

XI Jornadas Internacionales Nutrición para las Actividades Físicas y el Deporte



Motivación: ¿arte o ciencia?

Dra. Mónica Katz

Universidad Favaloro

www.fat-fit.com.ar

Junio 2010



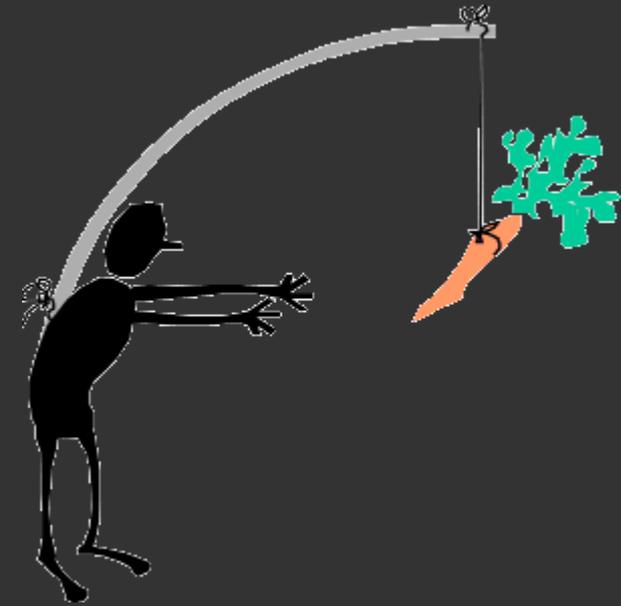
La gente dice que la motivación no dura.
Bueno, tampoco el baño que nos damos cada día...
¡¡por eso lo realizamos diariamente!!

-Zig Ziglar



¿Motivación?

- Energía que moviliza hacia la acción.
- Deseo de involucrarse en una conducta de acuerdo con la percepción de las propias habilidades.

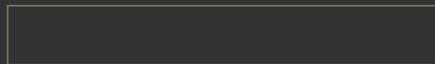


El gran dilema

¿Por qué buscan tratamiento los pacientes?

Por presión medioambiental:
extrínseca

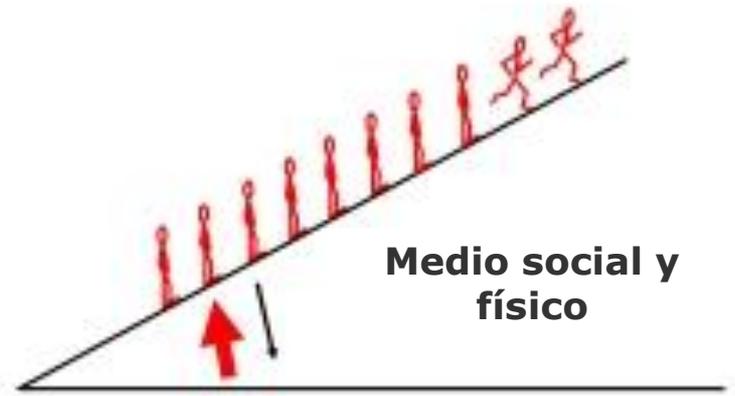
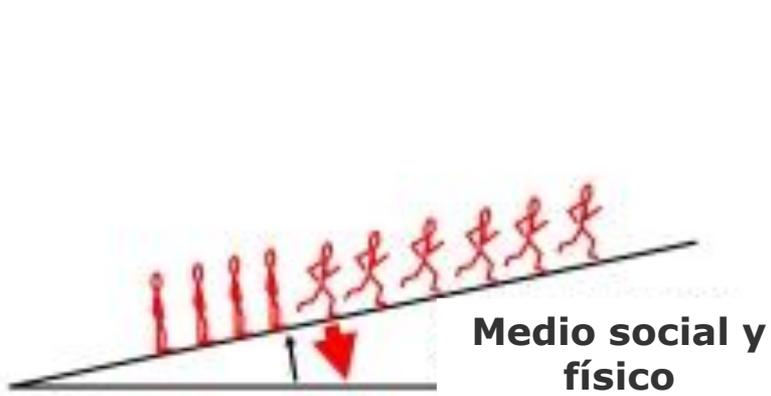
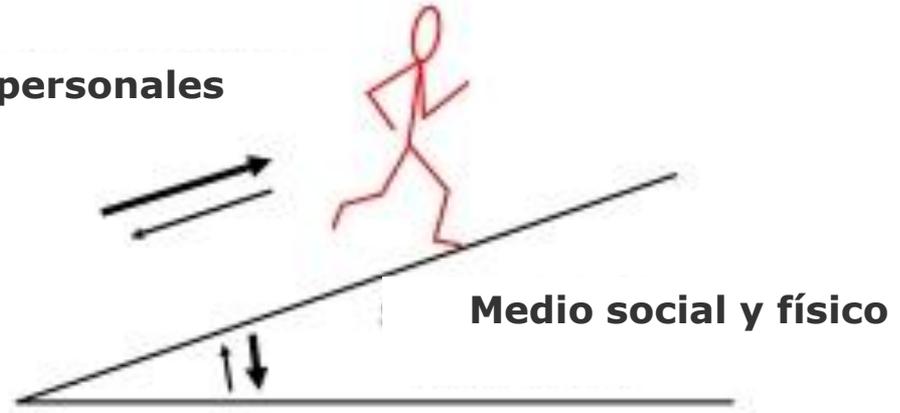
Por motivación propia:
intrínseca



Adherencia

- La medida en la que los pacientes siguen las instrucciones de los tratamientos que les fueron prescritos.
- La medida en que la conducta de una persona coincide con la prescripción o consejo profesional

Factores intrapersonales



Adherencia vs. Compromiso

Adherencia: rol **activo**

Compromiso: falta **decisión**

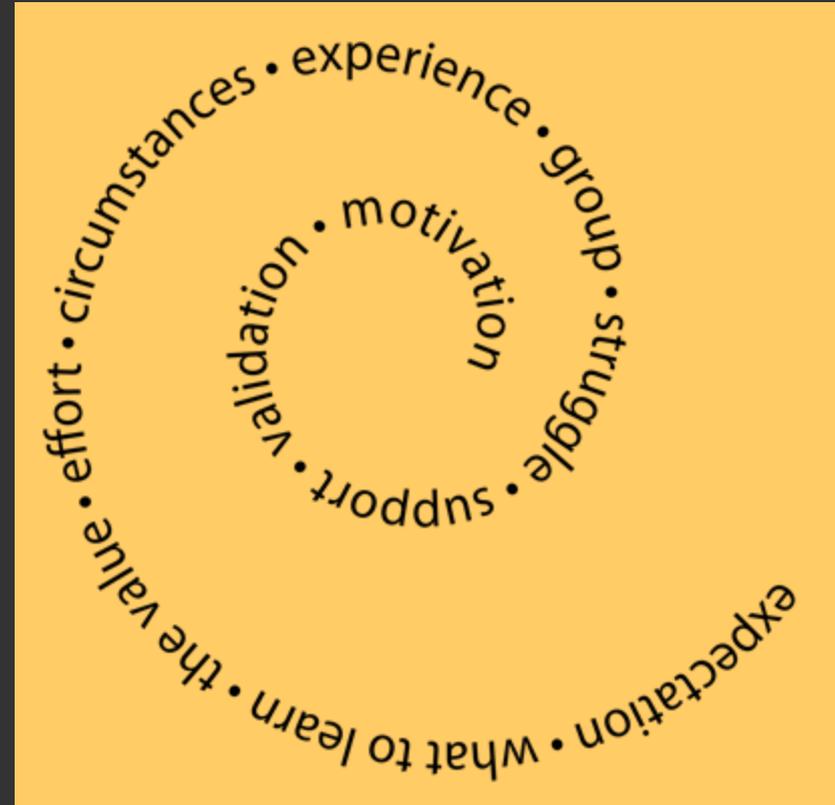


Adherencia (Di Matteo)

- Contención emocional
- Herramientas prácticas
- Información



Comunicación



Se han identificado + 200 factores que afectan adherencia del paciente

- Adherencia es una conducta dinámica
- Sus niveles cambian con el tiempo
- Es un fenómeno multi-dimensional determinado por la interacción de 5 tipos de **factores**

No adherencia

No intencional



Intencional



Adherencia a largo plazo: evidencia para la acción

OMS 2003



Sistema Salud y Equipo

- Falta de destrezas para incrementar adherencia
- Pobre comunicación entre equipo y paciente
- Gaps en la provisión de tratamiento
- Tipo de abordaje
- Falta de herramientas para evaluar adherencia



El score de adherencia dietaria correlaciona con la pérdida de peso a los 12 meses.

La disminución de la adherencia general luego de los primeros meses es habitual en todos los trials. 1 2

La baja adherencia a un objetivo de macronutrientes sugiere que todos revierten a su patrón original. 3 4 5 6

Weight Watchers, Atkins, Zona, Ornish. Ninguna dieta produjo niveles importantes de adherencia. 7

A to Z Study (Atkins, Zona, Ornish y LEARN). 8 9

1 Brehm *J Clin Endocrinol Metab* 2003

2 Foster *N Engl J Med* 2003

3 Shai I, *N Engl J Med* 2008 2007

4 Keogh *Br J Nutr* 2007

5 Turner-McGrievy *Obesity* 2007

6 McManus *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001

7 Dansinger *JAMA*. 2005;293:43-53

8 Gardner *JAMA* Vol. 297 No. 9, 7, 2007.

9 Alhassan 2008 *International Journal of Obesity* 32, 985-991

¿Cómo se mide?

- **No hay gold standard.**
- Definir el contexto de acuerdo con la conducta a medir. Los parámetros deben ser válidos, confiables y sensibles al cambio.
- **Adherencia a dietoterapia:** recordatorios 24-h, diarios, FFQ, calorimetrías, agua doblemente marcada, cetosis, etc.
- **Adherencia a AF:** cuestionarios, presentismo, podómetros, etc



Locus de control (Partridge)

- El grado de control que un paciente percibe sobre su problema influencia la adherencia.
- Una visión fatalística deteriora adherencia.



Punto	Tradicional	Colaborativo
Relación paciente profesional	Equipo experto dice qué hacer. Paciente pasivo.	Equipo experto patología. Paciente experto en su problema.
Principal	Equipo	Paciente y equipo comparten responsabilidad.
Objetivo	Adherencia: instrucciones. No adherencia: problema del paciente .	Paciente establece objetivos basados en información del profesional. No adherencia es problema de estrategia

Bodenheimer T, et al. *JAMA*. 288: 2002, 2469-2475

Punto	Tradicional	Colaborativo
¿Cómo cambia conducta?	Motivación Externa	Motivación Interna a través entrenamiento paciente
¿Cómo identifico problemas?	Equipo	Paciente entrenado
¿Cómo soluciono problemas?	Equipo	Paciente entrenado con colaboración de equipo

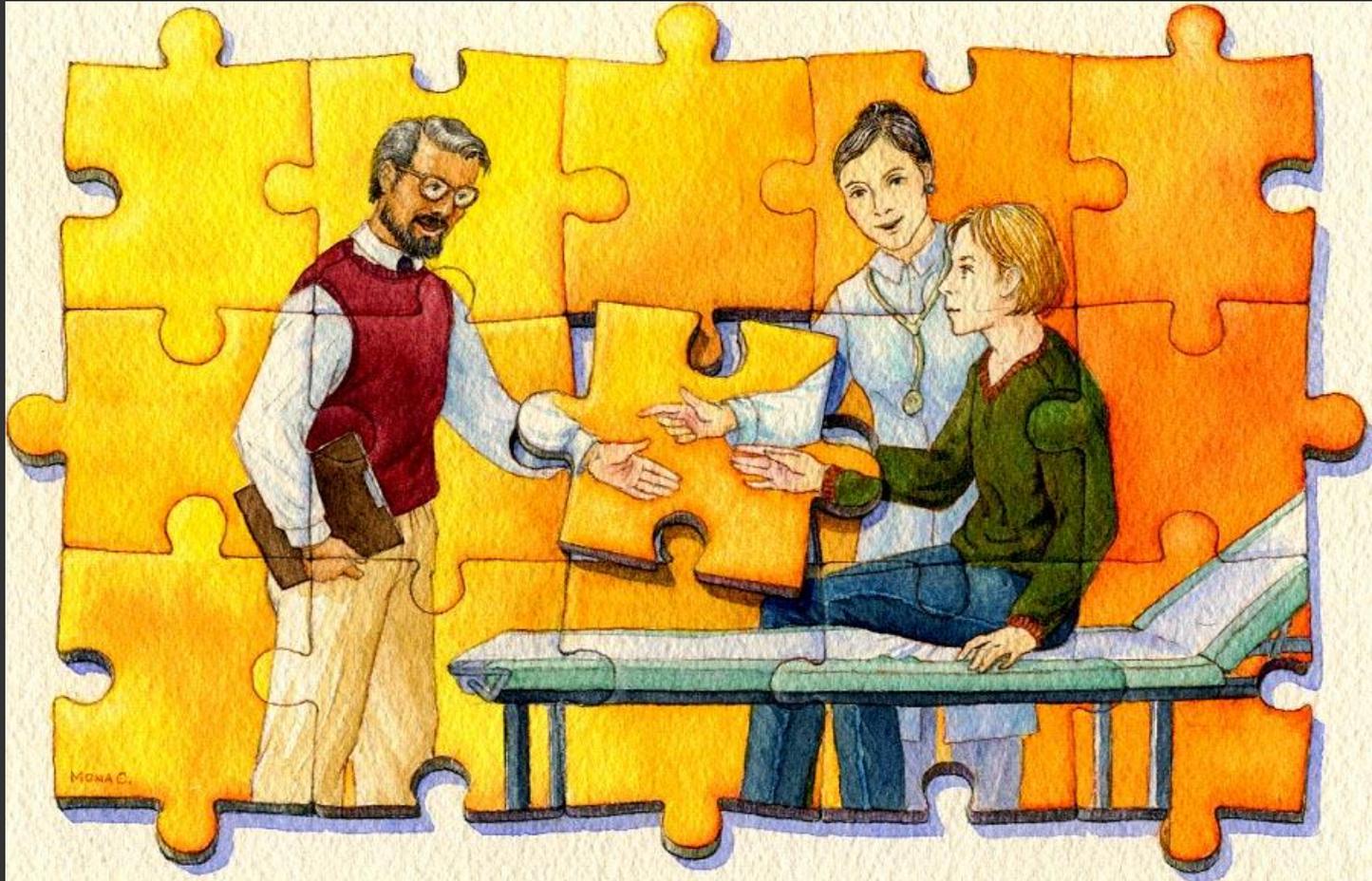
Empowerment (dar el poder o control)

El paciente es visto como parte del equipo. Será contenido para alcanzar un óptimo nivel de autocuidado. Esto se logra mediante:



- Entrenamiento en **habilidades** relacionadas a **comida**, **AF** y **estilo de afrontamiento**, **relax**.
- Provisión de **información** sobre **cuidado** y **objetivos**.
- Involucrar en **planeamiento** e **implementación del plan**.
- Proveer **herramientas** para manejar lo cotidiano.
- Identificar **recursos comunitarios** de contención

Abordaje centrado en el paciente



- **Modelo transteórico.
MTT**
- **Entrevista
motivacional. EM**
- **Teoría Social
Cognitiva**

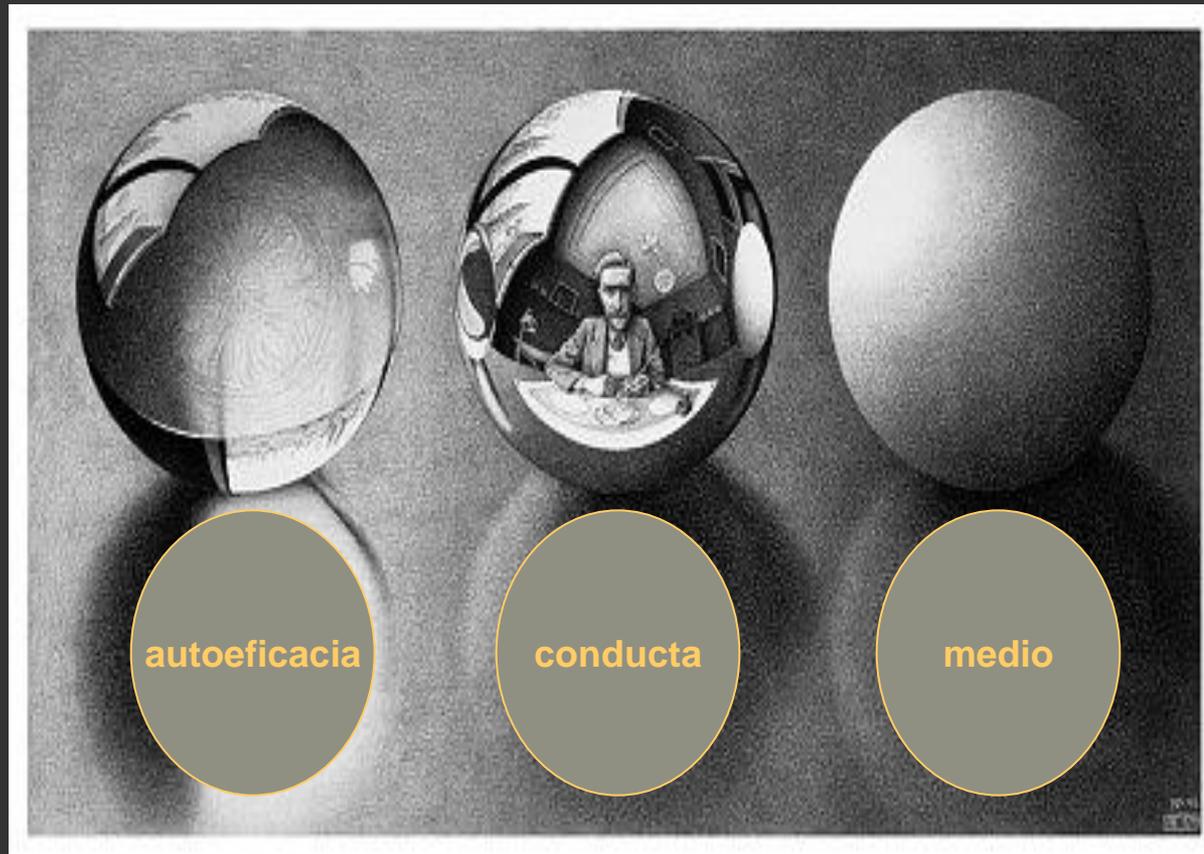


La Teoría Social Cognitiva define a la conducta humana como:

Triádica

Dinámica

Resultado de interacción



TSC: para que alguien tenga motivación para **cambiar** debe creer que:

No cambiar es un riesgo para la salud

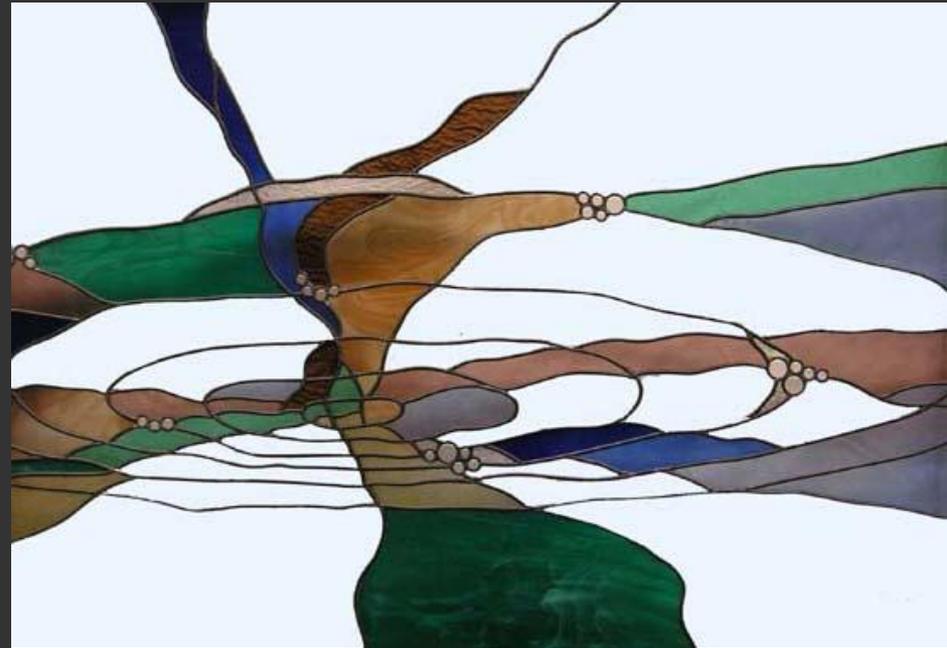
Cambiar reduce riesgo

Es capaz de cambiar



Modelo transteórico

- Desarrollado por Prochaska y Di Clemente en 1984
- Fundamenta:
 - 1- Cómo se produce el cambio de conductas problema.
 - 2-Cómo se adoptan conductas saludables.
 - 3-Autoeficacia.



Etapas de cambio



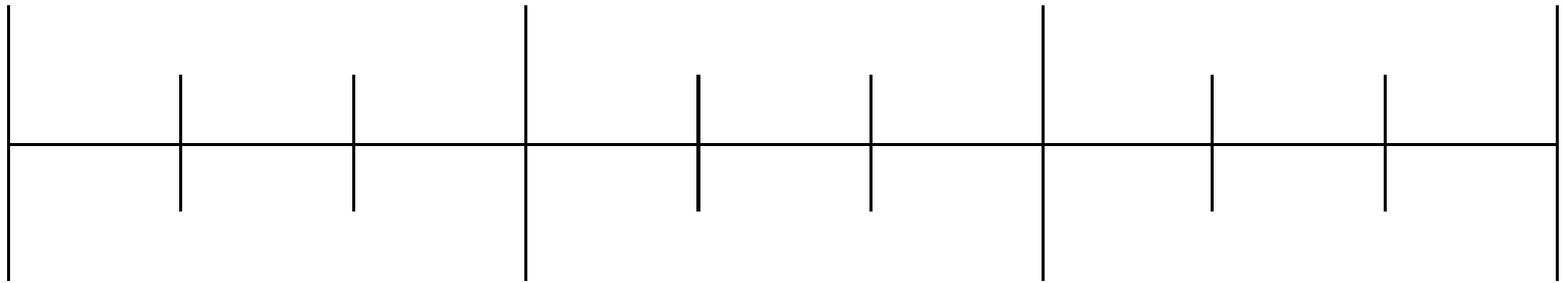
Cambio comportamiento práctico

- Repetición
- Seguimiento
- Mejor 2-5 minutos repetido que 1 hora cada tanto
- Se educa en etapas
- Dar a conocer que sabemos es difícil y que el medio está en contra
- Estimular a encontrar los objetivos (E M)

MTT

Etapas

En la siguiente escala ¿dónde se ubica hoy respecto de la importancia de perder peso?



No listo para cambiar
estilo comida

Estoy pensándolo,
pero...

Comprometido con el
cambio

Trabajando activamente
en el cambio

MTT

Autoeficacia

- La creencia de la propia capacidad de llevar a cabo exitosamente un comportamiento.
- Creencia del equipo en el paciente.
- Presentar ej. de cambios positivos pasados.
- Enfatizar importancia de hacerse cargo.
- Tentación vs confianza.

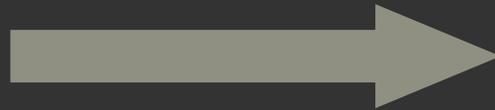
Entrevista Motivacional

Es un estilo profesional que tiene como objetivo ayudar a abordar la fluctuación entre conductas y pensamientos opuestos.

Miller and Rollnick, 1991

Crear y amplificar la discrepancia (disonancia cognitiva)

dónde está



dónde desea estar

4 Puntos Centrales

- **Reconocimiento del problema:** “Creo que esto es más serio de lo que creía.”
- **Expresión emocional acerca del problema:** “Estoy muy preocupado por lo que me está sucediendo.”
- **Intención directa o implícita de cambiar la conducta:** “Tengo que hacer algo al respecto.”
- **Optimismo acerca de la propia capacidad de cambio:** “Sé que si lo intento lo puedo lograr.”

5 pasos para facilitar cambio

1

Identificar conducta a cambiar

2

Analizar cuándo, dónde y cómo sucede ese comportamiento

3

Monitorear cambio de comportamiento

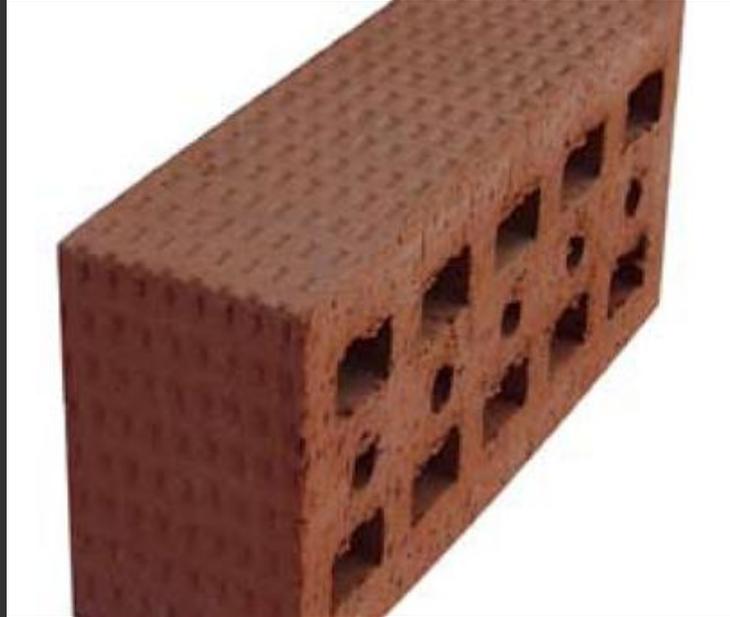
4

Evaluar progreso y corregir estrategias

5

Felicitar éxitos, no criticar errores

4 tipos principales de resistencia



Resistencia

- No es una característica personal
- Se genera en la interacción interpersonal
- “Señal de alarma”

La **respuesta profesional** determina si la resistencia

- Persiste
- Aumenta
- Disminuye

¿Cómo se manifiesta?

Argumentación

El paciente contesta, responde,
enfrenta al equipo

Interrupción

El paciente interrumpe de manera defensiva

Negación

El paciente no muestra intención de reconocer problemas, cooperar, aceptar responsabilidad, hacerse cargo o aceptar consejo.

Discurso

Discurso de Cambio

desventajas del statu quo

ventajas del cambio

intención de cambio

optimismo acerca del cambio

Discurso de Resistencia

ventajas del statu quo

desventajas del cambio

intención de no cambiar

pesimismo acerca del cambio

“No me quiero morir como mi padre. ¡No quiero ser diabético!”

“Creo que podría comprometerme con la AF”

“No me preocupa ser gordo. Mi padre lo era y vivió hasta los 80.”

“¡Intenté todos los tratamientos y siempre recuperé peso!”

Herramientas

Entrevista Motivacional



Expresar empatía

La empatía comunica aceptación y acompaña el proceso de cambio. Aceptar facilita el cambio.

Reflexión: nombrar la emoción que se percibe.

Contención: informa que al profesional le importa, está dispuesto a cuidar de él, quiere conocer lo emocional.

Validación: informa que comprendemos la razón de su estado de ánimo. Iguala a paciente y profesional, a pesar de la asimetría de roles y saberes. La reflexión abre la caja de Pandora y la validación la cierra.

Sociedad: paciente y profesional son un equipo, tienen los mismos objetivos, unidos trabajan para enfrentar la enfermedad crónica.

Respeto: respetar las destrezas y los recursos emocionales del paciente.

Escucha reflexiva

Manera de chequear, más que asumir que sabemos lo que significa el discurso del paciente

- “Suenan preocupado acerca de lo que estamos hablando”
- “ Parece que la familia será una barrera importante”

Establecer discrepancia

- La motivación para cambiar aumenta si el paciente percibe diferencias entre la situación actual y el futuro.
- El paciente presenta los argumentos para el cambio.

Abordar la resistencia

- Se pueden cambiar las percepciones.
- Nuevas perspectivas se proponen, no se imponen.
- El paciente puede ser el generador de nuevas soluciones.

Bailar, no boxear

Estimular la autoeficacia

- La creencia de que somos capaces incrementa el cambio
- El paciente es responsable de elegir hacerlo Hay rango de alternativas (fácil/difícil, pequeño/grande)

Reformular

Cuando el paciente niega el problema es posible reformular, ofreciendo una nueva y positiva interpretación.

Dar un nuevo sentido a las palabras

“ Fracasaré otra vez”.

“Quizás tanto intento implica muchas ganas de perder peso y esta vez sea posible”.

Focalizar lo negativo

Quedarse en el lado negativo.

Ser el vocero de la voz negativa puede generar que el otro (paciente) exprese su lado positivo.

Util en el ambivalente.

Afirmar

Expresar positivamente y sostener al paciente y su disposición a hablar abiertamente de sus preocupaciones.

Contiene al paciente y promueve la autoeficacia:

- Gracias por darme a conocer tus desafíos para llegar hasta aquí.

Resumir

- Repetir refleja las dos caras de la ambivalencia y chequea la veracidad.
- “Quieres probar este tratamiento pero necesitas conocer más en detalle el proceso.”
- También permite conocer la etapa (contemplativo)

Repetir (disco rayado)

El método más simple de responder a la resistencia es repetir en tono neutro los dichos del paciente.

Esto puede generar respuesta opuesta.

Preguntas abiertas

- Para conocer un problema:
¿Qué te hace pensar que tienes un problema de salud?
- Para inducir preocupación:
¿Qué crees que puede suceder si no tratas el sobrepeso?
- Para estimular el cambio:
¿Qué beneficios puedes obtener perdiendo peso o siendo más activo?
- Para generar actitud positiva hacia el cambio:
Si te decides a comenzar el programa de tratamiento, ¿qué te ayudaría a adherir?

¿Es arte o ciencia?

Las técnicas motivacionales son destrezas



Más allá de nuestra voluntad y experiencia, el mejor momento para el cambio es aquel que elige el paciente.



Gracias!