

# Educación sanitaria en las enfermedades crónicas: el ejemplo de la diabetes.

**José Luis Bimbela**  
**Maite Gorrotxategi**  
**Escuela Andaluza de Salud Pública**

En la cultura sanitaria de nuestro país se ha asumido históricamente que la función principal de los profesionales de la salud es (tras el diagnóstico) indicar a los pacientes qué comportamientos han de llevar a cabo (tomarse esto, comer aquello...) para que sus problemas de salud desaparezcan o disminuyan. De acuerdo con esta perspectiva, se ha supuesto que la función principal de los pacientes es seguir todas las indicaciones que han recibido por parte de los profesionales; esto es, hacer lo que les han dicho que deben hacer. La propia palabra «paciente» refleja la actitud pasiva que se espera de ellos. Sin embargo, y aunque los pacientes quieran que su salud mejore, es frecuente que no sigan los consejos profesionales (1).

Desde el lado de los profesionales sanitarios, es frecuente escuchar que el problema de la baja adherencia a los tratamientos se debe en gran medida a que los pacientes no asumen la responsabilidad que tienen en relación con su propia salud; a que trasladan esa responsabilidad a los profesionales, creyendo de una forma casi mágica que su salud mejorará «acudiendo» a las consultas; y a que «se dejan hacer» (análisis, pruebas, exploraciones, preguntas,...) pero que no «hacen» (tomarse la mediación, seguir una dieta equilibrada, realizar ejercicio físico, utilizar métodos contraceptivos eficaces,...) (2).

Asumiendo este «diagnóstico» sobre las conductas de baja adherencia, y sin olvidar el peso que tienen otros factores bien comprobados (información, actitudes, valores, creencias, habilidades, recursos y consecuencias, según el Modelo PRECEDE de Green (3) adaptado por Bimbela (4)), cabe preguntarse ¿Qué se podría hacer por parte de los profesionales para que los pacientes asuman mayores cotas de responsabilidad sobre su propia salud? Parece que insistir, tratar de convencer con argumentos y amenazar con los peligros no suele tener demasiado éxito a la hora de motivar a las personas para que lleven a cabo los comportamientos que un tratamiento eficaz implica (5). Sobre todo cuando los tratamientos son complejos y cuando suponen tener que cambiar hábitos bien instaurados y limitar algunos placeres. Precisamente estas características se dan en el tratamiento de la mayor parte de las enfermedades crónicas.

¿Puede ser que la actitud pasiva de los pacientes se alimente de la actitud directiva de los profesionales?

¿Y si fueran los pacientes los que en la consulta, y con el asesoramiento profesional, decidieran lo que van a hacer?

¿No nos sentimos las personas más comprometidas con una acción cuando hemos sido nosotros mismos quienes hemos decidido realizar esa acción?

¿Y si en vez de decirles a los pacientes lo que tienen que hacer, les ayudamos a decidir lo que quieren y pueden hacer?

Esta última es precisamente la propuesta del instrumento de intervención individual que a continuación se desarrolla (el Decálogo de motivación para el cambio): trasladar a los pacientes el poder y la responsabilidad de tomar activamente decisiones acerca de los comportamientos que influyen sobre su salud.

La verdad es que siempre es el paciente quien decide finalmente realizar o no determinados comportamientos (tomarse las pastillas o no tomárselas, hacer ejercicio o no hacerlo, acudir a las visitas de seguimiento o no acudir,...), pero esa decisión se toma fuera de la consulta y de una forma frecuentemente poco consciente. Y es que una cosa es escuchar lo que te dicen que tienes que hacer («me ha dicho el médico que haga esto») y otra muy distinta decidir lo que vas a hacer («voy a hacer esto»). Para facilitar ese salto, el Decálogo trata de motivar a las personas para que tomen decisiones en la consulta y con el asesoramiento profesional necesario.

Desde esta perspectiva, la función esencial del profesional sería facilitar y asesorar (no dirigir) la toma de decisiones del paciente; la función de éste, tomar esas decisiones convirtiéndose en el protagonista principal del tratamiento. En la experiencia de los profesionales es frecuente observar que cuanto más se insiste para que los pacientes realicen determinada conducta, menos opciones se le dejan para que lo pueda decidir por sí mismo; ayudar a decidir es incompatible con insistir a una persona en que realice determinado comportamiento.

¿Y si la persona decide no llevar a cabo los comportamientos asociados a un tratamiento eficaz?

En ese caso, el profesional puede tener la seguridad de que con una actitud más directiva tampoco habría conseguido que el paciente realizara esos comportamientos. Además, las personas tienen todo el derecho a decidir lo que están dispuestos a hacer para mejorar su salud (6).

Facilitar que el paciente dirija el proceso y tome las decisiones tiene al menos cuatro ventajas:

- 1) Favorece una actitud más activa y responsable sobre la propia salud por parte de los pacientes.
- 2) Los tratamientos que afectan a hábitos como la dieta o el ejercicio serán más realistas, más adaptados a las posibilidades y motivaciones de cada paciente y, por lo tanto, más realizables.

3) Si el paciente decide no seguir el tratamiento o, a pesar de haber decidido seguirlo, en realidad no lo lleva a cabo, los profesionales se sentirán menos desautorizados y menos frustrados. Si es el paciente quien decide, la cuestión ya no es si «me hace caso o no me hace caso», sino que «ha decidido esto o lo otro».

4) Si el paciente percibe que el profesional está dispuesto a «admitir» o aceptar sus decisiones y actuaciones, se sentirá menos impulsado a tener que «mentir» para evitar el enfado y los consiguientes «sermones» de los profesionales. Facilitar que los pacientes puedan decir «la verdad» (lo que realmente están haciendo) es imprescindible para que los profesionales puedan seguir favoreciendo la toma de decisiones de los pacientes.

Para poder aplicar el instrumento de intervención individual que denominamos El Decálogo de Motivación para el Cambio, es necesario que previamente el profesional realice dos tareas:

a) Investigar en las entrevistas previas qué factores pueden estar afectando en cada paciente la(s) conducta(s) cuyo cambio se pretende motivar. Se recomienda para ello seguir el Modelo PRECEDE antes citado, investigando tres tipos de factores: a) los que inciden en su motivación (la información que posee, sus actitudes, valores y creencias, sus miedos y temores, sus dudas y preocupaciones); b) los factores que pueden facilitar su conducta (habilidades, destrezas v recursos); y c) los factores que influirán en el mantenimiento o no de la misma (las consecuencias de todo tipo que puede tener la realización de la conducta: sociales, económicas, y físico-emocionales). De esta manera, además de entender por qué un paciente tiene dificultades para realizar algunas conductas, se obtiene la información necesaria para seguir cada uno de los pasos del instrumento que se va a presentar en el siguiente apartado.

b) Intervenir sobre las lagunas de información que se hayan detectado; asegurándose de que el paciente tenga, al menos, información correcta y completa acerca de todas las cuestiones relacionadas con la conducta que se quiere motivar (en qué consiste, qué consecuencias puede tener a medio y largo plazo no realizarla, cómo se puede llevar a cabo, etc.) (7) (8) (9).

## **EL DECÁLOGO DE MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO**

Tal y como su nombre indica, este esquema de intervención consta de diez pasos. Los primeros cuatro constituyen pistas preparatorias de la intervención. A partir del punto cinco, el instrumento propone qué elementos de la comunicación cabe utilizar en la entrevista con el paciente, para tratar de promover su toma de decisiones.

## **Punto 1. Elegir un MOMENTO adecuado**

En cuanto al momento, es deseable elegir uno en el que, tanto el profesional como el paciente, no estén afectados por alteraciones emocionales. Si el profesional se siente enfadado porque el paciente ha engordado varios kilos o por cualquier otra causa ajena, es preferible no plantear el Decálogo en ese momento; es muy probable que las palabras se conviertan en reproches y el tono suene amenazador, lo cual a su vez produce en la otra persona actitudes de defensa. Si es el paciente el que está afectado por alguna alteración emocional, también es preferible retrasar la intervención, ya que las alteraciones emocionales distorsionan la recepción de los mensajes y la capacidad cognitiva para tomar decisiones realistas.

También es importante elegir un momento en el que ambas personas dispongan de, al menos, 15 minutos para poder dedicarse exclusivamente a la cuestión que se va a plantear.

## **Punto 2. Ir de UNO EN UNO**

Para el éxito de la intervención, es crucial plantear los problemas y la consecuente necesidad de cambiar determinados hábitos, de uno en uno; el riesgo de pedir varios cambios a la vez es el de producir en el paciente sensaciones de agobio y desbordamiento que le pueden llevar a decidir no realizar ningún cambio («romper la baraja», «pasar del tema»).

Si existen varios comportamientos que es necesario cambiar es más efectivo priorizar uno y, cuando éste esté insaturado, tratar de plantear el siguiente cambio. Lo ideal es priorizar aquellos cambios que menos esfuerzo van a suponer para la persona, pero a veces hay que seguir el criterio del cambio más urgente porque así lo requiere su estado de salud.

## **Punto 3. PREPARAR de antemano la intervención**

Improvisar la intervención no suele dar buenos resultados; resulta más eficaz decidir previamente cuándo y cómo (con qué argumentos y alternativas) se le va a plantear la necesidad de cambiar de conducta. La inercia de la costumbre suele llevar a los profesionales a expresar al paciente lo que debería hacer, en vez de ayudarlo a que tome por sí mismo una decisión al respecto. Preparar de antemano y por escrito el guión que a partir del punto 5 se propone (sobre todo las primeras veces que se practica) es una forma eficaz de controlar esta tendencia.

## **Punto 4. Crear un AMBIENTE DISTENDIDO**

Al inicio del encuentro se recomienda tratar de crear un ambiente cálido, acogedor. Para ello se puede, por ejemplo, iniciar una conversación sobre temas relacionados con la vida familiar y/o profesional del paciente. Es

importante evitar comenzar planteándole la necesidad de cambiar determinados comportamientos. Al fin y al cabo se va a realizar una crítica a un comportamiento suyo, aunque sea constructiva y no acosadora; por tanto, crear previamente un ambiente acogedor va a aumentar la receptividad de la persona. Y éste es un objetivo prioritario en este momento del Decálogo: que nos escuche.

Un ambiente cálido y acogedor también se consigue a través de señales no verbales como la sonrisa, la mirada o sentándose de una forma relajada y abierta a la escucha y al contacto interpersonal.

A partir del siguiente punto empieza la intervención propiamente dicha. Para ilustrarla se va a utilizar el siguiente ejemplo: María es una mujer joven, insulino-dependiente, con jornadas de trabajo muy intensas, que padece frecuentes hipoglucemias como consecuencia de sus hábitos alimenticios.

**Punto 5. Describir la CONDUCTA del paciente:**

*«Cuando comes 2 ó 3 veces al día y sin un horario más o menos fijo,...»*

En este punto se trata de concretar la conducta que está teniendo consecuencias negativas sobre su salud, utilizando la información obtenida en las entrevistas anteriores. Es necesario señalar que la frase termina en una coma (es una frase no cerrada); si terminara en un punto («Comes 2 ó 3 veces al día.»), resultaría más agresiva porque suena a reproche. Iniciar la frase con un «cuando...» evita tener que cerrar la frase y, a la vez, evita tener que entrar en detalles (y por lo tanto en discusiones) acerca de la frecuencia con la que se da esa conducta. Es también muy importante no juzgar la conducta utilizando términos valorativos («Cuando comes a deshoras» o «Cuando comes descontroladamente»); por el contrario, es mejor tratar de utilizar términos que sean descriptivos.

**Punto 6. Señalar las CONSECUENCIAS que tiene la conducta (el PROBLEMA):**

*«...sueles tener hipoglucemias, te sientes fatigada para llevar adelante tu trabajo y a veces incluso lo pasas mal porque te parece que te vas a desmayar...»*

Se trata de indicar a la persona qué consecuencias problemáticas está teniendo su conducta. Es muy importante ser escuetos, para facilitar la atención de la persona; ahora no es el momento para explicarle qué problemas tiene: se supone que esto ya se ha hecho previamente o incluso es la misma persona la que lo ha expresado antes. Ahora se trata de tomar decisiones al respecto. Los puntos 5 y 6 sirven para centrar la cuestión. En este instrumento se define como problema, NO lo que hace o deja de hacer la persona, sino las CONSECUENCIAS que ello tiene. Si se definiera como problema el comportamiento de la persona, la única salida sería que cambiara «esa»

conducta; si el problema son las consecuencias, las opciones de solución pueden ser más amplias aunque también incluyan el cambiar esa conducta. De esta forma, se le facilita a la persona decidir cuál va a ser la salida más asumible para ella.

Por otro lado, es importante recordar que las consecuencias de conductas como no tomar medicación, comer mucho pan, beber alcohol en exceso, etc., suelen ser múltiples y no sólo físicas. Lo relevante en el punto 6 del Decálogo es subrayar (no inventar ni exacerbar) aquellas consecuencias que se sabe que son importantes para la persona, aunque no lo sean necesariamente para el profesional. En el ejemplo propuesto, además de las físicas (hipoglucemia), las consecuencias se han centrado en la disminución del rendimiento profesional y en la aparición de emociones desagradables; es muy probable que este tipo de consecuencias sean más relevantes que las físicas para la paciente; y como lo importante, en este momento, es que ella acepte y asuma que hay un problema, es crucial saber resaltar aquellas consecuencias que, por lo que se sabe de esa persona, va a vivir como problema. En otros casos, las consecuencias negativas del comportamiento de los pacientes provienen de las personas que le rodean; por ejemplo, para los adolescentes, sus conductas de no-adherencia suelen agudizar los comportamientos protectores de sus padres, que ellos acostumbran a vivir como formas de control. Es muy probable que para los adolescentes sea más problema la actitud de sus padres hacia ellos, que sus problemas de salud.

Es recomendable tratar de no dramatizar ni exagerar cuando se señalan las consecuencias negativas del comportamiento de los pacientes, pues pueden vivirse como amenazas o intentos de producir miedo, ante lo cual es muy probable que la persona responda negándolos y dejando de escuchar al profesional.

#### **Punto 7. EMPATIZAR con su conducta:**

*«Yo entiendo que con los horarios que tienes te resulte complicado tomarte un descanso y comer. Y también entiendo que cuando no tienes hambre, no te apetece comer.»*

En este punto se trata de ponerse en el lugar de la persona y transmitir entendimiento acerca de las dificultades que en otro momento haya expresado. Cabe recordar que empatizar no implica estar de acuerdo. También es muy importante tratar de evitar el «pero» después de la empatía («Yo te entiendo pero...»), ya que anula el efecto de la misma. Para ello, es recomendable preguntarse primero si se entiende la postura de la otra persona y, si es así, expresar nuestro entendimiento, terminando la frase empática en un punto. Si resulta imposible entender la posición de la otra persona, a pesar de haberlo intentando, es preferible saltarse este paso ya que, si no, es muy probable que la comunicación no verbal transmita poca credibilidad y que se «escape» el «pero», seguido por interminables argumentos acerca de lo pernicioso de la conducta.

En este sentido, se sugiere que el profesional, al aplicar el Modelo PRECEDE citado cuando lleva a cabo el diagnóstico previo a la intervención, intente identificar el mayor número posible de dificultades, miedos, temores y preocupaciones en relación con la conducta, pues cuantos más detecte, más probable será que haya alguno/s que realmente «entienda» y que por lo tanto le permita empatizar con el paciente.

La empatía expresada con credibilidad tiene como efecto un acercamiento emocional al paciente, que hace aumentar su grado de confianza y compromiso. Además, si se empatiza con la conducta de la persona, se evita que tenga que «defenderse» de estar realizándola, aduciendo todas las dificultades que tiene; el profesional se adelanta a esa defensa, la «desactiva» y además aprovecha para empatizar.

### **Punto 8. Asumir la propia responsabilidad (la del profesional) en el problema (sólo SI LA HAY):**

*«Tal vez, hasta ahora, yo tampoco le había dado demasiada importancia a este problema.»*

Si el profesional tiene algún tipo de responsabilidad —aunque sea indirectamente— en que se esté dando el problema definido en el punto 6, asumirlo delante del paciente supone transmitirle la idea de que se está dispuesto a compartir el problema en alguna medida. Pero sólo si esa responsabilidad es real; si el profesional valora que no tiene ninguna responsabilidad, se omite este punto. Otra ventaja de expresar el punto 8 cuando hay razones para ello es la de evitar acusaciones por parte del paciente («usted no me había dicho que...»). Como tampoco se trata de que el profesional se desacredite, en el caso de que el punto 8 se realice, es importante cuidar la forma en que se expresa. Por este motivo se propone la suave fórmula citada: «tal vez yo...».

### **Punto 9. Pedir alternativas para solucionar el problema:**

*«¿Qué crees que podemos hacer para que tengas menos hipoglucemias, no tengas esas sensaciones de fatiga y no lo pases mal?»*

En este punto se le pide a la persona, a través de una pregunta, que genere alternativas de solución para el problema que se ha planteado. La pregunta se formula en primera persona del plural («qué podemos hacer» en vez de «qué puedes hacer»), transmitiendo otra vez la idea de la implicación de ambas personas, y acaba citando otra vez el problema descrito en el punto 6. Es frecuente que llegados aquí, sin darse cuenta, los profesionales presenten como problema la conducta de la persona (punto 5) y no sus consecuencias (punto 6); «¿Qué crees que podríamos hacer para que pudieras comer al menos 5 veces al día?»; esto es precisamente lo que hay que evitar en este punto, ya que le estamos diciendo a la persona «lo que tiene que hacer».

Una vez lanzada la pregunta, es muy importante que el lenguaje corporal del profesional demuestre al paciente que «ahora es su turno» y que se espera con

interés y tranquilidad, sin prisas, su respuesta. Este es el punto más importante de toda la intervención; el momento en que pedimos al paciente que reflexione sobre la cuestión planteada y proponga sus alternativas. Si conseguimos que proponga alguna alternativa (aunque no sea la que el profesional desee) es mucho más probable que realmente la lleve a cabo (10).

Si responde diciendo que no se le ocurre ninguna alternativa o que eso lo debería decir el profesional (evitando de este modo implicarse), cabe insistir otra vez en la pregunta, sin resultar agresivos, diciendo por ejemplo que efectivamente, sí que se tienen pensadas algunas alternativas pero que es muy probable que no le sirvan y que las tuyas sean más realistas. Otra alternativa es pedirle amablemente que se lo piense en casa y que se decidirá en la siguiente sesión (citarlo a los pocos días). Es muy importante hacer todo lo posible para que las alternativas de solución las plantee el propio paciente.

Si insiste en una alternativa que es probable que no solucione el problema (seguir con las pastillas en vez de pasarse a la insulina inyectada, comprometiéndose a mejorar la dieta y el ejercicio), es necesario pactar un tiempo para verificar si funciona. A veces es mucho más eficaz que sean los hechos los que demuestren que la alternativa no es válida, en vez de los argumentos y razonamientos del profesional que tratan de demostrar lo mismo.

#### **Punto 10. Proponer alternativas para solucionar el problema:**

*«¿Qué te parece si hacemos un listado de alimentos que te gusten y que se puedan llevar a la oficina?»*

*«¿Qué te parece si programas tu móvil para que te avise a media mañana y a media tarde?»*

En este punto, el profesional pregunta al paciente su opinión acerca de varias alternativas. Es muy importante que las alternativas que propone el profesional se planteen en forma de pregunta; así otra vez estamos dejando en sus manos la decisión. Evitar por lo tanto plantear las alternativas como un consejo o una opinión («Yo creo que podrías hacer esto» o «Si haces esto te resultará más fácil»).

En cuanto el paciente muestre un acuerdo decidido sobre alguna alternativa, hay que terminar de decidir conjuntamente cuándo y cómo se llevará a cabo.

### INTERVENCIONES POSTERIORES A LA APLICACIÓN DEL DECÁLOGO DE MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

A.- En el caso de que el paciente tome la decisión de realizar algún cambio de comportamiento:

. Reforzar su conducta. Por ejemplo, mostrando satisfacción: «Me alegro de que hayas tomado esta decisión». Este tipo de mensajes, llamados mensajes «yo» (digo lo que pienso o cómo me siento) suelen tener mayor impacto que

los llamados mensajes «tú» («has hecho bien en tomar esta decisión»). Lo relevante es valorar la conducta de la persona, utilizando frases y expresiones propias del estilo de cada uno. Ante todo, evitar frases que, además de no resultar reforzantes, se convierten en reproches: «Ya era hora de que te dieras cuenta de que no podías seguir así» (11).

. Motivar al paciente señalando las consecuencias positivas (reales) que para él va a tener incorporar efectivamente el cambio de conducta acordado: «Con este cambio es muy probable que en dos semanas podamos ver modificaciones importantes en tu glucemia».

. Reforzarse a sí mismo, disfrutando y reconociéndose el hecho de haber logrado un objetivo deseado: «Qué bien, por fin he logrado que María se decida a cambiar un poco su forma de comer».

. Seguir reforzando, de cuando en cuando, la conducta del paciente si se lleva a cabo: «Es una alegría ver que, aunque te cueste, te sigues tomando tentempiés la mayoría de los días».

B.- En el caso de que el paciente no se comprometa a nada o tome la decisión activa de no realizar ningún cambio, las intervenciones pueden orientarse hacia las siguientes acciones:

. Volver a indagar y profundizar en las dificultades que tiene el paciente para seguir el tratamiento, siguiendo el esquema del Modelo PRECEDE citado. Si se obtiene nueva información, plantear otro Decálogo utilizándola; si no vamos a decir nada distinto, no tiene ningún sentido volver a plantear el Decálogo con los mismos argumentos; sólo se conseguirá que el paciente deje de escuchar en cuanto el profesional empiece a hablar, enfadarse y negativizar el clima emocional de la relación.

. Tratar de seguir motivando, recordando al paciente que el problema va a seguir existiendo, utilizando un tono de voz lo más neutral posible, sin que suene a amenaza; «Me temo que vas a seguir teniendo hipoglucemias y sintiéndote fatigada para realizar tu trabajo».

. Reforzarse a sí mismo, reconociéndose el hecho de haber intentado que él siga el tratamiento y asumiendo que está en su derecho no tomar decisiones contrarias al tratamiento.

*A modo de reflexión final:*

A fin de ejemplificar de una forma práctica y sencilla la aplicación del Decálogo, se ha utilizado en este Capítulo el caso de la Diabetes. Sin embargo, es obvio que el instrumento presentado es de utilidad para el tratamiento de cualquier enfermedad crónica en la que el profesional de la salud desee (después de llevar a cabo el imprescindible diagnóstico conductual previo) motivar cambios duraderos en las conductas y hábitos de sus pacientes.

## Bibliografía

- (1) Bimbela JL. ¡No puedo entenderlo, ahora que hay medicación eficaz y no se la toma!. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Octubre, 2001; 8 (8):551-552.
- (2) Bimbela JL, Gorrotxategi M. Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2001.
- (3) Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach. Palo Alto, CA: Mayfield, 1991.
- (4) Bimbela JL. Cuidando al cuidador. Counseling para profesionales de la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2001 (4ª ed.).
- (5) Meichenban D, Turk DC. Cómo facilitar el seguimiento de tratamientos terapéuticos. Guía práctica para profesionales de la salud. Bilbao: Descleé de Brouwer, 1987.
- (6) Bayés R. El counselling como instrumento terapéutico. En: Hombrados MI, editora. Estrés y salud. Valencia, Promolibro, 1997: 343-350.
- (7) Anónimo. Educación para la diabetes. Guía de uso para el educador. Sevilla: Consejería de salud, 1998.
- (8) ESPS Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud. Guías de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPS. Barcelona: SemFYC, 2000.
- (9) Fernández-Crehuet MN, Fernández-Crehuet MM, Vílchez JL, et al. Educar en Diabetes. Granada: Colegio Oficial de Enfermería, 1997.
- (10) Bimbela JL. Un paciente (joven) contento. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Marzo, 2001; 8 (3):1-2
- (11) Bimbela JL. Pecando... por omisión. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Noviembre, 2001; 8 (9):632-633.