



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



EDITORIAL

Importancia de la adherencia a los estilos de vida saludable en personas con diabetes



Importance of adherence to healthy lifestyles in people with diabetes

El manejo efectivo del comportamiento y el bienestar psicológico son fundamentales para lograr los objetivos de tratamiento en las personas con diabetes (PCD) ^{1,2}. Su atención integral debe incluir educación y apoyo para el autocontrol de la enfermedad, terapia medica nutricional, realización de actividad física, asesoramiento para dejar de fumar cuando sea necesario y atención psicosocial. Tanto las PCD como los profesionales sanitarios deben participar en la atención centrada en la persona que se caracteriza por la toma de decisiones compartidas, selección del tratamiento, facilitar la obtención de los servicios médicos y psicosociales necesarios y el seguimiento compartido del régimen, estilo de vida y tratamiento farmacológico acordado ³.

Existe evidencia de que un estilo de vida saludable, que incluye el mantener un peso corporal adecuado, no fumar, estar físicamente activo, adherirse a una dieta saludable como la dieta mediterránea y beber alcohol en un rango moderado puede prevenir la incidencia de la enfermedad y la mortalidad ^{4,5}. Recientemente se han publicado dos metaanálisis que estudian la asociación entre estilo de vida y diabetes mellitus tipo 2 (DM2). En el de Schlesinger S, et al. ⁶, los autores realizan varios tipos de análisis para valorar la asociación entre estilos de vida e incidencia de DM2 y mortalidad, entre los que incluyen el cálculo de los riesgos relativos resumidos (SRR). La adherencia a un estilo de vida saludable (en su mayoría alimentación sana, realización de actividad física, no fumar, consumo moderado de alcohol y un peso aceptable) encontró un SRR reducido del 78% para presentar una DM2 y un 57% para la mortalidad en comparación con una baja adherencia. En el realizado por Zhang YB, et al. ⁷, se vio que en comparación con los participantes que tenían un estilo de vida menos saludable, los de estilo de vida más saludable presentaban un menor riesgo de incidencia de diabetes del 75% y que entre aquellos con DM2 los que llevaban un estilo de vida más saludable mostraron una reducción del 66% para muerte por cualquier causa, 49% para muerte cardiovascular, 31% para muerte por cán-

cer y 52% para la incidencia de enfermedad cardiovascular. No obstante los resultados de estos metaanálisis y de gran parte de los estudios sobre estilos de vida suelen presentar varias limitaciones como la baja comparabilidad por diferencias en las poblaciones estudiadas, omitir aspectos como nivel socioeconómico, cultural, psicología de las personas, factores biológicos, características clínicas, comorbilidades, adherencia al tratamiento o influencia de determinantes sociales. Esto unido a distintos periodos de seguimiento, pérdida de pacientes y distintas definiciones de inclusión en las categorías de estilo de vida, pueden sesgar los resultados.

Otros estudios, como el Look AHEAD ⁸, no encontraron beneficios al valorar los efectos de la intervención intensiva en los estilos de vida en PCD con sobrepeso u obesidad, de tal manera que hubo de interrumpirse tempranamente después de comprobar que no existía una diferencia estadísticamente significativa con respecto a la aparición de eventos cardiovasculares entre el grupo de tratamiento intensivo.

En este número de la revista Semergen se publica un estudio descriptivo, transversal, multicéntrico, nacional, en condiciones de práctica clínica habitual, realizado sobre una población estimada de 3.000 personas con DM2 por miembros del grupo de diabetes de SEMERGEN. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, con el objetivo de conocer el grado de adherencia a estilos de vida saludable (ADHES) y analizar las variables asociadas con la adherencia no farmacológica ⁹. Entre los resultados destaca que menos de una cuarta parte seguía una alimentación adecuada, menos de la mitad practicaba actividad física de forma regular y solo un 10,4% de los 412 pacientes incluidos seguían de forma global las recomendaciones de hábitos saludables a pesar de que un 88,3% había recibido educación terapéutica individual o grupal.

Aunque constan datos dispares sobre cumplimiento de la ADHES ⁹⁻¹¹, parece claro que existe una baja adherencia en PCD y en general en personas con enfermedades crónicas, lo que hace que los médicos de familia nos encontremos ante el reto de utilizar técnicas novedosas para mejorar resultados.

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.04.001>

1138-3593/© 2021 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

La evidencia sobre la mejor forma de recomendar esos cambios conductuales en el estilo de vida en las consultas de Atención Primaria (AP) es más bien escasa y controvertida^{1,12}. Aunque el grado de eficacia del consejo depende del tipo de cambio propuesto, las estrategias cognitivo-conductuales han probado ser útiles en el abordaje de estos cambios. Las intervenciones individuales sobre un solo factor de riesgo tienen un pequeño impacto en la salud de las personas y sus determinantes, por lo que se aconseja el abordaje integral de las conductas susceptibles de cambio para mejorar el estilo de vida¹³. Intervenciones más intensivas y de mayor duración se asocian con mayor magnitud de beneficio y más cambios mantenidos de las conductas saludables. Se recomienda la participación de otros profesionales (psicólogos, dietistas, etc.) siempre que sea necesario y factible¹.

La mayor parte de las intervenciones e investigaciones sobre el cambio de conducta se basan en el modelo de los estadios del cambio¹⁴, que plantea que cambiar una conducta es un proceso durante el cual las personas se mueven a través de una serie de etapas o estadios (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída), de tal manera que se proponen actuaciones diferentes según el estadio en el que se encuentra la persona^{1,15}. La entrevista motivacional (EM) se recomienda como un marco de trabajo en AP y no como una técnica a aplicar en todos los individuos¹⁶. La EM se ha recomendado como una intervención para promover cambio de estilo de vida en las guías clínicas y se clasifica en alguna de ellas como clase 1, nivel A de evidencia¹⁷. La EM implica escuchar reflexivamente y comprender los puntos de vista de la persona de una manera imparcial, sin prejuicios y sin que el clínico superponga sus propias opiniones. Expresar empatía, promover la autoeficacia, reconocer la resistencia o ambivalencia expresada por las personas y realizar un trabajo que ayude a descubrir posibles discrepancias entre sus circunstancias y metas futuras deseadas, son los pilares básicos en que se basa la EM^{18,19}.

Aunque desde AP los profesionales podemos afrontar los cambios de estilo de vida y lograr adherencia a los mismos con distintas técnicas, parece claro que la clave es la personalización de la prescripción, atendiendo a las preferencias, condiciones clínicas y hábitos de la PCD para lo cual es básico la educación terapéutica en diabetes (ETD) y el apoyo a la autogestión (AAG) de la enfermedad. La ETD y el AAG se deben realizar mediante un abordaje de aspectos clínicos, educativos, psicosociales y conductuales que son fundamentales para lograr la autogestión diaria y proporcionar los fundamentos para ayudar a todas las PCD a mejorar su autocuidado^{2,16,20,21}. Por lo tanto, es necesaria la implicación de todo el equipo de atención a las PCD para que estas reciban ETD y AAG con la finalidad de promover el logro de metas personales e influir en la consecución de resultados óptimos que nos permitan mejorar la adherencia a las terapias farmacológicas y no farmacológicas²². Esta acción requiere responsabilidad por todas las partes implicadas, desde los gestores sanitarios que deben establecer recursos para mejorar la información sobre diabetes a la población general, favorecer el acceso a la ETD y fomentar la educación de los profesionales sanitarios en técnicas destinadas a facilitar el AAG, pasando por los profesionales de AP que debemos dedicar tiempo e implicarnos en el empleo

de nuevas técnicas que favorezcan la autogestión y disminuyan la inercia terapéutica²³, y por supuesto incluyendo a las PCD que deben reclamar su participación activa en el control y seguimiento de su enfermedad.

Bibliografía

1. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, Funnell MM, Harms D, Hess-Fischl A, et al. Diabetes Self-management Education and Support in Adults With Type 2 Diabetes: A Consensus Report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care and Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. *J Acad Nutr Diet*. 2021;121:773–88 e9.
2. American Diabetes Association. 5. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care*. 2021; 44(Suppl 1):S53–S72.
3. Rutten GEHM, Alzaid A. Person-centred type 2 diabetes care: time for a paradigm shift. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2018;6:264–6.
4. Bellou V, Belbasis L, Tzoulaki I, Evangelou E. Risk factors for type 2 diabetes mellitus: An exposure-wide umbrella review of meta-analyses. *PLoS One*. 2018;13:e0194127.
5. Schwingshackl L, Bogensberger B, Hoffmann G. Diet quality as assessed by the healthy eating index, alternate healthy eating index, dietary approaches to stop hypertension score, and health outcomes: an updated systematic review and meta-analysis of cohort studies. *J Acad Nutr Diet*. 2018;118:74–100.
6. Schlesinger S, Neuenschwander M, Ballon A, Nöthlings U, Barbarek J. Adherence to healthy lifestyles and incidence of diabetes and mortality among individuals with diabetes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74:481–7.
7. Zhang Y, Pan XF, Chen J, Xia L, Cao A, Zhang Y, et al. Combined lifestyle factors and risk of incident type 2 diabetes and prognosis among individuals with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetologia*. 2020;63:21–33.
8. Look AHEAD, Research Group, Wing RR, Bolin P, Brancati FL, Bray GA, Clark JM, Coday M, et al. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2013 Jul 11;369:145–54.
9. Pérez Unanua MP, Alonso Fernandez M, López Simarro F, Soriano Llorca T, Peral Martínez I, Mancera Romero J. Adherencia a un estilo de vida saludable en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en España. *Semergen*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2020.08.009>.
10. King DE, Mainous AG 3rd, Carnemolla M, Everett CJ. Adherence to healthy lifestyle habits in US adults, 1988–2006. *Am J Med*. 2009;122:528–34.
11. Li H, Khor CC, Fan J, Lv J, Yu C, Guo Y, et al. Genetic risk, adherence to a healthy lifestyle, and type 2 diabetes risk among 550,000 Chinese adults: results from 2 independent Asian cohorts. *Am J Clin Nutr*. 2020 Mar 1;111:698–707.
12. Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JJ, et al. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. Grupo de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*. 2020;52 Suppl 2:32–43.
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Integral en Estilo de Vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. 2015. Citado 1 de abril 2021. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prev>

- Promocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida.en_Atencion Primaria.pdf.
14. Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. A 'stages of change' approach to helping patients change behavior. *Am Fam Physician*. 2000;61:1409–16.
 15. Mastellos N, Gunn LH, Felix LM, Car J, Majeed A. Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014. Issue 2. Art. No.: CD008066. DOI: 10.1002/14651858.CD008066.pub3. Accedida el 1 de abril de 2021.
 16. Mifsud JL, Galea J, Garside J, Stephenson J, Astin F. Motivational interviewing to support modifiable risk factor change in individuals at increased risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15:e0241193.
 17. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European heart journal*. 2016;37:2315–81.
 18. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2009;37:129–40.
 19. VanBuskirk KA, Wetherell JL. Motivational interviewing with primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*. 2014;37:768–80.
 20. Phillips LS, Barb D, Yong C, Tomolo AM, Jackson SL, Olson DE, et al. Translating What Works: A New Approach to Improve Diabetes Management. *J Diabetes Sci Technol*. 2015;9:857–64.
 21. Hunt JS, Siemieniczuk J, Gillanders W, LeBlanc BH, Rozenfeld Y, Bonin K, et al. The impact of a physician-directed health information technology system on diabetes outcomes in primary care: a pre- and post-implementation study. *Inform Prim Care*. 2009;17:165–74.
 22. Galindo-Rubio M. Educación terapéutica básica. *Diabetes Práctica* 2016; 07(Supl Extr 4):5-10. Citado 1 de abril 2021. Disponible en: https://www.redgdps.org/diabetespractica/files/1481274356.2016_suplemento_7-4.pdf.
 23. Gabbay RA, Kendall D, Beebe C, Cuddeback J, Hobbs T, Khan ND, et al. Addressing Therapeutic Inertia in 2020 and Beyond: A 3-Year Initiative of the American Diabetes Association. *Clin Diabetes*. 2020;38:371–81.

José Javier Mediavilla Bravo^{a,b}

^a Médico de familia. Centro de Salud Burgos Rural. Burgos

^b Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN
Correo electrónico: jmediavillab@gmail.com

14 de abril de 2021 15 de abril de 2021