



REVISIÓN CIENTÍFICA SOBRE ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA LA CONSULTA NUTRICIONAL



Entrevista motivacional (EM)

El Centro de Orientación Alimentaria presenta en el siguiente documento un marco de revisión de referencias sobre EM para apoyar en la construcción de aprendizajes de las y los profesionales de la nutrición hacia procesos permanentes del bien comer de la población mexicana. Es resultado de una indagación actualizada sobre entrevista motivacional aplicada en la consulta nutricional y adherencia en tratamientos nutricionales en enfermedades crónicas. Se incluye al final un monitoreo de noticias nacionales e internacionales del 2015 al presente año.

Adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas

(Organización Panamericana de la Salud, 2004)

50% es el promedio de adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas.

La definición de adherencia terapéutica es “el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas es en promedio del 50% en países desarrollados, es aún menor en países en desarrollo. La argumentación: es para muchos pacientes difícil seguir con las recomendaciones del tratamiento.

La falta de adherencia al tratamiento médico, lleva a riesgos.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la falta de adherencia a los medicamentos, puede llevar a riesgos como:

- ✓Recaídas más intensas. La falta de adherencia persistente puede empeorar el curso general de la enfermedad, con el riesgo de que exista menos probabilidad de que las y los pacientes respondan al tratamiento.
- ✓Riesgo aumentado de dependencia y abstinencia. Existen medicamentos que pueden producir dependencia cuando son tomados de forma incorrecta. La buena adherencia disminuye la probabilidad de que la y el paciente experimente efectos nocivos relacionados con la interrupción del tratamiento.

Falta de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial = riesgo de cardiopatía coronaria.

La causa principal del descontrol de la presión arterial es la deficiente adherencia terapéutica. La mitad de las y los pacientes con hipertensión arterial (HAS) abandona por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico. Se sabe que durante el primer año de tratamiento, del 16 al 50% de las y los pacientes interrumpen la medicación. Pacientes con falta de adherencia al tratamiento, tienen 4.5 veces más probabilidad de tener complicaciones de cardiopatía coronaria en comparación con quien tiene adherencia.

La adherencia como determinante en el tratamiento de hipertensión arterial.

Una buena adherencia mejora el control de la presión arterial y reduce las complicaciones de HAS; sin embargo cerca del 25% de pacientes con diagnóstico tiene un control óptimo de la presión arterial.



Adherencia + dieta + actividad física + cuidado de pies = reducción de complicaciones en diabetes.

En personas que viven con diabetes, la buena adherencia al tratamiento, incluida una dieta sana, actividad física, cuidado de los pies y el control oftalmológico, demostró ser efectivo para reducir las complicaciones y la discapacidad, además apoyo en la mejora de la calidad y esperanza de vida de las personas.

La adherencia en las personas que viven con diabetes se refiere al compromiso activo, responsable, flexible y voluntario de la y el paciente en el tratamiento de su enfermedad, al seguir una terapia mutuamente acordada y trabajar en estrecha colaboración con prestadores de asistencia sanitaria.

El buen automonitoreo de la glucosa depende del tipo de diabetes y la edad.

Un estudio realizado en Estados Unidos en pacientes con diabetes tipo 1 (edad promedio de 30 años), el 7% mencionaron nunca haberse medido las concentraciones de glucosa.

En un estudio realizado en Estados Unidos, 67% de las y los pacientes con diabetes tipo 2, informaron la falta de automonitoreo de la glucemia una vez al día. En India, solo el 23% de las y los participantes del estudio, informaron realizar el monitoreo de glucosa en su casa.

Al evaluarse la adherencia de la glucemia, se encontró que las y los adolescentes más jóvenes informaron monitorear con mayor frecuencia que los de mayor edad. Por otro lado, las y los adultos mayores tienen un mejor autocuidado que los adultos jóvenes.

El mayor problema es la adherencia a la terapia médica en personas con diabetes tipo 1.

En lo referente a la administración de insulina, medida por errores voluntarios o involuntarios, el uso de inyecciones NO-higiénicas se observó en 80% de las y los pacientes, mientras que la administración de dosis incorrectas de insulina en 58 por ciento.

Menos del 30% de las personas con diabetes se adhieren al tratamiento nutricional.

En estudios realizados en Cuba y Estados Unidos, del 70 al 75% de las y los participantes informaron la falta de adherencia a las recomendaciones alimentarias. Sin embargo en Finlandia, el 70% de las y los participantes mencionaron la adherencia al tratamiento nutricional. La adherencia en los diversos estudios fue hacia el número y horario de las comidas planificadas, mientras que la falta de adherencia fue hacia los intercambios planificados y el tiempo.

La adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con diabetes tipo 2, es variable, en un estudio realizado en la India, solo el 37% de las y los pacientes siguieron las prescripciones alimentarias regularmente, mientras que en Estados Unidos, más de la mitad (52%) siguió el plan de alimentación.

Las mujeres con diabetes tienen una adherencia más adecuada.

En una muestra de pacientes con diabetes tipo 1, se encontró que los hombres consumían más calorías, comían más alimentos inadecuados para su enfermedad y presentaban niveles inferiores de adherencia, comparados con mujeres.

Profesionales de la salud como apoyo para la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas.

La calidad de la relación entre pacientes y profesionales de la salud (PS), así como el apoyo social, se correlacionan con la adherencia terapéutica. La buena comunicación entre paciente y PS se relaciona con una mejor adherencia.

Estudios han revelado que la atención por profesionales en enfermería, las y los pacientes tuvieron mayor adherencia al tratamiento de HAS. Por otro lado, el trabajo en equipo de médicos y farmacéuticos en pacientes con HAS descontrolada, tuvo un resultado satisfactorio al lograr el control de la presión arterial.

Comunicación, conversación positiva, calidez y empatía como determinantes de la adherencia terapéutica.

Uno de los determinantes para la adherencia terapéutica, es el comportamiento de las y los profesionales de la salud. La interacción y comunicación (estilo de proporcionar información, la conversación positiva y las preguntas clave) con sus pacientes son clave para la adherencia y los resultados de salud. El seguimiento es un factor correlativo positivo de la adherencia. La calidez y empatía del PS son factores centrales.

Hay indicios en la literatura, que las y los PS “tratan” de motivar y aportar información a sus pacientes, sin embargo la información brindada, las aptitudes para promover la motivación están limitadas, lo que puede ocasionar frustración. Por lo que es esencial contar con interacciones más estructuradas, meditadas y complejas entre PS y pacientes.



Generalidades de la entrevista motivacional

La EM facilita y aumenta la motivación para el cambio.

La EM es una herramienta precursora para el cambio conductual, es colaborativa, estilo de comunicación orientada a metas con particular atención en un lenguaje que promueva el cambio (Simpson, et al., 2015).

De acuerdo a Miller y Rollnick es “método centrado en el paciente, que trata de aumentar la motivación intrínseca para el cambio, ayudando al paciente a la explorar y resolver su ambivalencia” (Bóveda-Fontán, et al., 2013:487).

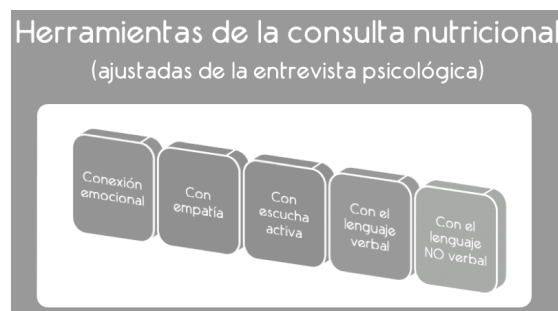
En el estudio “Entrevista Motivacional en consumidores excesivos de alcohol: intervenciones efectivas para el aumento en la disposición al cambio” se evaluó el Código de Habilidades de Entrevistas Motivacionales (MISC por sus siglas en inglés), el cual se basa en la escucha reflexiva, pregunta evocadora, resumir, enfatizar el control y la elección; esta técnica demostró conducir a cambios en el comportamiento, aumento de la autoeficacia y la percepción de una necesidad de cambio (Gantiva & Flores-Alarcón, 2015).

La EM aporta estrategias concretas de intervención centradas en la persona.

El objetivo de la EM es aumentar la motivación intrínseca de la persona (paciente) para el cambio, ésta surge de sus objetivos y valores personales; a fin de encontrar sus propias razones para cambiar, activar su propia motivación y recursos para el cambio, es necesario evitar que éstas sean impuestas desde el exterior (Bóveda-Fontán, 2015).

Este exterior entendido como la o el profesional de la nutrición, quien desde una relación más igualitaria, escucha a la persona sus propias soluciones, establece una relación comprometida y respetuosa hacia las motivaciones para el cambio de las y los pacientes (Madrid-Liras, 2014).

La EM puede conseguir que la persona sea más consciente de su problema, pueda analizarlo con más claridad y comience a establecer elementos de cambio (Piñeiro, Fernández-del Río, López-Durán, & Becoña, 2014).



Una guía profesional hacia el bienestar humano.

De acuerdo a Madrid-Liras (2014), la EM plantea regresar la responsabilidad a la persona (paciente) de sus decisiones. La y el profesional de la nutrición apoya en la exploración, descubrimiento y comprender sus motivaciones; dirige su atención hacia los cambios que pueden ser útiles para salir del riesgo alimentario/nutricional y extraer sus propias soluciones para lograrlo.

“No es tarea del profesional, ni decirles qué tienen que hacer, ni resolver sus problemas, ni aportarles las soluciones que le parezcan válidas” (Madrid-Liras, 2014).

El papel de la y el profesional de la nutrición, es de facilitación, de guía hacia el reconocimiento y reflexión de propia ambivalencia de la persona (paciente). Las estrategias en la EM son persuasivas y de colaboración, más que de discusión, autoritarismo y confrontación (Bóveda-Fontán, 2015).

La EM desarrolla en la y el profesional de la nutrición la capacidad de “mirar a la otra persona”, mediante escucha reflexiva y preguntas abiertas, favorece una interacción verbal centrada en el o la paciente. Es una herramienta útil que permite reflexionar, anticipar y construir una buena práctica en las relaciones “cara a cara” y con ello aumentar la efectividad en las intervenciones (Cordero, Pla, Cardona, & Crespo, 2003).

EM hacia la autonomía alimentaria y de salud en las personas.

La atención a las y los pacientes bajo el enfoque de EM, implica realizar preguntas rápidas, mostrar interés y atención, dar confianza para que la persona exprese sus sentimientos y aclare sus dudas. También induce la motivación, hace partícipe a la y el paciente de su problema, apoya en una retroalimentación desde diferentes puntos de vista, para que al final la persona se sienta con libertad de elegir la solución que considere más factible (Villegas-de la Lama, 2014).

“Si una persona cree que puede cambiar será más fácil que lo consiga”, la autoeficacia es un elemento clave en la motivación para el cambio, sin embargo la persona además de estar motivada, debe creer que puede hacerlo y tener los recursos y capacidades para superar las barreras de forma exitosa (Vega-Toca, 2012).

Cuando durante la intervención nutricional o médica, se limita la acción de recabar y de tomar en cuenta las preferencias respecto a las decisiones terapéuticas, las y los pacientes se pueden frustrar. Se tiene información, de que pacientes que se sienten menos facultados respecto a las decisiones terapéuticas tienen más actitudes negativas hacia el tratamiento propuesto (Organización Panamericana de la Salud, 2004).

La autonomía alimentaria y de salud, es regresar la responsabilidad a la persona de su propio proceso alimentario y de bienestar, es necesario asegurar la disponibilidad y accesibilidad de alimentos sanos y servicios de salud adecuados; la decisión de “comer o NO-comer”, de “automonitorearse o NO” es de la persona, con base en la información confiable por la y el profesional de la nutrición (COA Nutrición).

EM, ancla para dejar de fumar.

Diversos estudios muestran que cuando se combina la EM con un tratamiento estándar, aumenta la motivación, adherencia, reduce la recaída, es decir mejoran los resultados de la terapia de salud. En el estudio ¿Mejora la entrevista motivacional la eficacia del tratamiento psicológico para dejar de fumar?, al seguimiento de 1 mes, el grupo intervenido con la EM tuvo una menor recaída (35.7%) del total de abstinencia del final del tratamiento, comparado con el grupo control (52.9%). Se observa que el grupo de la EM han acudido a más sesiones y tuvieron una mejor adherencia (medido por asistencia/abandono) en comparación con el grupo control, sin embargo las diferencias no fueron estadísticamente significativas (Piñeiro, Fernández-del Río, López-Durán, & Becoña, 2014).



Monitoreo de noticias

1. La entrevista motivacional.

Fecha de publicación: 28 de Octubre de 2015

La entrevista motivacional es una forma de asistencia directa centrada en el cliente. Con el fin de ayudar a las personas a explorar y resolver ambivalencias, logrando cambios en el comportamiento. Es utilizada en el tratamiento de alcoholismo y otras adicciones.

Enlace: <http://lahora.gt/la-entrevista-motivacional/>

2. La entrevista motivacional neurólogo-paciente mejora la calidad de vida de éste.

Fecha de publicación: 14 de diciembre de 2015

EM es una herramienta de comunicación interpersonal necesarias para optimizar la consulta clínica neurológica, permitiendo conseguir los objetivos marcados y mejorar la relación del profesional con el paciente y la calidad de vida.

Enlace:

<http://www.infosalus.com/asistencia/noticia-entrevista-motivacional-neurologo-paciente-mejora-calidad-vida-20151214134844.html>

3. Entrevista motivacional: una efectiva técnica que ayuda a los fumadores a dejar el tabaco.

Fecha de publicación: 26 de febrero de 2015

La Entrevista Motivacional logra cambiar, al menos temporalmente, la respuesta emocional que los fumadores presentan ante los estímulos asociados al tabaco, pasando de agradable a desagradable, lo que permite sobrepasar una de las principales barreras para el abandono del consumo del tabaco, que es la motivación al cambio.

Enlace:

<http://noticias.universia.es/ciencia-nn-tt/noticia/2015/02/26/1120622/entrevista-motivacional-efectiva-tecnica-ayuda-fumadores-dejar-tabaco.html>



4. La influencia motivacional del médico es más efectiva para reducir el colesterol.

Fecha de publicación: 09 de marzo de 2016

Una de las características de la EM es que es un método clínico que, a través de estrategias comunicativas específicas, potencia las habilidades y fortalezas del paciente para ayudarle a encontrar motivaciones propias que le sirvan para cambiar de conducta, en este caso se vio modificada la dieta, la AF y dejar de fumar.

Enlace: <http://www.canarias7.es/articulo.cfm?id=411288>

Referencias de la argumentación técnica

1. Bóveda-Fontán, J. (2015). Eficacia de la entrevista motivacional en pacientes con dislipidemia atendidos en consultas de atención primaria de salud. Estudio DISLIP-EM. Tesis doctoral, Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Medicina, Santiago de Compostela.
2. Bóveda-Fontán, J., Pérula-de Torres, L. Á., Campiñez-Navarro, M., Bosch-Fontcuberta, J. M., Barragán-Brun, N., & Prados-Castillejo, J. A. (2013). Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 45 (9), 486-495.
3. Codern, N., Pla, M., Cardona, À., & Crespo, R. (2003). Contribuciones del enfoque cualitativo de corte etnometodológico al análisis de la entrevista motivacional en Atención Primaria. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*.
4. Gantiva, C., & Flores-Alarcón, L. (2015). Entrevista motivacional en consumidores excesivos de alcohol: intervenciones efectivas para el aumento en la disposición al cambio. *Psicología: avances de la disciplina*, 9 (1), 83-91.
5. Madrid-Liras, S. (2014). Entrevista motivacional en mediación. *Revista de Mediación*, 7 (1), 82-99.
6. Organización Panamericana de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamiento a largo plazo: pruebas para la acción. Washington: Organización Mundial de la Salud.
7. Piñeiro, B., Fernández-del Río, E., López-Durán, A., & Becoña, E. (2014). ¿Mejora la entrevista motivacional la eficacia del tratamiento psicológico para dejar de fumar? *Anales de psicología*, 30 (1), 123-132.
8. Simpson, S. A., McNamara, R., Shaw, C., Kelson, M., Moriarty, Y., Randell, E., et al. (2015). A feasibility randomised controlled trial of a motivational interviewing-based intervention for weight loss maintenance in adults. *Health Technology Assessment*, 19 (50).
9. Vega-Toca, V. (2012). La Entrevista Motivacional: una valiosa herramienta de Promoción de la Salud. Trabajo final de grado, Universidad de Cantabria, Departamento de Enfermería, España.
10. Villegas-de la Lama, C. (2014). La entrevista clínica y motivacional: su aplicación en adolescentes. Universidad de Cantabria, Departamento de Enfermería. España: Escuela Universitaria de Enfermería.

