

CONSEJERÍA EN ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA.

Marcela Romo M, Antropóloga (Msc).

Unidad de Nutrición, Ministerio de Salud.
Departamento de Antropología,
Facultad De Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Introducción

En el contexto de la actual tendencia de aumento de la obesidad infantil, se requiere por parte de los profesionales de la salud, particularmente en el ámbito pediátrico, de la aplicación de nuevas técnicas para propender hacia la adquisición de estilos de vida saludables.

Los niños desarrollan desde muy temprana edad, imbuidos por el ambiente moderno, estilos de vida poco saludables. El predominio de actividades recreativas sedentarias (televisión, juegos de computador), unido a la gran oferta de alimentos de alta densidad energética a su alcance (golosinas, comida chatarra) son parte central de este fenómeno. Se suman a lo anterior, los medios de comunicación que promocionan modelos pocos saludables, la inseguridad que lleva a tener menos actividades recreativas fuera del hogar, las largas jornadas escolares con pocas oportunidades o medios escasos para hacer actividad física, el menor tiempo de las familias para preparar alimentos saludables y comer juntos.

En este contexto, los equipos de salud juegan un rol muy importante, en la orientación a los padres y niños, desde edad muy temprana para promover estilos de vida que prevengan problemas de obesidad. En este enfoque promocional, las familias están llamadas a hacer el esfuerzo por convertirse en el principal modelo y referente para sus hijos. ¿Cómo lograrlo? A continuación revisaremos brevemente la técnica de la consejería, una de las herramientas que se está promoviendo desde las políticas de salud nacionales, para afrontar este tema.

La Consejería

La consejería es un acercamiento relativamente nuevo, para **estimular el cambio de comportamiento favorable**. Esta técnica deriva de una variedad de fuentes, que incluyen **la comunicación centrada en el usuario, la terapia cognoscitiva, la terapia humanista, la teoría de sistemas, y el modelo transteórico de cambio** (Sánchez et al 2004, Miller y Rollnick, 1991). Hasta la fecha, la consejería se ha usado exitosamente en una variedad de problemas, poblaciones, ambientes, y metodologías. La efectividad de la consejería ha sido demostrada tanto para el cambio en hábitos alimentarios como de actividad física (Britt et al. 2004, Reniscover et al 2002, Scales & Millar 2003, Petrella & Lattanzio 2002). Como técnica parece ser aplicable en forma general al cambio de conducta en distintas problemáticas, a pesar de que se desarrolló primeramente para abordar la ingesta excesiva de alcohol y cesación de hábito tabáquico. (Bien et al., 1993; Noonan y Moyers, 1997).

La consejería es una técnica en la cual el profesional de la salud se vuelve **un acompañante en el proceso de cambio y expresa la aceptación de su paciente**. Este enfoque se construye sobre las teorías humanistas de la psicología, que se centran en las capacidades de las personas para ejercer libre albedrío y cambiar por medio de un proceso de auto-entendimiento. La meta del profesional es extraer planteamientos auto-motivacionales del usuario, además de enfatizar la discrepancia del usuario para aumentar la motivación hacia el cambio positivo. Esencialmente, la consejería activa la capacidad para el cambio beneficioso que todo el mundo posee (Rollnick y Miller, 1995). A pesar de que alguna gente puede continuar el cambio por su cuenta, otros necesitan más tratamiento formal y apoyo a lo largo del camino de cambio conductual.

Los objetivos de una consejería en alimentación y actividad física serían favorecer la toma de conciencia de la necesidad de adoptar un estilo de vida saludable (p. e. las conductas promovidas por

las guías alimentarias o de actividad física (MINSAL 2005), apoyar el desarrollo de un plan de acción al respecto, y fortalecer las conductas saludables de la familia y el niño.

La consejería con un enfoque motivacional se basa en los siguientes supuestos:

1. La ambivalencia sobre determinadas conductas es normal y constituye un obstáculo motivacional.
2. La ambivalencia se puede resolver al trabajar con las motivaciones y valores intrínsecos del usuario.
3. La alianza entre el profesional de salud y el usuario es una asociación colaborativa en la cual el profesional aporta con su experiencia.
4. Una consejería es empática, da apoyo, a la vez que direcciona, proporciona las condiciones bajo las cuales ocurre el cambio.

Estrategias Motivacionales en Consejería

El abordaje motivacional en consejería **es persuasivo no prescriptivo**, es de apoyo más que de argumentación. Se basa en las siguientes estrategias:

1. La **empatía**. Un estilo empático de comunicación establece un ambiente seguro y abierto que conduce a examinar problemas y conseguir razones personales y métodos para cambiar. Se busca comprender la perspectiva particular, los sentimientos y valores de cada persona o familia que consulta. Su actitud debe ser de aceptación, pero no necesariamente de aprobación o acuerdo, reconociendo que la ambivalencia en cuanto al cambio es de esperarse. La entrevista motivacional es sumamente exitosa cuando se establece una relación de confianza entre el personal de salud y la persona que consulta.

El componente clave para expresar empatía es la **escucha reflexiva**. Si el profesional está imponiendo dirección y juicios en la consulta, estará creando barreras que impiden la relación terapéutica (Miller y Rollnick, 1991). El paciente con toda probabilidad reaccionará deteniéndose, desviándose o cambiando de dirección. Las diferencias de género, étnicas, sociales y culturales, se tienen que considerar al expresar empatía ya que influyen cómo, tanto el equipo de salud como su público, interpretan las comunicaciones verbales y no-verbales.

2. **Desarrollar la Discrepancia**. La motivación para el cambio se aumenta cuando los pacientes perciben discrepancias entre su situación actual y sus esperanzas futuras. La tarea del profesional de salud es ayudar a concentrar la atención de las personas en cómo los comportamientos actuales difieren del comportamiento ideal o deseado. La discrepancia inicialmente se resalta al hacer conscientes las consecuencias negativas de la conducta tanto en lo personal, como familiar o en la comunidad. Se busca ayudar al usuario a explorar de qué forma las metas personales importantes (por ej. buena salud, aceptación en el grupos de pares, éxito escolar) se están afectando por los patrones actuales de conductas. Esto exige escuchar atentamente los planteamientos de los padres y niños en cuanto a sus valores y relación con la comunidad, familia u otros grupos de referencia (por ejemplo religiosos). Cuando la persona demuestra preocupación acerca de los efectos del comportamiento personal, es necesario subrayar esta preocupación para permitirle reconocer la discrepancia, y que finalmente pueda articular una preocupación consistente y compromiso hacia el cambio.
3. **Evitar la Argumentación**. El equipo de salud podría verse tentado a discutir con el público que no está seguro o reacio a cambiar, especialmente si tiene una actitud hostil, desafiante o provocativa. Sin embargo, tratar de convencer a una persona de que el problema existe o de que se necesita un cambio, podría desatar aún más resistencia. La argumentación puede degenerar rápidamente en una lucha de poder y no aumenta la motivación por un cambio beneficioso. Cuando es el usuario y no el profesional, el que manifiesta argumentos para el cambio, se puede progresar. La meta es “acompañar” o “caminar junto” a los usuarios y no “convencerlos” o “arrastrarlos” en los cambios de conductas. Acusar a los usuarios de estar en negación o forzarlos a que acepten

etiquetas (p. ej. ser obeso, ser sedentario) probablemente aumente su resistencia, en lugar de inculcar motivación para el cambio.

4. **Trabajar con la Resistencia.** La resistencia es una preocupación legítima para el profesional de salud puesto que predice resultados pobres en el tratamiento y falta de involucramiento en el proceso de cambio. Una forma constructiva de ver la resistencia, es interpretarla como una señal para el profesional, de que la persona que consulta ve la situación de forma diferente. Es una indicación para que el profesional cambie el enfoque o escuche con más atención. La resistencia otorga una oportunidad para responder en una forma creativa y sorprender, tomando ventaja de la situación sin confrontar.
5. **Apoyo de la Autoeficacia.** Muchas personas no tienen un sentido de autoeficacia bien desarrollado y encuentran difícil creer que pueden comenzar un cambio de comportamiento o mantenerlo. Mejorar la autoeficacia requiere hacer surgir y mantener la esperanza y el optimismo en la viabilidad al cambio. Esto exige que el profesional de salud reconozca las fortalezas del usuario y que las saque a flote cada vez que sea posible. A no ser que la persona crea que el cambio es posible, los sentimientos de desesperanza sobre lograrlo posiblemente resulten en racionalizaciones o negación para poder reducir la incomodidad. Puesto que la autoeficacia es un elemento crítico del cambio del comportamiento, es crucial que los equipos de salud también crean en la capacidad de sus clientes para alcanzar sus metas.

La Comunicación en Consejería

La forma en que se realiza la comunicación entre el profesional de salud y los padres o niños es central para el desarrollo de los objetivos de la consejería. Se busca un estilo de comunicación horizontal, donde a partir de lo comunicado por los usuarios se concuerden las estrategias para iniciar el cambio conductual (Albala et al 2004 a). Para ello se recomienda:

- a. **Formular Preguntas Abiertas.** Las preguntas abiertas facilitan el diálogo; no se pueden contestar con una sola palabra o frase y no necesitan ninguna respuesta en particular.
- b. **Escuchar Reflexiva.** El profesional demuestra que ha escuchado con precisión y entendido lo que el usuario desea comunicarle. Es decir, señala lo que cree que el usuario quiere dar a entender y lo expresa en un señalamiento responsivo, no en una pregunta. Esencialmente, escuchar con atención, exige un seguimiento alerta y continuo de las respuestas verbales y no-verbales del interlocutor y sus posibles significados.
- c. **Resumir.** Rescatar la esencia de lo que ha expresado el usuario y repetírselo. Un resumen que vincula los sentimientos positivos y negativos de la persona sobre la conducta inapropiada, puede facilitar un entendimiento de la ambivalencia inicial y promover la aceptación de la discrepancia. Resumir también es una buena forma de empezar y terminar cada una de las sesiones de consejería y proporcionar un puente natural cuando el cliente está en transición entre etapas de cambio.
- d. **Afirmar.** Cuando se hace sinceramente, afirmar al usuario apoya y promueve la autoeficacia. Más aún, su afirmación reconoce las dificultades que ha experimentado su cliente validando las experiencias y sentimientos de la persona.
- e. **Extraer Pensamientos Automotivacionales.** La tarea del profesional es ayudar al usuario a reconocer cómo podría ser mejor la vida y a escoger métodos para lograrlo, a través del desarrollo de los pensamientos automotivacionales. La consejería exitosa exige que los usuarios, no el profesional, sean los que argumenten a favor del cambio y se persuadan de que quieren y pueden cambiar.

Modelo de las Etapas del Cambio. Facilitar el cambio de conductas en personas, familias y comunidades es parte las labores del equipo de salud actual un modelo teórico de probada efectividad es el de las etapas del cambio (Shinitzky & Kub 2001). El modelo de etapas de cambio o transteorético, desarrollado por Prochaska et al. sugiere que el cambio conductual relacionado con la

salud se lleva a cabo a lo largo de cinco etapas diferenciadas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Tabla 1). Hay diversos factores que influyen en la transición entre las distintas etapas, y los individuos responderán mejor ante intervenciones adaptadas a la etapa del cambio en que se encuentren. El modelo parte de la base de que el cambio es un ciclo continuo, no un resultado final. Las personas pueden retroceder a etapas anteriores varias veces, lo que no implica que empiecen desde el principio cada vez. Se describe a los sujetos en términos de su progreso a lo largo de una serie de estados conductuales, además de tener en cuenta otras dimensiones relacionadas como, por ejemplo, la confianza del individuo en su propia capacidad de cambio. Esta información puede resultar útil a la hora de adaptar los mensajes educativos a las necesidades de los sujetos y a su disposición a tener en cuenta distintos tipos de información.

Tabla 1. Etapas del cambio

1. Precontemplación. La persona no tiene ninguna conciencia de la necesidad de un cambio.
2. Contemplación. La persona tiene interés por modificar su conducta pero no siente motivación o capacidad para realizarlo.
3. Preparación. La persona tiene conciencia plena de la necesidad del cambio, y está planificando las condiciones para ejecutarlo.
4. Acción. Es la fase de ejecución, donde existen riesgos de recaídas y la persona debe tener un plan de acción para afrontarlas.
5. Mantención. Se considera iniciada a partir de los seis meses siguientes al cambio de conducta, considerando que este ya comienza a formar parte de su estilo de vida.

Es probable que la popularidad del “modelo de etapas de cambio” se deba a que ofrece orientación práctica en cuanto a la intervención y consigue condensar la complejidad de la teoría del cambio de conducta de tal modo que pueda enseñarse fácilmente. Las personas en etapas de precontemplación y contemplación requieren de información que sea una motivación para iniciar el cambio de conducta. Aquellas personas que han pasado a una etapa de preparación necesitan de refuerzo en su autoeficacia para lograr el cambio y prever y resolver las barreras con que se encontrará. Finalmente, con aquellos que están en etapa de acción o mantención se requiere poner énfasis en los beneficios y satisfacciones logrados.

Consejo Breve.

La técnica de consejo breve suele confundirse con la consejería. Si bien se trata de una técnica distinta, se basa en los mismos principios que la consejería: evitar la confrontación, la responsabilidad de cambio centrada en el individuo, un estilo empático, y reforzamiento de la autoeficacia (Bien et al., 1993; Miller and Rollnick, 1991). Esta es una acción que busca detectar 1 ó 2 factores de riesgo en el usuario, valorar el estilo de vida saludable, y evaluar y/o concordar alguna estrategia de cambio (Tabla 2). Este tipo de intervención ha demostrado efectividad en el cambio de conducta hacia una alimentación saludable y aumentar la actividad física (Albala et al 2004 b, Bolognesi et al 2006).

Tabla 2. Cuatro etapas de un consejo breve

1. En el inicio introducir un tema/problema mediante una pregunta abierta y previa solicitud de permiso (¿Quieres que hablemos del consumo de golosinas de tu hijo...?).
2. Explorar los motivos de preocupación para que el paciente empiece a elaborar sobre sí mismo las opciones de cambio (¿Qué dificultades crees que tienes para hacer más actividad física con tu hijo?).
3. Elección de opciones para el cambio mediante preguntas abiertas y escucha reflexiva (Dices que cuando empiezas a privarte de la comida que te gusta te pones triste y apagado).
4. Finalizar realizando un resumen de lo expresado por el paciente y preguntándole si es correcto (¿Te he entendido bien?).

El consejo breve puede aplicarse en una entrevista corta, entre 30 segundos y 15 minutos. Estas breves intervenciones resultan eficaces y, además, incrementan la satisfacción del profesional.

Conclusión

En este trabajo se han presentado algunas características de la consejería como técnica para aplicar por parte de los equipos de salud en sus intervenciones. Ciertamente si bien hasta ahora la investigación en este ámbito es aún insuficiente, la evidencia científica es estimulante, ya que inclusive las intervenciones breves pueden influir la motivación del cliente e impulsar el mejoramiento significativo. Sin embargo, estamos comenzando a entender cómo y porqué trabajan estos acercamientos, y de qué forma los podemos incorporar en los servicios de cuidado de salud de varias poblaciones. El uso de estos métodos, dependerá de la creatividad de los clínicos e investigadores al adoptarlos y evaluarlos para hacerlos más efectivos para los pacientes. Sin embargo, como con cualquier tratamiento innovador, aún quedan muchas preguntas por contestar sobre la consejería o qué clase de usuarios se beneficiarán más. Qué resultados estándar se pueden definir y medir para las intervenciones motivacionales, qué características personales del equipo de salud influyen en la efectividad de las consejerías, cuán costo-efectivas son es la consejería o el consejo breve comparada con otros tratamientos, y cómo influyen la cultura y el contexto en la efectividad de las intervenciones motivacionales. . (Bien et al., 1993, Noonan y Moyers, 1997).

No obstante lo anterior, este enfoque se plantea como una alternativa más acorde a los tiempos, con respecto a la tradicional comunicación vertical y prohibitivo-prescriptiva, clásica en el mundo médico. Se inserta en el esquema de una visión más democrática, donde se valoran los saberes y valores de los usuarios, y se busca mejorar la comunicación, la participación y la relación humana entre el equipo y las personas atendidas. El éxito que ha tenido la técnica hasta el momento se basa no sólo en los logros en el cambio de conducta, sino también en que es barata y sencilla de implementar dentro de distintas actividades del equipo de salud, y aumenta la satisfacción del mismo al generar un mejor clima laboral.

Referencias.

1. Albala C, Olivares S, Sánchez H, Bustos N, Moreno X, Bravo C, Barraza A. (2004b) Consejerías en Vida Sana, Manual de Apoyo. INTA, Ministerio de Salud, Vida Chile. Archivo pdf en internet: www.minsal.cl sección: Nutrición/Estrategia de Intervención Nutricional.
2. Albala C, Olivares S, Sánchez H, Bustos N, Moreno X (2004) Bravo C, Barraza A. (2004a) Consejo Breve en Vida sana, Guía de Apoyo. Manual de Apoyo. INTA, Ministerio de Salud, Vida Chile. Archivo pdf en internet: www.minsal.cl sección: Nutrición/Estrategia de Intervención Nutricional.

3. Berger BA, Liang H, Hudmon KS. Evaluation of software-based telephone counseling to enhance medication persistency among patients with multiple sclerosis. *J Am Pharm Assoc (Wash DC)*. 2005 Jul-Aug;45(4):466-72.
4. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems. A review. *Addiction* 1993, 88:315–336.
5. Bolognesi M, Nigg CR, Massarini M, Lippke S. Reducing Obesity Indicators Through Brief Physical Activity Counseling (PACE) in Italian Primary Care Settings. *Ann Behav Med*. 2006 Apr;31(2):179-85.
6. Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns*. 2004 May;53(2):147-55.
7. Carney PA, Harwood BG, Greene MA, Goodrich ME. Impact of a telephone counseling intervention on transitions in stage of change and adherence to interval mammography screening (United States). *Cancer Causes Control*. 2005 Sep;16(7):799-807.
8. Miller y Rollnick Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behavior”.
9. Petrella RJ, Lattanzio CN. Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature. *Can Fam Physician*. 2002 Jan;48:72-80.
10. Prochaska JO, DiClemente CC & Norcross JC (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviours. *American Psychology* 47: 1102-1114
11. Resnicow K, Dilorio C, Soet JE, Ernst D, Borrelli B, Hecht J. Motivational interviewing in health promotion: it sounds like something is changing. : *Health Psychol*. 2002 Sep;21(5):444-51.
12. Rollnick S., & Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
13. Sánchez, H, Moreno X y Bustos N. (2004) Promoción de estilos de vida saludable en Centros de Atención Primaria. En *Bases, Prioridades y Desafíos para la Promoción de Salud* (Albala, Olivares, Salinas y Vío Eds.). INTA, Universidad de Chile, Santiago, Andros Editores.
14. Shinitzky HE, Kub J. The art of motivating behavior change: the use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nurs*. 2001 May-Jun;18(3):178-85.
15. Vidrine DJ, Arduino RC, Lazev AB, Gritz ER. A randomized trial of a proactive cellular telephone intervention for smokers living with HIV/AIDS. *AIDS*. 2006 Jan 9;20(2):253-60.