

# Metodología del consejo. Estrategias que favorecen la adquisición o el cambio de hábitos de los pacientes y sus padres

ML. Arroba Basanta<sup>a</sup>, R. Dago Elorza<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Pediatra. CS Pozuelo Estación. Universidad Autónoma de Madrid. Pozuelo de Alarcón, Madrid

<sup>b</sup>Pediatra. CS Castilla la Nueva. Fuenlabrada, Madrid

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10 Supl 2:e45-55

María Luisa Arroba Basanta, mlarroba@pap.es

## Resumen

*Las técnicas de comunicación ayudan a los profesionales sanitarios a establecer relaciones clínicas gratificantes con los pacientes y sus familias. La relación asistencial tiene, en sí misma, valor educativo; una relación de calidad mejora la adherencia a nuestras recomendaciones.*

*La capacidad para averiguar y entender el porqué un paciente y una familia concretos acuden en busca de ayuda y consejo y acordar con ellos qué hacer, exige de nosotros habilidades de comunicación.*

*Nuestra forma y estilo de relacionarnos con los niños, los adolescentes y sus familias es fundamental para el proceso de establecimiento o cambio de hábitos. Escuchar reflexivamente, expresar nuestra aceptación, obteniendo y reforzando selectivamente las propias "declaraciones de automotivación" son las características y el origen de la eficacia de la entrevista motivacional (EM).*

*¿Cómo podemos los pediatras, que trabajamos emitiendo consejos o recomendaciones, potenciar la motivación de los niños y sus padres para el cambio? Las personas cambian de muy diversas maneras y por una multitud de razones diferentes. La EM es una aproximación destinada a ayudar a los pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar.*

*Una relación interpersonal centrada en el paciente, en la que el pediatra tiene una empatía adecuada, una calidez no posesiva y autenticidad proporciona la atmósfera ideal.*

**Palabras clave:** Comunicación, Consejo.

## Abstract

*Communication techniques help health professionals to establish gratifying clinical relations with the patients and their families. Health care relation has, in itself, an educative value; a quality relation makes a better adherence to our recommendations.*

*The capacity to find and understand why a specific patient and family come to us looking for help and advice and to agree with them what can be done, demands communication abilities.*

---

Las autoras declaran no presentar posibles conflictos de intereses en relación con la preparación de este artículo.

*The way and style we communicate with the children and adolescents and their families is fundamental to the process of establishing and changing habits. Listening reflexively, showing our approval, obtaining and strengthening selectively their own "statements of automotivation" are the features and the origin of the efficacy of motivational interview (MI).*

*How can we paediatricians, who work giving advice and recommendations, promote motivation in children and parents for change? People change in very different ways and for very different reasons. The MI is an approximation bound to help patients to acquire a compromise and to reach the will of change.*

*An interpersonal relation centred in the patient, with the paediatrician showing an appropriate empathy, not possessive warmth and authenticity provides the ideal atmosphere.*

**Key words:** Communication, Counselling.

## Introducción

La salud es la resultante de un proceso vital complejo, en el que además de las variables biológicas intervienen múltiples elementos psicoeducativos y socioculturales. Debemos aceptar tres premisas operativas respecto al sistema sanitario:

1. No es el principal agente responsable de muchos resultados en salud, dependientes de hábitos y estilos de vida de personas libres.
2. Debe potenciar su efectividad persuasiva ya que no es un simple agente informador, sino un consejero o asesor técnico. Y la salud es considerada por todos como un objetivo deseable.
3. El límite de nuestra intervención es el respeto a la libertad de decisión.

Las técnicas de comunicación ayudan a los profesionales sanitarios a establecer relaciones clínicas gratificantes con los pacientes y sus familias. La relación asistencial tiene, en sí misma, valor educativo; una relación de calidad mejora la efectividad en la detección y resolución de problemas de salud, la satisfacción con la atención recibida, y la adherencia a nuestras recomendaciones<sup>1,2</sup>.

La capacidad para averiguar y entender el porqué un paciente y una familia concretos acuden en busca de ayuda y consejo, y acordar con ellos qué hacer, exige de nosotros no solamente habilidades de tipo técnico, sino también habilidades de comunicación. El modelo de relación clínica centrado en el paciente y su familia integra los factores psicológicos y sociofamiliares y debe aplicarse tanto en la asistencia por patología, co-

mo en las actividades preventivas y de promoción de la salud. Una actitud empática, de escucha activa, afable, amistosa, educada y con apoyo emocional facilita que el paciente y/o sus padres expresen mejor sus creencias y expectativas y se sientan más partícipes en la consulta y en la toma de decisiones<sup>1-5</sup>.

### **La participación de los niños en la relación clínica**

La capacidad de comunicación de los niños y su comprensión de la salud y del proceso de enfermar cambian con la edad. Es preciso prestar más atención a su papel en la consulta y considerarlo un participante sensible, inteligente, capaz y cooperador, con sus propias necesidades cognitivas y emocionales. La cuestión de cuándo un niño puede intervenir plenamente en la comunicación médica depende de la edad, el tipo de proceso y la relación padres-hijo. La competencia comunicativa del paciente influye en su inclusión en la conversación médica, pero también pueden participar más o menos según las prácticas discursivas utilizadas por el pediatra y los padres<sup>3,6,7</sup>.

En la consulta pediátrica tiene relevancia el acompañante habitual del paciente y, en ocasiones, si viene más de un familiar. Todos los pediatras sabemos lo

importante que es "ganarnos" a las abuelas. Existen técnicas para "acomodar" a el/los acompañante/s del niño, especialmente útiles hoy día porque con frecuencia tenemos como interlocutores a los abuelos o a cuidadores múltiples. Ante un acompañante intervencionista, muy frecuente en nuestras madres, abuelas, etc., se recomienda que digan lo que tienen que decir sin interferencias por parte del pediatra ("vacía de la información"). Posteriormente hacemos una "frase puente" para comenzar a hablar con el niño. Por ejemplo: "y tú, Miguel ¿qué opinas de esto que estamos hablando?". Por lo general el acompañante suele callarse y escuchar. Si no es así podemos hacer un "pacto de intervención" diciendo al acompañante que queremos escuchar al niño y luego volveremos a hablar todo lo que sea necesario. Si todavía no funciona tenemos la posibilidad de hacer salir a alguno de la consulta y crear un nuevo entorno.

Ante un acompañante pasivo, que no se implica en la entrevista, podemos hacer preguntas directas y frases puente: "¿qué opina de lo que dice su mujer? Los niños en la consulta pueden adoptar una actitud pasiva al estar con sus madres pero si nos dirigimos a ellos de forma directa entran en la conversación casi siempre<sup>1,3,4,6-9</sup> (tabla I).

**Tabla I. Habilidades para facilitar la participación rutinaria del niño o los padres**

**Incluir al niño, de forma verbal o no verbal (mirarlo, contactar con él...), en la conversación médica.**

Juan, y tu ¿qué nos cuentas? ¿qué piensas de lo que dice tu padre?

**Compartir los razonamientos: las ideas, los dilemas que tenemos....** "en mi experiencia, podría haber varias explicaciones para esta tos. Pienso que se podrían hacer varias cosas... ¿tiene usted alguna otra idea?"... exponer las dudas. Sinceridad.

**Decir lo que esperamos que ocurra:** los resultados que esperamos de la actuación que proponemos. "Pienso que si te vas antes a dormir, te vas a encontrar menos cansado".

**Ofrecer alternativas.**

Animar a los pacientes a tomar decisiones y a elegir. ¿Qué prefieres: ir a natación o ir caminando al colegio?

**Implicar al niño o padres con sugerencias en vez de mandatos.**

"Para tratar de adelgazar lo primero que nos recomiendan los expertos es ver menos televisión y hacer más ejercicio".

**Animar a que contribuyan con sus ideas, sus sugerencias y sus preferencias.**

"Tú, ¿cómo ves esto de adelgazar? "Miguel ¿cómo podrías hacer más ejercicio?"

## Informar y educar

La información debe proporcionarse de forma comprensible, estructurada y entretenida, incluyendo a los niños activamente en la conversación. La gente comprende mejor si se emplea su propio lenguaje cuando explicamos los problemas detectados o previsibles, o cuando pretendemos educar en nuevos hábitos o modificar aquellos establecidos, exploramos creencias o negociamos las medidas preventivas (tabla II).

Se recuerda mejor lo que se menciona en primer lugar, lo que está relacionado con conocimientos previos (¿ha oído hablar del sedentarismo?) y lo que entendemos como verdaderamente importante para nuestra salud (tabla II).

También ayuda informar sobre los propósitos y los efectos que cabe esperar de las conductas propuestas.

La probabilidad de que nuestros pacientes y sus padres inicien, continúen, y se comprometan con una estrategia sanitaria específica va a depender, entre otros factores, del tipo de relación clínica establecida con nosotros y de nuestras habilidades para motivarles al cambio. Es más eficaz sugerir pequeños cambios que pretender cambiar de golpe y en el espacio de tiempo limitado de nuestras consultas una forma de vida<sup>1,5,10-12</sup>.

Informar no es exactamente igual a educar. La educación es un proceso más global, un proceso en el cual tratamos de modificar conductas y creencias del

<b>Tabla II. Emisión de mensajes informativos</b>
Frases cortas (evitar la "jerga médica" y el lenguaje ñoño)
Vocabulario neutro (palabras de bajo contenido emocional)
Dicción clara y entonación adecuada (evitar voz inaudible o monótona)
Añadir a la información verbal información visual o táctil (curvas de crecimiento, folletos)
Detallar las instrucciones y cambios conductuales, y darlo por escrito
Mejor consejos en positivo (qué mejorar más que qué está mal)
Personalizar la información: <ul style="list-style-type: none"><li>- Primero conozca lo que ya saben el niño y sus padres</li><li>- Pregunte qué otra información creen que podría ser útil</li></ul>

paciente. La información por sí sola, puede conducir a cambios importantes en el estilo de vida, pero no forzosa-mente. La característica básica de la información es que la damos en un ahora y aquí, mientras que la educación es un proceso que se da en una relación humana, en la que los elementos de imitación, identificación y persuasión, tienen tanta o más importancia que la simple información en el logro de cambios saludables en el estilo de vida.

En ocasiones, la información clínica queda corta o simplemente el paciente o su familia no está de acuerdo. En ese momento tenemos un problema. Nosotros lo llamamos negociación, pues queremos llevar al paciente a nuestro terreno, pero ellos también lo hacen.

## **La negociación**

Es todo un reto para el profesional y forma parte fundamental de muchas entrevistas, sobre todo preventivas y de pacientes crónicos. Mediante la negociación se comparte la responsabilidad del proceso terapéutico y preventivo con el niño y sus padres y se incrementa su adherencia y compromiso con los pactos alcanzados.

El punto clave de una negociación es saber utilizar la respuesta evaluativa en lugar de la respuesta justificativa (tabla III). Mediante la respuesta evaluativa tanto el profesional, como el paciente y los padres hacemos una valoración propia del problema, abordamos emociones y creencias y podemos elaborar y estructurar juntos las discrepancias para alcanzar

**Tabla III. Respuesta evaluativa**

Consiste en solicitar la opinión del paciente para conocer sus creencias, intereses

- ¿Por qué no quiere vacunarle?
- "Me doy cuenta que no está muy convencido"
- ¿Por qué quiere que le envíe al endocrino?
- ¿Cuál es el problema, desde su punto de vista?
- ¿Qué cree que deberíamos hacer?

Al conocer este posicionamiento, podremos reconvertirlo o llegar a acuerdos

Para desarrollar una respuesta evaluativa es fundamental dominar el clima emocional (no sentirse atacado, ofendido, descalificado)



#### PROPONEMOS UN PLAN

#### ¿QUÉ HACER CUANDO APARECE UNA DISCREPANCIA? NEGOCIANDO CON EL PACIENTE

- Entender el **derecho** que el paciente y sus padres tienen a participar y opinar sobre su proceso asistencial. Las personas aceptan de mejor grado aquellas decisiones en las que han participado activamente
- Desarrollar una **respuesta evaluativa** (permitir que el paciente o sus padres se expliquen) frente a las opiniones del paciente o sus familias, aunque estas opiniones se digan de manera agresiva o recelosa
- Ser capaces de desarrollar **técnicas de negociación** (llegar a acuerdos, aproximarnos a sus deseos) incluso en situaciones en que creamos poco justificadas las opiniones del paciente
- **Conocer tus objetivos y límites** (principios éticos)
- **Respetar** las últimas decisiones del paciente

un acuerdo capaz de satisfacer intereses comunes y de comprometer y responsabilizar al niño y sus padres. La respuesta evaluativa no sale de manera natural, requiere entrenamiento o programarla conscientemente hasta que se instale como un hábito automático ("¿cuál es el problema, desde su punto de vista?",

"¿qué cree que deberíamos hacer?" o "¿alguna sugerencia más?")<sup>1,8,13</sup>.

Por el contrario, la respuesta justificativa es la del profesional autoritario o que no centra su atención en el paciente sino en sí mismo. "Vamos a ver, ¿quién es el médico aquí?" o "No le dé más vueltas, la cosa está clara, sólo el

que come de más engorda" (aunque no lo digamos, lo pensamos y lo transmitimos, se nos nota)<sup>1,4,5,11,13,14</sup>.

Cuando establecemos una recomendación, es muy importante que el paciente o sus padres comprendan los objetivos a alcanzar y que se acuerde un calendario claro de actividades/modificaciones y controles para verificar su correcta realización y comprobar las mejoras que conlleva (por ejemplo, obesos, asmáticos, enuréticos, TDAH)<sup>1,2,8,10,12</sup>.

Para mejorar la efectividad del consejo operativo se aconseja:

1. Partir de las percepciones del paciente o sus padres.
2. Ser concreto en las expectativas y en las modificaciones que el paciente deberá realizar (puntualizándolas y escribiéndolas).

3. Si la familia usa lecturas o Internet puede apoyarse el esfuerzo mediante citas concretas sobre su problema.

Los consejos explícitos ("deberías comer más fruta") son mensajes unidireccionales con una efectividad limitada pero suficiente. Una convergencia de estrategias (consejo individual, material escrito, audiovisual, reuniones de grupo, recursos de la comunidad) aumenta la efectividad del mensaje. Cuando abrimos un diálogo (¿alguna vez te has planteado hacer más ejercicio?", ¿qué piensas sobre lo que estamos hablando?"), hacemos EM. Existen técnicas dirigidas a aumentar la autonomía y la responsabilidad del paciente y otras destinadas al entorno del niño (motivación extrínseca) (tabla IV).

**Tabla IV.** Motivación extrínseca e intrínseca

EXTRÍNSECA (Externa o del entorno)	INTRÍNSECA (Personal)
<p>El único esfuerzo que te pido es que sigas las instrucciones que voy a darte.</p> <p>Llamadas telefónicas de recuerdo.</p> <p>Revisiones de seguimiento.</p> <p>Refuerzo mediante calendarios hechos por el propio niño.</p> <p>Enlazar nuevas conductas con las antiguas.</p> <p>Obtener compromisos explícitos.</p>	<p>Cambiar creencias del niño o su familia.</p> <p>Mejorar la autoestima.</p> <p>Aumentar la sensación de autocontrol, (cuadernos de automonitorización).</p> <p>Aumentar la sensación de eficacia y éxito.</p> <p>Apoyar la buena predisposición a modificar hábitos, aunque fracase.</p> <p>¿Apelar al amor propio?</p>

## **¿Es posible cambiar las actitudes?**

La información que damos a un paciente y a sus padres no suele ser suficiente para conseguir un cambio de conducta. Los hábitos no se rigen por normas "racionales", sino por actitudes aprendidas.

La EM ofrece a los profesionales de la salud una estrategia potencialmente eficaz para aumentar la disposición de los pacientes para instaurar conductas o modificar hábitos establecidos. Recientemente, los elementos de la EM y el modelo de los estadios del cambio se han simplificado y adaptado para su uso con pacientes en consultas breves.

En la década de los ochenta del siglo XX y desde el campo de las adicciones emergieron las ideas sobre la comprensión de cómo se realiza cualquier cambio de hábitos. Específicamente, el modelo de los estadios del cambio (Prochaska y Diclemente, 1986 y 1992). Este modelo se construyó en su origen para los fumadores en su proceso de abandonar el tabaquismo y se ha aplicado a un gran número de diferentes comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad como alimentación, adicciones, diabetes, manejo del dolor, consejo médico, trastornos del comportamiento y reducción del riesgo de transmisión del virus HIV<sup>2,15-17</sup>.

La EM es, por lo tanto, una herramienta más que podemos utilizar con el objetivo de conseguir un cambio en los hábitos de nuestros pacientes. Se basa en la comprensión de que como profesionales sanitarios debemos atender a nuestros pacientes para que se orienten a adquirir hábitos o estilos de vida que conduzcan a una mejora de su estado de salud o a permanecer saludables.

Todas las personas poseen un potencial poderoso para el cambio. Nuestra tarea consiste en hacer salir dicho potencial, es decir, facilitar los procesos de cambio naturales que existen de forma inherente en todo ser humano. Dentro del campo de la Pediatría podemos trabajar esta técnica con los padres y/o cuidadores, implicando a los niños a partir de cierta edad.

Los adolescentes son una población especialmente apropiada para intervenciones motivacionales cortas en nuestras consultas de Atención Primaria. La mayoría de la morbilidad de los adolescentes está relacionada con factores sociales y conductuales como el abuso de sustancias, accidentes, enfermedades de transmisión sexual, trastornos alimentarios, embarazos no deseados y depresión. Los profesionales de la salud ocupamos un lugar privilegiado para prevenir dicha morbilidad<sup>15,18,19</sup>.



La EM se basa en cinco principios generales que describiremos a continuación:

1. Expresar empatía. La actitud que subyace durante toda la entrevista es de aceptación, que es diferente a acuerdo y aprobación. Mediante la escucha reflexiva adecuada, intentamos comprender los sentimientos y perspectivas de nuestros pacientes y sus padres sin juzgar, criticar o culpabilizar. Hay que tener en cuenta que la aceptación facilita el cambio, y, en ese proceso, la ambivalencia es normal.
2. Crear una discrepancia. Tomar conciencia de las consecuencias de nuestros hábitos es muy importante, pero para los adolescentes esto es muy difícil. La discrepancia entre la conducta actual y los objetivos más importantes que se quieren conseguir en la vida motivan el cambio. Debemos facilitar que el paciente presente sus propias razones para cambiar.
3. Evitar la discusión. Las discusiones son contraproducentes: defender nuestros argumentos provoca "defensividad". La resistencia es una señal que indica que se deben cambiar las es-

trategias que se han estado utilizando. No son necesarias las etiquetas.

4. Darle un giro a la resistencia. Se debe aprovechar el momento actual con el fin de obtener el mayor beneficio posible. Las percepciones se pueden cambiar. Los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen. El paciente y sus padres son una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas.
5. Fomentar la autoeficacia. La creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante. El paciente es responsable de escoger y llevar a cabo un cambio personal. Existe un cierto grado de esperanza en la amplia variedad de diferentes tratamientos o formas de modificar un hábito de los que se dispone. El éxito para una modificación de conducta estriba en que la persona comparta un proyecto: una manera nueva de imaginarse.

Nuestra forma y estilo de relacionarnos con los pacientes y su familia es fundamental para el proceso de cambio en sus diferentes fases: la precontemplación, la contemplación, la acción, el

mantenimiento, etc. Escuchar reflexivamente, expresar nuestra aceptación, obteniendo y reforzando selectivamente las propias "declaraciones de automotivación" son las características y el origen de la eficacia de la EM<sup>1,2,14-16</sup>.

Las personas cambian de muy diversas maneras y por una multitud de razones diferentes. En ese proceso, se ven atrapadas por la ambivalencia. ¿Cómo podemos los pediatras, que trabajamos emitiendo consejos o recomendaciones, potenciar la motivación de los niños y sus padres para el cambio? Aunque los principios y enfoques de la EM son aplicables en campos como los negocios, la educación y la dirección de equipos, nuestro objetivo está en un contexto terapéutico. La EM es una aproximación destinada a ayudar a los pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de

cambiar. Se basa en estrategias que surgen de la relación clínica centrada en el paciente. Es un enfoque más, no el único. Nada funciona por igual para todas las personas y el conocimiento actual sobre cómo ajustar a los pacientes los estilos de intervención más adecuados es incompleto. La EM evita la persuasión basada en la discusión y asume la validez de las experiencias y perspectivas subjetivas del paciente. Esto implica escuchar, reconocer y practicar la aceptación. Si el poder se convierte en un objetivo en sí mismo, se transforma en manipulación.

Una relación interpersonal centrada en el paciente y su familia, en la que el pediatra tiene una empatía adecuada, una calidez no posesiva y autenticidad proporciona la atmósfera ideal para que nuestras recomendaciones se comprendan y se lleven a cabo.

---

## Bibliografía

1. Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC Ed.; 2004.
2. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós Ibérica Ed.; 1999.
3. Mendelsohn JS. Interview strategies commonly used by Pediatricians. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999;153:154-7.
4. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación familiar en Atención Primaria. Ma-

nual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica Ed.; 1998.

5. Hall JA, Visser A. Health communication in the century of the patient. Patient Educ Couns. 2000;41:115-6.
6. Pantell RH, Stewart TJ, Dias JK, Wells P, Ross W. Physician communication with children and parents. Pediatrics. 1982;70:396-402.
7. Tate K, Meeuwesen L. "Let mum have her say": turntaking in doctor-parent-child communication. Patient Educ Couns. 2000;40:151-62.

8. Cegala DJ, McClure L, Marinelli TM, Post DM. The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. *Patient Educ Couns.* 2000;41:209-22.
9. Family Pediatrics: Report of the Task Force on the Family. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics.* 2003;111:1541-71.
10. Bras J. El consejo en la consulta pediátrica: posibilidades y errores comunes. *An Esp Pediatr.* 2001;54 Supl 4:S278-85.
11. Beach MC, Roter DL, Wang NY, Duggan PS, Cooper LA. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient Educ Couns.* 2006;62:347-54.
12. Marinker M. The medium and the message. *Patient Educ Couns.* 2000;41:117-25.
13. Ruiz R. Relación clínica: guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC Ed.; 2004.
14. Spiro H. What is empathy and can it be taught? *Ann Intern Med.* 1992;116:843-6.
15. Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns.* 2004;53:147-55.
16. Shinitzky HE, Kub J. The art of motivating behavior change: the use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nurs.* 2001;18:178-85.
17. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005;55:305-12.
18. Berg-Smith SM, Stevens VJ, Brown KM, Van Horn L, Gernhofer N, Peters E, et al, for the Dietary Intervention Study in Children (DISC) Research Group. A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Educ Res.* 1999;14:399-410.
19. Resnicow K, Jackson A, Wang T, De AK, McCarty F, Dudley WN, et al. A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through black churches: results of the eat for life trial. *Am J Public Health.* 2001;91:1686-93.

