

Nuevos retos en la práctica clínica

Implicación del paciente con diabetes tipo 2 en el autocuidado de su enfermedad: un reto pendiente

Implications of the patient with type 2 diabetes in self-management of the disease: a pendent challenge

D. Figuerola

Fundación Rossend Carrasco i Formiguera. Barcelona

Los profesionales de la salud (PS) que atendemos a personas con diabetes sabemos que, entre las recomendaciones de las *guidelines* y la práctica clínica diaria, existe a menudo una gran distancia. Publicaciones recientes¹⁻³ vienen a confirmar lo que todo el mundo sabe pero no siempre reconoce: la eficacia del sistema sanitario es muy baja en enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2 (DM2), y el porcentaje de los pacientes que alcanzan todos los objetivos previstos (peso, presión arterial, HbA_{1c}, colesterol, triglicéridos, etc.) es casi anecdótico. Así, en una muestra relativamente sesgada (clase media, estudios superiores, 45 minutos por visita, etc.) de pacientes con DM2 atendidos en un centro especializado como el nuestro⁴, uno de cada cinco fuman, el 55% presenta una HbA_{1c} de más del 7%, la mitad tiene una presión arterial sistólica >135 mmHg, una tercera parte presenta unos valores de colesterol LDL superiores a los 100 mg/dL, y una cuarta parte no toma antiagregantes plaquetarios. La pregunta es obligada. Si disponemos de los conocimientos y recursos para alcanzar los objetivos clínicos propuestos, ¿qué explica estos malos resultados? Y sobre todo, ¿qué medidas debemos adoptar para mejorarlos?

Las causas del escaso cumplimiento deben buscarse en tres frentes: la propia enfermedad, la actitud del paciente y la actitud del profesional. La DM2 es una enfermedad generalmente silente y de larga evolución, en la que el paciente raramente percibe beneficio inmediato con el tratamiento. En muchas ocasiones, el tratamiento «intensivo» da lugar a molestias que antes no existían, como por ejemplo las hipoglucemias. Además, el tratamiento es complejo porque exige tomar escrupulosamente la medicación, seguir una dieta, llevar a cabo autoanálisis de la glucosa, prever y tratar hipoglucemias, etc. Finalmente, y a diferencia de la diabetes tipo 1, en la que la sensibilidad a la insulina suele ser

normal, en la DM2 existe un componente de resistencia a la insulina cuyo tratamiento farmacológico hasta hace poco ha sido poco eficaz. Aunque los fármacos incorporados recientemente han mejorado las posibilidades, la realidad es que en casos de pacientes obesos con DM2 de larga evolución pretender una HbA_{1c} <7% es una experiencia muy frustrante.

En cuanto al paciente, cuatro factores⁵ determinan preferentemente su adscripción al tratamiento, de manera que para que el individuo acepte y persevere en la terapéutica debería: estar persuadido de que sufre la enfermedad; creer que la enfermedad y sus consecuencias pueden ser graves para él; convencerse de que el tratamiento será beneficioso, y estar convencido de que los beneficios compensan los posibles efectos secundarios, así como las molestias sociales y los costes económicos que conlleva. Es evidente que los pacientes que creen que el tratamiento les proporciona muchos beneficios, que las dificultades no son insuperables y que son conscientes de la gravedad del trastorno y de su vulnerabilidad en relación con éste seguirán mejor el tratamiento que los demás. No obstante, conocer la gravedad de la enfermedad no es una razón suficiente para cambiar actitudes, ya que el miedo puede inducir a la negación («Puede pasar, pero a mí no me tocará») y la susceptibilidad a las consecuencias del tratamiento puede actuar en sentido negativo; por ejemplo, la probabilidad de una hipoglucemia por insulina pudiera inducir a algunas personas a mantener dosis insuficientes. Los conocimientos y las creencias afectan a los resultados del tratamiento^{6,7} y viceversa, de modo que esta interrelación dinámica indica que las predicciones de este modelo son cambiantes y dependientes de circunstancias particulares, entre las que se incluyen la educación y los consejos que el paciente recibe.

Por todo ello, el seguimiento de las recomendaciones terapéuticas de cualquier enfermedad mejorará si los PS son capaces de:

- Transmitir la convicción de que el tratamiento disminuye complicaciones.
- Ayudar a superar las barreras que el paciente percibe.
- Ponerse «al lado y en el lugar del paciente» (empatía).
- Potenciar la creencia de que las consecuencias de la enfermedad se pueden reducir.

Fecha de recepción: 14 de julio 2009

Fecha de aceptación: 22 de septiembre 2009

Correspondencia:

D. Figuerola. Dr. Carulla 26-28, 1.º 1.ª. 08017 Barcelona.
Correo electrónico: danielfiguerola@frfc.cat

Lista de acrónimos citados en el texto:

DM2: diabetes tipo 2; PS: profesionales de la salud.

El concepto de *locus of control*⁸ sirve para explicar buena parte de los mecanismos de conducta que generan cumplimiento terapéutico. Se consideran dos polaridades: lugar de control interno y lugar de control externo. Las personas que lo tienen externo atribuyen el control de la enfermedad al azar y/o lo confían plenamente al terapeuta o a la tecnología, y los que lo tienen interno tienden a ser autorreferenciales y a creer que ellos son los únicos responsables. Las personas con un lugar de control interno tienden a conseguir un mejor control de la enfermedad. Sin embargo, un lugar de control rabiosamente interno puede conllevar una actitud inadecuada, ya que en biología no todos los resultados van a depender de factores controlables por la voluntad. En todo caso, el lugar de control es modificable, y con técnicas cognitivo-conductuales podemos conseguir que personas que creen que el destino regula su enfermedad acaben reconociendo que tienen una cierta participación en el proceso de control de su trastorno. En cualquier caso, sólo las experiencias vividas cambiarán el criterio del paciente, nunca los discursos.

La mayoría de los profesionales de la sanidad cree en la necesidad de implementar la educación terapéutica. No obstante, pese al convencimiento intelectual y a una actitud relativamente favorable⁹, la realidad es que estamos lejos de disponer de una atención médica integral que trate con el mismo rigor aspectos biomédicos y psicosociales. La conducta del modelo biomédico está tan arraigada en la sociedad que los pacientes a menudo responden a la pregunta «¿Qué tal? ¿Cómo está?» poniendo encima de la mesa los análisis, sin comprender que la pregunta es una invitación a contar cómo se sienten y no un interrogatorio sobre la HbA_{1c}.

Una formación biomédica encaminada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas como la que básicamente siguen recibiendo los médicos es un bagaje inadecuado para abordar el tratamiento de enfermedades crónicas. Sin una formación mínima en psicología y pedagogía, los PS sentirán siempre fatiga, desánimo y frustración ante los pacientes diabéticos, y los endocrinólogos desviarán su atención al tiroides o a la hipófisis, mientras que los internistas se centrarán en el colágeno o la inmunología. Es indudable que, ya sea por código genético o por formación personal, algunos PS tienen mejores habilidades de comunicación que otros y obtienen mejores resultados asistenciales. El entusiasmo, la convicción en lo que hacen, la utilización del humor y la imaginación son, entre otras, algunas de las características comunes a estas personas. Además, está demostrado que las mujeres son más eficaces que los varones¹⁰. No obstante, medicina y educación no son sólo arte o carisma, también son

ciencia, de modo que todos los PS pueden mejorar sus habilidades en educación de pacientes si se lo proponen.

Para mejorar la eficiencia del sistema sanitario a través de la implicación del paciente en su autocuidado, es preciso reformular en profundidad objetivos y estrategias sanitarias, formar a los PS en disciplinas psicosociales y trabajar en equipo. Afortunadamente, se están rompiendo barreras individuales en muchos centros asistenciales, gracias a la incorporación de profesionales de enfermería, psicología, nutrición, podología, educación física, etc., lo que ha dado una nueva dimensión al tratamiento de las personas con diabetes, «difuminando» perfiles profesionales^{11,12}. El camino es largo y exige cambios profundos en la formación de profesionales de la salud¹³ y en las estructuras asistenciales. Un auténtico reto que esperamos conseguir en los próximos años. Sin duda por razones éticas, pero también para ser más eficientes. ■

Declaración de potenciales conflictos de intereses

D. Figuerola declara que no existen conflictos de intereses en relación con el contenido del presente artículo.

Bibliografía

- Jensen TG, Tonstad S, Claudi T, Midthjell K, Cooper J. The gap between guidelines and practice in the treatment of type 2 diabetes. A nationwide survey in Norway. *Diabetes Res Clin Pract.* 2008;80:314-20.
- King DE, Mainous AG, Carnemolla M, Everett CJ. Adherence to healthy lifestyle habits in US adults, 1988-2006. *Am J Med.* 2009;122:528-34.
- Zhao G, Ford ES, Li C, Mokdad AH. Compliance with physical activity recommendations in US adults with diabetes. *Diabet Med.* 2008;25:221-7.
- Memoria 2008 (disponible en www.frcc.cat).
- Anderson RM, Donnelly MB, Davis WK. Controversial beliefs about diabetes and its care. *Diabetes Care.* 1992;15:859-63.
- Mann DM, Ponieman D, Leventhal H, Halm EA. Predictors on adherence to diabetes medication: the role of disease and medications beliefs. *J Behav Med.* 2009;32:278-84.
- Nair KM, Levine MA, Lohfeld LH, Gerstein HC. «I take what I think works for me»: a qualitative study to explore patient perception of diabetes treatment benefits and risks. *Can J Clin Pharmacol.* 2007;14:251-9.
- Tillotson LM, Smith MS. Locus of control, social support and adherence to the diabetes regime. *Diabetes Educ.* 1996;22:133-9.
- Figuerola D, y el Grupo de Estudio de Educación Terapéutica de la SED. Las actitudes de los profesionales de la salud en relación con la diabetes. *Av Diabetol.* 1999;15:25-33.
- Berthold HK, Gouni-Berthold I, Bestehorn KP, Böhm M, Krone W. Physician gender is associated with the quality of type 2 diabetes care. *J Intern Med.* 2008;264:340-50.
- Horton E, Cefalu WT, Haines ST, Siminerio LM. Multidisciplinary interventions: mapping new horizons in diabetes care. *Diabetes Educ.* 2008;34(suppl 4):78S-89.
- Papel del profesional sanitario (disponible en www.idf-lectures.org/spanish).
- Figuerola D, Reynals E. La educación de profesionales de la salud en diabetes. En: Gomis de Barbará R, et al., eds. *Tratado SED de diabetes mellitus*. Madrid: Médica Panamericana, 2007;433-51.