



Jueves 16 de febrero de 2017
Mesa redonda:
Sobrepeso y obesidad infantil:
no tiramos la toalla

Moderadora:

Carmen García Rebollar

Pediatra. Consultorio Morazarzal. Madrid.

Co-directora de FAPap.

■ **¿Qué nos puede ayudar en consulta a mejorar nuestros resultados?**

Hernán Cancio López

Psicólogo. Director Instituto Antae. Madrid.

■ **Sobrepeso y obesidad infantil: no tiramos la toalla**

Carlos Casabona Monterde

Pediatra AP en Santa Cristina de Aro.

ABS Sant Feliu de Guixòls, ICS, Girona.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Cancio López H. ¿Qué nos puede ayudar en consulta a mejorar nuestros resultados? En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 33-7.



Consejo de Formación Continua
de los Profesionales Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

¿Qué nos puede ayudar en consulta a mejorar nuestros resultados?

Hernán Cancio López

Psicólogo. Director Instituto Antae. Madrid.

hernancancio@antae.net

RESUMEN

Abordar la obesidad infantil en consulta es una tarea muy compleja que requiere de un conjunto de actitudes, conocimientos y habilidades que faciliten al profesional esta labor. Actualmente existen múltiples evidencias de que el tipo y calidad de la relación que se establezca con el niño y su familia será un ingrediente activo y fundamental del tratamiento.

En la formación médica tradicional se aprende a tratar con agentes patógenos, pero no con la ansiedad, preocupación y peculiaridades de cada familia. En la formación profesional médica se dedica mucho tiempo a estudiar la enfermedad, pero poco a estudiar enfermos.

La obesidad es un trastorno en el cual los factores medioambientales y psicológicos juegan un papel muy relevante. La relación con el niño y su familia va a ser crucial. Sugerir y no imponer el cambio, fomentar la responsabilidad a través de dar la opción a elegir, empoderar y hacer partícipe al niño, ser sensible a las dificultades y escuchar las emociones van a ser los ingredientes que van a permitir mejorar nuestros resultados al prescribir cambios en el estilo de vida.

INTRODUCCIÓN

La evidencia actual en torno a los factores que facilitan el **cumplimiento terapéutico** no apunta a un solo factor como determinante y, por tanto, revela la naturaleza multifactorial del fenómeno. Una revisión Cochrane¹ de la literatura médica en torno al tema nos muestra que:

- La relación con el paciente influye en los resultados.
- La educación e información del paciente no basta para mejorar la adhesión.
- Buscar aliados en el entorno familiar mejora muy significativamente la adhesión en salud mental y solo modestamente en otras patologías.
- Las intervenciones conductuales inciden de forma positiva en el tratamiento, especialmente aquellas que hacen énfasis en sus beneficios potenciales y en la responsabilización del paciente. Los recordatorios también muestran resultados significativos.
- Las intervenciones que simplifican el tratamiento muestran también resultados positivos.
- El *counselling* y otras intervenciones de tipo psicológico muestran resultados significativos (entre ellas la entrevista motivacional).
- La combinación de varios abordajes a la vez muestra los mejores resultados.

INFORMAR FRENTE A MOTIVAR

Un aumento de la información no mejora, necesariamente, la adhesión; son otros los aspectos que parecen incidir de un modo más directo en la motivación. El modelo informativo o de “consejo de experto”, que ha sido el más ampliamente utilizado en consultas médicas y de enfermería, solo obtiene resultados en muy pocos pacientes. ¿Y esto por qué es así, si parece lo más “razo-

nable”?; porque la relación entre pensamiento racional y conducta está mediada emocionalmente.

La información sirve para cambiar actitudes, pero si queremos cambiar conductas hemos de llegar a la emoción. La familia y el niño han de encontrar por sí mismos una razón significativa para él, un para qué, por el que le valga la pena esforzarse (“**si ya sé que comer tanta grasa me hace daño, pero es que me encanta...**”).

Cuando se trata de motivar al paciente a un cambio en su estilo de vida van a influir bastante más otros factores, como el tipo de relación que con él/ella establezcamos, que la información que le proporcionemos.

De estos factores comenzamos por destacar dos:

- **Establecer una relación de confianza** que nos permita influir de una manera positiva y constructiva.
- **Generar un contexto de búsqueda de beneficios más que de evitación de perjuicios** (el miedo no es suficientemente motivador en la mayor parte de los casos).

LA ENTREVISTA CLÍNICA MOTIVADORA

Ayudar a pensar al niño y su familia lo que ganaría con un poco de esfuerzo en un contexto sin juicios ni culpabilizaciones va a resultar más efectivo para él, y más agradable para el profesional, ya que no resulta nada placentero estar “echando broncas” o recriminando a personas adultas a las que, con ese trato, se infantiliza, lo que dificulta ganarnos su confianza.

Dirigir una entrevista desde esta perspectiva supone adoptar determinadas actitudes: estar abierto a las emociones por medio de la **empatía** y a mostrar **respeto** a través de la aceptación del otro y su libertad de elegir. No se puede obligar a nadie, ni siquiera a un niño, a hacer algo contra su voluntad. Es necesario persuadirle y “hacer equipo”: padres, profesionales y el propio niño. Si existe tensión previa en casa y discusiones debido a la comida, cosa frecuente cuando los padres son delgados y el niño

no lo es, es conveniente cortar de raíz estas actitudes y liderar el tema de la comida. Liberar al niño del control paterno y materno ayuda a que se responsabilice y ponga de su parte. **En la entrevista motivacional se sugiere y propone, jamás se impone.**

En el caso de los preadolescentes la comida puede ser un modo de rebelarse y autoafirmarse ante los padres. Estar atentos a estas implicaciones puede ser clave. Si se perciben problemas psicológicos o familiares lo más conveniente es derivar a un profesional especializado.

Una de las funciones prioritarias de los profesionales de la salud es promover comportamientos saludables, ya sea para prevenir enfermedades, para controlarlas o para disminuir sus efectos adversos. Con estos objetivos, se tiende a **aconsejar** realizar dieta, hacer ejercicio físico, tomarse las cosas con tranquilidad, no mirar las pastelerías... y algunos profesionales se desesperan al comprobar que sus **bien intencionados consejos** no obtienen los resultados que esperaban. No se produce el cambio. El tema que nos planteamos es **cómo informamos, cómo comunicamos**. A veces no recordamos una sencilla premisa epistemológica que defiende: "a las personas les gusta que les digan lo que tienen que hacer; pero les gusta mucho más hacer lo contrario...".

Es cuestión de dar la opción a elegir; no de imponer el cambio. Es cuestión de comprometer al paciente en sus objetivos de querer cambiar y comprometerse juntos. Es cuestión, también, de empatizar; escuchar y preguntar... antes de hablar. Es una técnica relacional personalizada que permite al **paciente conducir** su propio proceso de cambio de comportamiento involucrándose en su proceso de salud. El **profesional** no le impone: tiene que hacer esto, no debe hacer aquello, sino que le **facilita** conocimientos, herramientas, técnicas, comprensión y apoyo emocional, generando un espacio de confianza donde el paciente se siente entendido y motivado porque se le han preguntado sus opiniones y escuchado sus emociones

La motivación proviene del propio paciente (sus valores, sus intereses son lo que movilizarán, en última instancia la emoción necesaria para cambiar su estilo de

vida) pero la ayuda para explorar sus razones para luchar; sus apegos y dificultades, la ayuda para entender y ayudarlo a construir un modelo comprensible de lo que le sucede proporcionando apoyo emocional y respeto, son recursos que, como profesionales, podemos entrenar y mejorar.

LA MOTIVACIÓN PROVIENE DEL INTERIOR DEL PROPIO PACIENTE, PERO LA CONFIANZA EN QUE PUEDE CAMBIAR Y LA AYUDA PARA HACERLO PUEDEN VENIR DEL EXTERIOR

Sabemos que, por desgracia, el tiempo es un limitador innegable en la consulta de los centros de salud de nuestro país. Somos conscientes de esa limitación, pero eso nos invita a intentar diseñar estrategias que puedan, en un corto periodo de tiempo, provocar en el paciente el deseo y la confianza de que puede cambiar. Sabemos que es difícil, pero no imposible.

Ayudar a encontrar razones para cuidarse frente a unas costumbres y un medio ambiente obesogénico; proporcionarle recursos y conocimientos sanitarios, puede ser de gran ayuda para mejorar la salud de niños y adolescentes. Si la patología está provocada por un estilo de vida será un estilo de vida nuevo el que cambie esas consecuencias. *Similia, similibus curantor* (lo similar se cura con lo similar).

DIFERENCIAS ENTRE EL MODELO INFORMATIVO Y EL MOTIVACIONAL

El modelo informativo

- El profesional cree que su función es informar al paciente y dedica gran parte del tiempo en consulta.
- Se basa en la premisa de que hacer tomar conciencia del riesgo produce un cambio en los pacientes.
- Hace preguntas de tipo semiológico para determinar los síntomas y el tratamiento más adecuado.

- Del total de interacciones con los pacientes la mayor parte del tiempo habla el profesional y el paciente escucha.
- No pregunta parecer ni opinión. El paciente no participa y se espera de él un rol pasivo.
- Se centra en la mejora de la dolencia o enfermedad.
- Modelo donde el profesional habla y el paciente escucha.

El modelo motivacional

- El profesional lidera la situación, pero comparte información y poder de decisión.
- Hace preguntas necesarias para el diagnóstico, pero también incorpora preguntas abiertas que exploran expectativas, emociones y dificultades.
- Comenta las distintas opciones de tratamiento y se toma una decisión conjunta. Personaliza la intervención.
- Confronta los valores del paciente si no son coherentes con el cuidado de la salud.
- Pregunta el parecer al paciente siempre que va a prescribir algo.
- Se centra en la mejora y las necesidades del paciente.
- Modelo donde el profesional pregunta y el paciente habla.

Podemos definir la **entrevista motivacional**² como un tipo de entrevista semiestructurada, centrada en la experiencia y las necesidades del paciente para provocar un cambio en el comportamiento, ayudándole a explorar sus razones para cambiar y resolver ambivalencias.

Se caracteriza porque:

- No impone, ni discute, sino que indaga y escucha.
- Pregunta para hacer reflexionar más que aconsejar.
- Valida la dificultad y normaliza la ambivalencia en vez de tomarla como un "no quiero".
- Escucha para entender más que para responder o contar "lo nuestro".
- Informa con neutralidad, sin moralizar ni culpabilizar. Transmitiendo la información cuando el paciente da permiso en un tono descriptivo y no amenazante.
- No presiona al cambio, sino que le da espacio para que la familia lo haga por sí misma.
- La intervención se orienta al paciente y sus particularidades más que a la patología y su tratamiento.

Veámoslo con un ejemplo:

Modelo tradicional de experto:

–Su hijo tiene sobrepeso, Carmen...

–Pero si come lo normal.

–Según el IMC, a su hijo le sobran unos kilos y sería muy bueno hacer algo...

–Pues ya me dirá usted, porque tiene que crecer y además no le veo yo tan gordo como dice usted y la del colegio...

Modelo motivacional:

–Carmen, ¿cómo ve el peso de su hijo?

–Le veo un poquito gordito, pero en la familia del padre son todos un poco así...

–Entiendo... ¿Sabe cuál es el efecto sobre la salud del sobrepeso?

–Si ya lo sé...

—¿Le gustaría que hiciéramos algo, o, como me dice, le parece que lo dejemos?

—Sí me gustaría, pero con lo revuelto que es no sé si será fácil.

—Eso seguro...

Como vemos se trata de acoger, no imponer el cambio ni presionar y preguntar y escuchar más que hablar.

DATOS PARA LA ESPERANZA

El año 2013 un grupo de pediatras y enfermeras de Pediatría liderados por el Dr. Gorrotxategi³, poniendo en práctica estos supuestos, realizaron una intervención sobre 53 niños (57% varones y 43% hembras) con edad media de 6,4 años.

En el momento inicial el 39,6% tenía una dieta óptima (test Kidmed ≥ 8) y a los tres meses este porcentaje aumentó hasta el 57,1% ($p = 0,0001$). Hubo un aumento significativo ($p = 0,0012$) de los niños que realizaban un ejercicio físico adecuado (Kreceplus > 6), desde el momento inicial al control. El IMC disminuyó en 0,3% (IC 95: 0,2-0,5; $p = 0,0004$) y el porcentaje de niños con

una relación del perímetro abdominal/talla inadecuado ($> 0,5$) pasó del 77% al 56% con lo que el descenso fue estadísticamente significativo ($p = 0,0004$)

Esta experiencia nos muestra que sí podemos hacer algo y os invitamos a todos a probar nuevas estrategias en consulta avaladas por la evidencia y que os puedan ayudar. Y claro que sí: no tiramos la toalla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 11. Art. No.: CD000011.
2. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar. 3.^a ed. Barcelona: Paidós; 2015.
3. Gorrotxategi P, Leizaola L, Solórzano C, García G, Aguirre B, Toticaguena A, et al. Protocolo del estudio: abordaje del sobrepeso en Atención Primaria. Papel de la entrevista motivacional. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014;16:e199-e207.

