

Aplicación de la técnica motivacional. Estrategias prácticas en el abordaje de pacientes adolescentes con alteraciones metabólicas y del peso *Application of motivational techniques. Practical strategies in dealing with teenager patients with metabolic and weight disorders*

Viviana A. Cramer^{**}; Viviana E. Medina^{*}

E-mail: draviviana@gmail.com; dravivianamedina@gmail.com

**Médica Pediatra, Coordinadora del Área de Clínica, Coordinadora del Consultorio de Transición de Enfermedades Crónicas, Servicio de Adolescencia, Hospital Dr. Cosme Argerich, CABA
E-mail: dravivianamedina@gmail.com; draviviana@gmail.com*

***Médica tocoginecóloga, Especialista en Ginecología Infanto Juvenil, Especialista. Endocrinología Ginecológica, Consultorio de Endocrinología, Espacio Interdisciplinario de Alteraciones Metabólicas y del Peso, Servicio de Adolescencia, Hospital Dr. Cosme Argerich, CABA*

Resumen

El sobrepeso y la obesidad en la población pediátrica y adolescente en las distintas sociedades están en aumento según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo que se hace necesario plantear nuevas estrategias por parte del equipo de salud, para que los adolescentes concienticen el problema y tengan la voluntad de cambio.

Esta actualización tiene el objetivo de transmitir algunas herramientas necesarias para la motivación de los pacientes a cumplir pautas y realizar cambios de hábitos.

Palabras clave: entrevista, motivacional, asesoramiento, adherencia.

Abstract

Overweight and obesity in the pediatric and adolescent population in different societies are increasing according to the WHO, so that it becomes necessary for the health team to propose new strategies for dealing with teens, to make them aware of the problem and willing to change. This update is intended to convey the necessary tools for the motivation of patients to comply with guidelines and make lifestyle changes.

Key words: interview, motivational, counseling, bond.

Introducción

Los factores etiológicos y predisponentes del aumento de prevalencia de sobrepeso, obesidad y/o síndrome metabólico en la población adolescente son conocidos por la comunidad médica, no habiéndose logrado aún la adherencia a cambios de estilo de vida. Sin dudas nuestra acción es “contracultural”, ya que le pedimos a un/a adolescente que realice una vida saludable, con comida sana, de bajo contenido graso y glucídico, que pase

menos horas frente a la televisión o la computadora, que realice mayor actividad física, que baje el consumo de alcohol y que duerma por lo menos 8 h diarias. Esto sumado a los mitos sobre nutrición, dietas milagrosas y falta de control en la oferta de los productos (1).

El dilema:

¿Cómo se pueden conseguir buenos resultados de prevención de enfermedad cardiovascular y diabetes en nuestros adolescentes?

¿Cuáles serían las estrategias correctas para mejorar la adherencia a cambios de hábitos?

¿Qué herramientas necesitamos los profesionales para motivar al paciente a cambiar?

En el modelo tradicional médico-paciente, el paciente debe acatar sumiso los mandatos y cumplir con las pautas recomendadas dejándolo excluido de cualquier elección y decisión. El énfasis está puesto en el descenso ponderal y el fracaso se lo adjudica al paciente.

Actualmente la necesidad de conseguir que nuestros pacientes concienticen su situación como un problema y tengan la voluntad de cambio pasa a ser “lo más importante” del tratamiento, y para ello es necesario educar al paciente, a su entorno familiar y al equipo médico (1, 2).

Sin dudas el modelo por utilizar es la negociación entre ambas partes para la toma de decisión (2).

Presentamos herramientas y estrategias necesarias para mejorar la adherencia y perpetuar a lo largo del tiempo los cambios de hábitos hacia un estilo de vida saludable.

Abordaje del paciente con síndrome metabólico, sobrepeso y/u obesidad

Proponemos algunas estrategias:

1. Evaluación de la etapa en que se encuentra el paciente al momento de la consulta.

- Utilización del “*counselling*” como herramienta central.
- Elaboración de estrategias como profesionales de la salud.

1. Evaluación de la etapa en la que se encuentra el paciente

La tendencia actual es la “*consulta centrada en el paciente*”, como un encuentro entre expertos, el médico experto cognitivo en medicina y el paciente experto en él mismo. Debemos comprender cuál es la experiencia del paciente con su patología; cuál es el problema y qué roles vamos a tener cada uno de los protagonistas. Considerar cada encuentro como un espacio de fortalecimiento vincular.

Para lograr la motivación a cambiar se debe creer que no cambiar es un riesgo para la salud y que se tienen todas las condiciones para cambiar (3).

La *motivación* es un estado de disponibilidad para realizar una acción, influenciado por diversos factores. Es la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar (4).

En 1982 Prochaska y Di Clemente crearon un modelo (Figura 1) para comprender cómo y por qué se producen cambios en una persona con patología crónica. Describieron las cinco etapas que atraviesa un paciente

durante el proceso de cambio y la intervención nuestra que permite mejorar el resultado (2,3,5).

1ª etapa: PRECONTEMPLACIÓN

El paciente considera que NO tiene un problema, no hay concientización, está resignado por los variados tratamientos y sus fracasos.

En esta etapa se trabaja el riesgo, la concientización y se ofrece información. Se señalan los hábitos actuales, se estudia al paciente y se estimula la automotivación.

2ª etapa: CONTEMPLACIÓN

El paciente concientiza el problema, pero tiene ambivalencia con respecto a su solución, se ejemplifica: “*quiero adelgazar, pero me encanta comer*”.

El paciente sabe que tiene un problema pero duda de su posibilidad de cambio, las contradicciones entre lo que hace y lo que desea, qué gana y qué pierde. Se estimula la autoeficacia.

3ª etapa: DETERMINACIÓN

El paciente considera que está dispuesto a cambiar. Esta etapa nos permite sugerencias y existe una buena predisposición para la negociación. Se le indican pautas y se lo ayuda a elegir un plan de actuación conjunta.

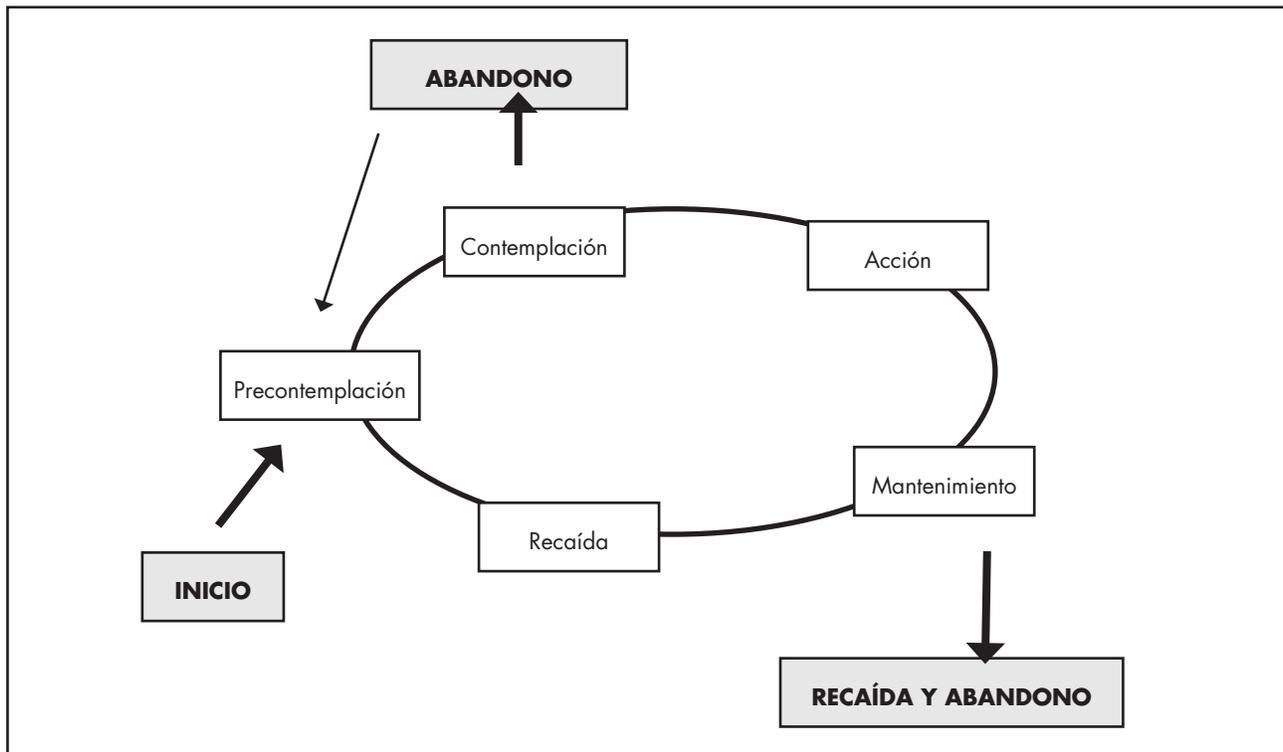


Figura 1.: Esquema del modelo teórico del cambio

4ª etapa: **ACCIÓN**

El paciente ha iniciado el cambio, está modificando conductas problema. Se trabajan objetivos posibles, la autoestima y autoeficacia, se pautan e indican de forma directiva conductas saludables. Se refuerza la autoconfianza y la decisión.

5ª etapa: **MANTENIMIENTO**

El paciente mantiene el cambio no menos de 6 meses, puede continuar o tener una recaída.

El objetivo es el compromiso, la adherencia a largo plazo, planificar el seguimiento, y discutir y verbalizar el concepto de recaída.

6ª etapa: **RECAÍDA**

Las recaídas son habituales. Se trabaja la transgresión, se la “blanquea”, se motiva volver al circuito. Se ayuda a pensar que las recaídas son una oportunidad de aprendizaje, se refuerza el compromiso, se reevalúa la motivación.

No siempre las diversas modificaciones que un individuo debe realizar están en la misma etapa de cambio. Everett observó que el ejercicio físico puede estar en una etapa contemplativa, mientras que la incorporación de verduras a la comida cotidiana se puede encontrar en una etapa de acción en un mismo paciente (6).

2. Utilización del counselling (6,10,11)

El *counselling* es una técnica que estudia los métodos de autoconocimiento, creatividad y despliegue de potencialidades. Se basa en el enfoque *centrado en la persona*, dentro de un contexto social y familiar.

Se basa en algunos principios:

- **Escucha empática:** capacidad de entender, comprender y responder sin dar juicio de valor.
- **Aceptación incondicional positiva:** aceptar al paciente tal cual es en el momento que se está generando el vínculo.
- **Concientización de uno mismo:** percepciones adquiridas y que se desarrollan acerca de lo que uno es y siente.
- **No directividad:** ayudar al paciente a encontrar por sí mismo la dirección del cambio.
- **Chequeo de percepciones:** es la metodología por la cual se observan, identifican y señalan las manifestaciones verbales, gestuales o de acción.

Esta disciplina ayuda a la facilitación de cambios y transformaciones, como al desarrollo y despliegue personal o grupal.

Se lo traduce como un *consejo asistido* que facilita los cambios duraderos en las conductas de nuestros

pacientes y sus familias, en el cual el paciente tiene el rol de conductor de su proceso enfermedad-salud, y el profesional, de facilitador.

El profesional facilita conocimientos, instrumentos, herramientas, técnicas, habilidades, materiales, sugerencias y alternativas. El paciente conduce su proceso, sus cambios conductuales, su salud y sus decisiones.

3. Estrategias desde el equipo profesional (Tabla I)

Considerar que frente a nosotros tenemos a un *adolescente*, con sus contradicciones, sus transgresiones, sus ambivalencias. El adolescente muchas veces no llega por propia inquietud. El consumo de alcohol, la omisión de comidas y el sedentarismo; el tiempo frente a la computadora, la televisión y las consolas hacen de estos hábitos de vida un riesgo para su salud adulta.

Esto determina que una consulta sea distinta, y las herramientas que debemos utilizar también.

El profesional debe trabajar tres aspectos para asegurar el regreso del adolescente a una segunda consulta, generar un cambio y sostenerlo en el tiempo:

- La entrevista motivacional.
- El manejo de la ambivalencia.
- El abordaje en la consulta.

Entrevista motivacional (1,2,11)

Dirigida a reforzar la motivación personal y la confianza para el cambio, explorando y resolviendo la ambivalencia.

La motivación es una parte importante e inherente a las tareas del profesional en el tratamiento de las enfermedades crónicas. Estas estrategias son:

- **Aconsejar:** identificar el problema, *recomendar un cambio específico por vez*.
- **Eliminar obstáculos:** evaluar las principales excusas de abandono, adecuación cultural, miedo al cambio y sus consecuencias.
- **Dar alternativas:** que el paciente sienta que es parte de la elección y de la toma de decisión.
- **Trabajar con el entorno:** en la población adolescente y pediátrica es de buena práctica trabajar con el núcleo familiar, que con frecuencia suele ser obesógeno.
- **Tener una escucha empática:** prestar atención a los comentarios del paciente sin dar un juicio de valor.
- **Ofrecer retroalimentación:** que el paciente tome nota de los registros de hábitos diarios.
- **Aclarar los objetivos:** desde el principio objetivos claros y posibles de realizar. Plantear metas a corto plazo con mensajes concretos y por escrito, que servirán para comparar lo acordado con la acción del paciente.
- **Ofrecer ayuda:** ser facilitadores del cambio.

Tabla 1. Tareas y estrategias adaptadas a los estadios del cambio.

ESTADÍOS	TAREAS	ESTRATEGIAS	
Precontemplativo <i>No ve el problema</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar el hábito y estadiarlo • Elaborar mapa de creencias • Trabajar la ambivalencia • Evitar y trabajar las resistencias • Aumentar la autoeficacia y la automotivación 	EMPATÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo narrativo • Evitar trampas • Reconocer resistencias
Contemplativo <i>Ve el problema pero con muchas dudas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las contradicciones entre lo que se hace y lo que se desea 	EMPATÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Lo anterior • Diario de salud • Hoja de balance
Determinación <i>Dispuesto a cambiar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Que el paciente verbalice el compromiso de cambio • Ayuda a elegir la mejor estrategia • Desarrollar un plan de actuación conjunto 	EMPATÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer sumarios • Preguntas activadoras
Acción <i>Ha iniciado el cambio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la autoeficacia • Informar sobre otros modelos que hayan tenido éxito 	EMPATÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo narrativo • Reconocer resistencias
Mantenimiento <i>Mantiene el cambio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir las recaídas • Aumentar la autoeficacia 	EMPATÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación conjunta de las situaciones de riesgo y elaboración de estrategias para aminorarlas
Recaída <i>Vuelve a la conducta anterior</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstruir positivamente y ayudar a renovar el proceso • Aumentar la autoeficacia y la automotivación 	EMPATÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Señalamiento emocional • Reestructuración positiva

S. Lizarraga, M. Ayarra

El objetivo es el de *aumentar las percepciones* del paciente sobre su capacidad de “saltar” obstáculos y seguir con la meta del cambio. Puede deberse a una fuerza intrínseca (bienestar, superación personal, necesidad); o a una fuerza extrínseca (social, cultural, poder, dinero).

Es frecuente observar en las/los adolescentes que la presión estética y la necesidad de pertenecer a un grupo social es una **motivación extrínseca** que produce grandes cambios del estilo de vida.

Pero la capacidad para realizar un cambio depende de la **voluntad del individuo**, y es ésta la **motivación intrínseca**. *Como profesional debemos detectar cuál es esa motivación interna que puede llevar a realizar un cambio, beneficiando la salud y que perdure en el tiempo.*

La **autoconfianza** es útil para el comienzo de todo cambio, recordarle el o los logros obtenidos hasta el momento.

Existen 5 **principios generales de la entrevista motivacional** (5,11):

- **Principio de empatía:** una escucha reflexiva ayuda a una aceptación del problema.
- **Principio de discrepancia:** hay que crearla, entre la conducta actual y el nuevo objetivo, confrontarlo con

las consecuencias y ayudarlo a pensar sus razones para el cambio.

- **Evitar la discusión:** ante la resistencia del paciente, cambiar nuestra estrategia. No discutir ni defender un argumento.
- **Darle un giro a la resistencia:** no imponer los nuevos puntos de vista, sino sugerirlos.
- **Fomentar la autoeficacia:** estimular la posibilidad de cambio; hablar con esperanza de que hay siempre una estrategia y un tratamiento especial para él.

Manejo de la ambivalencia

La **ambivalencia** es obstáculo para el cambio, los elementos para trabajar son la autoestima, el contexto social, el costo-beneficio a largo plazo. Elaborar un plan para cada paciente.

Abordaje en la consulta

El éxito de la adherencia depende en mayor medida del vínculo con el paciente, de la empatía que uno tenga al escuchar sus inquietudes y de la comprensión sobre cómo resolverlas.

Es importante acceder y capacitarse en las pautas culturales, sociales, económicas y alimenticias, y utilizarlas adaptando el tratamiento a su realidad.

Felicitar los logros, nunca castigar las recaídas, ofrecer la oportunidad de regresar de la transgresión, no indicar dietas, sugerir acotar las porciones, con lo que “hay en la heladera” y con sus gustos, pautarle las transgresiones, que también en ese momento sienta la empatía y el acompañamiento por parte nuestra.

Una buena estrategia al terminar la consulta es ofrecerle al paciente un **resumen**.

Llevar la conversación hacia la posibilidad de cambio, aunque el motivo de consulta no haya sido el tema del peso. Siempre formular preguntas “abiertas”, *no responder con sí o no, no dar juicio de valor, permitir que el paciente utilice sus propias palabras. Preguntas tales como: ¿Cuál es el comportamiento que más te preocupa?*

Pedir **permiso** antes de abordar temas sensibles informando y ofreciendo consejería en forma simultánea, apoyar la autonomía del paciente: *Me gustaría hablar acerca de..., ¿te parece bien...?*

Tomar el tema a partir de la **información** que posee el paciente, o sea, considerar lo que ya sabe. *¿Qué entiendes por...?*

Preguntar utilizando primera persona del plural como forma de implicación mutua. Cuando el paciente siente que “conduce” su proceso, aumenta enormemente la probabilidad de ofrecer un cambio, preguntándole alternativas:

“¿Qué te parece si intentamos que...?”; “¿Qué te parece si, a partir de lo que hemos hablado, intentas...?”.

Todo adolescente tiene derecho a comer lo mismo que sus pares y lo que le gusta, pero siempre en cantidades adecuadas, varias veces por día, sin olvidar el aumento de actividad física, o sea, mejorar su calidad de vida, su pronóstico futuro a partir de cambios de hábitos. Y nunca olvidarse de trabajar con la familia y el entorno.

Agradecimiento

A la Srta. Constanza Bossi por sus conocimientos tecnológicos que ayudaron al correcto diseño del escrito.

Referencias

1. Katz M. Aplicación del manejo del peso corporal, Curso de Obesidad y Síndrome Metabólico on line, Modulo VII, año 2010.
2. Díaz R, Grosso C, Wasserman A. Aspectos de la comunicación, estrategias de motivación y adhesión en la práctica asistencial; IV Curso de Capacitación de Postgrado de Síndrome Metabólico y Arterioesclerosis, Módulo III; año 2010, p. 64-103.
3. Katz M. Manejo nutricional, del dietismo a la alimentación saludable y sostenible; Curso de Obesidad y Síndrome Metabólico on line, Modulo VIII, año 2010.
4. Nagel L, Salas O, Muñoz F, Galvez D. Taller de Entrevista Motivacional para el entrenamiento de la obesidad, IV Curso temas nuevos en salud del adolescente, 2010 Annual Meeting, Toronto, Canada, April 7-10.
5. Cormillot A. Educación en enfermedades crónicas; Curso de Obesidad y Síndrome Metabólico on line, Modulo V, año 2010.
6. Bimbela J. El Counselling una tecnología para el bienestar del profesional. Anales. 2000;24(Supl 2):32-42.
7. Bayes R. El counselling como instrumento terapéutico. Estrés y salud. Valencia: Promolibro; 1997. p. 343-350.
8. Bimbela JL. Cuidando al cuidador; Counselling para médicos y otros profesionales de la salud, 4ª ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Publica; 2001.
9. McDonald J, Goldman RE, O'Brien A, Ayash C, Mitchell K, Marshall R, Taveras EM. Health information technology to guide obesity management. Clin Pediatr. 2011 Jun;50(6):543-9.
10. Pickett-Backley O, Bleich SN, Cooper LA. Patient physician gender concordance and weight related counseling of obese patients. Am J Prev Med. 2011;40(6):616-9.
11. Haugstvedt KT, Graff-Iversen S, Bechensteen B, Hallberg U. Parenting an overweight u obese child: a process of ambivalence. J Child Health Care. 2011 Mar;15(1):71-80.