



Viernes 2 de febrero de 2018

Taller:

**Abordaje del sobrepeso mediante
la entrevista motivacional**

Ponentes/monitores:

- **Hernán Cancio López**
Psicólogo. Director del Instituto Antae. Madrid.
- **Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi**
Pediatra. CS Pasaia San Pedro. Pasaia. Gipuzkoa.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Cancio López H, Gorrotxategi Gorrotxategi P.
Entrevista motivacional en obesidad infantil. En:
AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018.
Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 553-560.



Entrevista motivacional en obesidad infantil

Hernán Cancio López

*Psicólogo. Director del Instituto Antae. Madrid.
hernancancio@antae.net*

Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi

*Pediatra. CS Pasaia San Pedro. Pasaia. Gipuzkoa.
pedrojesus.gorrotxategigorrotxategi@osakidetza.eus*

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, nos atrevemos a decir, 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. Es el objetivo de este taller mostrar que estas habilidades, como cualesquiera clínicas, se pueden entrenar y aprender.

INTRODUCCIÓN

¿Se puede abordar la obesidad infantil desde Atención Primaria?

Muchas veces tenemos dudas sobre si los profesionales de Pediatría de Atención Primaria podemos hacer una intervención adecuada para la obesidad infantil. Pensamos que todos los días

informamos a los padres y a los niños sobre nutrición y ejercicio físico y no conseguimos nada. Pensamos que tal vez sería necesario que colaboraran con nosotros nutricionistas u otros profesionales externos. Las preguntas que nos hacemos son:

¿Qué es más importante, la información o la motivación?

El personal de Atención Primaria por medio de la entrevista motivacional ¿puede ser eficaz para abordar la obesidad infantil o es necesaria la participación de nutricionistas externos?

¿Es importante la formación específica en entrevista motivacional para obtener unos resultados adecuados?

A la primera pregunta nos responden los resultados del estudio OBESCAT¹, ensayo clínico en el que se realiza una intervención de carácter educativo (hábitos alimentarios y de ejercicio físico) y no observan diferencias entre una información puntual y un seguimiento con entrevistas más frecuentes de tipo informativo. Sin embargo, en un protocolo terapéutico de base motivacional², observan que la respuesta a la fase motivacional determina en gran medida el éxito o el fracaso de la intervención. Estos autores remarcan la importancia de las primeras visitas, en las que no se trata ningún tema en concreto respecto de la alimentación, demostrándose que, si tras estas visitas motivacionales la respuesta es buena, la probabilidad de éxito es del 95% al cabo de un año de haber empezado la terapia.

A la segunda pregunta nos responde un ensayo clínico, en el que se compara la entrevista motivacional realizada por pediatras y la intervención en la que participaban nutricionistas. En ambos casos había un descenso del índice de masa corporal (IMC). Este era más acusado cuando participaban nutricionistas que cuando participaban pediatras y ambos con respecto al control, pero esas diferencias no eran estadísticamente significativas ($p=0,85$) y concluyen que la entrevista motivacional, tanto realizada por dietistas como por pediatras, es eficaz para el abordaje de la obesidad infantil³.

A la tercera pregunta nos responde una revisión sistemática sobre el abordaje de la obesidad infantil en Atención Primaria, que ha puesto de manifiesto que uno de los componentes más efectivos para el éxito del tratamiento es el adiestramiento del personal sanitario previamente a la realización de la intervención⁴, motivo por el que proponemos la realización de este taller: Una nueva revisión sistemática realizada en 2017 se reafirma en la recomendación de la necesidad de una formación homogénea y reglada del personal que lleva a cabo la intervención con el objetivo de mejorar los resultados e implementar programas multicomponentes, con participación de la familia, y que aborde aspectos conductuales, individuales y sociodemográficos⁵. Hacia eso nos dirigimos a partir de ahora.

¿Estamos preparados para realizar una prescripción en el plano emocional?

Del mismo modo que no se plantea un tratamiento biológico sin evidencias científicas tampoco deberíamos hacerlo en el plano emocional. Actualmente disponemos de un núcleo de conocimientos validados acerca de la comunicación, motivación y adhesión en la práctica médica. Conocimientos que, en la mayor parte de los casos, se desconocen por parte de los profesionales.

¿Por qué no adoptar la misma actitud y rigor en la relación con el paciente que la que adoptamos, por ejemplo, al prescribir un tratamiento?

En consulta prescribimos cambios de conducta, damos bienintencionados consejos sanitarios sin una anamnesis comportamental clara y con modos que ya han demostrado su ineficacia. La evidencia actual nos muestra que un aumento de la información no mejora la adhesión, hay que movilizar al paciente emocionalmente. ¿Y acaso no están todas nuestras estrategias orientadas a proveer de información basadas en la premisa de que si el paciente conoce los riesgos para su salud tomará medidas y se adherirá a hábitos saludables? Esto no obtiene más que unos resultados muy modestos. Necesitamos despertar objetivos por los que valga la pena esforzarse, saber despertar las ganas de cuidarse en el niño y su familia.

¿Cuántas veces se ha utilizado el "meter miedo" al paciente o a su familia como medio para adherirle cuando sabemos que, en la mayor parte de los casos, no funciona?

Es mucho más efectivo enfatizar los resultados positivos que se obtendrán más que los negativos que se van a evitar.

Queremos compartir en este texto abordajes y actitudes que han mostrado su eficacia para la mejora de la motivación en consulta. Conocemos la frustración que esta área genera en los profesionales, pero tenemos buenas noticias: se puede mejorar y obtener una mayor eficacia a la hora de que los mensajes lleguen.

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 vida⁶.

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 Cochrane⁷ 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.
- El 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 los beneficios potenciales del tratamiento y la autorresponsabilización 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 (entre ellas la entrevista motivacional) muestran resultados significativos.

- La combinación de varios abordajes a la vez muestra los mejores resultados.

En este taller procuraremos trabajar tres de los aspectos: 1) fomentar una relación de confianza con poder de influir en el núcleo familiar; 2) aprender a despertar razones y a empoderar al paciente emocionalmente, utilizando siempre un lenguaje positivo que se centra en los beneficios más que en la evitación de perjuicios, y 3) entrenar abordajes propios de la entrevista motivacional.

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

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 materno y paterno ayuda a que se responsabilice y ponga de su parte⁸. **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. La familia necesita aprender a facilitar la actividad física y la comida saludable y se les pueden indicar las sugerencias de la Tabla 1 y nosotros, como profesionales, deberíamos tener en cuenta las sugerencias de la Tabla 2.

Tabla 1. Sugerencias para la familia

Procurar tener siempre en casa comida saludable variada: frutas, verduras, yogures, etc.
Eliminar de la despensa los alimentos de riesgo tales como patatas fritas, refrescos, golosinas, zumos preparados, etc.
El consumo de refrescos y zumos se asocia a la obesidad mientras que el consumo cotidiano de alimentos derivados de la leche y ricos en calcio se relaciona con menor obesidad. Es preferible este tipo de bebidas o tentempiés que los anteriores
Si se cena fuera, procurar que el restaurante tenga posibilidades saludables para el niño
Procurar disminuir el tamaño de las raciones: ¡nuestro estómago se acostumbra a comer menos y se sacia antes si aguantamos un poco!
Todas las planificaciones de la dieta deben realizarse con el niño
Hacerle participar en las elecciones de las comidas y meriendas
No utilizar los alimentos como premio (ya que esto aumenta la preferencia por dichos alimentos). En vez de comida, utilizar actividades favoritas, películas, etc.
Evitar la palabra ejercicio. Los niños suelen preferir la palabra jugar. El término ejercicio suena a deberes, a algo obligatorio y eso lo hace menos atractivo para el niño
Disminuir el tiempo que se le permite al niño el uso de la televisión o el ordenador. Máximo 1 hora diaria en total
Si el niño se salta la dieta no pasa nada. No ejercer presión y dar ánimos al niño mostrando comprensión y reforzando explícitamente sus éxitos
Criticarle, echar broncas, moralizar y culpabilizar al niño es contraproducente. Mejor escucharle, entenderle siempre y dar ánimos incluso cuando se ha comido algo "inadecuado"
Ofrecer recompensas económicas no suele ser útil
No hacer pasar vergüenza o culpa al niño. Solo afecta a la autoestima y no motiva
Mostrar siempre amor y cariño y no condicionar a ningún cambio físico el sentirse aceptado y respetado
Los niños hacen más lo que ven que lo que se les dice que hagan. Seamos un ejemplo saludable para ellos

Tabla 2. Sugerencias para el profesional

Escoger un momento tranquilo para hablar con el niño
No empezar a hablar del tema si percibes que la carga emocional es muy elevada
Empieza la comunicación mostrando aprobación y aceptación hacia el niño. Observa los aspectos positivos del niño
Da permiso al niño para que exprese sus dudas y preocupaciones. Trata de comprender la percepción del niño respecto a su peso. Comenta los efectos del sobrepeso sobre la salud y sobre las implicaciones sociales
Es importante destacar que un niño obeso puede tener la autoestima alta y no tener problemas de imagen corporal (no des por supuesto que el niño tiene problemas en esas áreas. Si presenta una autoimagen corporal pobre, empatiza y valida esos sentimientos)
Los niños con sobrepeso, sobre todo en la preadolescencia, pueden tener sentimientos de tristeza por no ser populares o no gustar a las/os chicas/os. Incluso en algunos casos, y debido a lo anterior, pueden tener actitudes negativas frente al colegio o a otros espacios sociales
En muchos casos encontrarás que debido a la baja forma física el niño no practica deportes u otras actividades físicas ya que no se ve capaz de llegar al nivel de sus iguales
No enfoques la intervención solo en perder peso: tiende a hablar más bien de hábitos saludables, buena comida, estar en forma, etc.
Muéstrate disponible y accesible para el niño: muchas veces no tienen donde pedir ayuda y soporte para estos temas
El niño debe formar parte en el planteamiento de los objetivos y el programa debe contar con su consentimiento
Un intento de cambio sin el apoyo del niño tendrá muy poco recorrido
Los objetivos del niño para perder peso pueden ser muy variados: salud, aspiraciones sociales, que le entre la ropa que le gustada que se lleva entre sus iguales, deseos de gustar y ser aceptado por otros niños, poder jugar a algún deporte mejor, etc.
Es necesario implicar a la familia entera y asegurarse de que está lista para el cambio. La salud de los hijos puede ser una razón estupenda para modificar el estilo de vida de toda la familia
La familia debe estar lista para el cambio. Dar tiempo a que se lo piensen y no comenzar hasta haber obtenido el compromiso de todo el núcleo familiar

¿Qué es comunicarse bien?:

- Elijo cómo me comunico en cada situación en función de mis valores, de mi capacidad de autorregulación y del objetivo que quiero alcanzar.
- Escucho al otro y sus necesidades e intereses. No solo los propios.
- Atiendo y entiendo las emociones que surgen en las situaciones. Tanto propias como ajenas. Valido.
- Respeto la libertad del otro y, si es necesario, lo confronto, pero no lo intento controlar ni imponerle lo que debe hacer.
- Procuro ser humilde y escuchar, más que utilizar a los demás para escucharme a mí mismo.
- Sintonizo el lenguaje verbal con el no verbal, para comunicarme en la misma onda (si uno habla en FM y el paciente en AM es difícil entenderse).
- Recuerdo que el lenguaje no verbal es el lenguaje de las emociones. Estar atentos y observar la expresión de la cara, el tono, la postura...

IMPPLICANDO A LOS PADRES Y AL NIÑO EN UN OBJETIVO COMÚN

Ahora bien: ¿cuáles son las capacidades y competencias necesarias para conseguir motivar a un cambio en el estilo de vida a un paciente?

- La responsabilización de la persona con obesidad o su familiar en el cuidado de su salud.
- Una relación de confianza con poder de influir en el comportamiento del otro.
- Planificar y promover cambios de conducta: adiós al “tiene que...”, bienvenidos al “¿qué le parece...?”.

Clave 1: ¿cómo responsabilizar al paciente y comprometerle en el cuidado de su salud?

Aprender a hablar preguntando, a hacer pensar dando a la persona control y poder sobre su vida y destino puede facilitar que las personas adquieran las metas propuestas en consulta como propias.

En este contexto, pasemos de asustar o imponer:

- “Si sigues así serás gordo de mayor”.
- “¡Tenemos que hacer algo con el peso de su hijo o se volverá obeso!”.

A dar opción a elegir:

- “¿Qué consecuencias cree usted que tiene el sobrepeso sobre la salud?”.
- “¿Cómo ves, Carlos, el peso que tienes? ¿Cómo te sientes?”.

La regla de oro de la responsabilización del cambio: **la opción a elegir**.

Casi nadie se compromete a algo por imposición de un profesional. Incluidos los niños.

Clave 2: la relación de confianza

El arte de generar confianza en una consulta tiene mucho que ver con la empatía y la validación. En el momento en que el paciente se siente entendido, validado y atendido como persona, no como enfermedad, se abre al profesional y este adquiere un poder de influencia imposible de generar sin este clima.

Desculpabiliza al paciente: él no está así porque quiere.

Veamos ahora con más detalle cuáles son las técnicas y habilidades que nos pueden servir para crear un clima

de confianza con los pacientes. Validar es legitimar la perspectiva del otro. Es hacerle ver al otro que capto que su comportamiento tiene razones válidas para él.

Partimos de la premisa de que ningún comportamiento es porque sí. Solo a través de la sensación de sentirse aceptado, entendido (validado) se abren realmente los canales de comunicación. Se puede no coincidir en las opiniones, en las emociones o comportamientos, pero sí se pueden entender y validar.

El arte de preguntar, escuchar y validar

Hay dos tipos de **preguntas**: **abiertas** (¿necesita alguna ayuda?) y **cerradas** (se encuentra mejor, ¿verdad?).

Las preguntas **abiertas** y focalizadas en el aspecto que queremos indagar ayudan a las personas a reflexionar sobre sus problemas, sentimientos y pensamientos. Las preguntas **cerradas** se hacen para obtener información específica: sí, no, cuándo...

Un criterio importante para preguntar es definir previamente el objetivo que se pretende, qué información se desea obtener e ir de lo general a lo particular.

La formación recibida suele dirigirse a entrevistas semiológicas: en la búsqueda de síntomas. Se realizan con preguntas cerradas centradas en la detección de síntomas para realizar un diagnóstico, dejando poco o ningún espacio al otro para expresar sus dudas y preocupaciones generando un clima de relación de tipo paternalista. No es fácil cambiar nuestra sistemática, pero vale la pena intentarlo.

La validación es expresar respeto, aceptación y reconocimiento hacia el otro.

EVALUACIÓN DE LA MOTIVACIÓN: ¿PARA QUÉ CAMBIAR? ¿POR QUÉ AHORA?

La motivación para el cambio requiere pasar de un estado de acomodación y de conformidad en una situación habitual a otro de cuestionamiento de la conformidad,

arriesgándose a la acción, arriesgándose al cambio⁹. Es una opción personal. Esta transición puede desencadenarse por sucesos y experiencias personales significativas, por la propia intervención clínica o por influencias y apoyos sociales.

Antes de emprender el tratamiento es importante:

■ Clarificar y acordar **que quieren realizarlo y qué quieren al emprenderlo**, llegando a un compromiso terapéutico:

- ¿Quiere realmente el niño hacer el cambio?
- ¿Es buen momento ahora, y está lista la familia? ¿Cuáles son sus objetivos? ¿Para qué lo hace?
- ¿Qué espera conseguir?

■ Realizar una **exploración diagnóstica** de los factores que están incidiendo en su comportamiento. A nadie se le ocurre dar un tratamiento farmacológico sin hacer un diagnóstico previo. Tampoco es adecuado dar indicaciones psicológicas: haga esto, no haga lo otro, no tome esto... sin una previa exploración de los factores que predisponen, facilitan o refuerzan los comportamientos de las personas con obesidad⁹.

- Explorar la información que tiene: lo que sabe y lo que no sabe: ¿cuáles creen que son las razones de su sobrepeso?
- Explorar actitudes, valores y creencias: ¿hasta qué punto le es difícil?, ¿se siente capaz?
- Explorar sus relaciones interpersonales, familia, amigos.
- Explorar su grado de satisfacción en el colegio y en su ocio.
- Explorar los factores reforzantes asociados a la obesidad: premiándola o castigándola.

EXPERIENCIA PRÁCTICA

El año 2013 un grupo de pediatras y enfermeras de Pediatría poniendo en práctica estos presupuestos reali-

zaron una intervención sobre 53 niños (57% varones y 43% mujeres) con edad media de 6,4 años.

Los datos sobre nutrición adecuada (Kidmed ≥ 8) se incrementaron del 43% al 66% a los 3 meses ($p < 0,002$) y al 69% a los 6 ($p = 0,59$); la actividad física adecuada (Krece-plus > 5) mejoró del 52% al 72% a los 3 meses ($p < 0,01$) y se mantuvo en los meses siguientes. En cuanto a los datos antropométricos, el z-score inicialmente era de + 2,27 reduciéndose a los 3 meses al 1,85 (reducción de un 19%) y al final del seguimiento a + 1,45, (reducción del 37%), como puede verse en la Fig. 1.

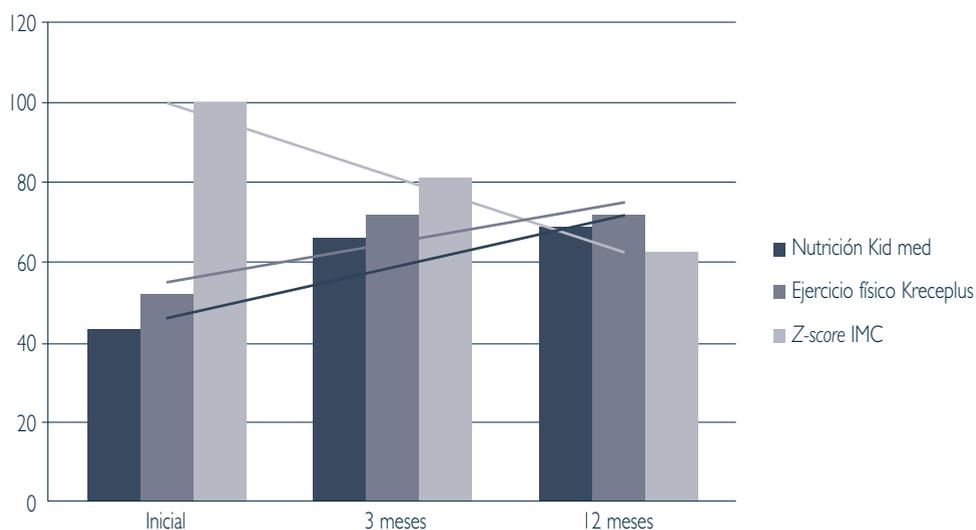
Los padres consideraron que el programa fue positivo para los niños y que, para ellos, como padres, también lo fue. Existe una correlación entre satisfacción de los padres y la de los niños ($r = 0,863$, $p < 0,0001$). Finalmente, el 94,3% contestó que aconsejaría a otros padres y niños su participación en un programa de estas características¹⁰.

Este protocolo ha sido publicado en la *Revista de Pediatría de Atención Primaria*¹¹ y una versión explicativa para padres en la página web *Familia y salud*¹².

BIBLIOGRAFÍA

1. Eddy Ives LS, Moral Peláez I, Brotons Cuixar C, de Frutos Gallego E, Calvo Terrades C, Curell Aguilà N. Hábitos de estilo de vida en adolescentes con sobrepeso y obesidad (Estudio Obescat). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012;14:127-37.
2. Feliú Rovira A, París Miró N, Zaragoza-Jordana M, Ferré Pallàs N, Chiné Segura M, Sabench Pereferrer F, et al. Eficacia clínica y metabólica de una nueva terapia motivacional (OBEMAT) para el tratamiento de la obesidad en la adolescencia. *An Pediatr (Barc)*. 2013;78:157-66.
3. Schwartz RP, Hamre R, Dietz WH, Wasserman RC, Slora EJ, Myers EF, et al. Office-based motivational interviewing to prevent childhood obesity: a feasibility study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161:495-501.
4. Barroso Espadero D. Componentes de las intervenciones para tratar la obesidad y el sobrepeso infantil

Figura 1. Evolución de los parámetros nutricionales, del ejercicio físico y del z-score del IMC en el momento inicial, a los 3 meses y al año de la intervención



- desde la Atención Primaria: revisión sistemática de efectos. *Evid Pediatr*. 2012;8:26.
5. Rajmil L, Bel J, Clofent R, Cabezas C, Castell C, Espallargues M. Intervenciones clínicas en sobrepeso y obesidad: revisión sistemática de la literatura 2009-2014. *An Pediatr (Barc)*. 2017;86:197-212.
 6. Barlow SE, Dietz WH. Obesity evaluation and treatment: Expert Committee recommendations. The Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration and the Department of Health and Human Services. *Pediatrics*. 1998;102:E29.
 7. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database System Rev*. 2008;2:CD000011.
 8. Hill S (ed). The knowledgeable patient. Communication and participation in health. A Cochrane handbook. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
 9. Costa Cabanillas M, López Méndez E. Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Madrid: Pirámide; 2006.
 10. Gorrotxategi Gorrotxategi P, Leizaola Olarreaga L, Totoricaguena Maiz A, Caballero Barrigón MJ, Aguirre Sorondo B, Solórzano Sánchez C. Intervención en sobrepeso infantil por medio de la entrevista motivacional. 2.º Congreso Extraordinario Latinoamericano de Pediatría. Madrid, 5-7 de junio de 2014. Libro de Ponencias y Comunicaciones. p. 44-5.
 11. Gorrotxategi Gorrotxategi P, Leizaola Olarreaga L, Solórzano Sánchez C, García Conde G, Aguirre Sorondo B, Totoricaguena Imaz 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.
 12. Gorrotxategi Gorrotxategi P, Laka Iñurrategi A, Cancio López H. Obesidad y entrevista motivacional. [Fecha de acceso 28 dic 2017]. Disponible en www.familiaysalud.es/temas-sociales/relacion-con-nuestros-pacientes/informacion-y-comunicacion/obesidad-y-entrevista