantener el nuevo comportamiento a lo largo del tiempo resulta difícil a pesar de incentivarlos. Harland y cols. [21] realizaron un ensayo clínico aleatorio con el que concluyen que la intervención para promover la actividad física más eficaz es combinar la EM con un incentivo económico. No obstante, dicha intervención resultó ineficaz al pasar un año si los incentivos económicos no se mantenían.

Adhesión a modificaciones dietéticas

Como la obesidad está presente en muchos casos de DM2, se recomienda perder peso y los usuarios deben consumir alimentos en relación a sus necesidades energéticas [15]. Más aun, deben controlar su ingesta de sal y grasas para prevenir enfermedades coronarias y otros síndromes cardíacos cuyo riesgo en personas con diabetes es muy elevado [16].

Al pensar qué modelo o técnica era idónea para modificar hábitos dietéticos en personas con diabetes, Parkin [22] encontró que el modelo de cambio conductual más eficaz era la potenciación o apoderamiento de la persona (*"patient empowerment"*) junto con la EM. En el estudio se reconoce como una limitación de su estudio el hecho de que la investigadora estaba mucho más familiarizada con el empowerment que con la EM por formar parte de su práctica habitual. Este detalle junto con un tamaño muestral reducido y un análisis de datos completamente subjetivo ponen en cuestión los resultados. De acuerdo con Valentine [23] el empowerment persigue capacitar a las personas para que tomen sus propias decisiones de forma autónoma y responsable en lo que a salud y cuidados se refiere. Además, el empowerment asume que profesionales y usuarios son iguales, están al mismo nivel.

Según VanWormer & Boucher [24] la EM utilizada junto con educación nutricional es ligeramente más eficaz para facilitar el cambio. No queda claro si los cambios logrados por los participantes pueden ser mantenidos en el tiempo. De forma similar, Roisin y cols. [25] no encontraron cambios significativos en las cifras de hemoglobina glucosilada, peso, índice de masa corporal (IMC) o tensión arterial tras poner en práctica un protocolo basado en la EM para personas con diabetes. Por otro lado, Smith y cols. [26] encontraron que un método significativo de mejorar la adhesión al tratamiento y de mejorar el control glucémico en un grupo de 22 mujeres mayores obesas fue incluir la EM a un programa de control de peso regular. No obstante, problemas con el tamaño de la muestra podrían haber sesgado dichos resultados.

De un modo similar a aquellos afectos de diabetes, a las personas con hiperlipidemia se les recomienda que aumenten su actividad física y que sigan unos consejos dietéticos específicos. Mhurchu y cols. [27], distribuyeron de forma aleatoria 121 en dos grupos: uno en el que se ofrecía una intervención estándar por parte de una dietista y otro en el que se ofrecía consejo basado en la EM. Tras un periodo de 3 meses ambos grupos mejoraron la adhesión a las modificaciones dietéticas y su IMC.

En relación a la hipertensión, patología frecuente entre personas con diabetes y con obesidad y con similitudes en su tratamiento, Woollard y cols. [28], no encontraron diferencias significativas entre utilizar la EM o la entrevista estándar para mejorar la actividad física, peso o tensión arterial en una muestra aleatoria de 166 personas con HTA en consulta de Atención Primaria. También muestran que no hubo diferencias significativas en la adhesión al tratamiento tras un seguimiento de 18 semanas.

Juan Manuel Leyva Moral

CONCLUSIÓN

A pesar de que muchos profesionales de la salud defienden fuertemente el uso de la EM en el campo de la modificación de conductas, la literatura disponible no parece mostrar resultados suficientemente sólidos para afirmar que el uso de la EM es la mejor estrategia para incrementar la adhesión a las modificaciones dietéticas y a los programas de actividad física recomendada para las personas con diabetes. Podría afirmarse que simplemente es una técnica útil pero no lo suficiente como para estandarizar su uso en el campo de la educación diabetológica. Por lo tanto, en la mayoría de los casos, será el profesional quien decida en que modelo basará sus intervenciones para conseguir un cambio de conducta.

La actividad física juega un papel capital en el autocontrol de la DM2; es el mejor predictor del mantenimiento de pérdida de peso y de la disminución de resistencia insulínica. No obstante, la consistencia de los resultados acerca de la relación entre la EM y el mantenimiento de la actividad física son débiles debido a una falta de robustez metodológica y por el uso de muestras pequeñas, hecho que incrementa el riesgo de cometer error tipo II.

La literatura relacionada con la adhesión al tratamiento resulta confusa y algunos estudios se contradicen entre sí. Las evidencias sólo muestran pequeños cambios al utilizar la EM para incrementar la actividad física o para mejorar la adhesión a modificaciones dietéticas.

Aunque la EM haya resultado eficaz en campos tales como la drogadicción, alcoholismo y deshabitación tabáquica, no es posible asegurar que recomendar la EM en la educación diabetológica resulte eficaz debido a una falta de estudios centrados específicamente en personas con diabetes.

REFERENCIAS

1. American Diabetes Association (2004) <http://www.diabetes.org/about-diabetes.jsp> (último acceso 10-3-06)
2. Wild S., Roglic G., Green A., Sicree R & King H. Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004; 27: 1047-1053.
3. Amos A.F., McCarthy D.J. & Zimmet P. The Rising Global Burden of Diabetes and its Complications: Estimates and Projections to the Year 2010 *Diabet Med* 1997; 14 (supl. 5): S1-85.
4. World Health Organization. Global Strategy for the prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2000. http://www.who.org/LinkFiles/NMH_a53_r14.pdf (último acceso el 8-3-06).
5. Lawlor D & Hanratty B. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *J Public Health Med*. 2001 Sep; 23(3):219- 226.
6. Rollnick S., Kinnery P. & Stott N. Methods of helping patients with behaviour change. *BMJ*. 1993 Jul 17; 307 (6897): 188-190.
7. Jones K.D., Burckhardt C.S., & Bennett J.A. Motivational Interviewing May Encourage Physical activity in Persons With Fibromyalgia by Enhancing Self Efficacy. *Arthritis Rheum*. 2004 Oct 15; 51(5): 864-867.
8. Tevyaw T.O., & Monti P.M. Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations *Addiction*. 2004 Nov; 99 Suppl 2: 63-75.
9. Brown R.A., Ramsey S.E., Strong D.R., Myers M.G., Kahler C.W., Lejuez C.W., Niaura R., Pallonen U.E., Kazura A.N., Goldstein M.G., & Abrams D.B. Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tob Control*. 2003 Dec; 12 Suppl 4: IV3-10.
10. Battjes R.J., Gordon M.S., O'Grady K.E., Kinlock T.W., Katz E.C., & Sears E.A. Evaluation of a group-based substance abuse treatment program for adolescents *J Subst Abuse Treat*. 2004 Sep; 27(2): 123-134.
11. Miller WR & Rollnick S. *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós; 1999.
12. Miller W.R., Benefield R.G. & Tonigan J.S. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapists styles. *J Consult Clin Psychol*. 1993; 61: 455-461.

Juan Manuel Leyva Moral

13. Doherty Y. & Roberts S. Motivational interviewing in diabetes care. *Diabet Med Suppl.* 2002; **19** (3): 1-6.
14. Mash B. Motivating behaviour change in the diabetic patient. *CME.* 2003; **21**: (10) 592-598.
15. Diabetes UK. Último acceso el 15-3-05 en: <http://www.diabetes.org.uk/eatwell/index.html>
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Diabetes A National Clinical Guideline. Edinburgh: SIGN Executive; 2001.
17. Elley C.R., Kerse N., Arroll B. & Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2003;**326**: 793-798.
18. Schechter C.B. & Walker E.A. Improving Adherence to Diabetes Self-Management Recommendations. *Diabetes Spectrum.* 2002; **15** (3): 170-175.
19. Welch G & Guthrie D.W. Supporting Lifestyle Change With a Computerized Psychosocial Assessment Tool. *Diabetes Spectrum.* 2002; **15** (3): 203-207.
20. Doherty Y. James P. & Roberts S. Stage of change counselling. En Snoek FK, Skinner TC (Eds.) *Psychology in Diabetes Care.* New York: Chichester; 2000.
21. Harland J., White M., Drinkwater C., Chinn D., Farr L. & Howel D. The Newcastle physical activity project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *BMJ.* 1999; **319**: 828-832.
22. Parkin T. An audit of the theoretical basis of education during dietetic consultations with diabetic patients. *J Hum Nutr Diet.* 2001; **14** (1): 33-42.
23. Valentine V. Empowering patients for change. *Practical Diabetology.* 1990; **9**: 13.
24. VanWormer J.J. & Boucher J.L. Motivational Interviewing and Diet Modification: A Review of the Evidence. *Diabetes Educator.* 2004; **30** (3): 404-419.
25. Roisin P., Scott N.C.H., Rollnick S.R. & Rees M. A randomized controlled trial of an intervention designed to improve the care given in general practice to type II diabetic patients: patient outcomes and professional ability to change behaviour. *Fam Prac.* 1998; **15** (3): 229-235.
26. Smith D.E., Heckemeyer C.M., Kratt P.P. & Mason D.A. Motivational Interviewing to Improve Adherence to a Behavioural Weight-Control Program for Older Obese Women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes Care.* 1997; **20**: (1) 52-54.
27. Mhurchu C.N., Margetts B.M & Speller V. Randomized clinical trial comparing the effectiveness of two dietary interventions for patients with hyperlipidaemia. *Clin Sci (Lond).* 1998; **95** (4): 479-487.
28. Woollard J., Beilin L., Lord T., Puddey I., MacAdam D. & Rouse I. A controlled trial of nurse counselling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: preliminary results. *Clin Exp Pharmacol Physiol.* 1995; **22** (6-7): 466-468.