

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Educación para el autocuidado del paciente diabético

Enfermera Ilta Lange Haengsen
Directora Centro de Diagnóstico
Master of Science in Nursing, University of California

En este artículo se presentan algunos aspectos conceptuales del autocuidado y se propone la aplicación de un modelo de educación en salud que facilite las acciones destinadas a promover cambios de conducta en los pacientes diabéticos y a mejorar su adherencia a las indicaciones médicas.

Se define autocuidado como aquellas actividades que realizan las personas, la familia y la comunidad, por libre decisión, con el propósito de promover la salud y prevenir, curar o limitar la enfermedad.

En nuestra cultura, el médico siempre ha tenido un gran poder de convicción y ascendente sobre sus pacientes, el cual puede ser aprovechado para ayudarlos a modificar sus conductas desfavorables a la salud y desarrollar su capacidad de autocuidado. Dentro de este último término están implícitos los conceptos de autonomía, autorresponsabilidad y autoeficacia. Para estimular estas características en los pacientes con enfermedades crónicas, es necesario modificar la relación autocrática y paternalista que tiene el personal de salud con los pacientes, la que provoca inhibición, temor y fomenta la dependencia. Este problema se manifiesta de varias formas. Por ejemplo, los pacientes muchas veces no se atreven a preguntar cuando no entienden una indicación; los profesionales, presionados por el tiempo, no escuchan ni se ponen en el lugar del paciente y le exigen cumplir una serie de indicaciones, que muchas veces no sabe cómo realizar, no tiene cómo hacer o no quiere cumplir.

Para fomentar el autocuidado se requiere que el paciente y la familia participen activamente en las decisiones de salud, aportando información útil al profesional para que éste pueda considerar en sus indicaciones las creencias, valores, conocimientos y condición socioeconómica del consultante.

El autocuidado es un componente fundamental del tratamiento del paciente diabético, como lo demuestran estudios que revelan que más del 50% de las personas con enfermedades crónicas no siguen los tratamientos indicados por los médicos. En el pasado, los profesionales de la salud asumían que sus indicaciones eran órdenes que iban a ser cumplidas por los consultantes. Actualmente se sabe que hay muchos aspectos que influyen sobre el cumplimiento de las indicaciones, como son la calidad de la relación entre el profesional, el paciente y su familiar más cercano; los conocimientos del paciente para poder cumplir su tratamiento; la naturaleza del tratamiento, sus efectos colaterales

y la conciencia del médico y del paciente respecto a las etapas del proceso de cambio de conducta.

Las personas diabéticas requieren de muchas adaptaciones simultáneas en su estilo de vida para controlar esta enfermedad y vivir normalmente. Por ejemplo, deben modificar sus hábitos alimentarios, dejar de fumar, cambiar la cantidad y calidad de su actividad física, la manera de organizar su tiempo, asistir a controles médicos y de laboratorio periódicamente, tomar medicamentos o inyectarse insulina, estar permanentemente alerta a síntomas y signos de descompensación que requieren de atención de urgencia, etcétera.

Estos cambios son difíciles de lograr y de mantener a través de los años, porque no sólo exigen la instauración de nuevas conductas, sino también la modificación de hábitos tan arraigados como los alimentarios, que incluso afectan sus relaciones sociales. Seguir las indicaciones médicas significa además para el paciente un gasto económico importante, que no siempre puede solventar con facilidad y que puede provocarle sentimientos de culpa. En este sentido, es importante que el equipo de salud considere el efecto que pueden tener las indicaciones dirigidas al control metabólico sobre la salud psicológica, social y espiritual del enfermo. Es sabido que los problemas que vive la persona diabética no sólo la afectan a ella, sino que trascienden a su familia y amigos más cercanos, muchas veces alterando los roles sociales existentes.

La educación para el autocuidado en el paciente diabético está orientada a lograr que la persona controle su enfermedad, mantenga su autonomía y lleve una vida plena desde la perspectiva psicosocial. Para ello se requiere que el diabético y su familia participen activamente en la planificación, ejecución y evaluación del cuidado de su salud. El profesional de la salud en su rol de educador se debe preocupar de aconsejar, apoyar y reforzar las conductas de salud favorables, estimulando la autorresponsabilidad en el paciente.

El conocimiento, por parte del profesional, de las etapas que se experimentan en un proceso de cambio de conducta, es útil para ayudar efectivamente a los pacientes diabéticos a adherir a las indicaciones médicas y a modificar en forma permanente su estilo de vida. A continuación se señalan las cuatro etapas que se describen en este proceso de cambio:

Primera etapa: toma de conciencia y motivación. El profesional deberá obtener información acerca de la percepción que tiene el paciente respecto a la diabetes e identificar actitudes, conductas, creencias y valores que pueden incidir favorable o negativamente sobre su adherencia al tratamiento. En esta etapa la entrega de conocimientos en relación a las características de la enfermedad, su etiología y formas de controlarla, son fundamentales para lograr que el enfermo se motive a cuidarse. El médico, además, debe compartir con el paciente y familia información relacionada con efectos colaterales de los medicamentos indicados y conductas a seguir si éstos aparecen. También es conveniente discutir con ellos las posibles consecuencias de no seguir tratamiento alguno o de seguirlo en forma inadecuada. Es fundamental que el paciente tenga la máxima claridad respecto a dónde y a quién acudir en caso de requerir ayuda.

Existe una serie de factores que afectan la motivación de la persona diabética para adherir a las indicaciones médicas:

- a) La percepción de su susceptibilidad de contraer esta enfermedad: la percepción de una baja susceptibilidad puede llevar a la negación de la enfermedad.
- b) Su percepción de la gravedad del problema y de sus consecuencias físicas y sociales. Si la persona considera muy graves las complicaciones de la diabetes, será más probable que siga en forma permanente las indicaciones médicas;
- c) La percepción de beneficios inmediatos o futuros de seguir estas indicaciones. Esta se verá influida por sus conocimientos, por el apoyo familiar y social con que cuenta y por la calidad de interacción que se establece entre él y su médico tratante.
- d) Las barreras o costos que percibe para adherir a tratamientos, controles de salud y a cambios en su estilo de vida. Estos incluyen los costos económicos, falta de tiempo, pérdida de momentos de agrado, enfrentamiento a situaciones desagradables, etcétera. Entre todos estos factores, el más predictor de adherencia es la relación entre los beneficios percibidos y los costos que una conducta demandará.

Es importante tener conciencia que, por una parte, la negación de la enfermedad desfavorece la motivación para aprender nuevas prácticas de salud, mientras que, por otra, la entrega de excesiva información en el inicio de esta etapa puede aumentar el impacto emocional en el paciente y reducir las posibilidades de impulsarlo hacia la acción.

Las instituciones de salud pueden desarrollar estrategias organizacionales orientadas a mejorar la motivación de los enfermos para adherir a las indicaciones médicas. Entre éstas se encuentran la formación de grupos de autoayuda, la adecuación de los horarios a las necesidades de los usuarios, la puntualidad en la atención, un ambiente cómodo y cálido en salas de espera y una relación profesional/usuario respetuosa, honesta, participativa, que fomente la autoestima, la autoresponsabilidad y el autocuidado.

Segunda etapa: aprendizaje de destrezas y técnicas específicas. En esta fase el paciente ya ha superado el shock provocado por el reciente diagnóstico y ha tenido tiempo para adaptarse a su nueva realidad. En esta etapa se enseñan procedimientos útiles para instaurar conductas específicas, como son la técnica de inyección de insulina, el cuidado de pies, la organización de la dieta, etcétera. Es

importante considerar en la planificación de las actividades educativas las limitaciones de visión, audición y motricidad fina que pueden tener las personas diabéticas de edad avanzada. El refuerzo y la ejercitación son factores importantes para lograr la seguridad y autonomía del paciente, al igual que el apoyo social que recibe de su familia, amigos y pares.

Tercera etapa: experimentación y evaluación. En esta etapa la persona diabética intenta cumplir las indicaciones médicas, incorporando nuevas conductas a su forma de vida. Es un período de ensayo y error en que el diabético y su familia van comprobando las dificultades que estos cambios le significan y valorando sus beneficios. Numerosos estudios citan la gran influencia que tiene la familia en lograr que el paciente diabético adhiera a las indicaciones de autocuidado. Es por ello que los profesionales de la salud debieran hacer el máximo esfuerzo para incorporarla activamente en esta y en las demás etapas del proceso de cambio de conducta.

El médico debe tener conciencia de su gran poder para incentivar y reforzar los pequeños y grandes logros que va alcanzando el paciente. Si fuera necesario, el médico debe ayudar al enfermo a fijarse metas menos ambiciosas para asegurar que no se frustre y vaya teniendo sensación de control sobre su salud y su vida.

Para lograr que las personas diabéticas cuiden de sí mismas, es útil complementar las actividades educativas individuales con actividades grupales, cuyo fin es lograr que los pacientes y familiares se apoyen y refuercen entre sí, ofrecer un espacio para que los afectados compartan sus temores y busquen soluciones creativas a problemas comunes. Las actividades grupales también ahorran tiempo al educador.

Cuarta etapa: incorporación. En esta etapa el diabético incorpora las nuevas conductas de autocuidado a su estilo de vida, adhiriendo así a las indicaciones. El seguimiento y refuerzo del médico, así como el apoyo familiar y social con que cuenta el paciente, son algunos de los factores que influyen en la superación de esta etapa.

CONCLUSIONES

Para fomentar el autocuidado en la persona con diabetes es necesario que se establezca una relación horizontal entre los profesionales y el paciente, que conjuntamente identifiquen las necesidades de salud y fijen un plan para lograr la adquisición de conductas que son indispensables para controlar la enfermedad y promover el bienestar físico, psicológico, social y espiritual. Para el éxito de este proceso, el compromiso y la participación de la familia es clave.

- A través de la educación para el autocuidado, el diabético:
- Asume mayor responsabilidad en el cuidado de su salud.
 - Aumenta sus conocimientos sobre cómo mantenerse saludable, cómo prevenir complicaciones y sobre qué decisiones tomar en caso de enfermar.
 - Adquiere habilidades para controlar su enfermedad.
 - Busca y usa oportuna y adecuadamente los servicios de salud.
 - Utiliza adecuadamente el apoyo social existente, como son la familia, los amigos, los grupos de autoayuda y otros apoyos que ofrece la comunidad.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Levin L. Patient education and selfcare. How do they differ? *Nursing Outlook*, 1978; 26:170-175.
2. Escobar MC, Aninat A. Control de diabéticos adultos en un consultorio general suburbano de Santiago. *Revista Médica de Chile*, 1983; 111:466-471.
3. Sands D, Holman E. Does knowledge enhance patient compliance? *Journal of Gerontological Nursing*, 1986; 11:23-29.

4. Jordan M. Life style intervention. A conceptual framework. *Patient Education and Counseling*, 1984;6:29-38.
5. Camus L. Enfermo crónico, familia y red social. *EPAS*, 1988; 5:11-17.
6. Lange I. Proceso de cambio de conducta. *EPAS*, 1987; 5:38-43.
7. Guzmán P. Adherencia. *EPAS*, 1987; 5:45-48.
8. Becker M. The health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monograph*, 1974; 2:324-473.
9. Guzmán P, Preciado J, Montecinos L. Modelos teóricos en educación para la salud. *EPAS*, 1990; 7:7-12.