

Motivación para una vida saludable



C. Núñez Jiménez¹, M. E. Fernández Segura²

¹Pediatra. CS Trencadors. Mallorca. España. Miembro del grupo de Educación para la salud de la AEPap.

²Pediatra. CS Nerja. Málaga. España. Miembro del grupo de Educación para la salud de la AEPap.

INTRODUCCIÓN

“Estado de disponibilidad o deseo de cambiar”. La palabra motivación es el resultado de *motus* (movido) y *motio* (movimiento).

La motivación implica la existencia de alguna necesidad. Cuando alguien está motivado considera que aquello que le entusiasma es imprescindible o conveniente. Por ello, la motivación es el lazo que hace posible una acción como forma de satisfacer una necesidad.

Una de las funciones prioritarias de los profesionales de la salud es promover comportamientos saludables. Para ello, tradicionalmente han aceptado enfoques “directivos” que informan e instruyen a los pacientes sobre lo que es necesario.

Este enfoque paternalista en muchas ocasiones causa un aumento de la resistencia del paciente. ¿Y qué causa en el profesional? Indignación, impotencia (“si es que no me hace caso”...).

Sin embargo, cuando estos mismos profesionales han intentado llevar a la práctica durante algún tiempo alguno de los consejos que ellos daban a los usuarios (realizar una dieta, hacer actividad física, etc.), estos niveles de indignación y desesperación han disminuido de forma considerable, al darse cuenta que no es tan fácil llevar a cabo lo que aconsejaban.

¿Estamos haciendo algo mal?

A ningún profesional se le ocurriría pautar un tratamiento farmacológico sin realizar un buen diagnóstico previo. De igual forma, antes de recomendar un cambio de comportamiento, deberíamos investigar los problemas o dificultades que causa esto al paciente y a su familia. Así la intervención será más efectiva y el profesional disminuirá su frustración.

MODELO PRECEDE

Las siglas PRECEDE son un acrónimo de *predisposing* (predisponentes), *reinforcing* (reforzadores), *enabling* (facilitadores), *causes* (causas), *educational* (educacional), *diagnosis* (diagnóstico) y *evaluation* (evaluación). Fue descrito por Green y Kreuter y se diseñó como una forma de valorar las necesidades de educación para la salud de una comunidad.

Estos factores son los que constituyen el centro de actuación de una intervención de educación para la salud dirigida siempre a la adopción voluntaria de una conducta saludable.

Factores predisponentes

Tienen que ver con la motivación del sujeto o grupo para llevar a cabo la conducta que se pretende promover. Son:

- **Información:** lo que sabe y lo que no sabe la persona en relación a la conducta que se está analizando.
- **Actitudes:** su posicionamiento ante esa conducta. Por un lado, si se siente en riesgo o no respecto a la conducta a modificar y, por otro, si se siente capaz de modificarla.
- **Valores y creencias:** en relación a las prácticas que desea eliminar como las que pretende adoptar.

Los factores predisponentes son subjetivos.

A la hora de trabajar con ellos es importante investigar los factores predisponentes de las personas que no llevan a cabo la conducta analizada, para poder modificarlos, así como los de los que la llevan a cabo, para poder reforzarlos.

Factores facilitadores

Se refiere a la facilidad que tiene la persona o el grupo de poner en marcha la conducta una vez que ya está motivado para ello. Estos factores son objetivos. Son:

- Las **habilidades** que tiene o no tiene para realizar la conducta y para incidir sobre el entorno a fin de prevenir o modificar las acciones que son contrarias a la conducta trabajada.
- La **existencia y accesibilidad de recursos**, materiales y personales, que faciliten el poder llevar a cabo la conducta (un ejemplo: si los adolescentes no van a comprar condones, puede ser: por su precio, porque cuando van a la farmacia el farmacéutico les interroga acerca de por qué los quieren, o si a ciertas horas del día la farmacia abierta más cercana está a varios kilómetros).

Factores reforzantes

Aparecen tras poner en práctica ese comportamiento. Pueden reforzar positiva o negativamente. Se refieren a:

- La respuesta de los agentes clave del entorno de la persona.
- La respuesta del propio individuo o grupo.
- Los beneficios o perjuicios físicos y emocionales.
- Las consecuencias económicas.

Una vez hecho el diagnóstico, podemos empezar a trabajar junto con el paciente y su familia en la motivación para el cambio. Este trabajo se podrá realizar a nivel individual y a nivel grupal. En este artículo nos centraremos en la motivación a nivel individual y nos basaremos en el decálogo de petición de cambios y en la entrevista motivacional (EM).

DECÁLOGO DE PETICIÓN DE CAMBIOS

Antes de llevar a cabo la intervención, son necesarios unos requisitos:

- Prevenir y/o disminuir las alteraciones emocionales, tanto del paciente como propias.
- Establecer una buena comunicación con el paciente y su familia.
- Llevar a cabo un buen diagnóstico comportamental.

Una vez que se hayan realizado los tres requisitos, podremos aplicar el decálogo de petición de cambios:

1. **Buscar el momento y lugar adecuado.** No intentar buscar el ideal pues no existe; simplemente el mejor posible.
2. **Ir de uno en uno.** Debemos pedir un cambio cada vez. Es importante conocer dónde está el umbral de cambio del paciente. Si lo sobrepasamos, probablemente tendremos una negativa global a cualquier cambio.
3. **Preparar, planificar y escribir detenidamente cada uno de los siete pasos siguientes.** Esto tiene como objetivo aumentar la eficacia de la intervención.

4. **Empezar con algo positivo, reforzándolo.** Es importante que desde el primer momento facilitemos la predisposición de la persona que tenemos delante para aceptar sugerencias.
5. **Describir de forma concreta la conducta clave, evitando así juicios de valor que culpen al usuario.** Un ejemplo sería cuando a una madre le decimos “cuando para merendar le llevas al cole galletitas de chocolate” en vez de culparla diciendo “si todos los días le llevas galletitas de chocolate para merendar...”.
6. **Explicar la consecuencia negativa para el otro de la conducta descrita en el punto anterior.** En el ejemplo anterior, “su peso aumentará”. Es muy importante que la consecuencia negativa sea considerada como un problema por el paciente. Esto lo sabremos tras haber aplicado el PRECEDE.
7. **Ponerse en el lugar del otro, empatizar anticipando las dificultades detectadas al llevar a cabo el PRECEDE.** “Entiendo que le lleves galletitas porque todas las mamás lo hacen, porque es un niño y ve a los demás...”.
8. **Asumir propia responsabilidad si la hay.** Es una forma de implicar al profesional y quitar la culpa al otro. “Tal vez yo no te he explicado las ventajas de...”.
9. **Pedir el cambio mediante preguntas y utilizando la primera persona del plural.** Se trata de buscar juntos las posibles soluciones. Cuando la otra persona se siente participe del proceso, su implicación aumenta mucho y, de la misma manera, la probabilidad de que el cambio de comportamiento sea duradero. Es fundamental que los cambios que se pidan sean realistas para el paciente. “¿Qué te parece que podemos hacer para que no le lleves galletitas de chocolate para merendar?”.
10. **Ofrecer, preguntándole, diversas alternativas de cambio;** solo en el caso de que el otro no haya aportado alternativas que puedan ser utilizadas. “¿Qué te parece si te planteas llevarle galletitas solo un día a la semana?”

Es importante que una vez que la otra persona ha planteado su alternativa o escogido una de las que se le ofrecían, se “cierrre” el decálogo con un acuerdo que incluya:

- La alternativa escogida, expresada de la forma más concreta y operativa posible.
- Un plazo de tiempo lógico para su realización.
- Los apoyos, de tipo metodológico, emocional, etc., que el profesional facilitará.

En caso que se consiga el cambio es importante reforzarlo para que se mantenga en el tiempo. Para ello debemos:

- Darle mensajes de reconocimiento, en primera persona del singular.

- Avisarle de las ventajas que obtendrá con el cambio.
- Repetir los puntos anteriores.
- Reforzarnos por el cambio logrado por el paciente.

En caso de que el cambio no se consiga:

- Hacer algo de autocontrol emocional (evitar la rabia y la frustración).
- Preguntar sobre los motivos que han hecho que el cambio no pudiera llevarse a cabo.
- Repetir el decálogo teniendo en cuenta estas dificultades.
- Avisar de las consecuencias de mantener esa conducta, evitando en todo momento hacerlo de forma amenazante.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL. MOTIVAR HACIA EL CAMBIO

Estamos acostumbrados a utilizar en la consulta el estilo directivo, exagerando las peticiones y consejos; se usa el papel de “experto” que trata de persuadir a la familia. Este estilo directivo puede volver a la familia pasiva. En el estilo directivo, los profesionales proporcionan información sobre el riesgo de continuar un determinado comportamiento o sobre los beneficios del cambio con el intento de persuadirles y este estilo de comunicación intenta despertar la motivación a través de un aumento de la percepción de riesgo: “es muy importante que vuestro hijo empiece a controlar el peso ahora, antes de que se convierta en un problema grave”.

La EM es un conjunto de técnicas orientadas a facilitar la adquisición y mantenimiento de conductas saludables mediante una entrevista semiestructurada y centrada en el paciente y su familia. Los profesionales que utilizan la EM como modelo de relación clínica evitan poner etiquetas y permiten que la familia encuentre aquello que es más importante para ellos. Tampoco se juzga y se trata de mostrar empatía y estímulo. Se trata de crear un clima de apoyo, de no confrontación, en el que la familia se sienta animada a expresar tanto los aspectos positivos como los negativos de su comportamiento actual.

Esta técnica de comunicación se puede aplicar tanto en la actividad asistencial de enfermedades crónicas como obesidad, asma, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)... como en las actividades preventivas y de promoción de la salud. Se usa cuando en la entrevista con la familia se advierten necesidades no problematizadas por la familia o necesidades que son presentadas a la familia pero ante las cuales, aparte de quejarse, no se les ve actuar ante la sugerencia emitida por el profesional sanitario.

Los adolescentes son una población especialmente apropiada para intervenciones motivacionales cortas en nuestras consultas de Atención Primaria (AP). La mayoría de la morbilidad está relacionada con factores sociales y conductuales como abuso de sustancias, accidentes, enfermedades de transmisión sexual (ETS), trastornos alimentarios, embarazos no deseados y depresión.

¿Cómo podemos llegar a acuerdos? Cuidando el estilo de comunicación en la consulta pediátrica. Una adecuada técnica de comunicación ayuda al pediatra a establecer relaciones gratificantes con los niños, adolescentes y sus familias.

La entrevista motivacional es una estrategia de comunicación que expresa empatía, acepta la ambivalencia, maneja las resistencias y refuerza la autoeficacia. Ayuda al paciente a desarrollar sus propios motivos para el cambio y facilita los procesos naturales de cambio que existen en todo ser humano. Descubre las motivaciones, lo que no significa aumentar el deseo. Las personas cambian de muy diversas maneras y por una multitud de razones diferentes. El terapeuta se muestra en disposición de colaborar y respeta la autonomía y la libertad de elección del paciente. El límite de nuestra intervención es el respeto a la libertad de decisión.

El éxito de la EM es que escucha reflexivamente, expresa nuestra aceptación y obtiene y refuerza las declaraciones de automotivación.

Explicando la psicología del desarrollo del niño desde un punto de vista holístico/ecológico, los niños y adolescentes actúan influenciados por el ambiente doméstico, educativo, religioso y del vecindario. Las personas actúan influenciadas por el ambiente que les rodea y un cambio en su desarrollo no puede pensarse sin considerar el contexto. Además, el comportamiento es el resultado de pensamientos y emociones. Para cambiar la conducta hay que abordar ambos y a la vez incluir la ambivalencia, el “quiero y a la vez no quiero”.

Miller y Rollnick, en 1991, definieron la EM como una aproximación destinada a ayudar a los pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar. Se formuló en un inicio para preparar para el cambio de conductas adictivas.

La EM es congruente con el enfoque transteórico de Prochaska y DiClemente, debido a que Miller y Rollnick describen diversas tareas para los terapeutas según la disposición motivacional de los pacientes para modificar sus hábitos.

1. **Pedir permiso:** concederles el poder de cambiar.
2. **Escucha reflexiva:** tras cada respuesta se le devuelve un resumen. Busca experiencias precedentes de éxito; los fallos se consideran experiencias.
3. **Hacer preguntas abiertas.**

4. **Detectar la predisposición al cambio:** evaluar la disponibilidad para el cambio.
 - a. **Precontemplativo:** no ve la necesidad de cambiar.
 - b. **Contemplativo:** valora la necesidad de cambiar.
 - c. **Preparación:** planifica el cambio.
 - d. **Acción:** realiza el cambio.
 - e. **Mantenimiento.**
 - f. **Recaídas/desliz.**
5. **Trabajar la ambivalencia:** destacar las partes del discurso que reflejan su doble posición.
6. **Saber manejar las resistencias:** la resistencia es problema del terapeuta. No hay que desmontar las resistencias, no persuadir, no argumentar contra las creencias irracionales.
7. **Ofrecer alternativas:** animar al cambio, pero no insistir en el cambio.
8. **Favorecer la autoeficacia y conseguir que expresen afirmaciones automotivadoras** (cuando la persona se oye a sí misma decir que es capaz). El terapeuta apoya y aumenta la motivación buscando la autoeficacia. Hay que valorar lo que es más agradable y factible. Se busca que expresen sus razones y sus planes de cambio o no.
9. **Proporcionar feedback:** hacer una hoja de balance.

La entrevista motivacional se centra en tres estilos de comunicación: acompañar, guiar y dirigir. Estos estilos cambian según la capacidad del profesional y la fase de estadio de cambio en que se encuentre la familia.

Acompañar

Se basa en la escucha reflexiva y las preguntas abiertas. El profesional adquiere información sobre cómo piensa el paciente en relación con un determinado comportamiento o problema de salud y descubre su historia. Sirve para identificar juntos en qué comportamiento centrarse. El profesional debe transmitir que no quiere influir en la familia sobre su elección. Inicialmente el profesional recoge simplemente lo que se ha dicho. En fases siguientes utiliza reflexiones más complejas, que pongan de manifiesto la ambivalencia. Esto sería la historia clínica de la EM. Las reflexiones sobre el relato son los instrumentos clave para las siguientes fases, ya que emergen de la historia del paciente posibles soluciones a los obstáculos y barreras o nuevas claves de acción.

Las reflexiones usan palabras o soluciones a las cuales la familia ha hecho referencia previamente, a diferencia de los consejos no pedidos y de la persuasión directa. La escucha reflexiva consiste en demostrar que el profesional ha escuchado y está intentando comprender al paciente, confirmando sus pensamientos y

reflexiones. Se puede contextualizar como un modo de verificar hipótesis: “si he comprendido bien, usted está diciendo...”, “usted tiene dificultad con...”, “cuando dice... quiere decir...”. La escucha reflexiva garantiza que la entrevista esté centrada en el paciente. Es muy importante en este punto no responder a preguntas o dar consejos. Las preguntas y los consejos responden a lo que el terapeuta quiere escuchar más que a lo que la familia quiere o tiene necesidad de explorar.

Para resaltar las ambivalencias e incongruencias se usan preguntas abiertas, porque aportan más información y favorecen la reflexión y el avance. “¿Por qué no quiere vacunarle?”, “¿por qué quiere que lo envíe al endocrino?”. Estamos acostumbrados en la consulta a emitir una ráfaga de preguntas cerradas. Estas respuestas de sí o no mantienen el modelo de experto-activo frente a paciente-pasivo.

Si vamos un paso más allá, las preguntas abiertas ayudan a la familia a autoobservarse y a pensar acerca de sí misma. Son preguntas enfocadas al proceso saber/entender/actuar y no preguntas destinadas al porqué. “¿Qué te gustaría hacer respecto a las vacunas de tu hijo?”, “¿en qué piensa que le va ayudar el endocrino a perder peso a su hijo?”.

Un elemento clave en la EM es considerar la ambivalencia como una fase normal del proceso de cambio, no como un obstáculo. Se anima a la familia a expresar la ambivalencia.

La ambivalencia es un problema que tienen los padres relacionados con muchos hábitos de salud y la crianza. Padres y madres hacen cosas que creen que no deberían hacer... pero no se les ocurren alternativas. Padres y madres no hacen cosas que deberían hacer porque... alguien les ha dicho que no deben hacerse.

Ante este hecho es necesario que permitamos a los padres que expresen y entiendan sus emociones. Hay que ayudar a separar “lo que dicen que hay que hacer” frente a “lo que de veras quiero hacer”. Ellos deciden y se sienten mejor.

Otro elemento importante de la EM son las resistencias. “Se hacen malabarismos con las resistencias”. Se ayuda a la familia a pensar y expresar verbalmente la forma en que su comportamiento actual reduce su capacidad de lograr los objetivos de su vida. No se intenta desmontar la resistencia, no se contraponen argumentos a las creencias irracionales o desadaptativas, no se convence, no se persuade. El profesional evita discusiones, no se pone en contra a la familia porque induce desconfianza y escasos resultados.

Si los padres están en la fase de precontemplación o contemplación, se puede utilizar el test importancia/confianza para evaluar juntos el problema y aumentar su motivación para el cambio:

- Primera pregunta: “En una escala del 0 al 10, donde 0 significa nada importante y 10 es muy importante, ¿cómo de importante/estás interesado en cambiar los hábitos de tu familia?”.
- Segunda pregunta: “En una escala del 0 al 10, donde 10 significa mucha confianza, ¿cuánta confianza tiene en poder hacerlo?”.

Tras las respuestas, el profesional continua una estrategia: primero preguntando a la baja, “si ha respondido 5, ¿por qué no ha escogido 3?”; así aflora la **motivación** para el cambio; a continuación se pregunta al alta, “¿por qué no ha dicho 7?”, y así afloran los **obstáculos**. Finalmente se pregunta “¿qué te falta para decir 7?” y se le estimula a encontrar las **soluciones**.

Guiar

Fase de planificación del cambio. Se puede usar el test de importancia/confianza para definir las acciones. El profesional guía delicadamente a la familia hacia una decisión sobre su comportamiento.

Dirigir

Esta tercera fase se produce después de que la familia haya tomado su decisión sobre el comportamiento a cambiar. Entonces la acción que corresponde es ayudar a la familia a diseñar un plan concreto de acción y establecer objetivos con pequeños pasos. Se apoya la autoeficacia. El profesional no aconseja, sino que establece objetivos y resuelve problemas. El tono de la discusión es el de “sugerir” la acción o la solución con expresiones como “podría funcionar” o “se podría considerar”.

Este tipo de consejo motivacional centrado en el paciente para conseguir cambios de comportamiento o adquisición de hábitos saludables se conceptúa de manera breve en la Atención Primaria para su implementación en la práctica clínica general y por supuesto pediátrica. Es decir, los elementos de la EM y el modelo de los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente se simplifican y adaptan para su uso con pacientes en consultas breves. Se denomina la regla de las cinco aes (*ask, assess, advice, agree, assist, arrange*); serían cinco fases: pedir permiso, averiguar, informar, acordar juntos un programa, incrementar los instrumentos para el tratamiento y diseñar un plan.

Fase 1. Ask: pedir permiso para ocuparse del problema de salud que identificamos. Es importante expresar empatía. Se vive un clima de aceptación, no de acuerdo ni aprobación. Se establece un vínculo positivo con la familia.

Fase 2. Assess: averiguar, hacer aflorar las reacciones y atender a la familia mediante la escucha reflexiva. Refuerzo positivo de los comportamientos que estén en rango óptimo, manifestar los que no están en rango óptimo. Hacer con la familia una reflexión compartida sin negar las ambivalencias.

Fase 3. Advise: informar a la familia, si se encuentra en fase de acción, de cuál sería para ellos el aspecto más fácil o más interesante para cambiar. Es decir, las elecciones de vida y salud que toman de manera consciente, autónoma y personalizada, según su nivel cultural y asociadas a sentimientos placenteros, que son subjetivos.

Fase 4. Agree: acordar juntos un programa. Aquí se evaluarían las resistencias para aumentar la motivación para el cambio. Se utilizaría el test de importancia/confianza para hacer aflorar la motivación, las barreras para el cambio y encontrar las soluciones a los obstáculos.

Fase 5. Assist-arrange: si está clara la decisión de cambiar, resumir las ventajas y los inconvenientes expuestos por la familia y preguntar cuáles serían las fases sucesivas: “¿Cuál podría ser el primer paso?, ¿qué podrías hacer la próxima semana?”. Proporcionar siempre refuerzos positivos. Si la familia no está preparada para la acción, dejar un tiempo de reflexión sin culpabilizarla. Si hay un plan de cambio acordar una nueva entrevista en 4-8 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Rubio A, Gil Barcenilla B. La entrevista motivacional en la consulta de Pediatría. Su aplicación en el manejo de la obesidad infantil. En: AEPap. Curso de actualización en Pediatría 2013. Madrid: Exlibris Ediciones, 2013. p. 365-73.
- Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. Manual de educación para la salud. Navarra: Instituto de Salud Pública de Navarra, 2006
- Bimbela Pedrola JL. Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2007.
- Arroba Basanta ML, Dago Elorza R. Metodología del consejo. Estrategias que favorecen la adquisición o el cambio de hábitos de los pacientes y sus padres. Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10:e45-55.
- Tanas R. La entrevista motivacional y las 5 aes. Curso de actualización en obesidad infantil. La red de la sandía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2014.