

**HERRAMIENTAS PARA MEJORAR LA
ADHESIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE.
EL CASO DE LA DIABETES**

José Luis Bimbela Pedrola

Maite Gorrotxategi Larrea

5ª edición



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Edita: ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA
Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070
18080 Granada España
www.easp.es

ISBN10: 84-87385-08-7

ISBN13: 978-84-87385-08-7

Depósito Legal:

Cubierta: María del Mar Láinez Sánchez, 1992

Maquetación: Catálogo Publicidad

Corrección de estilo: Irene Fernández Romacho

Imprime: Publidisa

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen representados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

Nota de los autores: Por cuestiones lingüísticas, estéticas y para agilizar su lectura, este libro utiliza palabras genéricas masculinas, entendiéndose que con ello se incluyen ambos géneros.

José Luis Bimbela Pedrola

José Luis Bimbela Pedrola

Doctor en Psicología, Universidad de Barcelona

Master en Salud Pública, Universidad de Barcelona

Master en Drogodependencias, Universidad de Barcelona

Profesor investigador del Área de Salud Pública

en la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

Investigador principal en proyectos europeos sobre *VIH/sida y Jóvenes*

Docente en el Proyecto Counseling (FASE-OMS)

Autor de *Cuidando al profesional de la salud*

Cuidando al formador. Habilidades emocionales y de comunicación

Sociología del sida

Maite Gorrotxategi Larrea

Licenciada en Psicología, Universidad de Deusto

Master en Psicología Clínica Conductual, Centro Luria

Responsable Área Relaciones con el ciudadano, Distrito Sanitario Serranía,
Ronda

Consultora en Salud Pública y Promoción de Salud

Experta en Mediación Familiar

Profesora colaboradora de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

Docente en el Proyecto *Counseling* (FASE-OMS)

Autora de *Materiales didácticos para la prevención de la violencia de género*,
editado por la Consejería de Educación y Ciencia, Instituto Andaluz de la Mujer

ÍNDICE

Prólogo	11
Introducción a la 5ª edición	13
Introducción a la 1ª edición	15
Capítulo 1: Habilidades emocionales y adhesión terapéutica	
• Introducción	19
• Cómo funcionan las emociones humanas	21
• Cómo se pueden manejar las emociones	27
Capítulo 2: Habilidades para el diagnóstico de conductas relacionadas con la adhesión terapéutica	
• Introducción	59
• Un instrumento clave para la realización de diagnósticos de conductas: el modelo PRECEDE de L. W. Green, adaptado por J. L. Bimbela ..	60
• Aplicación del modelo PRECEDE en el caso de la diabetes	62
• Intervenciones posteriores al diagnóstico PRECEDE	66
Capítulo 3: Habilidades de comunicación para la adhesión terapéutica	
• Introducción	73
• Comunicación verbal (la letra) y comunicación no verbal (la música)	75
• Verbos clave de la comunicación	77
• Factores que facilitan la comunicación con el paciente	85
• Factores que dificultan la comunicación con el paciente	86

Capítulo 4: Estrategias de intervención grupal para la adhesión terapéutica

- Introducción 89
- Grupo de iguales (*peer group*) 89
- Taller de entrenamiento 92
- Métodos formativos EDIPO 94

Capítulo 5: Estrategias de intervención individual para la adhesión terapéutica

- Introducción 105
- Decálogo de motivación para el cambio 108
- Intervenciones posteriores a la aplicación del Decálogo 115

Capítulo 6: Ejemplos de diagnósticos conductuales e intervenciones sobre comportamientos de pacientes con diabetes

- Introducción 117
- Ejemplos de diagnósticos conductuales de comportamientos
en pacientes con diabetes 118
- Ejemplos de intervenciones conductuales sobre comportamientos
en pacientes con diabetes 138

Bibliografía 149

Apéndices

- I. Lista orientativa de emociones 154
- II. Esquema para la reestructuración cognitiva 155
- III. Esquema para el diagnóstico PRECEDE 156
- IV. Esquema para el diseño de sesiones grupales 157

Los buenos sentimientos dejan de ser buenos
si se limitan a ser sentimientos y no pasan a la acción

José Antonio Marina. *Aprender a convivir*, 2006

PRÓLOGO

Dotar de herramientas a los profesionales que les permitan hacer su trabajo con mayores garantías constituye un esfuerzo que debe ser conocido y agradecido. La incorporación de este tipo de utilidades al área siempre compleja de la adhesión al tratamiento por parte de los pacientes, es un elemento de extraordinario interés ya que incide en aspectos directamente relacionados con la efectividad de las actuaciones y, por lo tanto, con los resultados clínicos que se obtienen.

En este sentido, muchos de los esfuerzos desarrollados para incorporar a la práctica clínica la evidencia científica disponible suficientemente contrastada, o para establecer consensos profesionales para la puesta en marcha de protocolos asistenciales, se ven cuestionados por algo aparentemente sencillo, o al menos lógico, como es la necesidad de un seguimiento estricto de las indicaciones terapéuticas por parte de los pacientes.

A veces, desde una posición exclusivamente tecnicista, creemos que la simple indicación terapéutica nos garantiza su ejecución cuando, en realidad, ésta se halla relacionada con múltiples factores que la condicionan. Desde las formas de transmisión de la información —donde intervienen habilidades y destrezas de los profesionales— pasando por factores relacionados con características del propio paciente y/o su entorno familiar, hasta factores relacionados con la enfermedad.

Este libro aborda de forma práctica, la complejidad de la “adhesión terapéutica”, y lo hace sobre una enfermedad paradigmática, pues resume claramente la dificultad del proceso y lo necesario de una actuación desde frentes y niveles diferentes. De ahí que sus planteamientos pueden ser aplicables a otras enfermedades en la que es aconsejable un abordaje similar.

En resumen, esta obra pone en manos de los profesionales diversas herramientas y métodos útiles para su práctica clínica y para elevar la calidad de la misma. Y todo esto lo hace posible un grupo de profesionales que han

comprendido la importancia del tema, que tienen interés por comunicarlo y que han conseguido canales para hacerlo realidad. Nuestro agradecimiento a todos ellos.

Antonio Torres Olivera

Director General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento
Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

INTRODUCCIÓN a la 5ª edición

Esta 5ª edición que el lector tiene en sus manos es el fruto de más de 50 jornadas sobre Adhesión terapéutica en pacientes diabéticos realizadas para personal de enfermería a lo largo y ancho de todo el territorio español en los últimos siete años.

En esta edición seguimos haciendo, lógicamente, énfasis en la atención a la diabetes, pero continuamos también recordando, en todo momento, que las estrategias, habilidades e instrumentos que se presentan son totalmente aplicables para lograr la adhesión terapéutica en otras enfermedades.

La principal novedad de esta 5ª edición es la incorporación en el Capítulo 1 (Habilidades emocionales y adhesión terapéutica) de un extenso epígrafe dedicado a cómo gestionar las emociones del “otro” (paciente, otro profesional, un familiar). Un aspecto fundamental y que hasta ahora sólo habíamos abordado tangencialmente.

Nuestro mayor agradecimiento a las y los profesionales de enfermería que con su dedicación y entusiasmo han hecho que cada una de las Jornadas formativas realizadas estos últimos años haya constituido una experiencia profesional y personal inolvidable.

José Luis Bimbela Pedrola
Granada, septiembre de 2006

INTRODUCCIÓN a la 1ª edición

Durante el año 1999 la Escuela Andaluza de Salud Pública llevó a cabo, con el patrocinio de LifeScan-Johnson and Johnson Company, tres jornadas para personal de enfermería sobre “Adhesión terapéutica en pacientes diabéticos” (Granada, Málaga y Sevilla). El éxito obtenido en ellas hizo que el año siguiente se celebraran ocho nuevas ediciones en Cádiz, Córdoba, Tenerife, Valencia, Alicante, Málaga, Murcia y Sevilla. La calidad y cantidad de los productos elaborados por el personal de enfermería asistente, así como la adecuación progresiva —por parte del profesorado— de los instrumentos metodológicos a la adhesión terapéutica en diabetes, llevó a que organizadores y patrocinadores se plantearan editar conjuntamente una publicación que recogiese tanto los aspectos teórico-conceptuales e instrumentales de las jornadas, como las aplicaciones prácticas a conductas específicas en la adhesión terapéutica de los pacientes con diabetes.

Dado que, además, buena parte de las conductas relacionadas con dicha adhesión (seguir una dieta, realizar ejercicio físico, tomar la medicación, acudir al seguimiento médico, etc.) están asociadas también a otras patologías, parecía interesante llevar a cabo una publicación que, aunque hiciera énfasis en la diabetes, ofreciera también estrategias e instrumentos aplicables a la adhesión terapéutica en otras enfermedades. Cuestión, ésta de la adhesión, de enorme actualidad y relevancia en otros ámbitos como el del tratamiento con antirretrovirales frente al VIH/sida (véanse las conclusiones de los últimos congresos nacionales e internacionales sobre el sida) o el del tratamiento con antibióticos (véanse los últimos llamamientos de la Organización Mundial de la Salud al respecto).

Por todo ello, la presente publicación se plantea los siguientes *objetivos* fundamentales:

Objetivo 1: Dar a conocer diversas habilidades emocionales útiles para los profesionales que quieren aumentar la adhesión terapéutica de los pacientes.

Las alteraciones emocionales tienen un papel importante en la adherencia terapéutica al tratamiento de la diabetes. Para los profesionales resulta espe-

cialmente estresante observar las dificultades que tienen algunos pacientes para seguir las indicaciones del tratamiento, lo que a su vez afecta a la relación terapéutica, tensando el clima de comunicación. Al ser la relación con el paciente la herramienta primordial que tienen los profesionales para motivarle, si ésta resulta conflictiva, disminuye la efectividad de su trabajo. Por otro lado, seguir el tratamiento supone a los pacientes tener que cambiar muchos hábitos ya adquiridos y renunciar a prácticas que les resultan placenteras. Además, han de convivir con el miedo a que aparezcan las complicaciones asociadas a la diabetes. Todo ello suele generar intensas emociones de malestar que, si no se saben manejar de otra forma más eficaz, pueden evitarse tratando de no recordar que se sufre diabetes y no siguiendo el tratamiento.

Objetivo 2: Presentar instrumentos de diagnóstico de conductas que permitan identificar los factores que inciden en la adhesión terapéutica de los pacientes.

Abordar de forma efectiva la diabetes implica la necesidad de promover la realización y consolidación de muchos cambios de comportamiento en ámbitos muy variados de la vida de los pacientes: la alimentación, el ejercicio físico, el control y la atención constantes sobre los indicadores glucémicos, la toma de medicación, la adecuación de ritmos y horarios, etc. Por ello es imprescindible que los profesionales de la salud cuenten con algún instrumento ágil y claro para hacer los análisis diagnósticos que les permitan identificar los factores más relevantes que influyen en cada uno de los nuevos comportamientos. Este instrumento se describe en el Capítulo 2 y se aplica a conductas concretas relacionadas con la diabetes en el Capítulo 6.

Objetivo 3: Dar a conocer formas de optimizar las habilidades de comunicación de los profesionales con los pacientes, con sus familiares y con otros profesionales, para aumentar la adhesión terapéutica.

Las habilidades de comunicación resultan de gran utilidad en el terreno de la adhesión terapéutica, tanto antes de llevar a cabo los cambios de comportamiento (promoviéndolos y estructurándolos), como durante la fase de mantenimiento de los nuevos hábitos más saludables (previniendo el riesgo de rela-

jamiento excesivo: “bajar la guardia”, “caer en la rutina”) que conllevan los procesos crónicos. En este sentido, la comunicación se convertirá en un instrumento clave para reforzar los paulatinos logros de los pacientes. Estas habilidades de comunicación —con un énfasis muy importante en los aspectos no verbales de las mismas— se presentan en el Capítulo 3 de la presente publicación.

Objetivo 4: Facilitar métodos prácticos para aumentar la eficacia de las intervenciones educativas grupales dirigidas a incrementar la adhesión terapéutica.

En el Capítulo 4 de la presente obra se tratan los aspectos más ligados a distintas estrategias y métodos útiles para lograr cambios duraderos en los conocimientos, las actitudes, las creencias, los valores y las habilidades, cuando el profesional de la salud realiza intervenciones educativas en grupo para promover la adhesión terapéutica de los pacientes. En este sentido, se hace un especial hincapié en diversas metodologías que permiten consolidar en el tiempo los diversos aprendizajes logrados. Se trata, en todos los casos, de metodologías participativas en las que los pacientes asumen un rol activo y protagonista que facilita aprendizajes y promueve mayores compromisos con los acuerdos y cambios.

Objetivo 5: Presentar instrumentos de motivación individual que promuevan en los pacientes cambios duraderos de conductas asociadas al tratamiento de la diabetes.

El bienestar de las personas afectadas por la diabetes depende sobre todo de su comportamiento, de la adherencia al tratamiento terapéutico. La responsabilidad del paciente frente a su enfermedad es primordial, y para que una persona asuma responsabilidades es muy importante que sea ella misma la que tome las decisiones. En nuestra cultura, sin embargo, la tradición lleva a creer que el papel de los profesionales es dar instrucciones (“Haz esto, no hagas aquello, tómate esto, ni se te ocurra probar aquello...”) y, por lo tanto, el papel que se otorga a los pacientes es el de hacer, obedientemente, lo que se les indica. En el capítulo 5, se presenta un modelo de intervención individual

que tiene como objetivo tratar de responsabilizar y comprometer a los pacientes respecto a las conductas que es necesario adoptar para controlar su enfermedad.

Las habilidades del profesional de la salud para relacionarse con el paciente son el hilo conductor de la publicación que aquí se presenta, dado que esta relación es, en definitiva, la gran herramienta de los profesionales para influir sobre los conocimientos, las actitudes, las creencias, las emociones y los comportamientos de los pacientes. También en lo que se refiere a la adhesión terapéutica.

Esta publicación no hubiera sido posible sin el entusiasmo y la eficacia de todos los profesionales de LifeScan–Jonson & Johnson Company implicados en el proyecto: Javier García Valero, Ángel Delgado Carmona, Lourdes Martín Moreno, Anabel Delgado Coronil, Tomás Fransi Marqués, Manuel Domínguez Ramírez y Juan Rodríguez Márquez.

Y, desde luego, permítasenos un cálido y entusiasta agradecimiento a los profesionales de enfermería que, con su trabajo, entrega y creatividad en cada una de las Jornadas celebradas, nos han animado poner en marcha esta publicación y han contribuido a su enriquecimiento continuo.

*José Luis Bimbela Pedrola
Maite Gorrotxategi Larrea*

Granada, marzo de 2001

CAPÍTULO 1

HABILIDADES EMOCIONALES Y ADHESIÓN TERAPÉUTICA

INTRODUCCIÓN

Para los profesionales que trabajan en la atención a personas con diabetes resulta especialmente frustrante observar las dificultades que tienen éstas para seguir las indicaciones del tratamiento, a pesar de disponer de toda la información necesaria para ello. Conociendo las graves consecuencias que para la salud de los pacientes tiene la falta de adherencia al tratamiento, a los profesionales les resulta difícil controlarse y no caer en reproches y en actitudes culpabilizadoras que a su vez producen actitudes de rechazo en los pacientes. Además, es relativamente frecuente que, ante la cotidianeidad de la falta de adherencia, los profesionales terminen “quemados”, con sensaciones intensas de impotencia al creer que su trabajo y esfuerzo no sirven para nada.

En las jornadas de formación que se realizaron con profesionales de la salud se le preguntó qué tipo de situaciones —en su relación con personas afectadas por la diabetes— les producían malestar emocional y cómo se sentían ante esas situaciones. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Situaciones y emociones de los profesionales

SITUACIONES	EMOCIONES
“Pacientes que nos mienten. Nos dicen que hacen todo lo que les hemos indicado pero los análisis demuestran claramente que no es verdad”	Rabia Rechazo
“Pacientes que tienen toda la información necesaria pero no nos hacen caso; no siguen las indicaciones del tratamiento. Sobre todo respecto a la dieta y al ejercicio físico”	Rabia Angustia Impotencia
“Pacientes que no aceptan su enfermedad. No quieren asumirlo. Actúan como si no tuviesen la enfermedad”	Confusión Impotencia
“Pacientes muy jóvenes, descontrolados, que empiezan a sufrir complicaciones (ceguera)”	Pena Angustia Culpabilidad
“Pacientes que no entienden lo que les tratamos de enseñar”	Inutilidad
“Pacientes que no escuchan lo que les decimos”	Rabia Impotencia
“Tener que repetir siempre lo mismo en las consultas, para que no te hagan ni caso”	Frustración Desilusión
“Que los pacientes desconfíen de nuestros conocimientos. Que el personal de enfermería tengamos menos credibilidad que los médicos”	Rabia Humillación

Identificar y saber procesar dichas emociones de malestar es una habilidad personal fundamental para poder manejar estas situaciones con la mayor serenidad posible y evitar el riesgo de la constante frustración de los profesionales. En definitiva, todo ello va a influir de forma decisiva en el clima de la relación que se establece entre profesionales y pacientes y, por lo tanto, en la capacidad de los primeros para influir en las creencias, emociones y comportamientos de los segundos.

Los pacientes diabéticos suelen experimentar, con frecuencia, intenso malestar, al tener que controlar constantemente su comportamiento (a la hora de comer, de hacer ejercicio, de hacer autoanálisis, de tomar la medicina...) y al ser conscientes de las graves consecuencias que puede sufrir su estado de salud. Si no se tienen las habilidades de autocontrol emocional suficientes, existe el riesgo de tratar de evitar el malestar huyendo de la responsabilidad que se tiene sobre la propia salud. Además, hoy en día existen evidencias experimentales que muestran cómo el estrés eleva los niveles de glucosa en sangre y dificulta la metabolización de la misma, afectando el funcionamiento del páncreas y del hígado, a través del sistema nervioso autónomo y de determinadas sustancias hormonales. A la luz de estos datos, sería necesario incluir en los programas de educación diabética conocimientos y habilidades para que los pacientes pudiesen manejar sus reacciones emocionales.

En este capítulo se van a abordar, en primer lugar, algunas ideas básicas acerca del funcionamiento de las emociones humanas para, en segundo lugar, ofrecer algunas estrategias dirigidas a procesarlas y controlarlas.

CÓMO FUNCIONAN LAS EMOCIONES HUMANAS

La capacidad humana para sentir determinadas emociones forma parte del equipaje biológico necesario para la supervivencia de la especie. La sensibilidad humana a las emociones tiene como principal objetivo señalar qué hechos son verdaderamente importantes para el bienestar y la vida, ya sea por su peligrosidad o por su potencial placentero.

Además, las emociones tienen otra relevante función: empujar hacia la acción, ya sea para terminar con el peligro o el malestar, ya sea para acercarse y mantener la fuente de bienestar. De hecho, son seguramente la fuente de información que más peso tiene a la hora de tomar de decisiones.

Este capítulo va a centrarse exclusivamente en el funcionamiento y manejo de las emociones desagradables, ya que suelen tener una influencia decisiva tanto en la adherencia activa al tratamiento por parte de los pacientes, como en la capacidad de los profesionales para establecer una relación positiva y eficaz que pueda estimular la motivación de los pacientes a seguir el tratamiento.

En definitiva, puede resumirse lo anterior diciendo que las emociones son un recurso inestimable para las personas, ya que tienen una doble funcionalidad:

- a) Señalar las situaciones especialmente peligrosas o dañinas, alertando y agudizando la atención.
- b) Impulsar la acción, ya que al ser desagradables, motivan la búsqueda activa de soluciones.

Sin embargo, no siempre las emociones cumplen esta doble funcionalidad y, cuando esto ocurre, pasan de ser un recurso inestimable a ser una fuente de intenso malestar, desorganizando a su vez la capacidad para la acción. Esta disfuncionalidad ocurre cuando:

1. Las emociones son muy intensas. En este caso, las emociones sí cumplen la primera función, la de señalar que algo importante está ocurriendo. Pero al ser muy intensas, desorganizan la capacidad para la acción. Probablemente, las decisiones que se tomen bajo la presión de intensas emociones serán impulsivas, sin valorar adecuadamente las consecuencias; o por el contrario, se evitará tomar decisiones, tratando de esa manera de evitar la situación.
2. Las emociones son crónicas sin ser demasiado intensas, en el caso de las emociones desagradables (frustración, impotencia...). Cuando el malestar es

continuo, las emociones pierden su doble funcionalidad: ya no sirven como señal de alarma porque la persona sabe desde hace un tiempo que algo desagradable está sucediendo, y tampoco sirven para impulsar la acción porque la persona ya ha intentado actuar para que ese malestar desaparezca, pero no lo ha logrado. En estas circunstancias, las emociones desagradables sólo sirven para disminuir la confianza de la persona en su capacidad para afrontar las situaciones que le generan malestar.

Las habilidades de autocontrol emocional tienen como principal objetivo evitar precisamente que se den las dos circunstancias mencionadas; que el malestar sea demasiado intenso y, sobre todo, que se alargue en el tiempo, que se vuelva crónico. Evitando estas dos circunstancias, el malestar puede funcionar como una señal de aviso para poner en marcha estrategias de afrontamiento dirigidas, ya sea a actuar para cambiar o terminar con la situación que genera malestar, ya sea para tratar de adaptarse a ella.

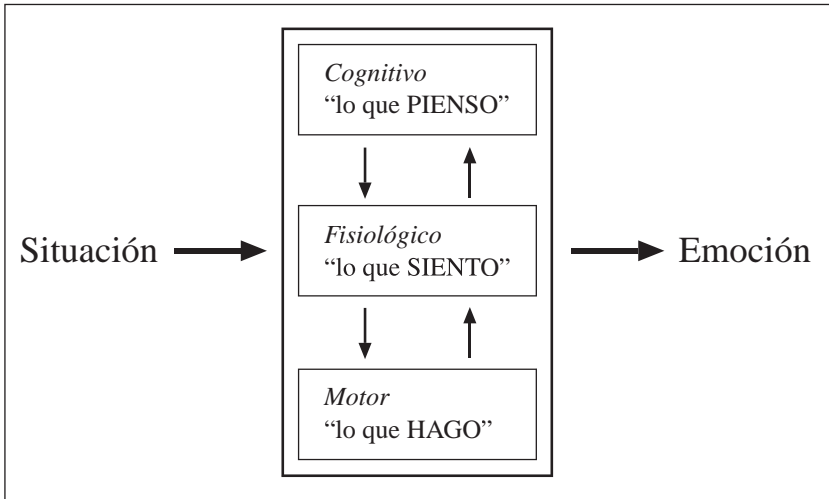
De todas formas, la misma situación (tener que inyectarse, saber que se tiene diabetes, tener que controlar lo que se come, tener que comunicar a alguien que tiene diabetes, atender a personas que no siguen las indicaciones,...) produce emociones muy diferentes y de distinta intensidad en cada persona. Por lo tanto, además de las características objetivas de una determinada situación, hay variables personales que explican las reacciones emocionales.

Esas variables personales vienen determinadas por el pasado de las personas: tienen que ver con la historia de aprendizaje individual, con las experiencias que ha tenido la persona antes de enfrentarse a esa situación y que han delimitado sus capacidades, sus limitaciones, sus filias y sus fobias.

Sin embargo, esto no significa que las personas no puedan ampliar sus capacidades y paliar sus fobias; la historia de aprendizaje se construye y remodela día a día, partiendo del pasado pero influido a su vez por las nuevas experiencias y oportunidades que el presente puede ofrecer (la relación con los profesionales, tener que plantearse nuevas prioridades,...).

En el presente de cada persona las emociones, ante una situación específica, vienen moduladas por los llamados tres niveles de la respuesta humana:

Figura 1. Niveles de la respuesta humana frente a la situación



1. El nivel cognitivo: Se refiere a la forma de entender y valorar la situación; a lo que se piensa y cree acerca de ella. Son parte esencial de ese “pensar”, cuál se cree que es la causa de la aparición de esa situación, qué tipo de consecuencias se cree que puede tener, si se cree que se es capaz de afrontarla y, en general, si se piensa que es algo pernicioso, neutro o agradable.
2. El nivel fisiológico: Se refiere a la respuesta automática del organismo ante esa situación (nerviosismo, palpitaciones, respiración agitada, tensión muscular,...).
3. El nivel motor: Hace referencia a la decisión de cómo se va a actuar ante esa situación y/o a la misma actuación.

Estos tres tipos de respuestas ante la situación ocurren prácticamente en un mismo momento y son interdependientes; en función de la valoración que se haga , habrá mayor o menor activación fisiológica. También en sentido contrario, en función de si se toma o no una decisión, la activación fisiológica será mayor o menor y este grado de activación influirá en la forma en que se valora esa situación. Estos tres niveles, en conjunto, producirán las distintas emociones.

A continuación se aplica esta teoría a situaciones a las que se enfrentan los pacientes y los profesionales, para analizar las distintas emociones que pueden aparecer, en función de los niveles cognitivo, fisiológico y motor.

Figura 2.
Aplicación de la teoría a situaciones a las que se enfrenta el paciente

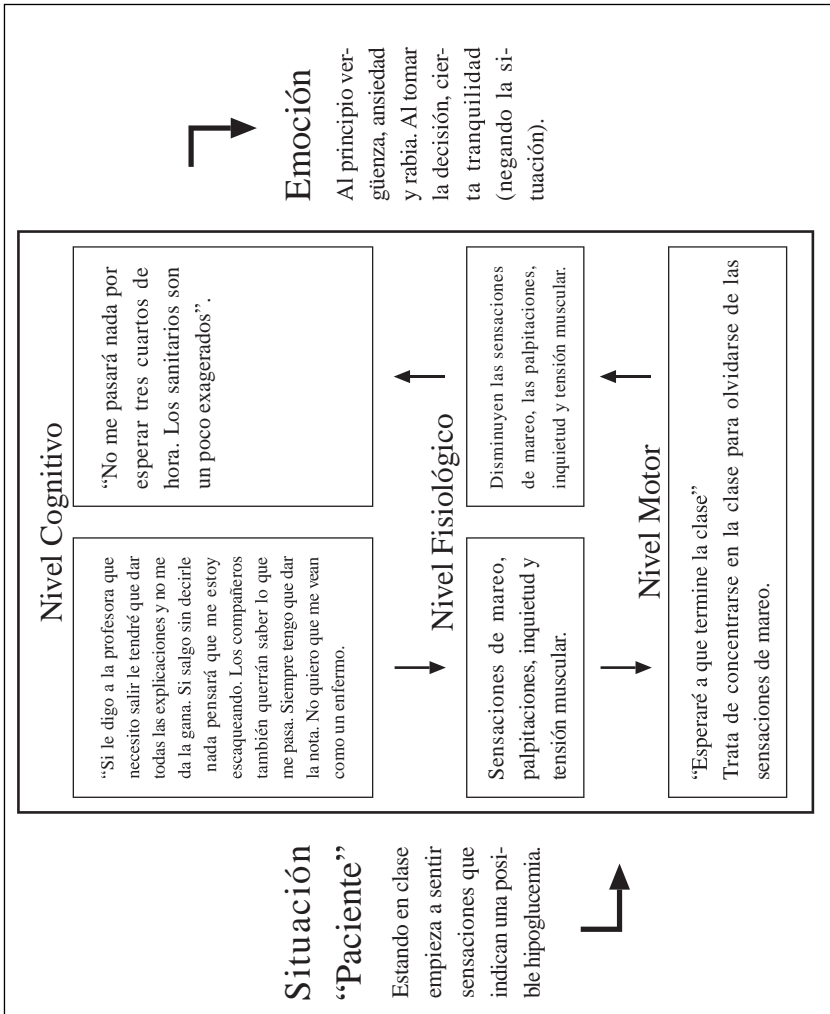
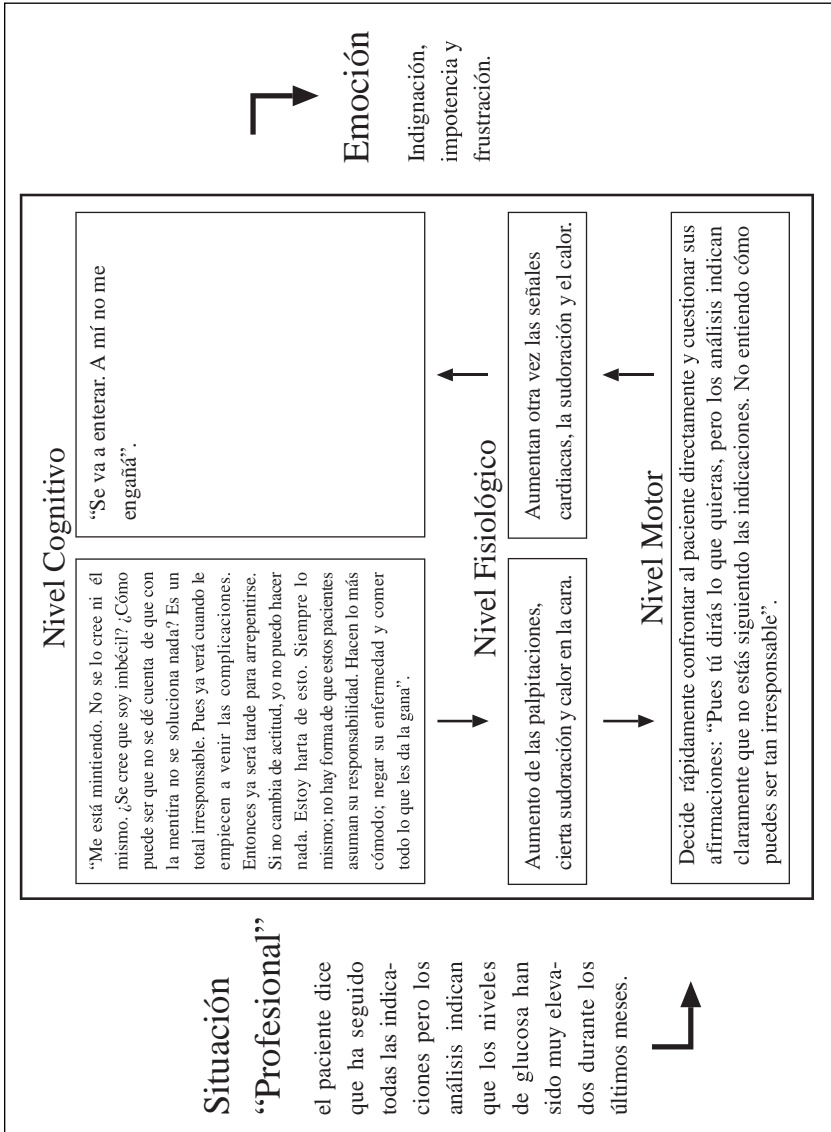


Figura 3.

Aplicación de la teoría a situaciones a las que se enfrenta el profesional



CÓMO SE PUEDEN MANEJAR LAS EMOCIONES

En coherencia con el modelo teórico que se acaba de presentar, para poder influir sobre las emociones, se ha de incidir en cada uno de los tres niveles de respuesta. En el nivel cognitivo se puede influir analizando primero si existen distorsiones en la forma en que se está valorando la situación para, en un segundo momento, tratar de valorarla de una forma más ajustada a la realidad.

En el nivel fisiológico se puede influir utilizando estrategias de relajación. Y, por último, sobre el nivel motor se puede influir siguiendo determinados pasos, antes de decidir cómo actuar en determinada situación o tipo de situaciones.

A continuación se describen con detalle cada una de estas intervenciones.

INTERVENCIÓN SOBRE EL NIVEL COGNITIVO

Tal y como se ha señalado más arriba, una de las vías para tratar de disminuir el malestar que una persona siente ante determinadas situaciones es identificar cómo está valorando e interpretando esa situación (qué piensa sobre ella) y, si existen distorsiones, reestructurarlas para que se ajusten más a la situación y generen menos malestar. En este apartado se describirán, en primer lugar, algunas de las distorsiones cognitivas más frecuentes para después proponer un ejercicio que permite identificarlas y modificarlas (reestructuración cognitiva).

1. Distorsiones cognitivas

Dentro de la psicología, las corrientes cognitivistas afirman que existen una serie de distorsiones cognitivas, que serían las responsables de que, ante determinadas situaciones, las personas se vieran afectadas por alteraciones emocionales intensas o crónicas, influyendo de manera poderosa en el bienestar de las personas y en su capacidad para tomar decisiones en consonancia con sus necesidades y sus objetivos ante las situaciones a las que se tienen que enfrentar.

Desde las teorías psicosociales del estrés también se afirma que este fenómeno se produce cuando las personas tienen que enfrentarse a situaciones que valoran como peligrosas o dañinas y ante las cuales perciben que no tienen recursos para afrontarlas.

Siguiendo estas dos aportaciones teóricas, a continuación se describen algunas distorsiones cognitivas cuyos efectos principales serían el de aumentar la percepción de que la situación que se está viviendo es amenazante, desagradable o dañina, y el de disminuir la percepción de que se tienen recursos para poder enfrentarla.

a) Filtro mental.

Percibir sólo lo negativo (los problemas, las dificultades, las limitaciones) y no percibir y valorar lo positivo (aquellas áreas en las que no se tienen problemas o limitaciones y disfrutar de ellas). Percibir sólo lo positivo también sería una distorsión pero, en nuestra cultura, es más frecuente que el filtro mental no permita valorar lo positivo. A esta distorsión también se la conoce como “abstracción selectiva”.

Las consecuencias principales del filtro mental son:

- Aumenta la negatividad de la situación y por lo tanto las emociones de malestar ante ella.
- Disminuye la percepción de control sobre la situación.
- Disminuye la autoestima, si el filtro mental se aplica a la propia actuación.
- Favorece estilos de comunicación centrados en la crítica, lo cual disminuye la credibilidad y la capacidad de persuasión de los profesionales.

Ejemplo en profesionales:

- Pensamientos con filtro mental: “Toma dulces para desayunar”.
- Pensamientos sin filtro mental. “Toma dulces para desayunar pero se controla el resto del día”.

Ejemplo en pacientes:

- Pensamientos con filtro mental: “No puedo comer tantos dulces como quisiera”.
- Pensamientos sin filtro mental: “No puedo comer tantos dulces como quisiera, pero sí puedo comer otras muchas cosas que también me gustan mucho”.

b) Las etiquetas.

Convertir un comportamiento propio o ajeno en un rasgo de personalidad y juzgarlo negativamente. Las etiquetas son distorsiones porque son una sobregeneralización y convierten la parte en el todo. En nuestra cultura es relativamente frecuente atribuir los comportamientos de las personas —especialmente si se juzgan como negativas— a rasgos de personalidad (“es así”), en vez de atribuirlos a una constelación de factores complejos como las creencias, los deseos, los elementos del contexto y de la situación, las emociones, o el propio comportamiento de la persona que está etiquetando.

Las consecuencias principales del etiquetaje negativo son:

- Genera rechazo hacia la persona etiquetada.
- Alimenta el filtro mental, llevando a la persona que ha utilizado el etiquetaje a fijarse sólo en aquellos comportamientos de la persona etiquetada que confirman dicha etiqueta.
- Dificulta la comprensión del comportamiento o comportamientos que han originado la etiqueta. Las etiquetas no explican los comportamientos; sólo sobregeneralizan lo que hace la persona.

Ejemplo en profesionales:

- Pensamientos con etiquetaje: “No quiere inyectarse. Es un irresponsable”.
- Pensamientos sin etiquetaje: “Dice que no quiere inyectarse. Voy a investigar por qué”.

Ejemplo en pacientes:

- Pensamientos con etiquetaje: “Yo no soy capaz de inyectarme. Yo no sirvo para estas cosas”.
- Pensamientos sin etiquetaje: “Me da miedo inyectarme. No sé si sabré hacerlo y acostumbrarme. Lo puedo intentar”.

c) Los “siempre-todo-nunca-nada”.

Junto a las etiquetas representan también pensamientos sobregeneralizados. Los pensamientos de este tipo “casi nunca” se ajustan a la realidad, sin embargo hacen sentir a la persona como si la realidad fuera así.

Las consecuencias principales de los “siempre-todo-nunca-nada” son:

- Aumentar la negatividad de la situación y por lo tanto las emociones de malestar ante ella.
- Disminuir la sensación de poder afrontar y controlar esas situaciones.

Ejemplo en profesionales:

- Pensamientos con sobregeneralización: “Estos pacientes siempre dicen lo mismo”.
- Pensamientos sin sobregeneralización: “Algunos de estos pacientes dicen lo mismo, pero no todos”.

Ejemplo en pacientes:

- Pensamientos con sobregeneralización: “No puedo comer nada de lo que me gusta”.
- Pensamientos sin sobregeneralización: “Tengo que comer menos de algunas cosas que me gustan mucho”.

d) Adjetivos desmedidos.

Dramatizar las situaciones utilizando adjetivos desmesurados como “horroroso” o “insoportable”.

Las consecuencias principales de los adjetivos desmedidos son:

- Dramatizar la gravedad de la situación.
- Producir sentimientos de incapacidad para poder afrontar la situación.

Ejemplo en profesionales:

- Pensamientos con adjetivos desmedidos: “Esto es insoportable; ¿Cómo se atreve a mentir de una forma tan descarada?”.
- Pensamientos sin adjetivos desmedidos: “No me gusta que me mientan, me parece un tanto violento y me siento ofendida”.

Ejemplo en pacientes:

- Pensamientos con adjetivos desmedidos: “Se van a dar cuenta de que estoy enfermo, ¡qué horror!”.
- Pensamientos sin adjetivos desmedidos: “No me gustaría que se dieran cuenta de que tengo esta enfermedad; me resultaría desagradable”.

e) Pensamientos anticipatorios improductivos.

Prever de antemano que van a ocurrir eventos o situaciones negativas, sin pensar en cómo se podrían prevenir o cómo se podrían paliar sus consecuencias si llegaran a ocurrir.

Los efectos principales de los pensamientos anticipatorios improductivos son:

- Aumentar las sensaciones de temor y ansiedad y, en general, de vulnerabilidad.
- Bloquear la capacidad para buscar soluciones.

Ejemplo en profesionales:

- Pensamientos anticipatorios improductivos: “Seguro que no cumple lo que hemos pactado; otras veces no lo ha hecho”.
- Pensamientos anticipatorios productivos: “Otras veces no ha cumplido con lo que habíamos acordado. Voy esperar a ver qué pasa esta vez. Y si realmente ocurre lo que temo, indagaré con mayor profundidad en qué dificultades tiene y trataré de pactar objetivos más realistas, aunque no sean los ideales”

Ejemplo en pacientes:

- Pensamientos anticipatorios improductivos: “Seguro que dentro de unos años voy a tener complicaciones”.
- Pensamientos anticipatorios productivos: “¿Y si dentro de unos años me quedo ciego? ¡Uf! Lo importante es que si sigo las indicaciones del tratamiento, es muchísimo menos probable que aparezca cualquier complicación. Voy a utilizar el miedo que me dan las complicaciones para no bajar la guardia y no relajarme en el tratamiento”.

f) Lectura mental.

Tener la certeza de que se sabe lo que otras personas están pensando, sintiendo o deseando, sin tener pruebas objetivas para ello.

El riesgo de utilizar lecturas mentales, es el de equivocarse y actuar sobre la base de un diagnóstico que no es cierto. Si se intuyen determinados pensamientos en otra persona y son relevantes porque van a condicionar

las decisiones que se tomen, es fundamental tratar de averiguar si la intuición es cierta o no lo es. Las intuiciones deben utilizarse como hipótesis de trabajo que se han de confirmar.

Ejemplo en profesionales:

- Pensamientos con lectura mental: “Me está mintiendo. Lo que le pasa es que no quiere asumir que no está siguiendo las indicaciones”.
- Pensamientos sin lectura mental: “Creo que está mintiendo, o tal vez lo que le ocurre es que tiene miedo a que me enfade. Voy a tratar de averiguar lo que le pasa”.

Ejemplo en pacientes:

- Pensamientos con lectura mental: “Si les digo que soy diabético me verán como a una persona débil, como un pesado que tiene problemas para salir de marcha”.
- Pensamientos sin lectura mental: “No sé lo que pensarán si les digo que soy diabético; puede que les produzca rechazo, pero puede ser que no. Que yo me sienta temeroso no significa que el miedo vaya a ser real”.

g) Falacia de control por exceso.

Pensar que se tiene todo el control y, por lo tanto, toda la responsabilidad sobre determinados sucesos, cuando no es así.

La consecuencia negativa principal de las falacias de control por exceso son los sentimientos de culpabilidad que generan y la dificultad para delegar responsabilidades.

Ejemplo en profesionales:

- Pensamientos con falacia de control por exceso: “Juan se está quedando ciego. He fracasado con él”.
- Pensamientos sin falacia de control por exceso: “Juan se está quedando ciego. Yo me siento en parte responsable, pero la verdad es que he hecho todo lo posible para que esto no ocurriera; su ceguera no sólo depende de mí, también depende de su adherencia al tratamiento y de las características de su propio organismo”.

Ejemplo en pacientes:

- Pensamientos con falacia de control por exceso: “Si no les hubiera dicho que soy diabético, me hubieran invitado a la fiesta”.
- Pensamientos sin falacia de control por exceso: “Si no me han invitado a la fiesta, es seguramente porque no son capaces de entender que, aunque no deba de beber en exceso, puedo divertirme y pasarlo bien con ellos”.

h) Falacia de control por defecto.

Pensar que no se tiene ninguna responsabilidad y, por lo tanto, ningún control sobre determinados sucesos, cuando no es así.

Esta distorsión cognitiva puede tener como consecuencia la paralización de actuaciones dirigidas a modificar la situación, junto a intensos sentimientos de impotencia

Ejemplo en profesionales:

- Pensamientos con falacia de control por defecto: “Yo ya le he dicho lo que tiene que hacer; si no me hace caso, es su problema”.
- Pensamientos sin falacia de control por defecto: “Además de informar, yo puedo hacer otras cosas para ayudar a mis pacientes a seguir las indicaciones; tratar de averiguar qué dificultades tienen, empatizar con esas dificultades para mejorar la relación terapéutica, ayudarles a planificarse las comidas, motivarles para que asuman determinados compromisos...”.

Ejemplo en pacientes:

- Pensamientos con falacia de control por defecto: “Haga lo que haga, tarde o temprano voy a tener complicaciones”.
- Pensamientos sin falacia de control por defecto: “Cuanto más controlado tenga el azúcar, a través de la comida, el ejercicio y la insulina, menos probable será que aparezcan las complicaciones. Y si aparecen, aparecerán más tarde y serán menos graves”.

2. Reestructuración Cognitiva

Este ejercicio se realiza de forma escrita ya que, en caso contrario, es difícil analizar los pensamientos. Resulta especialmente útil cuando una persona

(ya sea un profesional o un paciente) se ha de enfrentar a situaciones que se repiten con frecuencia, que le generan malestar y que, a pesar de ello, no ha aprendido a enfrentarlas de una forma más calmada.

A continuación se van a describir los pasos necesarios para reestructurar o modificar cogniciones distorsionadas. Para ilustrar cada uno de ellos se utilizará una situación relacionada con la falta de adhesión de un paciente diabético.

a) ¿Qué situación genera malestar? Es necesario tratar de relatar —lo más objetivamente posible— los hechos que generan malestar y diferenciarlos de la interpretación o valoración subjetiva (nivel cognitivo) que se hace de ellos.

Por ejemplo, en el caso de un profesional, escribir que “el paciente no me hace caso” es una interpretación subjetiva de los siguientes hechos: “el paciente no sigue las indicaciones”.

Esta confusión entre la situación (los hechos) y el nivel cognitivo (la valoración subjetiva que se hace de esos hechos), es una de las principales dificultades que se presenta a la hora de tratar de modificar o reestructurar el nivel cognitivo, ya que se está presuponiendo que no existe valoración subjetiva.

También es muy importante centrarse en una sola situación y no en un conjunto de ellas.

Situación: El paciente dice que ha seguido todas las indicaciones pero los análisis indican que los niveles de glucosa han sido muy elevados durante los últimos meses.

b) ¿Cómo me siento ante esa situación? Identificar y escribir el tipo de emociones que se presentan cuando se da la situación descrita. En nuestra cultura no tenemos costumbre de estar en contacto con nuestras emociones, por lo que es frecuente que las personas digan cosas como “me siento fatal”, en vez de declarar emociones concretas como “triste”, “enfadada” o “frustrada”. Sin embargo es importante identificarlas, darles nombre, para

entender primero cómo se está viviendo una situación y poder luego controlar esas vivencias. Para facilitar esta tarea, en el Apéndice I se ofrece un listado de emociones.

Lo más frecuente es que la misma situación genere emociones distintas en cada persona, ya que no están producidas sólo por la situación, sino también por la interpretación subjetiva de la misma.

¿Qué sienten algunos profesionales cuando un paciente dice que ha seguido todas las indicaciones pero los análisis indican que los niveles de glucosa han sido muy elevados durante los últimos meses?

Emociones (1): Indignación, impotencia y frustración

- c) ¿Qué pienso? Identificar los pensamientos que aparecen ante la situación. Es frecuente también encontrarse con que las personas tienen dificultades para identificar cómo están valorando determinada situación. Una forma de facilitar este paso es tratar de responder a la siguiente pregunta: ¿Por qué me siento indignada?

Pensamientos (1):

“Me está mintiendo, me quiere engañar; ¿Se cree que soy imbécil?” (Indignación).

“Si (él) no cambia de actitud, yo no puedo hacer nada” (Impotencia).

“Estoy harta de esto. Siempre lo mismo; mis esfuerzos no sirven para nada” (Frustración).

- d) ¿Cómo identificar las distorsiones cognitivas?

“Me está mintiendo, me quiere engañar; ¿Se cree que soy imbécil?” (Lectura mental).

“Si (él) no cambia de actitud, yo no puedo hacer nada” (Falacia de control por defecto).

“Estoy harta de esto. Siempre lo mismo; mis esfuerzos no sirven para nada” (Sobregeneralización y falacia de control por exceso).

- e) ¿Cómo valorar la situación de una forma menos distorsionada? Reestructurar los pensamientos distorsionados, cuestionando su validez y tratando de cambiarlos por otros más adaptados a la situación. Es crucial que esta nueva valoración de la situación, los nuevos pensamientos, resulten creíbles para la persona que realiza el ejercicio.

Tabla 2.

Distorsión/no distorsión de los pensamientos asociados a la situación

Pensamientos (1): Distorsionados	Pensamientos (2): No distorsionados
“Me está mintiendo, me quiere engañar; ¿Se cree que soy imbécil?”	“Creo que lo que está diciendo no es cierto, o por lo menos no encaja con lo que dicen las pruebas. Puede ser que no se atreva a decírmelo. La verdad es que no sé lo que está pasando.”
“Si (él) no cambia de actitud, yo no puedo hacer nada.”	“Yo sí puedo hacer algo para tratar de aclarar esta situación; por ejemplo preguntarle a qué atribuye los resultados o plantearle la necesidad de apuntar lo que come diciéndole que a veces no nos damos cuenta de las cantidades que comemos.”
“Estoy harta de esto. Siempre lo mismo; mis esfuerzos no sirven para nada.”	“Claro que sirven mis esfuerzos; lo veo en muchos de mis pacientes. De todas formas es importante recordarme que la adherencia de los pacientes no sólo depende de mis esfuerzos; también se tienen que esforzar ellos y es normal que les cueste seguir todas las indicaciones.”

f) ¿Cómo me sentiría ante esta misma situación si mis pensamientos fueran los segundos en vez de los primeros?

Emociones (2): Cierta incomodidad, duda, sensación de control, tranquilidad

Como es evidente, la actuación va a ser más ajustada a la situación si se basa en cogniciones que generan emociones como la incomodidad, la duda, la sensación de control y la tranquilidad, que si se basa en pensamientos distorsionados que producen emociones como la indignación, la impotencia y la frustración.

Para terminar el apartado de intervención sobre el nivel cognitivo, se presentan todos los pasos descritos en un solo esquema, que se suele utilizar como ficha, para realizar el ejercicio de reestructuración cognitiva.

Situación: El paciente dice que ha seguido todas las indicaciones pero los análisis indican que los niveles de glucosa han sido muy elevados durante los últimos meses

Tabla 3. Ejemplo de reestructuración cognitiva

<i>Emociones (1)</i>	<i>Pensamientos (1)</i>	<i>Pensamientos (2)</i>	<i>Emociones (2)</i>
Indignación	“Me está mintiendo, me quiere engañar; ¿Se cree que soy imbécil?” <i>(Lectura mental)</i>	“Creo que lo que está diciendo no es cierto o, por lo menos, no encaja con lo que dicen las pruebas. Puede ser que no se atreva a decírmelo. La verdad es que no sé lo que está pasando”	Cierta incomodidad Duda
Impotencia	“Si (él) no cambia de actitud, yo no puedo hacer nada” <i>(Falacia de control por defecto)</i>	“Yo sí puedo hacer algo para tratar de aclarar esta situación; por ejemplo preguntarle a qué atribuye él los resultados o plantearle la necesidad de apuntar lo que come diciéndole que a veces no nos damos cuenta de las cantidades que comemos”	Sensación de control
Frustración	“Estoy harta de esto. Siempre lo mismo; mis esfuerzos no sirven para nada” <i>(Sobregeneralización y falacia de control por exceso)</i>	“Claro que sirven mis esfuerzos; lo veo en muchos de mis pacientes. De todas formas es importante recordarme de vez en cuando que la adherencia de los pacientes no sólo depende de mis esfuerzos; también se tienen que esforzar ellos y es normal que les cueste seguir todas las indicaciones.”	Tranquilidad

INTERVENCIÓN SOBRE EL NIVEL FISIOLÓGICO

Cuando el organismo humano se enfrenta a algo percibido como un peligro o amenaza, el nivel fisiológico se activa automáticamente y se producen una serie de cambios viscerales, somáticos y corticales (aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión muscular, dilatación pupilar, mayor oxigenación del cerebro, etc.). Estas repuestas biológicas automáticas, tienen como función preparar al organismo para la lucha o la huida. De hecho hay autores que afirman que este sistema de alarma no ha evolucionado y que los humanos hoy en día responden del mismo modo en el que respondían nuestros antepasados cuando se enfrentaban a animales depredadores.

Para controlar esta activación excesiva —teniendo en cuenta el tipo de situaciones a las que los seres humanos se enfrentan hoy en día— se suelen utilizar distintas técnicas de relajación.

En este apartado se van a describir dos sencillas y breves técnicas. Sencillas, para tratar de facilitar el uso real de las mismas, y breves para que puedan ser utilizadas en el mismo momento en que aparece la alteración, o por lo menos, cerca de la situación.

Para las personas interesadas en conocer técnicas más complejas, en la bibliografía se adjuntan algunas referencias.

1. La respiración diafragmática

La activación fisiológica se suele acompañar por un aumento en la frecuencia respiratoria; cuando las personas se alteran, empiezan a respirar más deprisa y de un modo superficial, tomando menos aire del habitual. Este tipo de respiración afecta a su vez a la tasa cardíaca y a otros sistemas biológicos. Para poder disminuir toda esta activación, es muy eficaz respirar justo al revés; profundamente y de una forma lo más pausada posible.

Para que la respiración pueda ser realmente profunda, es importante utilizar el músculo diafragmático; tensándolo y relajándolo, el organismo

puede aprovechar toda su capacidad respiratoria. Para saber si se está utilizando el diafragma para respirar, se ha de observar la zona de la cintura. Al inspirar, si se tensa el diafragma, esa zona se ha de hinchar. Y al expirar, si se relaja el diafragma, la zona de la cintura se ha de deshinchar. Es muy importante tratar de no tensar la zona de los hombros y el pecho al inspirar, ya que este movimiento muscular, impide la respiración profunda.

A continuación se describen algunos pasos para aprender a respirar utilizando conscientemente el diafragma:

- a) Tumbarse en una cama, en un sofá o en cualquier otro sitio que resulte cómodo. Cerrar los ojos (para concentrarse mejor) y tratar de respirar muy despacio, utilizando el diafragma; hinchando y deshinchando la zona de la cintura. Es importante no forzar voluntariamente el músculo, sino que sea el aire que se respira el que empuje al diafragma. A la mayoría de las personas le resulta fácil respirar de esta forma en esta posición, ya que es así como se respira cuando se duerme. (Es importante tratar de concentrarse en las sensaciones y movimientos que el cuerpo genera al respirar de esta forma, para poder reproducirla en otras posturas.)
- b) Ponerse de pie, doblar la cintura poco a poco hasta que resulte mínimamente cómodo y soltar los brazos dejándolos caer por su propio peso. Respirar profunda y lentamente. Esta postura intermedia antes de respirar de pie (que es como más la vamos a necesitar) fuerza la respiración diafragmática porque limita el poder tensar los hombros y la parte del pecho.
- c) Ponerse de pie, cerrar los ojos y tratar de reproducir la respiración que se ha utilizado en las posturas anteriores. No suele conseguirse al principio, ya que normalmente en esta postura se suele respirar utilizando la musculatura de los hombros y el pecho. Se puede utilizar un espejo de cuerpo entero para observarse y tratar de controlar que no se tensen los hombros y el pecho. Estas partes no han de moverse; sólo ha de moverse la zona de la cintura.

Como cualquier técnica, es importante practicar este tipo de respiración para poder utilizarla conscientemente cuando se quiera desactivar el nivel fisiológico.

La gran ventaja de la respiración diafragmática frente a otro tipo de técnicas de relajación es que puede utilizarse en cualquier momento y ante cualquier situación. Este tipo de respiración, además de disminuir la activación del nivel fisiológico, tiene efectos calmantes porque, al concentrar la atención en cómo se está respirando, se desatienden los pensamientos ansiógenos.

2. La relajación muscular breve

En nuestra cultura, casi todo lo corporal ha sido infravalorado y, como consecuencia, muchas personas no han desarrollado la capacidad de percibir las primeras señales de tensión corporal que acompañan a las alteraciones emocionales y al estrés. El umbral de percepción de la tensión muscular es, en muchas personas, tan alto que a menudo sólo son conscientes de ella cuando se convierte en dolor. Y en este punto las técnicas de relajación muscular ya no suelen ser tan efectivas.

Las clásicas técnicas de relajación muscular progresiva son muy efectivas para aprender a percibir la tensión corporal y relajarla, y por lo tanto muy recomendables para cualquier persona que quiera aumentar su capacidad para conocer y controlar su cuerpo.

En este apartado se va a describir una técnica cuya principal característica es la brevedad, ya que resulta importante en determinados momentos poder relajarse en muy poco tiempo; por ejemplo, cuando se sabe que se tiene que afrontar una situación conflictiva o después de afrontarla, para poder paliar sus efectos de activación fisiológica lo más rápidamente posible y seguir con otras tareas que requieren de cierta serenidad.

De todas formas, es muy probable que las personas que tienen dificultades para poder relajar sus músculos las tengan también para aplicar esta técnica. Lo más aconsejable es, en este caso, entrenarse primero en la relajación progresiva.

Las técnicas de relajación muscular se basan en la idea de tensar un poco los músculos antes de relajarlos para aprovechar así el alivio que produce la distensión y poder relajarlos casi automáticamente.

La técnica breve consiste en tensar —durante escasos segundos y en un mismo movimiento— el máximo número posible de músculos para soltarlos seguidamente todos a la vez.

Los distintos músculos se pueden tensar de la siguiente manera:

- Las manos, los brazos y los hombros: apretando los puños, abriendo los brazos y tratando de “sacar bola”.
- El cuello y la cara: volver la mirada hacia el techo abriendo la boca todo lo que se pueda y cerrando los ojos con fuerza.
- La zona del estómago: tensando la musculatura de esta zona como preparándose para recibir un puñetazo en el estómago.
- Las piernas y los pies: sentados en una silla u otro lugar, levantando las piernas hasta ponerlas rectas (en posición perpendicular al tronco) y volviendo las puntas de los pies hacia el cuerpo.

Se han de tensar todos estos músculos a la vez y en posición sentada. Los pasos a seguir serían los siguientes:

- a) Sentarse en una silla o asiento similar y tensar durante unos pocos segundos todos los músculos descritos a la vez. Tensar o apretar lo justo para que la sensación resulte un tanto desagradable.
- b) Soltar los músculos, apoyarse en la silla y cerrar los ojos tratando de hacer desaparecer toda la tensión generada en el anterior paso. Realizar cinco respiraciones profundas utilizando el diafragma y tratando de respirar lo más despacio posible.
- c) Volver a tensar todos los músculos a la vez durante algunos segundos.
- d) Soltar otra vez los músculos, apoyarse en la silla y cerrar los ojos. Durante dos o tres minutos respirar profunda y tranquilamente y tratar de relajar las distintas partes del cuerpo.

Evidentemente, es necesario buscar un sitio íntimo para poder realizar esta técnica. Puede resultar especialmente útil para tratar de relajarse antes de afrontar alguna situación que se prevé tensa y/o después de haberla afrontado. También se puede utilizar a media mañana, en el trabajo, para tratar de paliar la acumulación de tensión que se produce a lo largo de la jornada laboral.

INTERVENCIÓN SOBRE EL NIVEL MOTOR

El nivel motor incluye tanto las decisiones que se toman acerca de cómo actuar como la misma actuación. Las decisiones se toman “pensando”, pero al ser un tipo de pensamiento más cercano a la actuación —y cualitativamente distinto a la valoración que se hace de una situación (nivel cognitivo)— se incluyen en el nivel motor.

En el apartado en el que se explicaba cómo funcionan las emociones, se señalaba que el nivel motor está muy influenciado tanto por el nivel cognitivo como por el nivel fisiológico. Por eso es tan importante que, antes de tomar una decisión crítica ante una situación que genera malestar emocional, se revise primero si en el nivel cognitivo existen distorsiones ya que, si es así, es muy probable que la actuación no sea la más adecuada para afrontar esa situación.

Evidentemente, esto es posible hacerlo sólo cuando la actuación puede esperar; cuando no es necesario dar una respuesta inmediata a la situación. Cuando no hay tiempo para poder pensar cómo se puede actuar, el análisis del nivel cognitivo y del nivel motor se puede hacer después, con el fin de poder aplicar las conclusiones de ese análisis la siguiente vez que aparezcan situaciones similares.

A continuación se describen una serie de pasos a seguir para tratar de facilitar que las decisiones que se toman ante cualquier situación sean lo más acertadas posible. Es muy importante desarrollar estos pasos por escrito.

a) ¿Qué es lo que pasa?

Describir la situación problemática. Escribir qué está pasando y a qué se cree que se debe. Es frecuente que al intentar responder a estas preguntas la persona se dé cuenta de que le falta información. Si ese es el caso, antes de seguir el proceso, habría que tratar de obtener esa información. Si no hay tiempo o posibilidades reales de obtener toda la información necesaria, se pasa al siguiente paso. En este punto es muy importante tratar de evitar y neutralizar las distorsiones cognitivas que se describían al inicio de este capítulo.

b) ¿Qué puedo hacer ante esa situación?

Describir todas las alternativas que se puedan imaginar para tratar de solucionar la situación problemática. En este paso no se valoran las alternativas. Es más; es muy importante no valorarlas ahora ya que si, como resultado de esa valoración se van descartando una tras otra, es muy probable que se bloquee la capacidad creativa de imaginar distintas soluciones. En este momento, lo importante es la cantidad de alternativas, no la calidad de las mismas. La alternativa de no hacer nada es una de las que hay que incluir en este punto.

c) ¿Qué ventajas y desventajas tiene cada alternativa?

Valorar las alternativas que se han apuntado en el paso anterior en función de las ventajas y desventajas que pueden tener cada una de ellas.

Uno de los criterios que más puede ayudar a los profesionales de la salud a valorar las distintas alternativas es el que tiene que ver con la estrategia inteligente de Carlo Cipolla, que intenta hacer compatibles los objetivos del profesional con los del paciente. La ventaja de escoger alternativas donde las dos partes “ganan” es que es más probable que dichas alternativas y los cambios a ellas asociados se mantengan en el tiempo; contrariamente a lo que ocurre con la estrategia malévola (el profesional gana y el paciente pierde) que, aunque produce cambios a corto plazo (cambios por

“decreto ley”), no consigue que se mantengan en el tiempo (“hecha la ley, hecha la trampa”). Lógicamente para poder actuar desde la estrategia inteligente es imprescindible que el profesional conozca dos “cosas”: sus objetivos; y, desde luego, los del paciente.

d) ¿Cuál parece la mejor?

Elegir una de las alternativas o la combinación de varias, en función de la valoración que se ha realizado en el paso anterior. Uno de los principales obstáculos en este punto suele ser el de creer que ninguna de las alternativas es lo suficientemente “buena”, lo cual bloquea el proceso. Si los anteriores pasos se han realizado con exhaustividad, pensar y asumir que las soluciones perfectas (sin riesgos o costes) no existen, pueden ayudar a desbloquear el proceso.

Si es necesario, cabe decidir también en este paso cuándo se va a llevar a cabo la actuación, quién la va a ejecutar y con qué medios.

e) Actuar

Motivándose previamente, pensando por ejemplo en los beneficios que se van a lograr con la actuación.

f) Evaluar los resultados

A fin de identificar lo que ha funcionado (para mantenerlo y potenciarlo) y lo que no ha acabado de ir bien (para mejorarlo a través de la búsqueda de alternativas de cambio).

Para terminar este capítulo sobre habilidades emocionales, se describen a continuación una serie de pautas generales para los profesionales, dirigidas a tratar de prevenir algunas alteraciones emocionales, frecuentes tanto en pacientes como en profesionales:

- No pretender que todas las personas, en el mismo tiempo, consigan el mismo nivel de adherencia. La capacidad para adaptarse al tratamiento diabe-

tológico y llevar a cabo las conductas de autocuidado es muy distinta en cada persona. Pedir a una persona más de lo que en determinado momento puede o está dispuesta a hacer, afecta negativamente a la relación profesional-paciente y además puede disminuir el grado de compromiso de los pacientes con el tratamiento. Es preferible —sobre todo cuando se intuye que el paciente puede tener dificultades— tratar de que sea la misma persona la que decida a qué se quiere comprometer. En el Capítulo 5 se propone un instrumento de intervención para facilitar este procedimiento.

- Tratar de no culpar a las personas por sus distorsiones cognitivas y su negativismo; cada uno tiene su propia historia de aprendizaje y su comportamiento es producto del mismo. No todas las personas disponen de los mismos recursos y capacidades personales. Utilizar la empatía (ver Capítulo 3) para acercarse a los miedos y las quejas que expresan los pacientes, y tratar de ofrecer otra visión más realista y positiva, pero como otra perspectiva más, no como “lo único correcto”.
- Recordar que para prevenir sentimientos de rechazo hacia los pacientes que no siguen las indicaciones, es útil pensar de vez en cuando que no están obligados a seguir los consejos profesionales. Son ellos quienes han de tomar las decisiones acerca de cómo planificar el tratamiento. El papel de los profesionales es el de facilitar que esas decisiones sean tomadas con la información necesaria para ello y, sobre todo, que sean decisiones tomadas conscientemente.
- Evitar hablar de alimentos y de prácticas “prohibidas”. En general suelen ser fuentes de placer importante para las personas y es preferible transmitir la idea de tratar de disminuir determinadas prácticas, en vez de hacerlas “desaparecer”.
- Utilizar el enfado o “ponerse serios” puede servir para que en determinados momentos algunas personas se den cuenta de que “están bajando la guardia y les puede pillar el toro”. Sin embargo, es crucial no abusar de este recurso y, sobre todo, utilizarlo con personas con las cuales se tiene una sólida relación de confianza, y ante situaciones que realmente son peligrosas para ellas.

- Compartir con compañeros tanto los éxitos como las dificultades. Ante estas últimas, buscar conjuntamente formas no distorsionadas de abordarlas y decidir actuaciones. Y ante los primeros (éxitos), buscar también conjuntamente formas creativas y estimulantes de premiarse.

MANEJO DE LAS EMOCIONES AJENAS

(¿Qué hago yo con lo que sienten “los otros”?)

En muchas ocasiones es el profesional de la salud el que se enfrenta a situaciones donde es “el otro” (el paciente, otro profesional, un familiar), el que sufre malestar emocional, ya sea estrés, ansiedad, depresión y es en esas ocasiones cuando al profesional le toca gestionar las emociones de “los otros” a fin de que ellos también sean capaces de “volver a pensar y volver a sentir” y logren, por tanto, tomar decisiones más eficaces e inteligentes.

Es de suma importancia, hoy en día, una buena intervención del profesional en el ámbito de la inteligencia emocional, para que los pacientes aprendan a solucionar con éxito sus problemas y a mejorar su salud, y para que sepan diferenciar entre lo que piensan, lo que sienten y lo que hacen, y aprendan también a intervenir en cada uno de esos apartados.

Tras las aportaciones Goleman, Cipolla y otros autores, resulta obvio señalar que para alcanzar el éxito y conseguir resolver los problemas de la vida diaria (profesional, familiar y social) no basta con un elevado coeficiente intelectual; además de éste, también es necesario, incluso más relevante, poseer un buen entendimiento y desarrollo de habilidades emocionales.

En España, salvo contadas excepciones en las que se realiza de forma transversal, este tipo de formación no se imparte, y hay que esperar a ser adultos para recibir algún tipo de educación formal, relacionada con el mundo de lo emocional. Es por ello que invitamos a los profesionales de la salud a realizar siempre que sea posible, esta labor de educación emocional tan importante para el futuro de la calidad de vida de los pacientes.

Esta tarea, que a primera vista puede resultar un tanto abrumadora, puede ser afrontada con ayuda de las técnicas que se despliegan a lo largo y ancho del presente epígrafe:

- En primer lugar, hemos visto ya a lo largo del presente Capítulo 1, cómo hacer frente a las propias emociones de los profesionales de la salud.
- La segunda cuestión, que es la que nos ocupa específicamente en este apartado, es la de hacer frente a las emociones del “otro” cuando se encuentra en una situación emocional negativa.

Imaginemos que la secuencia de escenas pudiese comenzar con una frase que el paciente le dice al profesional de la salud:

- “Me siento fatal, cansado, agotado”.

El objetivo final de la intervención que vamos a proponer es conseguir que, al preguntarle al paciente, al final de la conversación (y a modo de evaluación de la intervención del profesional) “Dime Antonio, y ahora, ¿cómo te sientes?”, Juan conteste algo parecido a:

- “Mejor, bastante mejor. Más animado”.

Para conseguir este cambio en su estado emocional utilizaremos:

- A. Las habilidades de Autocontrol Emocional
- B. Las habilidades de Comunicación
- C. Las habilidades para la Evaluación de pensamientos

A. Las habilidades de Autocontrol Emocional

Las hemos visto en el apartado anterior bajo el nombre de Volver a pensar, volver a sentir. En este sentido habrá que estar atento a las posibles distorsiones que, en este caso el paciente, cometa. A título recordatorio, vamos poner a continuación un ejemplo de cada una de las presentadas.

1. Filtro mental

Ejemplo en pacientes:

Pensamientos CON filtro mental: “Las cosas no van bien”.

Pensamientos SIN filtro mental: “La verdad es que en algunos aspectos me siento mejor; y tengo menos dolor”.

2. Etiquetaje

Ejemplo en pacientes:

Pensamientos CON etiquetaje: “No soy capaz de adaptarme a los cambios en la dieta. Soy un inútil, no sirvo”.

Pensamientos SIN etiquetaje: “Me dan un poco de miedo estos cambios. No sé si, al principio, sabré hacerlo perfecto, pero lo voy a intentar”.

3. El uso de “siempre-todo-nunca-nada-jamás-imposible”

Ejemplo en pacientes:

Pensamientos CON sobregeneralización: “Nunca consigo lo que me propongo”.

Pensamientos SIN sobregeneralización: “En algunas ocasiones he visto como he logrado, esforzándome, cosas que parecían realmente difíciles”.

4. El uso de adjetivos desmedidos

Ejemplo en pacientes:

Pensamientos CON adjetivos desmedidos: “¡Estar gordo es horrible, me siento terriblemente mal!”.

Pensamientos SIN adjetivos desmedidos: “Me resulta incómodo estar gordo y, desde luego, me gustaría adelgazar. Creo que esta vez tengo más posibilidades de conseguirlo. Sé más de mi enfermedad y tengo más habilidades que antes”.

5. Pensamientos anticipatorios improductivos

Ejemplo en pacientes:

Pensamientos anticipatorios IMPRODUCTIVOS: “Seguro que vuelvo a fallar”.

Pensamientos anticipatorios PRODUCTIVOS: “Me da miedo que me salga mal. Ahora bien, si me lo preparo a fondo es mucho menos probable que eso ocurra”.

6. Lectura mental

Ejemplo en pacientes:

Pensamientos CON lectura mental: “Si le digo a mi marido que tengo ese temor me verá como a una persona débil, como una cobarde”.

Pensamientos SIN lectura mental: “No sé lo que pensará mi marido si le digo que tengo ciertos temores al respecto; puede que les produzca rechazo, pero puede ser que no sea así. Además es mejor plantearlo ahora que aún hay posibilidades de cambiar”.

7. Falacia de control por exceso

Ejemplo en pacientes:

Pensamientos CON falacia de control por exceso: “Por mucho que lo intento no lo consigo. Creo que no valgo para motivar a mi hijo”.

Pensamientos SIN falacia de control por exceso: “Hasta ahora he hecho lo que he podido y sabido. Voy a informarme más al respecto. Además, he de ser consciente que otros factores que, sinceramente, no están en mi mano también están influyendo en este tema”.

8. Falacia de control por defecto

Ejemplo en pacientes:

Pensamientos CON falacia de control por defecto: “Haga lo que haga tengo problemas en las reuniones del grupo de familiares”.

Pensamientos SIN falacia de control por defecto: “Lo que sí estoy viendo es que cuanto más me preparo las reuniones menos malos entendidos aparecen. Y, en todo caso, si aparecen, son menos graves”.

9. Uso del término “debería”

Ejemplo en pacientes:

Pensamientos CON debería: “Debería ser capaz de motivarme a mí mismo y no depender de los otros”.

Pensamientos SIN debería: “Sinceramente, me gustaría saber cómo motivarme, para tener mi propio motor. Voy a ver si consigo aprender un poco más sobre ese tema. De todas formas, es normal que lo que hacen las personas de mi entorno me afecte”.

B. Las habilidades de comunicación

En este caso están centradas en la aplicación concienzuda de los llamados “verbos clave” de la comunicación que se presentan con detalle en el Capítulo 2.

C. Las habilidades para la Evaluación de pensamientos.

La Evaluación de pensamientos es la técnica específica que introducimos a continuación en este apartado y que será de gran utilidad a la hora de modificar los pensamientos negativos que “el otro” comunica al profesional de la salud.

La Evaluación de pensamientos consiste en valerse de los pensamientos negativos que el paciente le comenta al profesional, para evaluarlos en términos de validez y utilidad, de manera que se consiga a través de una serie de preguntas, que el otro cambie los pensamientos negativos por otros más objetivos, justos y realistas.

A continuación se presenta una serie de preguntas orientativas que se pueden utilizar para conseguir dicho objetivo. Obviamente pueden usarse otras similares que se le ocurran al profesional. Algunas de las preguntas que se presentan, pueden ayudar a identificar pensamientos adicionales que no hayan aflorado anteriormente en el trascurso de la conversación.

También se presentan preguntas (*las preguntas dicotómicas*) que ayudarán a inducir respuestas apropiadas y que “el otro” no se había planteado con anterioridad.

1. Preguntas que evalúan la validez y objetividad de los pensamientos

- “¿Cuántas veces en el último mes (año) le ha ocurrido eso?”
- “¿Qué evidencia existe a favor de este pensamiento?”, “¿Qué datos posee?”, “¿Qué pruebas tiene?”
- “¿Qué evidencia existe en contra de ese pensamiento?”, “¿Qué datos?”, “¿Qué pruebas?”
- “¿Cuál es la probabilidad de que ocurra lo que temes?”
- “¿Cuál es la probabilidad de que esté interpretando correctamente la situación?”
- “¿Existen otras interpretaciones alternativas?”
- “¿Hay otra forma de enfocar esto?”
- “¿Cuál es la probabilidad de estas otras interpretaciones?”, “¿Qué evidencia hay a favor y en contra de ellas?”
- “Si otra persona estuviese en su lugar ¿qué le diría para que interpretase de forma correcta la situación?”

2. Preguntas que evalúan la utilidad de los pensamientos

- “¿De qué le sirve pensar eso?”
- “¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos?”
- “¿Le ayuda este pensamiento a solucionar el problema?”
- “¿Le ayuda este pensamiento a sentirse bien?”
- “¿Cómo influye este pensamiento en lo que siente y en lo que hace?”

- “Pensar en esto ¿le es de provecho o, más bien, le sirve de estorbo?”
- “Si este pensamiento lo tuviese otra persona ¿qué le diría para ayudarla a afrontar la situación?”
- “Si las cosas son realmente así ¿qué puede hacer para cambiarlas, cómo puede resolver la situación?”

3. Preguntas que indagan sobre otros pensamientos negativos que permanecen ocultos

- “¿Qué otras cosa cree que podría pensar ante el hecho de...?”
- “Incluso si eso es verdad, ¿hasta qué punto es malo?”, “¿Es una catástrofe?”
- “¿Qué podría ocurrir si las cosas fuesen realmente de esa manera?”
- “¿Qué consecuencias tendría si ocurriese lo peor que cree que puede pasar?”
- “Si esto es así ¿merece la pena alterarse de este modo?”
- “¿Está pensando algo más?”

4. Preguntas que pretenden inducir algunas respuestas, las preguntas dicotómicas

- “¿Cree que este pensamiento le ayuda a sentirte mejor... o peor?”
- “¿Quiere sentirse deprimido... o no?”
- “¿Quiere resolver esta situación... o no?”

A continuación vamos a describir la secuenciación del desarrollo de una sesión donde el otro comienza con “Me siento fatal, cansado, agotado” ; es decir, vamos a ver qué pasos pueden darse para tratar de que el otro termine sintiéndose mejor, al finalizar la conversación.

ATENCIÓN: El objetivo, ahora, no es que el paciente cambie la conducta, sino que se sienta mejor al interpretar la situación de forma más objetiva y realista y por tanto pueda afrontarla de forma más eficaz.

Pasos para ayudar al “otro” a volver a pensar y volver a sentir

1. Traducir su “Me siento fatal, cansado, agotado” a emociones concretas.
2. Identificar los pensamientos que provocan las emociones anteriores.
3. Evaluar si hay distorsiones (pensamientos automáticos negativos).
4. Conseguir que el otro genere “nuevos pensamientos” (más objetivos y realistas).
5. Evaluar la intervención.

1. Traducir su “Me siento fatal, cansado, agotado” a emociones concretas

Podemos ayudarnos con preguntas de tipo “¿podrías concretar qué sientes?”, o aproximarnos de forma cautelosa “entonces lo que sientes es algo como...”.

Cuando el otro expresa sus sentimientos es un buen momento para empatizar con él (para ponerse en su lugar), teniendo en cuenta que son especialmente importantes las siguientes ideas clave:

- No ir contra sus sentimientos, no subestimarlos ni ridiculizarlos. Evitando, por tanto, frases del tipo: “Es ridículo que sienta ese temor”, “Pero, ¡hombre!, si eso es una tontería”.

- Expresar comprensión ante sus sentimientos: “Comprendo que esta noticia le haga sentir...”.
- Señalar la normalidad de sus sentimientos: “Muchas personas en su caso sienten también que...”.

2. Identificar los pensamientos que provocan las emociones anteriores

Podemos ayudarnos de preguntas del tipo:

- “¿Cuándo siente esto qué es lo que piensa?”
- “¿Qué pasa por su cabeza?”

Es conveniente que el propio paciente se dé cuenta de la correlación entre pensamiento y sentimiento, con sus propios ejemplos:

- “¿Se sentía igual el primer día que llegó a la consulta cuando pensaba que esto iba a ser tremendamente difícil, que cuando al cabo de un par de semanas empezó a pensar que con cierto entrenamiento podría lograr, sin muchos agobios, que el tratamiento funcionase?”

3. Evaluar si hay distorsiones (pensamientos automáticos negativos)

(Ver epígrafe correspondiente de este mismo capítulo).

4. Conseguir que el otro genere “nuevos pensamientos” (más objetivos, justos y realistas) a través de la aplicación de las Habilidades vistas en este apartado: Autocontrol Emocional, Comunicación, Evaluación de pensamientos.

Veamos un ejemplo:

Paciente:

- “Siempre pasa lo mismo, soy un estúpido... en el trabajo todo el mundo se quiere aprovechar de mí, claro, como saben que hago siempre las tareas que me mandan, van a ver si pueden sacar tajada y después, ...¡me dan la patada!”

Profesional:

- “¿Realmente todos los compañeros que se acercan a ti van a aprovecharse?”

Paciente:

- “Hombre, supongo que no todos, también tengo buenos amigos que me aprecian por lo que soy.”

Profesional:

- “¿Cuántas veces ha ocurrido que has echado una mano a un compañero y luego te ha dado de lado?”

Paciente:

- “No sé, igual no han sido muchas. Bueno, la verdad es que si lo pienso con calma, es la primera vez que me ocurre, pero es que me ha dolido mucho.”

Profesional:

- “Es normal que te duela una cosa así, siendo un compañero.”
- “¿Crees que si hubieses pensado desde el principio que ésta es realmente la primera vez que pasa, te habrías sentido igual?”

Paciente:

- “No, la verdad es que no, ahora me doy cuenta de que hay mucha gente que me aprecia.”

Profesional:

- “¿Es posible que haya dejado de hablarte por otra razón diferente?”

Paciente:

- “Puede que este compañero en concreto tenga sus propios problemas y ha dejado de relacionarse conmigo. Voy a intentar averiguar qué le pasa, tal vez incluso le podría ayudar y si no es así, pues no tiene tanta importancia, tampoco tengo que caerle bien a todo el mundo...”

Comenzaremos por el pensamiento más fácil de modificar y poco a poco iremos a lo más difícil, de este modo conseguiremos que el paciente se motive, a la vez que también lo haga el propio profesional, al ver que realmente está logrando cambios. De este modo, aumentarán las posibilidades de modificar pensamientos más difíciles.

5. Evaluar la intervención

La intervención habrá sido un éxito si termina de una forma parecida a:

Profesional: “¿Cómo te sientes ahora?”

Paciente: “Mejor, mucho mejor, más tranquilo y animado.”

A veces llegamos a esta parte y nos encontramos con que tenemos dificultad para llegar a un final como el anterior. En este punto pueden surgir dudas como:

a) *¿Cuándo* terminar?

- Cuando no hay forma de cambiar alguno de los pensamientos distorsionados que hemos identificado.
- Cuando el profesional se siente cansado. Entonces, puede dejarlo para otro momento, pues la verdad es que ayudar al otro a “volver a pensar” y a “volver a sentir” puede ser agotador.

b) *¿Cómo* terminar?

- Recuperando algo positivo que se haya conseguido modificar, y reforzando el cambio.
- Recomendando entrenamiento de las habilidades y técnicas puestas en marcha, de manera que el paciente las pueda generalizar a otras situaciones de su vida cotidiana. Podemos sugerir que practique “en casa”, en situaciones de baja implicación emocional o fáciles de abordar (por ejemplo, la pérdida de un CD).

CAPÍTULO 2

HABILIDADES PARA EL DIAGNÓSTICO DE CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA ADHESIÓN TERAPÉUTICA

INTRODUCCIÓN

Una de las principales funciones de los profesionales de la salud que atienden a personas con diabetes es promover comportamientos que permitan el control de su enfermedad. Con estos objetivos resulta habitual que aconsejen a sus pacientes conductas tales como hacer ejercicio físico, lavarse e hidratarse los pies, llevar una determinada dieta, pasear, disminuir la ingesta de pan, acudir a grupos de educación para diabetes, etc. Realmente el número de conductas implicadas en el abordaje de la diabetes es amplio, muy amplio.

Como se ha visto en el capítulo anterior, estos profesionales sienten, con cierta frecuencia, emociones como rabia o impotencia cuando comprueban que sus bien intencionados y fundamentados consejos no provocan, en muchos casos, los cambios deseados en las conductas de los pacientes. No se consiguen los cambios o, si se consiguen, es difícil que se mantengan en el tiempo. “¡Es desesperante!”, dicen algunos profesionales.

No obstante, si estos mismos profesionales intentan llevar a la práctica durante un cierto tiempo alguno de los consejos que dan a los pacientes (por ejemplo: disminuir la ingesta de pan, pasear una hora al día), comprueban “en carne propia” las dificultades que suele haber para realizar de forma correcta y eficaz lo que aconsejan.

Por todo ello, investigar las dificultades y problemas que los pacientes tienen tanto antes como durante y después de la realización de cada conducta con-

creta es una buena estrategia para aumentar la eficacia de las futuras intervenciones preventivas del profesional y también para evitar la aparición de esas alteraciones emocionales como la rabia o la impotencia que tanto “que-man” a los profesionales.

En este punto cabe señalar que a nadie se le ocurriría recetar ningún fármaco sin hacer antes un buen diagnóstico clínico (preguntando, midiendo, palpando, observando, analizando este o aquel fluido, etc.). Por el contrario, con frecuencia se “recetan” indicaciones comportamentales (“haga esto”, “no haga lo otro”, “tóme-se esto”, “póngase lo otro”,...) sin hacer antes un buen diagnóstico de los factores que inciden en ese comportamiento específico y en esa persona en concreto (preguntando, escuchando, observando, analizando este o aquel motivo, etc.).

UN INSTRUMENTO CLAVE PARA LA REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE CONDUCTAS: EL MODELO PRECEDE DE L. W. GREEN, ADAPTADO POR J. L. BIMBELA

Diversas teorías y modelos sugieren aspectos sobre los que resulta prioritario realizar la investigación diagnóstica comentada, por ser los responsables, en mayor medida, de que una conducta determinada se lleve o no a cabo y/o se mantenga o no en el tiempo. Tomando como esquema básico el modelo PRECEDE (P=*Predisposing*, R=*Reinforcing*, E=*Enabling*, C=*Causes*, E=*Education*, D=*Diagnosis*, E=*Evaluation*) —presentado por L.W. Green— e incorporándole diversas aportaciones de A. Bandura y de J.L. Bimbela, los factores que aparecen como fundamentales, a la hora de realizar un diagnóstico conductual, podrían sintetizarse en:

1. Los factores predisponentes, que son aquellos que influyen en la motivación del paciente o del grupo de pacientes para realizar la conducta que se pretende analizar o promover. Este tipo de factores se concreta en:
 - a. La información, identificando tanto lo que sabe el paciente como lo que no sabe, y los errores de información que tiene, en relación con la conducta que se está analizando.

- b. Las actitudes, incluyendo además de sus posicionamientos respecto a la conducta concreta analizada, aspectos como si “se siente o no en riesgo” respecto a alguna consecuencia negativa derivada de la conducta, si “se siente o no capaz de realizar dicha conducta” o si “valora la conducta preventiva propuesta como verdaderamente eficaz”.
- c. Los valores y creencias, respecto a la conducta que se está analizando.

Es importante investigar tanto los factores predisponentes de los pacientes que no realizan la conducta analizada —a fin de poder modificarlos— como los factores predisponentes de los pacientes que ya la realizan, a fin de: a) poder reforzarlos; y b) obtener así argumentos pro-conducta que pueden utilizarse para modificar los argumentos en contra.

2. Los factores facilitadores son los que influyen en el grado de facilidad o dificultad que el paciente (o grupo de pacientes) va a tener para realizar la conducta, una vez ya motivado para hacerla. Se concretan en:
 - a. Las habilidades y destrezas del paciente para:
 - Realizar la conducta concreta de la que se trate (seguir una prescripción facultativa, negociar con la pareja cambios en la dieta diaria, limpiarse adecuadamente los pies, realizar los autoanálisis correspondientes, etc.).
 - Incidir en el entorno a fin de prevenir y/o modificar acciones del mismo que sean contrarias a dicha conducta.
 - b. La existencia y accesibilidad de recursos humanos (familia, amigos, profesionales de la salud y educadores con sus respectivos centros y programas, etc.) y recursos materiales (guías para realizar ejercicio físico, aparatos de inyección, alimentos dietéticos, utensilios de limpieza personal, etc.) que faciliten la realización de la conducta.

En el caso de los recursos humanos se incluirán también en el diagnóstico aspectos tales como sus actitudes, valores, normas culturales y creencias respecto a la conducta analizada.

Cuando se habla aquí de accesibilidad se refiere tanto a la económica (precio de ciertos alimentos dietéticos, por ejemplo) como a la física (distancia a la que está el centro de salud), horaria o incluso a la psico-social (a algunos jóvenes diabéticos les cuesta utilizar jeringuillas porque el grupo de amigos les somete a un interrogatorio de primer grado sobre el asunto).

3. Los factores reforzantes, son los que aparecen después de que el paciente haya realizado ya la conducta, “premiándola” o “castigándola”. Son, en definitiva, las consecuencias que para el paciente va a tener la realización de la conducta analizada. Se concretan en:

a. Respuesta de los agentes-clave del entorno del paciente (pareja, familia, grupo de iguales, profesionales sociosanitarios, etc.).

Dado que cada paciente (o grupo de pacientes) tiene sus agentes-clave específicos, habrá que identificar en cada caso quién juega ese papel y qué es lo que hace, o dice, para reforzar o castigar esa conducta.

b. Respuesta del propio paciente (autorrefuerzo): ¿Qué se dice el propio paciente cuando ya lleva a cabo la conducta más saludable?

c. Beneficios y perjuicios físicos y emocionales: placer, comodidad, tranquilidad, bienestar, dolor, malestar, ansiedad, etc.

d. Consecuencias económicas: beneficios, costes.

APLICACIÓN DEL MODELO PRECEDE EN EL CASO DE LA DIABETES

El modelo PRECEDE es un instrumento de diagnóstico conductual y, por tanto, el primer paso para su aplicación es identificar la conducta que se quiere analizar. Cuanto más se concrete la conducta, más eficaz será el diagnóstico realizado. Se trata de que el profesional responda a la siguiente pre-

gunta: ¿Qué quiero conseguir que el paciente haga? La respuesta suele iniciarse con un verbo en infinitivo que permite identificar perfectamente la conducta que el profesional va a analizar.

El segundo paso es identificar el paciente —o grupo de pacientes— cuya conducta se desea analizar (la población diana). También en este caso a mayor concreción, mayor eficacia en el diagnóstico. Una de las grandes utilidades del modelo PRECEDE es que permite tanto diagnósticos individuales (para saber, por ejemplo, por qué el paciente F.G. no acude a las visitas de seguimiento) como diagnósticos grupales, siempre que se trate de grupos relativamente homogéneos (para saber, por ejemplo, por qué el grupo de jóvenes varones diabéticos que viven en un determinado barrio no usan controladamente las bebidas en sus salidas nocturnas).

Una vez identificados la conducta y el paciente (o grupo de pacientes), se aplica el modelo, mediante el uso de una serie de verbos fundamentales muy frecuentes en la relación profesional-paciente: preguntar, escuchar, observar (al paciente y a su entorno). Para agilizar el diagnóstico final y facilitar la intervención posterior es recomendable situar las respuestas y observaciones en dos listas paralelas, diferenciando, desde el primer momento, los factores que ya están a favor (+) de los que en ese momento están en contra (-), pues lógicamente la intervención posterior va a ser distinta sobre lo (+), que se concretará en reforzar, potenciar, apuntalar y redondear, que sobre lo (-), que se centrará en mejorar, modificar, cambiar, cuestionar y ofrecer alternativas.

LISTA (+): Todo aquello que vaya a favor de la realización de la conducta que se está analizando, y

LISTA (-): Todo aquello que vaya en contra de la realización de la conducta que se está analizando.

Se presenta a continuación un ejemplo de aplicación del modelo PRECEDE a una conducta relacionada con la diabetes:

Conducta a analizar (lo que el profesional quiere conseguir que haga el paciente): Pasear diariamente una hora.

Población diana: Mujeres, con diabetes Tipo II, amas de casa, en fase post-menopáusica.

Factores Predisponentes:

Lista (+): a favor del paseo diario:

- “Creo que es bueno para la circulación.”
- “Me quitaré de casa un rato.”
- “Podré juntarme con las amigas.”
- “Me bajaré el azúcar.”
- “Perderé peso.”
- “Es gratis.”

Lista (-): En contra del paseo diario:

- “No tengo tiempo.”
- “Ya hago ejercicio en casa.”
- “No puedo faltar de casa.”
- “Hace mucho calor.”
- “No hay sitios por donde andar.”
- “Tengo miedo a que me atropellen.”

Obsérvese que los factores predisponentes van todos entre comillas, pues son factores subjetivos; es todo aquello que el paciente (o grupo de pacientes) sabe, piensa, opina, cree, valora. Para el éxito del diagnóstico conductual es básico que el profesional recoja textualmente lo expresado por los propios pacientes (sin interpretaciones, sin “traducciones”, sin “traiciones”).

Factores Facilitadores:

Lista (+): a favor del paseo diario:

- Existen en la zona parques y circuitos adecuados.
- La población diana tiene calzado y vestimenta adecuada.
- En la zona existen profesionales preparados y motivados para esto.

Lista (-): en contra del paseo diario:

- Existen barreras arquitectónicas.
- La familia (marido, hijos) tiene una actitud negativa.
- La población diana sufre diversas alteraciones orgánicas que dificultan la realización de la conducta (obesidad, disnea).

Los factores facilitadores aparecen sin comillas, pues son factores *objetivos*: el paciente tiene o no tiene las habilidades y destrezas necesarias; en el entorno existen o no existen los recursos (humanos y materiales) necesarios, y los que existen son o no son accesibles.

Factores Reforzantes:

Lista (+): a favor del paseo diario:

- Los profesionales sociosanitarios que las felicitan por su esfuerzo y mejora.
- Las amigas que les comentan: “Estás más delgada”.
- Baja la cifra de azúcar.
- Se sienten más ágiles.
- Las propias mujeres, que se dicen: “¡Qué bien me siento ahora!”, “estoy orgullosa de mí misma por lo que he sido capaz de hacer”.

Lista (-): en contra del paseo diario:

- La familia, quejándose por sus ausencias.
- Dolores físicos iniciales: agujetas, rozaduras, etc.
- Vecinos, recriminando: “¡Con todo lo que tiene en casa!”.

Entre los factores reforzantes se encuentran tanto factores subjetivos (lo que los propios pacientes se dicen después de hacer la conducta) como factores objetivos (el resto de reforzantes: respuesta del entorno, consecuencias físicas y emocionales, consecuencias económicas).

En el Apéndice III se ofrece un esquema básico para una aplicación ágil del modelo PRECEDE y en el Capítulo 6 se presenta el diagnóstico de 10 conductas concretas relacionadas con el tratamiento de la diabetes:

1. Lavarse, explorarse e hidratarse los pies tres veces por semana.
2. Pasear una hora al día.

3. Comer cinco veces al día.
4. Reducir la ingesta diaria de pan.
5. Planificar y seguir dietas semanales.
6. Usar de forma controlada las bebidas en salidas nocturnas.
7. Realizar tres autoanálisis diarios de la glucemia.
8. Inyectarse.
9. Acudir a citas de seguimiento mensuales.
10. Acudir a grupos de educación para la diabetes.

INTERVENCIONES POSTERIORES AL DIAGNÓSTICO PRECEDE

Una vez confeccionadas las dos listas (“a favor” y “en contra”) para cada uno de los tres tipos de factores y teniendo en cuenta “mi realidad” (conocimientos y habilidades que poseo, rol profesional que desempeño, condiciones de trabajo, características del equipo, etc.), la siguiente pregunta para el profesional es: ¿sobre *cuáles* de estos factores identificados puedo *yo* intervenir? Se trata de revisar uno por uno todos los factores encontrados en cada una de las 3 categorías (predisponentes, facilitadores, reforzantes) y seleccionar aquellos sobre los que el profesional pueda realmente intervenir en alguna medida.

En este punto puede resultar útil dar algunas estrategias que faciliten la intervención del profesional, una vez identificados los factores sobre los que puede incidir. Estrategias útiles no sólo para el caso de la diabetes sino, en general, para cualquier aplicación del modelo PRECEDE. Además, a lo largo del resto de capítulos de la presente obra se detallarán cada una de las estrategias que a continuación se presentan.

Para incidir en los Factores Predisponentes detectados (lo que el paciente sabe, opina, piensa, cree, valora):

- a) Estrategias de comunicación directa con los pacientes y/o grupos de pacientes (ver Capítulos 3, 4, y 5)

Para incidir en los Factores Facilitadores detectados (las habilidades y destrezas del paciente, y los recursos humanos y materiales del entorno):

- a) Estrategias de entrenamiento en habilidades y destrezas (Capítulos 4 y 5).
- b) Estrategias organizacionales dirigidas a:
 - Aumentar la accesibilidad de los recursos humanos (profesionales, centros, programas, etc.) y de los recursos materiales (folletos informativos, materiales de autoinyección, etc.).
 - Mejorar la formación de los educadores implicados en el tema diabetes, tanto en aspectos concretos de la enfermedad como en las necesarias habilidades emocionales, de comunicación y de motivación para el cambio presentadas en este libro.

Para incidir en los Factores Reforzantes detectados (las consecuencias que tiene para el propio paciente el hecho de realizar la conducta):

- a) Estrategias de comunicación indirecta:
 - Intervención sobre los agentes-clave detectados (ver Capítulos 3, 4 y 5).
 - Convertirse el profesional en agente-clave “premiando” —mediante el reconocimiento— los logros de los pacientes y de los agentes-clave.
- b) Intervención en el resto de reforzantes:
 - Facilitar y promover que el paciente aprenda a reforzarse (ver las técnicas de refuerzo que se comentan al final del presente capítulo).
 - Identificar y utilizar como reforzantes los beneficios físicos y emocionales (placer, comodidad, tranquilidad, éxito, etc.) que las conductas “más saludables” pueden representar (por ejemplo: cuidando la estética y el sabor de los platos dietéticos, enfatizando las mejoras en la imagen física y emocional que puede tener realizar ejercicio físico de forma regular, etc.).
 - Identificar y utilizar como reforzantes los beneficios económicos que las prácticas “más saludables” pueden conllevar (por ejemplo, ir andando al trabajo puede suponer un ahorro de gasolina o del precio del billete del transporte público, el ahorro que puede derivarse de disminuir la ingesta de determinadas bebidas alcohólicas, etc.).

Probablemente uno de los retos más sugerentes para el inmediato futuro en el tratamiento bio-psicosocial de la diabetes es el que se plantea hacer compatibles, para luego transmitir dicha compatibilidad a los pacientes, dos conceptos que con frecuencia se han presentado como antagónicos: la salud (diabétopológica) y el placer. Los primeros e innovadores intentos en el terreno de la alimentación están abriendo perspectivas de enorme interés para aplicar idéntico principio a otros terrenos también “afectados”: ejercicio físico, autocuidados, sexualidad, consumo de alcohol, etc. El reto está servido.

- c) En el caso de los factores reforzantes es muy importante tener presente la variable “tiempo” y el concepto de inmediatez de las consecuencias. En este sentido, es clave que el profesional de la salud sea capaz de identificar y utilizar consecuencias positivas y agradables que sean lo más inmediatas posible a la realización de la conducta saludable. Del mismo modo, será importante que detecte consecuencias negativas y desagradables a evitar, que sean también lo más cercanas en el tiempo a la conducta que está intentando promover. Como dice Bayés: “Si las consecuencias (de una conducta) son placenteras de forma inmediata (aunque a largo plazo puedan ser negativas o incluso gravísimas) es más probable que la conducta se mantenga. Por el contrario, si las consecuencias son negativas de forma inmediata (aunque a largo plazo puedan ser positivas) es más probable que la conducta no se mantenga”. En este sentido será importante tener presentes no sólo las consecuencias biofísicas (que con frecuencia aparecen a medio o largo plazo), sino también las emocionales y las sociales (que con frecuencia suelen presentarse de forma más inmediata: satisfacción en pacientes obesos al perder un kilo de peso, malestar que provocan en pacientes jóvenes los reproches de los padres, felicitaciones de la familia por haber dejado de fumar, etc.).

Se ofrecen a continuación algunos comentarios adicionales respecto a la aplicación del modelo PRECEDE de diagnóstico conductual:

1. El modelo PRECEDE es una buena “vacuna” contra dos riesgos que acechan a los profesionales de la salud que trabajan en relación con el tema de la diabetes:

- a) El “activismo”. El PRECEDE es una especie de señal de “¡stop!” que indica que antes de actuar, actuar y actuar, es fundamental realizar un pormenorizado diagnóstico conductual que garantice la eficacia, efectividad y eficiencia de la correspondiente intervención.
- b) La “inacción” como respuesta a no poder solucionarlo “todo”. El PRECEDE permite identificar aquellos factores (predisponentes, facilitadores, reforzantes) sobre los que cada uno de los profesionales, en el desempeño de su rol, puede realmente intervenir.

2. La primera vez que se aplica el PRECEDE (igual que la primera vez que se monta en bicicleta, se sigue un tratamiento, o se usa un condón) se detectan dificultades, aparecen algunas cosas que no acaban de salir bien, surgen dudas y se cometen errores. Pero si después de cada aplicación se analizan los resultados obtenidos, reforzando lo que haya salido bien y buscando alternativas a lo que haya salido deficiente y por tanto “mejorable”, muy probablemente la quinta vez que se aplique el PRECEDE saldrá mejor que la segunda y al cabo de unas cuantas aplicaciones el modelo dejará de ser un esquema más o menos complicado, para convertirse en el instrumento útil que se pretende. Eso sí, la mejora requiere esfuerzo, dedicación y entrenamiento; y, a veces, hasta poner en crisis estilos y formas de hacer. En todo caso, cabe recordar que una crisis conlleva siempre la posibilidad de cambiar lo que resulta insatisfactorio.

3. La realización del diagnóstico PRECEDE pone de manifiesto, con cierta frecuencia, determinadas lagunas de información que tiene el profesional. Por ejemplo, éste se da cuenta al aplicar el modelo que no sabe qué dice, qué opina, qué piensa el paciente respecto a la conducta “X” que está analizando; o qué habilidades y destrezas tiene para llevarla a cabo, o cómo responde el entorno ante la conducta más saludable del paciente. Ésta es otra de las grandes utilidades del modelo PRECEDE: señalar posibles mejoras en los conocimientos del profesional en relación con los factores relevantes que influyen en las conductas de los pacientes.

A fin de “redondear” las sugerencias para la intervención posterior al diagnóstico PRECEDE, se ofrecen a continuación algunas nociones básicas para optimizar la acción reforzante del profesional de la salud:

1. Se considera refuerzo cualquier evento interno y/o externo que sigue a una conducta y que aumenta la probabilidad de que esa misma conducta se repita en el futuro.
2. Es necesario que el paciente perciba la relación causa-efecto entre la conducta y el refuerzo.
3. Puede concretarse tanto en “conseguir algo positivo” como en “evitar algo negativo”. Sin embargo, en el primer caso, el refuerzo es más motivador.
4. El propio paciente define lo que para él es positivo o negativo. Por tanto, es fundamental observar y/o preguntar el tipo de reforzadores que motivan a cada paciente.
5. Para modificar cualquier conducta hay que detectar los refuerzos que la están manteniendo y diseñar intervenciones que permitan al paciente aprender otros tipos de conductas que le proporcionen el mismo refuerzo o alguno similar.
6. Existen diversos tipos de reforzadores:
 - a) Materiales: regalos, comida (no en situación de hambre sino como algo “extra”).
 - b) De actividad: leer, viajar, divertirse, etc.

Estos dos primeros tipos pueden ser útiles para personas poco motivadas, con baja autoestima, que no “creen” en el reconocimiento externo (el que les llega “de fuera”), y en aquellos casos en los que la conducta a conseguir requiere mucho esfuerzo y/o el abandono de refuerzos potentes (placeres).

c) Generalizados: el dinero. A través de él puede accederse a “casi” todos los demás.

La alternativa de dar dinero o regalar obsequios a alguien por llevar a cabo conductas saludables es, por motivos diversos, poco realista. En cambio, sí puede sugerirse al paciente que se recompense a sí mismo —después de alcanzar sus logros— obsequiándose con regalos, actividades que resulten gratificantes, etc.

d) Sociales: atención, reconocimiento, muestras de afecto.

Éstos son los reforzadores más potentes, probablemente por su efecto sobre la autoestima de las personas. De ahí la necesidad del autorrefuerzo en la propia regulación de la conducta, dado que no siempre se cuenta, para reforzar, con alguien en el momento adecuado.

Tanto el paciente como el profesional pueden beneficiarse del autorrefuerzo. Ambos pueden entrenar la habilidad de reconocer y valorar los logros conseguidos utilizando frases y palabras de reconocimiento (“¡Bien, lo he conseguido!”, “¡Lo estoy haciendo de maravilla!”, “Ha sido estupendo lograr que María...”). Para ello un paso previo consiste en plantearse objetivos a corto plazo que sean realmente alcanzables; y una vez conseguido el cambio (ver Capítulos 4 y 5), llega el momento de reconocerlo y valorarlo, mediante alguno de los tipos de refuerzo que se han presentado en este breve apartado.

7. Comentarios finales sobre el refuerzo:

- a) Los refuerzos materiales y de actividad son especialmente útiles en el momento de instaurar una nueva conducta. Inmediatamente después deben acompañarse del refuerzo social y más tarde del autorrefuerzo, que va a permitir mantener en el tiempo la nueva conducta.
- b) Es recomendable ir cambiando el tipo de refuerzo para evitar que el paciente se sacie (se canse) y que, por tanto, aquél pierda su eficacia.
- c) Para instaurar conductas se requiere un refuerzo continuo; para mantenerlas, un refuerzo intermitente.
- d) Es importante que el refuerzo sea inmediato, aunque no muy intenso. En este sentido el refuerzo verbal —interno (lo que yo me digo) o externo (lo que otros me dicen)— tiene la ventaja de ser más accesible y uno de los más efectivos (“qué bien que este mes hayas podido...”).

- e) Es fundamental que la conducta-meta sea accesible al paciente y que éste sea y se sienta capaz de conseguirla.
- f) Si se trata de una conducta compleja para las habilidades y/o la motivación real del paciente, habrá que:
 - 1) Descomponerla en conductas más accesibles;
 - 2) Ir “elevando el listón” con aproximaciones sucesivas que lo acerquen a la conducta-meta, reforzando los logros que se vayan consiguiendo; y
 - 3) Ir entrenando al paciente en las habilidades necesarias.
- g) Es recomendable que el refuerzo se aplique de forma “agradable”, no de forma seca o cortante.
- h) Cuando el refuerzo se aplica de forma rutinaria y sin entusiasmo disminuye su efecto.
- i) Si el profesional solamente refuerza al paciente cuando le va a pedir un cambio, en muy poco tiempo este refuerzo perderá su eficacia (“No me refuerce tanto y dígame de una vez qué me va a pedir hoy”, puede ser la desmotivada —y desmotivante— respuesta a un refuerzo de este tipo). Una buena manera de evitarlo consiste en reforzar con frecuencia, casi siempre, independientemente de si luego se van a pedir cambios o no.
- j) Las primeras veces que un profesional refuerza a un paciente, o se refuerza, se oye “raro” (“poco natural”, “teatral” llegan a decir algunos). Ante este hecho —que es lógico que ocurra cuando se hace algo por primera vez— algunos profesionales dejan de reforzar. Otros, en cambio, lo que hacen es intentar “naturalizar” sus refuerzos, de acuerdo a los siguientes pasos:
 - 1) Entrenar el uso del refuerzo.
 - 2) Analizar cada uso, reforzando lo que ha salido bien y buscando alternativas a lo “mejorable”.
 - 3) Incorporar el refuerzo al estilo personal y propio de comunicación. Hay profesionales más gesticulantes que otros; hay profesionales más cálidos y otros menos cálidos; hay profesionales más serios y profesionales menos serios, etc.

CAPÍTULO 3

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN PARA LA ADHESIÓN TERAPÉUTICA

INTRODUCCIÓN

A modo de introducción al capítulo y de reflexión previa sobre los contenidos del mismo, sirvan los dos comentarios que se presentan a continuación:

1. Comunicarse con un paciente no es “hacer teatro”

Excepcionalmente, un profesional de la salud puede “hacer teatro” un día ante una determinada situación; pero, obviamente, es insostenible una “actuación” diaria y continua. Si el profesional se ve en la necesidad de “interpretar” con asiduidad (con el enorme desgaste físico, emocional y de credibilidad que ello conlleva), puede ser a causa de no haber reflexionado a fondo sobre dos preguntas clave respecto a su relación con los pacientes:

a) ¿Cuál es realmente —con honestidad— su objetivo cuando se comunica con los pacientes?:

¿Impresionarles?, ¿demostrarles que estuvo en el último congreso nacional sobre la diabetes?, ¿dejarles claro que en la consulta manda el profesional?, ¿ayudarles a tomar decisiones?, ¿facilitarles herramientas y técnicas?, ¿comprometerles, dándoles protagonismo, en su proceso de salud-enfermedad?,...

b) ¿Tiene alguna ventaja para el propio profesional el hecho de preguntar y escuchar al paciente?, ¿empatizar con los pacientes aporta algún beneficio al profesional?

¿Cómo puede ser eficaz la intervención educativa del profesional sin conocer qué sabe y qué no sabe el paciente, qué siente, qué teme, qué le preocupa, qué espera, qué quiere, qué,...?

¿Cómo puede comprometer activamente y motivar al paciente sin transmitirle comprensión y entendimiento hacia sus razones, sus miedos, sus preocupaciones, sus temores, sus dudas,...?

2. Comunicarse con un paciente sí es “tecnología punta”

Como muy bien saben los profesionales de la salud por su experiencia diaria, la comunicación entre los seres humanos —en general— y con los pacientes —en particular— no es fácil. Con frecuencia cuesta transmitir exactamente lo que se quiere transmitir y se producen, a menudo, malentendidos y efectos no deseados. Por ello, en el presente capítulo se ofrecen sugerencias muy concretas para facilitar el establecimiento y mantenimiento de adecuadas formas de comunicación. En este sentido, se ha tenido mucho cuidado a la hora de seleccionar ideas y verbos clave, frases fundamentales, apoyos no verbales específicos y ejemplos sencillos. Seguro que no son las únicas posibilidades ni están todas; sin embargo, todas las que se presentan ayudarán al profesional a mejorar sus habilidades y a aumentar la eficacia de su comunicación.

Si se acepta que comunicarse no es fácil, una recomendación útil es la que nos empuja a enfatizar el cuidado con el que tratar cada una de las expresiones, frases, gestos, etc., que en esta publicación se ofrecen (como verdadera “tecnología punta” que son). Una lectura sosegada y reflexiva del presente capítulo y una aplicación paulatina y autoevaluada de sus propuestas facilitarán enormemente la comunicación del profesional con los pacientes, con los allegados y, también, con el resto de profesionales. La idea es clara: no es igual, no produce el mismo efecto, decir esto o decir aquello, decirlo así o decirlo asá, en uno o en otro momento, con esta mirada o con esta otra, en ese tono de voz o en ese otro. Lo dicho, tecnología punta, que es necesario entrenar, mimar y cuidar, a fin de que el profesional de la salud pueda obtener las “maravillas” que le puede dar. Sin olvidar, no obstante, que cualquier nueva for-

ma de “hacer” requiere un cierto periodo de entrenamiento para poder incorporar la novedad al propio repertorio (al propio estilo), obtener los resultados esperados, y empezar a sonar “natural”, honesto, y no forzado. Por este motivo, se ofrecen a continuación un buen número de pistas, sugerencias y ejemplos prácticos para que el profesional de la salud pueda comunicarse con los pacientes (o con otros profesionales) con naturalidad, relajamiento y eficacia.

COMUNICACIÓN VERBAL (LA LETRA) Y COMUNICACIÓN NO VERBAL (LA MÚSICA)

A veces, contenidos muy adecuados (“letras”) no consiguen comunicar lo que pretendían porque el lenguaje no verbal (“músicas”) que los acompaña los matiza o, incluso, contradice. Además, más del 50% de la comunicación que establecemos los seres humanos es comunicación no verbal. Por todo ello, resulta fundamental cuidar los aspectos no verbales (“los cómo”, la música de la comunicación) que acompañan los contenidos verbales (“los qué”, la letra de la comunicación).

Cuando se habla de comunicación no verbal se está hablando, entre otras cosas, de:

1. La mirada

¿Tiene el mismo efecto una mirada horizontal, con los ojos del profesional y los del paciente a la misma altura, que una mirada lanzada por el profesional desde su elevada “torre de marfil”?

2. La expresión de la cara

Tristeza, sorpresa, rabia, placer, incredulidad, miedo, tensión, preocupación, satisfacción, alegría,... ¿Hay alguna emoción que no se refleje en nuestra expresión facial? ¿Qué puede transmitir un ceño fruncido?

3. Los movimientos de la cabeza

¿Se ha inventado alguna forma más eficaz y con mejor relación “coste-beneficio” que asentir con la cabeza para realizar la tan necesaria escucha activa?

4. La postura del cuerpo

¿Qué le está comunicando un profesional de la salud a un paciente cuando se incorpora hacia delante en su silla?, ¿y cuando, con los brazos cruzados, le dice que “tranquilo, que no pasa nada grave”?

5. Los gestos con las manos

¡Qué útiles para enfatizar, clarificar y matizar determinados mensajes! (¡y qué bien nos iría practicar más a menudo, sobre todo a los varones, este tipo de comunicación!).

6. La proximidad física

Cercanía y proximidad sin invadir la distancia mínima que corresponde al territorio propio de cada persona (“juntos y cercanos, pero no agobiantes y revueltos”). ¿Qué le está comunicando un profesional de la salud a un paciente encamado si, al preguntarle, se sienta junto a él en el lecho? ¿Va a obtener la misma respuesta por parte del paciente si, en lugar de sentarse, le hace la pregunta de pie y desde el quicio de la puerta de la habitación?

7. El contacto físico

¡Cómo echan en falta, a veces, algunos enfermos (niños y adultos) que alguien (la médica, el enfermero, la familia, los educadores,...) los toque alguna vez en una mano, en un hombro, en un brazo!

8. El volumen de la voz

Un volumen bajo tiene la ventaja de poder transmitir cercanía, calidez y dulzura pero tiene el riesgo de sonar inseguro. Un volumen alto tiene la ventaja de poder transmitir aplomo, contundencia y seguridad pero tiene el riesgo de sonar impositivo. Se trata de potenciar los aspectos positivos de cada estilo personal, intentando paliar y controlar los posibles riesgos.

9. El tono de voz

Para subrayar, enfatizar, llamar la atención sobre los aspectos clave de lo que se está diciendo. ¡Qué difícil es para el paciente seguir una explicación cuando el tono es monocorde, sin inflexiones, plano!

10. La velocidad del mensaje

Un mensaje comunicado de forma demasiado veloz plantea problemas graves de comprensión y suele transmitir al paciente sensación de ansiedad, agresividad y, desde luego, prisa (“No sé porque me hace tantas preguntas si está claro que no puede dedicar ni cinco minutos a escuchar mis respuestas”, “me está agobiando con tantas prisas”).

11. La duración del mensaje

Es difícil que un paciente pueda mantener la atención durante mucho tiempo. Además, los profesionales de la salud suele tener poco tiempo para comunicarse con los pacientes. Por tanto, “lo bueno (y bien preparado), si breve, dos veces bueno”.

Se ofrecen a continuación algunos comentarios finales adicionales respecto a la comunicación verbal y no verbal:

1. Cuando lo verbal (la letra) y lo no verbal (la música) dicen lo mismo (van en la misma dirección), el mensaje llega claro y nítido al paciente.
2. Cuando lo verbal (la letra) y lo no verbal (la música) *no* dicen lo mismo, la comunicación “chirría” y lo que más impacta al paciente es el aspecto no verbal (el “cómo” se lo dijo el profesional de la salud).
3. Es fundamental tener presente los puntos anteriores para poner en práctica los siete verbos clave que a continuación se presentan y analizan (concretar objetivos, acoger, preguntar, escuchar, empatizar, sintetizar y retroalimentar).

VERBOS CLAVE DE LA COMUNICACIÓN

1. Concretar objetivos

Para el profesional de la salud resulta de gran utilidad antes de empezar a comunicarse con el paciente hacerse la siguiente pregunta: “¿Qué quiero conseguir (realmente, honestamente) con esta comunicación?”. La respuesta le va a permitir adecuar los contenidos y las formas y lograr una

comunicación honesta y eficaz. Dicho de otro modo, según la respuesta a esta pregunta, la “letra” y la “música” del resto de verbos que se comentan en este epígrafe irán en una dirección o en otra.

Los objetivos pueden ser diversos: investigar, conocer, informar, facilitar sugerencias, motivar para un cambio. Aunque es verdad que, a veces, al escuchar algunas “letras” y “músicas” parecería que hay otras posibilidades: machacar, culpabilizar, amenazar.

2. Acoger

En el momento de la acogida, los aspectos no verbales (“musicales”) comentados al inicio del capítulo juegan un papel fundamental. Por ello, es relevante:

- a) Establecer inmediatamente “contacto” (visual, siempre, y físico —estrechar la mano, etc.— según las circunstancias).
- b) Acompañar el citado contacto con expresiones verbales y gestos que expresen apoyo y calidez.
- c) Utilizar un tono de voz pausado y franco.

También los aspectos verbales de la comunicación (“las letras”) pueden ayudar, desde luego, a conseguir una acogida que resulte cálida: llamar al paciente por su nombre (con o sin apellido según el caso), hacer referencia a algún aspecto positivo y agradable, comentar algún tema que se sabe que es del agrado del paciente,...

3. Preguntar

Éste es un verbo fundamental para que el profesional de la salud evite los errores derivados de dar algo por supuesto y obtenga la información necesaria para diseñar una intervención más eficaz. Además, si se realiza con la “música” adecuada, resulta muy motivante y estimulador para el paciente. Sintéticamente, podrían resaltarse las siguientes cuatro grandes ventajas que obtiene el profesional cuando pregunta:

- a) Obtiene información clave sobre: conocimientos del paciente, sus demandas, necesidades y objetivos; su estado físico, emocional y social, sus dudas, miedos, temores y preocupaciones, las habilidades, destrezas y recursos con los que cuenta, sus actitudes, valores y creencias, sus conductas y prácticas (y las razones de las mismas), sus...
- b) Facilita, promueve y potencia que el paciente piense (sobre su estado físico, emocional y social; sobre lo que sabe y lo que no sabe, sobre lo que siente y lo que piensa, sobre lo que hace y por qué lo hace, sobre sus dudas y sus miedos, sobre...).
- c) Transmite al paciente interés (por su salud, sus opiniones, sus temores, sus sentimientos,...) y ello, como bien se sabe, aumenta enormemente la *confianza* entre el profesional y el paciente.
- d) Facilita la participación y el protagonismo del paciente, lo cual ayuda a mejorar considerablemente su motivación y su compromiso en el proceso.

Cuando el profesional de la salud ha reflexionado al respecto y tiene claros los enormes beneficios que obtiene al preguntar, es difícil que no lo haga “siempre” (aunque tenga un mal día, poco tiempo para atender al paciente o el paciente en cuestión no sea de los más “agradecidos”). Por otra parte, tener claros los objetivos que hay que lograr cuando se pregunta, ayuda al profesional a evitar algunos errores bastante frecuentes en la relación profesional-paciente:

- a) Hacer varias preguntas seguidas sin esperar las correspondientes respuestas (“¿Y qué me dice de los postres y del desayuno y del alcohol del fin de semana?”).
- b) Hacer sólo preguntas cerradas (“¿Ha seguido la dieta que le recomendé?”).
- c) Hacer preguntas que condicionen la respuesta, buscando la confirmación de opiniones previas del profesional (“¿Verdad que ahora se siente mucho mejor?”).

La mayoría de estos (comprensibles) errores se producen debido a no haber realizado la reflexión previa comentada (“¿Qué quiero conseguir con esta comunicación?”) y a ciertos automatismos aprendidos a lo largo de años de intervenir en condiciones “muy mejorables” (poco tiempo para las consultas, pocos materiales educativos de apoyo, pocas habilidades de comunicación por parte del profesional, etc.). Al observar las consecuencias de este tipo de errores (pocas respuestas y/o poco fiables, poca información útil para la eficacia de la intervención, desmotivación del paciente y, de rebote, del profesional, quejas y reclamaciones por parte de los pacientes, etc.), resulta más fácil reflexionar sobre los objetivos que se buscan (realmente) preguntando y las formas más adecuadas de hacerlo.

4. Escuchar activamente

En comunicación —como le ocurría a la mujer del César— no basta con ser “honrado”, también hay que parecerlo, demostrarlo. Si el profesional de la salud está escuchando pero no lo parece (porque está mirando un informe mientras el paciente le habla o porque pone “cara de póquer” cuando escucha el relato de la última hipoglucemia sufrida), la comunicación va a quedar seriamente mermada. Tanto el lenguaje verbal como el no verbal ayudan a realizar una buena escucha activa. El primero mediante “letras” como pedir alguna aclaración a lo dicho por el paciente, solicitar la repetición de algún comentario, parafrasear, etc. El segundo mediante “músicas” como mirar (no agresivamente) a los ojos del paciente, asentir con la cabeza, incorporarse en la silla acercándose a él, etc.

5. Empatizar activamente

Las “traducciones” más frecuentes y aceptadas de este verbo son: “ponerse en el lugar del paciente”, “entender sus sentimientos, sus razones, sus miedos, sus temores”. Esto es, a veces, relativamente sencillo. Un profesional de la salud puede comprender, probablemente, que un paciente al que le comunica que es diabético sufra alguna alteración emocional como rabia, tristeza o impotencia. Sin embargo, otras veces, empatizar con un paciente es más difícil. Algunos profesionales de la salud, por ejemplo, comentan sus problemas para empatizar con las dificultades que tienen algunos pacientes diabéticos adolescentes a la

hora de mantener hábitos saludables los fines de semana, especialmente en lo que tiene que ver con el consumo de alcohol. Aun en estos casos más difíciles vale la pena que el profesional haga el esfuerzo de lograr una buena empatía, pues ello es muy importante para establecer una comunicación con el paciente que se base en la confianza y el respeto mutuo y que consiga el acercamiento emocional y el subsiguiente compromiso por parte del paciente y un aumento de la cantidad y calidad de la información aportada por él.

Para comprender las razones del paciente, lo primero es conocerlas y, para ello, lo mejor es —a través del modelo PRECEDE presentado en el Capítulo 2— preguntar sin prejuicios e investigar sin apriorismos. Por otro lado, cuando el paciente manifiesta un temor, un miedo o una preocupación, está brindando una estupenda oportunidad para poder empatizar con él.

Algunos comentarios más en relación con este verbo tan importante en la comunicación:

- a) Empatizar no significa estar de acuerdo con la conducta u opinión del paciente.
- b) Una empatía global (“Antonio, te comprendo”, “Pepa, te entiendo”) sirve de poco, suele sonar vacía y, a veces, hasta provoca respuestas agresivas por parte del otro (“¡cómo me va usted a comprender! ¡El que tiene un hijo diabético soy yo, doctor!”).
- c) Una empatía concreta a partir de las preocupaciones, temores, miedos y opiniones concretas expresadas por el paciente es mucho más útil y eficaz (“Comprendo que estés preocupado por la posibilidad de que aparezcan las complicaciones que comentamos”, “entiendo que a ti te gustan mucho los dulces”, “comprendo que a veces te resulta complicado controlarte cuando tus amigos beben”).
- d) Para empatizar no es necesario llegar al extremo de utilizar frases del tipo “A mí también me gusta más... quedarme en casa en el sillón,...

comer con pan,... o beber un par de cervezas”. Varios son los riesgos de frases como las citadas: sonar falso (no siempre será cierto que al profesional también le guste), reforzar alguna conducta que se quiere modificar (“si la doctora también lo hace, no será tan malo”) y perder el papel profesional (¡a ver si al final el profesional de la salud le va a contar su vida al paciente!).

- e) Si el profesional de la salud pregunta con unas “letras” y unas “músicas” adecuadas, es muy fácil encontrar elementos concretos sobre los que poder empatizar de forma creíble y eficaz. La pregunta que entonces puede hacerse el profesional es: “De lo que ha dicho el paciente (opiniones, preferencias, gustos, temores, etc.), ¿qué es lo que realmente puedo entender/comprender? Con lo que realmente entienda/comprenda es con lo que podrá empatizar sin que su empatía suene falsa, mecanizada o “teatral”.

- f) Es muy importante que el paciente perciba que se le está entendiendo, que el profesional se está poniendo en su lugar. Por ello conviene que tanto el nivel verbal (“entiendo que...”, “comprendo perfectamente que...”) como el no verbal (expresión facial, tono de voz) muestren dicha comprensión. Como la escucha antes comentada, también la empatía deber ser activa para ser eficaz.

- g) Una cosa es la empatía (“entender que Pedro sienta ese miedo, ese temor”) y otra cosa, muy distinta, es la simpatía (“sentir lo mismo que Pedro”). Quede claro, pues, que en este capítulo se está hablando de la empatía. Afortunadamente no es necesario sentir lo mismo que el paciente para poder ponerse en su lugar. Por no hablar del tremendo desgaste físico y emocional que la simpatía supondría para el profesional de la salud.

6. Resumir/sintetizar

A lo largo de la comunicación profesional-paciente, es importante ir dando “puntos de anclaje” que permitan, por una parte, seguir el hilo conductor y asimilar los mensajes en él contenidos y, por otra, identificar los distintos

puntos clave, lo más relevante. Si eso es importante hacerlo durante todo el periodo en el que se produce la comunicación, resulta fundamental al final de la conversación, en el momento del “cierre”. En la medida de lo posible va a ser más interesante que sea el propio paciente quien resuma/sintetice las ideas clave, pues si lo hace él mismo, el profesional podrá comprobar el grado de comprensión y, por tanto, tendrá información “de primera mano” para evaluar ese proceso de comunicación. Este instrumento para evaluar la comunicación es lo que suele llamarse retroalimentación o *feed-back* y que constituye precisamente el último verbo clave que se presenta en este capítulo y que se comenta a continuación.

7. Retroalimentar

Supongamos que el profesional de la salud emite el siguiente mensaje: “...cada 4 horas”.

Supongamos que después de emitirlo le pregunta al paciente: “¿cada cuánto...?”.

Supongamos que el paciente contesta: “...después de cada comida”.

Ante esta situación, la pregunta es: ¿Ha habido realmente retroalimentación, se ha producido el *feed-back* que permite evaluar el proceso de comunicación?

La respuesta: “¡Claro que sí!”. En el momento en que al la profesional le ha llegado “...después de cada comida” se ha producido el *feed-back*, pues precisamente en ese momento es cuando el profesional puede percibir cómo ha sido interpretado su mensaje. El *feed-back* es un instrumento muy útil para verificar el funcionamiento del proceso comunicativo. En el ejemplo presentado, “...después de cada comida”, está señalando que algo va mal en esa comunicación y que, por tanto, algo habrá que modificar (contenido, canal, tono, terminología, momento, etc.) para mejorarla.

Cuando el paciente entiende algo distinto de lo que el profesional le ha dicho, es importante evitar el riesgo de pensar que el problema lo tiene el

paciente por no entender y que es él, precisamente, el que debe plantearse alguna modificación. Esta interpretación de la situación disminuye las posibilidades de mejorar la comunicación y merma, por tanto, la eficacia de la propia intervención profesional. En este punto, cabe no olvidar que en comunicación:

- a) Lo verdadero es lo que entiende el receptor (no lo que envía el emisor). Por tanto, en el ejemplo citado lo verdadero sería: “...después de cada comida” (que es lo que en definitiva se “llevaría” de la consulta el paciente si no se realizara el *feed-back* o si éste no se utilizara como medio para introducir cambios que mejoren la comunicación).
- b) El responsable de la comunicación es el emisor y, por tanto, es el que debe plantearse cambios.

Es importante señalar además que la retroalimentación es, con mucha frecuencia, también no verbal. Por ejemplo, hay pacientes a los que no les gusta el contacto físico y se apartan ligeramente del profesional cuando éste, intentando mostrar proximidad y dar ánimos, les toca el hombro o la mano. Es fundamental que el profesional esté muy atento, “ojo avizor”, a los frecuentes mensajes no verbales que, como éste, lanzan los pacientes, a fin de poder modificar su tipo comunicación y actuar, por tanto, más eficazmente.

A continuación se comentan dos ideas importantes para terminar de redondear el tema de los verbos clave en la comunicación profesional-paciente:

– La reciprocidad:

Ocurre a veces que el paciente se siente agredido por el profesional. Cuando esto ocurre, el paciente huye (si puede) o se vuelve y ataca, a su vez, al profesional. Si un profesional “entra” en la escena donde se produce la comunicación “atacando” —“echando la bronca”—, es fácil que el paciente también lo haga (actuando, pues, de forma recíproca). La buena noticia es que la reciprocidad también funciona cuando la intervención es positiva; esto es, cuando el profesional pregunta, escucha, empatiza, etc., está facilitando que el paciente, a su vez, le pregunte (dudas, necesidades), le escuche (cuando el profesional

le proponga, le sugiera) e, incluso, empatice con él (con sus propias dudas al escoger algún tratamiento o con sus temores por la posible reacción del paciente ante determinada noticia). Casi siempre quien siembra empatía, recoge empatía, y quien siembra agresividad, recoge agresividad.

– La aplicación a la vida cotidiana:

Cuando un paciente ha percibido interés del profesional en “conocer para ayudar”, cuando se ha sentido escuchado y entendido, está en buena disposición para incorporar en su propio bagaje algunas herramientas que le pueden ser de gran utilidad en su vida cotidiana: la pregunta, la escucha, la empatía. No harán falta grandes esfuerzos por parte del profesional —quizás algún “empujoncito” para ayudarle a analizar algunas relaciones de causa-efecto en la comunicación establecida entre ambos— para que el paciente, que ha “disfrutado” de la aplicación de dichas herramientas como receptor de la comunicación, las utilice a su vez en su entorno como emisor de la comunicación. Una buena ocasión para que el profesional pueda facilitar dicha utilización por parte del paciente aparece cuando éste se queja, por ejemplo, de lo difícil que le resulta enfrentarse a situaciones como comunicarse con su hijo, entender a su mujer/marido enfermo, conseguir que su madre/padre se tome las “dichosas” medicinas o decirles a sus amigos —adolescentes como él— que tiene diabetes. Analizar conjuntamente con el paciente las causas que han ayudado a que la comunicación profesional-paciente funcione bien puede convertirse en el “empujoncito” comentado.

FACTORES QUE FACILITAN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

A fin de proporcionar sugerencias prácticas que faciliten el proceso de comunicación, se citan a continuación algunas ideas básicas:

1. Escoger un lugar adecuado: tranquilo, acogedor.
2. Escoger un momento adecuado: estar en un estado emocional aceptable (tanto el paciente como el profesional) y disponer de un cierto tiempo.

3. Preguntar, sin dar nada por supuesto, dejándose “sorprender” por lo que pueda decir el paciente: “¿Podrías decirme qué entiendes por una dieta sana?”, “cuando dices que bebes un poco los fines de semana, ¿a qué cantidad, más o menos, te refieres?”.
4. Escuchar activamente: con “letras” (“Sigue, sigue... te escucho”) y “músicas” (mirándole a los ojos) adecuadas.
5. Empatizar activamente: con “letras” (“Entiendo que, a veces, te sea difícil...”) y “músicas” (mirada acogedora, etc.) adecuadas.
6. Pedir su opinión: “¿Qué te parece la dieta de la que estamos hablando?”, “¿cómo ves eso de aprovechar los fines de semana para...?”.
7. Expresar, declarar los propios deseos: “La verdad es que me gustaría que pudieras...”.
8. Manifestar algún acuerdo parcial con los argumentos del paciente: “Es verdad que, en ocasiones, salir de clase para comer algo puede resultar embarazoso. Vamos a ver si podemos encontrar alguna solución para...”.
9. Informar al paciente, la información enfatizando los aspectos positivos: “Los últimos análisis muestran que estamos consiguiendo que...”.
10. Utilizar un lenguaje adaptado a cada paciente, evitando el uso de tecnicismos y/o jerga profesional: ¿Qué palabras utiliza Antonia, una usuaria de 60 años que vive en un pueblo de mil habitantes y que carece de estudios, para referirse a su hiperglucemia?

FACTORES QUE DIFICULTAN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

1. Utilizar un lugar inadecuado: un pasillo, una habitación con constantes entradas y salidas de gente, una sala de espera repleta de público, un despacho donde el teléfono (sea móvil o no) suena constantemente.

2. Elegir un momento inadecuado, sea por alteración emocional del paciente o del profesional, o sea por no disponer de un cierto tiempo para poder comunicarse.
3. Utilizar ciertos verbos:
 - Acusar: “Eso tenías que haberlo pensado antes”.
 - Amenazar: “Con esa actitud no vas a mejorar nada”.
 - Exigir: “A partir de ahora lo que me vas a hacer es...”.
4. Utilizar frases del tipo “deberías...” o “tienes que...”: “Lo que deberías hacer es controlar el alcohol que bebes”, “Lo que ahora tienes que hacer es dejar de fumar”.
5. Utilizar el sarcasmo, la ironía: “Ahora me dirás que es la primera vez que te lo digo ¿no?”. “Con tanto ejercicio te vas a herniar, seguro”.
6. Poner etiquetas: “No me sea hipocondríaco, hombre”.
7. Generalizar (todo, nada, siempre, nunca, jamás, imposible,...): “Siempre está usted con la misma cantinela”, “todo lo que me dice me lo ha repetido veinte veces”, “nunca cumple nada de lo que pactamos”.
8. Ignorar los mensajes verbales y no verbales del paciente: si el paciente empieza a mirar hacia la puerta o al reloj, ¿qué le estará comunicando al profesional?
9. Juzgar: “Esto que usted hace es incomprensible”, “esta actitud suya es una irresponsabilidad”.
10. Menospreciar los argumentos, miedos y temores del paciente: “¡Qué tontería, eso no es lo más importante”, “lo que de verdad debe preocuparle es...”.
11. Dar la información enfatizando los aspectos negativos: “La cosa va fatal”, “no estamos consiguiendo lo que queríamos y además...”.

12. Utilizar un lenguaje poco adaptado al la paciente: “En estos momentos el riesgo de cetosis es alto” (cuando el paciente apenas tiene estudios primarios, por ejemplo).

CAPÍTULO 4

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN GRUPAL PARA LA ADHESIÓN TERAPÉUTICA

INTRODUCCIÓN

Una vez realizado el diagnóstico conductual de un grupo suficientemente homogéneo de pacientes a través del modelo PRECEDE presentado en el Capítulo anterior, e identificados los factores sobre los que sí pueden influir los profesionales de la salud, se abren distintas posibilidades de intervención para incidir, lo más inmediatamente posible, en los factores predisponentes (todo aquello que los pacientes saben, ignoran, piensan, conocen, creen, opinan y valoran), y también para incidir en los factores facilitadores (las habilidades y destrezas necesarias para llevar a cabo las diversas conductas implicadas en el tratamiento de la diabetes).

De entre las distintas posibilidades de intervención educativa grupal, tres son las que se presentan en este capítulo, atendiendo tanto a su probada eficacia como a la relativa facilidad práctica de ponerlas en marcha “mañana mismo”. Las tres estrategias de intervención que van a comentarse en detalle son: el grupo de iguales (*peer group*), el taller de entrenamiento y los métodos formativos EDIPO.

GRUPO DE IGUALES (*PEER GROUP*)

Como en tantos otros países del mundo, la aparición y expansión del VIH/sida ha puesto de manifiesto también en España, la importancia de los grupos de iguales (*peer groups*), tanto para promover cambios de comportamiento y de estilos de vida en grupos poblacionales concretos, como para, en una segunda

fase de intervención, mantener dichos cambios a lo largo del tiempo. Haciendo un poco de historia cabrá recordar que la existencia en el propio colectivo “gay” (“hombres que tienen relaciones sexuales con hombres”) de una red organizada y con credibilidad permitió que la información sobre el VIH/sida circulara de forma rápida y creíble, cumpliéndose, una vez más, aquello que dijo Pollak: “una información, para ser retenida, debe ser confirmada por cercanos que compartan las mismas preocupaciones y los mismos problemas”. Además, no sólo se modificó la información, sino que también se cambiaron las conductas; como recuerda Bayés: “La correlación más elevada con la modificación de los comportamientos de riesgo en relación al VIH/sida (entre homosexuales masculinos norteamericanos) aparece cuando el individuo observa que sus compañeros están cambiando dichos comportamientos”. Pese a las reticencias respecto a la posibilidad de promover grupos de iguales entre usuarios de drogas por vía parenteral, los estudios de Oriol Romaní en España y Samuel Friedman en Norteamérica ayudaron al éxito de las experiencias llevadas a cabo con este grupo de población en ciudades como Nueva York, Amsterdam, Londres, Barcelona, Granada y Madrid.

Los resultados obtenidos con esta metodología en el asunto VIH/sida en poblaciones como “hombres que tienen relaciones sexuales con hombres” y “usuarios de drogas por vía parenteral” impulsó su aplicación en otras poblaciones: jóvenes, personas que ejercen la prostitución, mujeres, y en otras cuestiones distintas al VIH/sida: alimentación, consumo de drogas (institucionalizadas o no), sexualidad; y, desde luego, en procesos crónicos como la diabetes. En este sentido, cabe enfatizar aquí la larga, consolidada y fecunda experiencia en nuestro país de utilización de estrategias muy cercanas a los grupos de iguales en las intervenciones educativas de muchos de los profesionales de la salud que, desde hace años, trabajan con grupos de pacientes diabéticos.

No cabe duda de las enormes ventajas que, para conseguir cambios duraderos en hábitos y conductas, conlleva el hecho de que la propia población diána sea (y se sienta) conductora y protagonista del proceso. La adecuación de los contenidos y las formas de los mensajes, la credibilidad de los mismos, la motivación y el compromiso para la acción, etc., son posibles logros demasiado importantes como para despreciarlos. En síntesis, podría afirmarse que

las mayores ventajas y utilidades que tiene para el profesional trabajar con grupos de iguales se concretan en dos aspectos:

1. La obtención de información: los grupos de iguales permiten mayor accesibilidad (física, emocional y social) para obtener dicha información; y, desde luego, mayor cantidad y mejor calidad de la misma (como dice Bayés: “Cuanto más igual a ti es el que te pregunta, más fiable es la respuesta”).
2. La intervención posterior a la obtención de información: los grupos de iguales permiten mayor accesibilidad (física, emocional y social) para intervenir, mayor adecuación de los contenidos informativos y formativos y de las formas de transmitirlos, y una mayor credibilidad de la propia intervención y de los profesionales e instituciones implicados.

A fin de que el profesional de la salud pueda beneficiarse de las ventajas citadas, se ofrecen a continuación algunas sugerencias prácticas para promover dichos grupos de iguales:

- a) Identificar a los líderes de opinión con mayor credibilidad dentro del propio grupo y capacitarlos en aspectos de información y actitudes y de metodología formativa, para que puedan convertirse en vehículos eficaces de transmisión de conocimientos, actitudes, valores, creencias y habilidades.
- b) Promover la capacitación como agentes de salud de aquellos pacientes que, aunque no sean líderes, estén motivados y/o lleven a cabo algunos de los comportamientos requeridos para un tratamiento eficaz, para que puedan intervenir sobre sus iguales. Dicha capacitación puede realizarse mediante talleres de entrenamiento en habilidades sociales y en técnicas de formación de formadores.
- c) Incorporar desde el inicio del programa a miembros de la propia población diana, lo que permitirá asegurar la pertinencia de los contenidos (argot, frases-clave, argumentos, etc.) y las formas (cómic, vídeos, relatos, etc.), y aumentará la credibilidad de la propia intervención o programa.

- d) Promover que los miembros de la población diana elaboren sus propios materiales de apoyo como forma de aprehender los conceptos clave y aumentar su compromiso y motivación para el cambio.

De una forma muy sabia y sencilla, un grupo de iguales que trabaja en la prevención del VIH/sida en Holanda nos recuerda en *The European Peer Support Manual* que: “...el apoyo entre compañeros no es un nuevo acercamiento, sino tan sólo un aprovechamiento —intencionado— de esta influencia cotidiana entre compañeros”.

TALLER DE ENTRENAMIENTO

El concepto de “taller” nace en nuestro país en el ámbito de la formación ocupacional, asociado a la puesta en marcha de intervenciones que intentan capacitar, a través de la práctica, a las personas para el desarrollo de habilidades y destrezas, bajo el eslogan de “aprender haciendo”.

Como se ha visto en el Capítulo 2 al hablar del modelo PRECEDE, tanto las habilidades como las destrezas juegan un papel muy relevante a la hora de realizar de forma correcta y eficaz determinadas conductas relacionadas con el tratamiento diabético (inyectarse, enfrentarse al rechazo del entorno, soportar la presión del grupo de amigos, negociar una dieta más saludable, etc.). Por este motivo, se ofrecen a continuación una serie de sencillas sugerencias metodológicas que permiten al profesional de la salud utilizar cómodamente ese instrumento de intervención grupal que se denomina “taller”:

1. Idea clave de un taller: “Se aprende haciendo, debatiendo, participando... activamente”.
2. Formato básico de un taller:
 - a) Breve introducción a cargo del educador sobre los objetivos (“qué se va a hacer”) y la metodología del taller (“cómo se va a hacer”).

- b) Propuesta de aplicación práctica y entrenamiento —en pequeños grupos— de las técnicas, instrumentos y habilidades que correspondan al objetivo del taller.

Esta fase puede desarrollarse con escenificaciones (juego de roles), estudio de casos, solución de problemas, debates dirigidos, etc.

- c) Puesta en común y debate —en gran grupo— acerca de los productos grupales elaborados (la escena realizada, el caso analizado, el problema resuelto, las propuestas elaboradas, las soluciones propuestas, etc.).

Es importante para la motivación del grupo y para concretar al máximo lo aprendido, que el educador empiece identificando y reforzando lo positivo (lo que está bien) de los productos presentados y, a continuación, busque —con el resto del gran grupo— criterios para cambiar lo negativo (lo que está mejorable) de los productos presentados. La experiencia indica que es recomendable acabar la puesta en común con el producto grupal de mayor calidad de entre todos los elaborados por los distintos grupos, a fin de que la sesión acabe con un nivel de motivación alto y con una mayor sensación de aprendizaje.

- d) Síntesis final integrativa, en la que se subrayen las aportaciones realizadas, las ideas más importantes y los aprendizajes conseguidos.

En la medida de lo posible, es importante que el educador intente que sean los propios asistentes los que elaboren la síntesis final. De esta forma podrá:

1. Obtener información sobre los conocimientos y habilidades adquiridos;
2. Identificar los términos en los que los conceptos clave son expresados (uso de argot, de variables subculturales y/o étnicas, ejemplos adaptados al grupo, etc.);
3. Motivar y comprometer a los miembros del grupo, dándoles participación y protagonismo; y
4. Aumentar la autoeficacia percibida de los miembros del grupo (su “sentirse capaz de...”).

En los últimos años, no es difícil encontrarse en cualquier congreso que se precie (local, nacional o internacional) una sección de “talleres”. Esto es verdaderamente un hecho destacable y positivo desde el punto de vista del aprendizaje, el interés y la utilidad para los congresistas. Sin embargo, con demasiada frecuencia el título no responde a los requisitos mínimos que el uso de esa terminología requiere, y el congresista (que acude al mal llamado “taller”, ilusionado con la idea de poder aprender) se encuentra ante un salón enorme con quinientas sillas y una mesa con cinco expertos y un moderador. Lo que a continuación se desarrolla puede recibir varios nombres: mesa redonda, panel de expertos, debate dirigido, etc. (según aspectos metodológicos que ahora no vienen a cuento), pero, desde luego, no el de taller. Estamos pues, en este asunto, aún en el proceso que va del “dicho” al “hecho”. Sirva este comentario en todo caso para intentar agilizar, con toda modestia, dicho proceso.

MÉTODOS FORMATIVOS EDIPO

Desde tiempos remotos se conocen y aplican gran cantidad de métodos para fomentar aprendizajes en grupo. Según épocas, modas, escuelas y autores han ido recibiendo unos u otros nombres. Al revisar con detalle esos métodos, se vislumbra la posibilidad de poder agruparlos en 4 grandes tipos, atendiendo al papel que desempeñan los dos actores principales de la intervención educativa (el educador y el alumno). Veamos a continuación las características de estos 4 tipos que hemos llamado EDIPO (ahora se verán las razones) y que constituyen métodos adecuados para influir en los factores predisponentes (información, actitudes, valores y creencias) y factores facilitadores (habilidades y destrezas) identificados con el modelo PRECEDE de diagnóstico conductual.

1. La E de EDIPO corresponde al *Método Expositivo*

– ¿Qué hace fundamentalmente el educador en este método?:

- a) “Exponer”; esto es, hablar. El educador en este método transmite, dice “la verdad”: “Una dieta semanal se planifica así: bla... bla... bla”, “para lavarse los pies la forma correcta es la siguiente: bla... bla... bla”.

b) Al final de la sesión, recordar las ideas clave.

– ¿Qué hacen fundamentalmente los alumnos en este método?: Escuchar... durante algunos minutos.

Ventajas:

- a) El método expositivo plantea pocas necesidades “estructurales” en cuanto al espacio y al tiempo: no requiere sillas móviles, ni que los alumnos se vean las caras, ni mucho tiempo (pues no hay intercambio de opiniones, no hay debate; sino en todo caso un espacio al final para aclaraciones: pregunta-respuesta).
- b) Una cierta utilidad para clarificar conceptos poco discutibles, siempre que no se tenga como objetivo modificar actitudes o creencias.
- c) En formación de formadores (por ejemplo: capacitación de mediadores para que actúen como agentes de salud en educación diabetológica) puede ser interesante para demostrar (“en vivo y en directo”) hasta qué punto es un método poco adecuado, poco válido, para promover aprendizajes y para modificar opiniones, valores y creencias.

Desventajas-Riesgos:

- a) Es un método aburrido y desmotivador, tanto para el educador como para el alumnado.
- b) Es un método muy poco facilitador de aprendizajes y poco útil para modificar actitudes, valores o creencias, dada la pasividad a la que el alumnado se ve obligado.

Comentarios prácticos:

El método expositivo puede “aligerarse” (hacerse menos pesado) con un buen uso de materiales audiovisuales (vídeo, dispositivas), con la utilización adecuada del retroproyector de transparencias (el docente de cara al público ¡que para eso se inventó el aparato en cuestión!) y, claro está, con la introducción de anécdotas, bromas o referencias personales.

2. La D de EDIPO corresponde al *Método Demostrativo*

El método demostrativo tiene 2 fases claramente diferenciadas:

Fase 1ª

– ¿Qué hace fundamentalmente el educador en esta primera fase?: “Demostrar”; esto es, decir + hacer. El educador no sólo dice lo que hay que hacer, sino que además lo hace (“realiza la demostración”). El educador transmite, dice “la verdad” y además la hace: “Una dieta semanal se planifica así: bla... bla... bla” (dice mientras la va elaborando, planificando), “un lavado correcto de pies se hace así: bla... bla... bla” (dice mientras lo va haciendo en sus propios pies, en los de algún alumno, o en los de algún maniquí u otro tipo de simulador).

– ¿Qué hacen fundamentalmente los alumnos en esta primera fase?: Escuchar y observar... un ratito.

Fase 2ª

– ¿Qué hacen fundamentalmente los alumnos en esta segunda fase?: Exactamente lo mismo que han visto hacer al educador. Es decir; copian-imitan la demostración que han observado en la Fase 1ª.

– ¿Qué hace fundamentalmente el educador en esta segunda fase?:

a) Retroalimentar; esto es, observar las acciones del alumnado, valorando lo “bien hecho” y proponiendo alternativas a lo “mejorable”, y

b) Realizar una síntesis final integrativa.

Ventajas:

a) Fomenta la participación de los alumnos, gracias a la existencia de la 2ª fase.

b) Facilita que se produzca realmente el aprendizaje, pues el alumnado “pasa a la acción”: hace... imitando.

- c) Puede ser especialmente útil para el desarrollo de ciertas habilidades manuales que sean poco aptas para la creatividad y la investigación, por cuestiones de peligrosidad o de otro tipo.

Desventajas-Riesgos:

- a) El método demostrativo parte de la idea, cuestionable y arriesgada, de que lo que hace el educador es prácticamente perfecto y/o la única forma de actuar en determinada situación.
- b) En ocasiones no se lleva a cabo la Fase 2ª del método. Sin ella, el método demostrativo pasaría a ser considerado un expositivo; aunque, eso sí, “algo más vistoso y divertido” (el alumnado no sólo ha podido escuchar el qué, sino que ha visto el cómo); pero, desde luego, no sería en ningún caso un demostrativo, pues los alumnos no habrían consumado el paso clave: pasar a la acción... hacer.

Comentarios prácticos:

- a) Resulta útil desglosar la tarea en fases, en secuencias que vayan de lo más fácil a lo más difícil.
- b) El método demostrativo puede enriquecerse enormemente si, en la 2ª Fase, el educador, en lugar de valorar en solitario las acciones que van realizando los alumnos, propone una revisión-valoración conjunta con el propio alumnado, realizada metodológicamente siguiendo las líneas del método que se presenta a continuación (método interrogativo). Solamente el hecho de que el educador pregunte ¿por qué? (“¿Por qué crees que ha pasado esto?”) o ¿qué pasaría si? (“¿Qué crees que pasaría si en lugar de hacerlo así, lo hicieras de esa otra manera?”), ya está consiguiendo enriquecer la simple imitación y está “obligando” a pensar a los alumnos. Por tanto, está aumentando las posibilidades de que realmente aprendan.

3. La I de EDIPO corresponde al *Método Interrogativo*

– ¿Qué hace fundamentalmente el educador en este método?:

- a) “Interrogar”; esto es, preguntar. Sí, pero con algunas condiciones:
 - Las preguntas formuladas deben permitir al alumnado elaborar-crear respuestas “nuevas” (no dichas, no explicitadas en el aula). No sirven, en este método, preguntas en las cuales el alumnado se limite a afirmar o negar, o a repetir respuestas ya dichas (pues el objetivo no es ahora evaluar lo aprendido, sino promover aprendizajes). La “verdad” aún no había sido dicha en el aula, los alumnos van a llegar a ella a través de la búsqueda y confrontación de respuestas a las preguntas lanzadas por el educador.
 - Las preguntas deben ser estimulantes para el alumnado, una incógnita interesante para él. Ni muy fáciles ni extremadamente difíciles.

- b) Anotar, escribir (lo no escrito, no existe) todas y cada una de las aportaciones del alumnado, devolviendo al grupo todas sus respuestas, para que los alumnos puedan argumentarlas, rebatirlas, confirmarlas,... (“¿Cómo pensáis que se podría planificar una dieta para toda una semana?” “¿Qué opináis sobre la posibilidad de que, cuando os lavéis los pies...?” “¿Estáis de acuerdo con lo que dice Fernando sobre...?” “¿En qué te basas para decir que...?”).

- c) Realizar una síntesis final integrativa.

– ¿Qué hacen fundamentalmente los alumnos en este método?: Pensar, reflexionar, dudar, buscar, elaborar, crear respuestas y, posteriormente, argumentarlas y discutir las.

Ventajas:

- a) Fomenta la participación del alumnado, aumentando su autoeficacia percibida (su “sentirse capaz de...”) y su autoestima.
- b) Facilita especialmente la adquisición duradera de conocimientos y los cambios en las actitudes, los valores y las creencias.

Desventajas-Riesgos:

- a) Requiere tiempo para que el alumnado pueda “crear” las respuestas, pueda llegar a construir la “verdad”.
- b) Requiere una buena selección de las preguntas-motor.

Comentarios prácticos:

- a) Es importante tener en cuenta (anotándolas, comentándolas, devolviéndolas al grupo) todas las aportaciones realizadas por los alumnos (no sólo las supuestamente “buenas”) a fin de no desmotivar la participación de aquellos alumnos que hagan aportaciones de menos interés. El objetivo no es cribar, seleccionar las buenas, sino promover un clima fértil y entusiasta de reflexión, búsqueda y creatividad.
- b) Es recomendable empezar sondeando el nivel de conocimientos del grupo para partir del mismo; comenzando con preguntas abiertas que admitan diversas respuestas, e ir cerrándolas luego a medida que los conceptos se vayan haciendo más concretos y específicos.

4. La P y la O de EDIPO corresponden al *Método POr descubrimiento*

– ¿Qué hace fundamentalmente el educador en este método?:

- a) Facilitar una serie de recursos y medios (por ejemplo: alimentos variados, calendarios, artículos con información sobre los diversos tipos de alimentos, etc.) y proponer la resolución de un problema o el afrontamiento de una situación (por ejemplo: planificar una dieta semanal).
- b) Retroalimentar el desarrollo de la actividad, conduciendo el descubrimiento, asesorando a los alumnos (aclarando dudas, devolviendo preguntas al grupo) y estimulando y motivando la participación de todos los miembros del grupo.
- c) Realizar, al final de la sesión y a ser posible conjuntamente con todo el grupo, una síntesis integrativa.

- ¿Qué hacen fundamentalmente los alumnos en este método?: Pensar, reflexionar, dudar, compartir, crear, trabajar en la búsqueda de soluciones y alternativas al problema o situación planteados.

Ventajas:

- a) Es un método enormemente participativo, creativo y estimulante, tanto para el educador como para el alumnado (obsérvese que de los 4 grandes tipos presentados es el único que tiene como título, como etiqueta descriptiva, lo que hace el alumnado (descubrir) y no lo que hace el educador, como ocurre en los otros 3 métodos (exponer, demostrar, interrogar).
- b) Aumenta la autoestima de los alumnos y su autoeficacia percibida (su “sentirse capaz de...”).
- c) Facilita la adquisición duradera de conocimientos, el aprendizaje de habilidades y los cambios de actitudes, valores y creencias.
- d) Ayuda a interiorizar más fácilmente los aprendizajes, pues son los propios alumnos los que los “construyen”. Es el alumnado el que descubre “la verdad”.

Desventajas-Riesgos:

- a) Para descubrir se necesita un cierto tiempo.
- b) Requiere una buena selección de los recursos y los medios de apoyo.

Comentarios prácticos:

- a) Durante el trabajo “descubridor” de los alumnos la tarea asesora del educador es fundamental. El docente no puede asignar la tarea a los alumnos, ponerlos a trabajar y... olvidarse de ellos (“Cuando el grupo está trabajando el docente no puede irse a tomar un café” fue el explícito título de un taller que uno de los autores de este libro, José Luis Bimbela, condujo en la Conferencia Internacional sobre Comunicación y Salud celebrado en Barcelona el pasado año 2000).
- b) Si el método por descubrimiento se quiere aplicar en grupos medianos (25-30 personas), será necesario dividirlos en grupos más pequeños (el número ideal para facilitar la participación y optimizar recursos es de 6) y luego realizar una puesta en común de los productos elaborados por cada grupo pequeño.

A modo de síntesis final, sea cual sea el método escogido (expositivo aparte, pues mejor va a ser olvidarlo dada su poca capacidad para promover aprendizajes), existe un esquema básico que facilitará la tarea del educador:

- Parte 1: Breve presentación a cargo del docente de:
 - objetivos/s (qué se quiere conseguir)
 - metodología/s (cómo se quiere conseguir)
- Parte 2: Actividad centrada en el alumno, haciendo, debatiendo, argumentando, construyendo, creando.
- Parte 3: Breve síntesis final integrativa a cargo del docente, o del propio alumnado, a partir de los productos realizados por los alumnos en la Parte 2.

Es precisamente el contenido de la Parte 2, la centrada en la actividad del alumnado, el que determinará el “nombre-etiqueta” del método utilizado.

En la aplicación de los métodos presentados hay un aspecto clave: la temporalización de la actividad. ¿Cuánto tiempo dura cada una de las fases en las que se divide cada sesión?, ¿cuánto tiempo dura la presentación de la actividad?, ¿y la síntesis? ¿Cuánto tiempo están realmente activos —haciendo, debatiendo, argumentando — los alumnos?

La temporalización de una sesión permite descubrir curiosas falacias, como la de aquel docente que quería utilizar un método creativo (como el que hemos llamado “por descubrimiento”, por ejemplo) pero que a la hora de temporalizar diseñaba una sesión de 60 minutos, de la siguiente manera:

- Parte 1: Presentación de unos 20 minutos, porque decía: “es muy importante que les quede claro a los alumnos qué vamos a hacer y cómo vamos a hacerlo”.
- Parte 3: Síntesis final de otros 20 minutos, porque decía: “es muy importante que les queden claras a los alumnos las 4 ideas fundamentales de la sesión”.
- Y, por tanto, Parte 2: Actividad centrada en el alumnado... ¡¡10 minutos!!

Una temporalización de este tipo indica claramente que el docente, pese a sus supuestas “buenas y creativas” intenciones, sigue pensando que los alumnos van a aprender por lo que él diga, y no por lo que ellos hagan. Y ya se ha comentado antes lo poco promotor de aprendizajes y cambios que es un enfoque expositivo de este tipo.

Por todo lo dicho, resulta muy recomendable que el educador se haga la siguiente pregunta-reflexión antes de diseñar una sesión didáctica y, por supuesto, antes de escoger el método correspondiente:

¿Gracias a qué creo yo que pueden aprender mis pacientes?:

¿A lo que yo diga?, ¿a lo que yo haga?, ¿a lo que ellos hagan, digan, construyan...?

En el Apéndice IV se presenta un esquema básico para el diseño de sesiones educativas grupales, que contempla:

– Objetivos

Se sugiere que se formulen empezando por las palabras “Aprender a...” para enfatizar el protagonismo del alumnado (que es el sujeto del verbo aprender) y para dirigir la sesión a la acción (necesariamente a continuación del “aprender a” debe figurar un verbo en infinitivo: identificar, ordenar, clarificar, limpiarse, inyectarse, elaborar, etc.). Algunos ejemplos concretos en el ámbito de la diabetes podrían ser aprender a: utilizar las tablas de conversión de alimentos, realizar autoanálisis, identificar las complicaciones asociadas a la diabetes no controlada, afrontar el rechazo de los compañeros, identificar síntomas de hipoglucemia, inyectarse.

– Producto

Es aquello tangible que entregará el alumnado al docente (al final de la sesión o al inicio de la próxima) y que le permite a éste verificar el logro del objetivo (hoja con la dieta elaborada, póster con los pasos claves para controlar una hipoglucemia moderada, pies lavados, proceso de autoinyección realizado –o simulado–, etc.).

– Temporalización

Indicando el tiempo que va a ocupar cada fase de la sesión.

– Método

Señalando cuál de los cuatro métodos EDIPO se utilizará en cada fase. Cabe recordar que es posible —y a veces hasta recomendable— el uso combinado de algunos de ellos (por ejemplo: puede enriquecerse la segunda parte del método demostrativo, cuando el alumnado está “sólo” imitando, con unas cuantas dosis de método interrogativo).

– Rol docente

Indicando qué tareas específicas realizará en cada fase el docente (por ejemplo lanza al grupo las siguientes preguntas y anota las respuestas que se produzcan: “¿Qué creéis que ocurriría si al lavaros los pies...?”, “¿cómo podemos saber si un alimento...?”).

– Rol alumnado

Indicando las tareas específicas que realizará en cada fase el alumnado (por ejemplo: escuchar, reflexionar sobre..., responder a las cuestiones que..., elaborar un listado en relación con..., entrenar el uso de...).

– Organización alumnado

Señalando cómo estarán organizados los alumnos en cada fase de la sesión: individualmente, en parejas, en grupos de tres, en grupos de seis, en gran grupo, etc.

– Recursos

Describiendo todos aquellos recursos materiales (pizarra, retroproyector, vídeo, etc.) y humanos (paciente invitado, etc.) que se utilizarán en cada fase de la sesión.

– Evaluación de la fase

Lo que equivale al *feed-back* o evaluación continua de las distintas fases de la sesión (nivel de atención del alumnado, cantidad y calidad de sus aportaciones, nivel de participación, etc.).

Es importante que el esquema esté minuciosamente cumplimentado, que no se dé nada por supuesto y que el docente detalle con precisión cada uno de sus apartados (en este sentido el diseño “ideal” sería aquel que podría llevarse a la práctica sin haberlo elaborado, simplemente siguiendo las indicaciones que figuren en el esquema).

A fin de garantizar una sesión práctica basada en la actividad y la participación del alumnado, se recomienda realizar (una vez acabado el diseño) la llamada “prueba del algodón”, que consiste en sumar los periodos de tiempo — dentro de la sesión— en los que el alumnado estará activo, y compararlo con la duración total de la sesión. La prueba se considera superada si los alumnos están activos más de tres cuartas partes del total del tiempo (cabe recordar en este punto que, en el ámbito de los métodos EDIPO, la escucha es sinónimo de pasividad).

Y para acabar este capítulo permítasenos un recuerdo emocionado para Voltaire cuando decía que: “Todos los estilos son buenos, menos el aburrido”. Realmente es difícil que un alumno que se aburre aprenda algo; si se “divierte” no es seguro que lo haga, pero, desde luego, las posibilidades aumentan. Cabría añadir quizás que también es difícil que un educador que se aburre logre facilitar algún aprendizaje. En este sentido, los métodos demostrativo, interrogativo y por descubrimiento ofrecen ventajas claras frente al expositivo, pues la posibilidad de que con ellos el educador se “divierta”, disfrute, se apasione y consiga su objetivo es claramente superior.

CAPÍTULO 5

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL PARA LA ADHESIÓN TERAPÉUTICA

INTRODUCCIÓN

En la cultura sanitaria de nuestro país se ha asumido históricamente que la función principal de los profesionales 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. En coherencia con esta perspectiva, se ha supuesto que la función principal de los pacientes sea seguir todas las indicaciones que han recibido por parte de los profesionales sanitarios; en definitiva, 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.

Desde la orilla de los profesionales sanitarios, es frecuente escuchar que el problema de la no-adherencia a los tratamientos se debe en gran medida a que los pacientes no asumen la responsabilidad que tienen respecto a su propia salud; que trasladan esa responsabilidad a los profesionales, creyendo de una forma casi mágica que su salud mejorará “yendo” a las consultas; 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,...).

Asumiendo este “diagnóstico” sobre las conductas de no-adherencia, y sin olvidar el peso que tienen otros factores bien comprobados (ver Modelo PRECEDE en el Capítulo 2), cabe preguntarse ¿Qué se podría hacer por parte de los profesionales para que los pacientes asuman mayores cotas de res-

ponsabilidad 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. Sobre todo cuando los tratamientos son complejos y cuando suponen tener que cambiar hábitos bien instaurados y limitar algunos placeres. Estas características se dan precisamente en el tratamiento de la diabetes.

¿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 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 en este capítulo se va a desarrollar (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.

En realidad, 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 los seguimientos 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.

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

- Favorece una actitud más activa y responsable sobre la propia salud por parte de los pacientes.
- 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.
- 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 suelen sentir 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”.
- 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.

En el caso de la diabetes es especialmente relevante que los pacientes se sientan responsables de su salud, ya que el tratamiento supone, en la mayoría de los casos, realizar cambios muy importantes en su vida cotidiana.

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

- a) Investigar en las entrevistas previas qué tipo de elementos pueden estar afectando en cada paciente la(s) conducta(s), cuyo cambio se pretende motivar. Se recomienda para ello seguir el esquema del Modelo PRECEDE presentado en el Capítulo 2. 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) Volver a pensar y a sentir para mejorar sus emociones, y ayudar al paciente también a pensar de forma más objetiva (siguiendo las técnicas presentadas en el Capítulo 1).
- c) Intervenir sobre las lagunas de información que se hayan detectado; asegurarse 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.).

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 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, por ejemplo, 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 (en el Capítulo 1 se ofrecen diversos contenidos teóricos y prácticos para manejar las alteraciones emocionales).

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 (que suele ser lo habitual), es más efectivo priorizar uno y, cuando éste esté insaturado, tratar de plantear el siguiente cambio. Lo ideal suele ser 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 el estado de salud de la persona.

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 instaurada de decir a los pacientes lo que deberían hacer.

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: Ana 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 entre-

vistas 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 verse 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. Recordar, tal y como se detallaba en el Capítulo 3, 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 PRECEDER (Capítulo 2) 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 en el problema

(la del profesional y 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.

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 suyas 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 plante 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 (cuantas más mejor). 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

– 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 fra-

ses que, además de no resultar reforzantes, se convierten en reproches: “Ya era hora de que te dieras cuenta de que no podías seguir así”.

- 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 Ana 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”.
- 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 (Capítulo 2). 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.

CAPÍTULO 6

EJEMPLOS DE DIAGNÓSTICOS CONDUCTUALES E INTERVENCIONES SOBRE COMPORTAMIENTOS DE PACIENTES CON DIABETES

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo se desarrolla dividido en dos partes: la primera, referida a diagnósticos conductuales y, la segunda, a intervenciones conductuales.

La primera parte presenta diez conductas y se estructura en cinco ítems: conducta a analizar, población diana, factores predisponentes, factores facilitadores y factores reforzantes.

La segunda parte presenta diez casos con aplicación de algunos decálogos desarrollados a partir de necesidades y aportaciones de profesionales de enfermería, recogidas en jornadas y cursos de formación en diabetes. Los números entre paréntesis indican los correspondientes pasos del Decálogo de Motivación para el Cambio (ver Capítulo 5).

EJEMPLOS DE DIAGNÓSTICOS CONDUCTUALES DE COMPORTAMIENTOS EN PACIENTES CON DIABETES

CONDUCTA A ANALIZAR: LAVARSE, EXPLORARSE E HIDRATARSE (CUIDARSE) LOS PIES TRES VECES POR SEMANA.

POBLACIÓN DIANA: VARONES MAYORES DE 65 AÑOS, DE ÁMBITO RURAL QUE VIVEN CON LA FAMILIA.

Factores Predisponentes:

Lista (+): A favor de cuidarse los pies 3 veces por semana:

“No quiero que me pase como a Antonio, no lo soportaría.”

“Me picarán menos.”

“Si tengo algún problema, me daré cuenta enseguida.”

“Dormiré mejor.”

Lista (-): En contra de cuidarse los pies 3 veces por semana:

“Se me olvidará.”

“Las cremas son cosa de mujeres.”

“Tres veces es una exageración.”

“No veo bien.”

Factores Facilitadores:

Lista (+): A favor de cuidarse los pies 3 veces por semana:

Los profesionales les enseñan cómo hacerlo, practicando con ellos.

Existe material informativo fácil de entender.

Las casas tienen agua caliente.

No cuesta casi dinero.

Lista (-): En contra de cuidarse los pies 3 veces por semana:

La familia está muy ocupada para ayudarlo y recordárselo (trabajo, niños,...).

No tienen hábitos higiénicos.

Limitaciones físicas (artrosis, obesidad, visión disminuida,...).

Cuartos de baño poco adecuados (pequeños, suelos deslizantes,...).

Factores Reforzantes:

Lista (+): A favor de cuidarse los pies 3 veces por semana:

Menos rozaduras y molestias con el calzado.

“Por lo menos estoy haciendo todo lo posible, aunque me cueste.”

“La enfermera está muy contenta conmigo.”

Lista (-): En contra de cuidarse los pies 3 veces por semana:

La familia se queja de que cuando lo hace solo ensucia mucho el baño.

“Soy una carga para mi hija; bastante tiene ella con lo suyo.”

“Me mareo cuando me agacho; un día me voy a caer.”

CONDUCTA A ANALIZAR: PASEAR DIARIAMENTE UNA HORA.**POBLACIÓN DIANA: MUJERES, CON DIABETES TIPO II, AMAS DE CASA Y EN FASE “POST-MENOPÁUSICA”.****Factores Predisponentes:**

Lista (+): a favor del paseo diario:

- “Es bueno para la circulación.”
- “Me quitaré de casa un rato.”
- “Me juntaré con las amigas.”
- “Me bajaré el azúcar.”
- “Perderé peso.”

Lista (-): En contra del paseo diario:

- “No tengo tiempo.”
- “Ya hago bastante ejercicio en casa.”
- “No puedo faltar de casa.”
- “No hay sitios por donde andar.”
- “Tengo miedo a que me atropellen.”

Factores Facilitadores:

Lista (+): a favor del paseo diario:

- Existen en la zona parques y circuitos adecuados.
- La población diana tiene calzado y vestimenta adecuada.
- En la zona existen profesionales muy preparados y motivados para este asunto.

Lista (-): en contra del paseo diario:

- Existen barreras arquitectónicas.
- La familia (marido, hijos) tiene una actitud negativa.
- La población diana sufre diversas alteraciones orgánicas que dificultan la realización de la conducta (obesidad, disnea).

Factores Reforzantes:

Lista (+): a favor del paseo diario:

Los profesionales sociosanitarios, la felicitan por su esfuerzo y mejora

Las amigas que le comentan: “Estas más delgada”.

Le baja la cifra de azúcar.

Se siente más ágil.

Lista (-): en contra del paseo diario:

La familia se queja por sus ausencias.

Dolores físicos iniciales: agujetas, rozaduras, etc.

Vecinos recriminando: “¡y con todo lo que tiene en casa!”.

CONDUCTA A ANALIZAR: COMER CINCO VECES AL DÍA.

POBLACIÓN DIANA: VARONES, VIUDOS QUE VIVEN SOLOS, JUBILADOS, INSULINO-DEPENDIENTES, CON DIABETES TIPO II.

Factores Predisponentes:

Lista (+): A favor de comer 5 veces al día:

- “Quiero estar bien.”
- “Me dará menos hambre.”
- “Tendré el azúcar controlado.”
- “Disfrutaré más de la comida.”

Lista (-): En contra de comer 5 veces al día:

- “Se me juntarán las comidas.”
- “Engordaré.”
- “Yo no sé cocinar.”
- “No sé si mi pensión me lo permitirá.”

Factores Facilitadores:

Lista (+): A favor de comer 5 veces al día:

- Existen profesionales para ayudarles a planificar menús adecuados y variados.
- No es más caro.
- Gran oferta alimentaria.
- Existen materiales gráficos, sencillos de entender.

Lista (-): En contra de comer 5 veces al día:

- No saben cocinar lo suficiente.
- Se levantan tarde y se acuestan temprano.
- Están acostumbrados a comer copiosamente a la hora de la comida y de la cena.

Factores Reforzantes:

Lista (+): A favor de comer 5 veces al día:

Disminuyen las hipoglucemias.

“Es verdad, no es más caro.”

Los profesionales le felicitan por el esfuerzo que realiza.

Lista (-): En contra de comer 5 veces al día:

“Estoy todo el día comiendo.”

“Siempre como lo mismo.”

Se produce un aumento de peso.

CONDUCTA A ANALIZAR: REDUCIR LA INGESTA DIARIA DE PAN.

POBLACIÓN DIANA: HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS, CON SOBREPESO.

Factores Predisponentes:

Lista (+): A favor de reducir la ingesta de pan:

“El pan engorda mucho y sube el azúcar.”

“Me sentiré más ágil.”

“Me cansaré.”

“Así no tendré que ponerme insulina.”

Lista (-): En contra de reducir la ingesta de pan:

“Yo no sé comer sin pan.”

“No como pan, como piquitos.”

“Ahora que puedo comer pan ¿lo tengo que dejar?”

“Me quito de lo que sea menos del pan.”

Factores Facilitadores:

Lista (+): A favor de reducir la ingesta de pan:

Las panaderías venden bollos con el peso adecuado.

Hay profesionales motivados para ayudarles y animarles.

Tienen amigos que lo han conseguido.

Lista (-): En contra de reducir la ingesta de pan:

Es una costumbre muy arraigada.

Hay muchas panaderías y con panes muy diversos y tentadores.

La familia come mucho pan.

La dieta habitual lleva pan en su elaboración (migas, gazpacho, salmorejo).

Factores Reforzantes:

Lista (+): A favor de reducir la ingesta de pan:

Pierde un poco de peso.

La glucemia está mejor controlada.

Se siente más ágil.

“Si no lo veo no me lo creo; sí que soy capaz, aunque me cuesta.”

Lista (-): En contra de reducir la ingesta de pan:

La familia no reconoce su esfuerzo.

“Me da mucha envidia ver cómo comen pan en mi casa.”

“¡Con lo que a mí me gustan las migas!”

CONDUCTA A ANALIZAR: PLANIFICAR Y SEGUIR DIETAS SEMANALES.**POBLACIÓN DIANA: JÓVENES UNIVERSITARIOS QUE CONVIVEN EN PISOS DE ESTUDIANTES.****Factores Predisponentes:**

Lista (+): A favor de planificar y seguir dietas semanales:

“No tendré que estar pensando todos los días.”

“Controlaré mejor mi glucemia.”

“Puedo comer de todo.”

“A lo mejor mis compañeros se animan también.”

Lista (-): En contra de planificar y seguir dietas semanales:

“No me podré quedar a comer en la universidad.”

“Yo soy un desastre para estas cosas.”

“No es necesario.”

“No tengo tiempo para cocinar.”

Factores Facilitadores:

Lista (+): A favor de planificar y seguir dietas semanales:

Las tablas de conversión de alimentos son fáciles de usar.

Los profesionales tienen tiempo para personalizar las dietas con cada paciente.

Estos jóvenes suelen saber cocinar.

Los comedores universitarios informan del menú de la semana siguiente.

Lista (-): En contra de planificar y seguir dietas semanales:

No tienen tiempo para cocinar todos los días.

Hacer la compra semanal les lleva tiempo.

Los compañeros de piso se alimentan a base de comida “rápida”.

En épocas de exámenes, los horarios de clase y estudio no son siempre los mismos.

Factores Reforzantes:

Lista (+): A favor de planificar y seguir dietas semanales:

“De esta forma como cosas distintas, no me aburro.”

“Así no me privo de casi nada.”

Los profesionales les reconocen su esfuerzo y constancia.

Lista (-): En contra de planificar y seguir dietas semanales:

“Tengo ganas de comer sin pensar lo que estoy comiendo.”

“No me gusta comer cosas distintas a los demás todos los días.”

La familia sigue preguntándole constantemente si come lo que debe.

CONDUCTA A ANALIZAR: USAR DE FORMA CONTROLADA LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN SALIDAS NOCTURNAS.

POBLACIÓN DIANA: JÓVENES ENTRE 15-25 AÑOS.

Factores Predisponentes:

Lista (+): A favor del uso controlado del alcohol:

“Sé que es peligroso para mí.”

“Mis padres estarán más tranquilos y me controlarán menos.”

“No tendré que ir continuamente al WC.”

“Me sentiré mejor conmigo mismo si cuido mi cuerpo.”

Lista (-): En contra del uso controlado del alcohol:

“Yo quiero hacer lo que hacen mis amigos.”

“Me verán como a un bicho raro.”

“Si no bebo no me animaré y ligaré menos.”

“Yo bebo lo normal.”

Factores Facilitadores:

Lista (+): A favor del uso controlado del alcohol:

Existen profesionales que entienden y tratan bien a los pacientes jóvenes.

Existen actividades nocturnas alternativas a “la movida”.

Existen variadas bebidas no alcohólicas.

Miembros del grupo de amigos tratan de ayudarles a que se controlen.

Lista (-): En contra del uso controlado del alcohol:

Falta de Habilidades de autocontrol emocional.

Falta de Habilidades de comunicación para ligar sin haber bebido.

El entorno de la “movida” favorece el consumo incontrolado de alcohol.

Se vende alcohol a menores y en muchos lugares.

Factores Reforzantes:

Lista (+): A favor del uso controlado del alcohol:

“He sido capaz de controlarme.”

“Casi siempre me lo paso bien sin estar colocado.”

Los profesionales y la familia reconocen su esfuerzo y sus logros.

Lista (-): En contra del uso controlado del alcohol:

“Estoy harto de tener que dar explicaciones de por qué no quiero beber.”

“A veces me siento fuera de ambiente si no llevo ese puntito.”

“Juan y Pedro no me llaman para salir porque dicen que ahora soy un muermo.”

CONDUCTA A ANALIZAR: REALIZAR TRES AUTOANÁLISIS DIARIOS DE LA GLUCEMIA.

POBLACIÓN DIANA: ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 18 AÑOS.

Factores Predisponentes:

Lista (+): A favor del autoanálisis:

“Podré controlar el azúcar mucho mejor.”

“Si estoy bien controlado, nadie notará que tengo diabetes.”

“Si me hago el autoanálisis y lo tengo bien, podré comer y beber lo que quiera.”

“Si estoy bien, mis padres me darán menos la vara.”

Lista (-): En contra del autoanálisis:

“Seguro que me dolerán mucho los dedos.”

“Estaré todo el día con lo mismo.”

“Ya estoy hasta las narices de todo esto.”

“No es necesario hacerlo tantas veces.”

Factores Facilitadores:

Lista (+): A favor del autoanálisis:

Los reflectómetros son rápidos, fáciles de usar y seguros.

Los jóvenes aprenden muy rápido y bien.

El material necesario es casi gratuito.

Los profesionales se vuelcan con los jóvenes.

Lista (-): En contra del autoanálisis:

Pasan mucho tiempo fuera de casa y a veces no tienen espacios privados y adecuados para poder hacerlo.

La administración no provee de tiras reactivas ni lancetas.

Tienen que llevar el material siempre encima.

Factores Reforzantes:

Lista (+): A favor del autoanálisis:

Mejora el control glucémico.

Disminuyen las hipoglucemias.

La familia está mucho más tranquila.

Lista (-): En contra del autoanálisis:

Los profesionales les sermonean si no son constantes.

Les duelen los dedos.

“No quiero estar así toda la vida.”

CONDUCTA A ANALIZAR: INYECTARSE.

POBLACIÓN DIANA: HOMBRES Y MUJERES, 60-70 AÑOS, CON DIABETES TIPO II, QUE VIENEN AL CENTRO DE SALUD A QUE SE LES INYECTE INSULINA. NO SABEN LEER.

Factores Predisponentes:

Lista (+): A favor de la autoinyección:

“No tendré que madrugar para ir al centro de salud.”

“Podré viajar y visitar a la familia que vive fuera.”

“Podré comer a la hora que quiera, sin tener que esperar a que nadie me pinche.”

“Me sentiré más libre.”

Lista (-): En contra de la autoinyección:

“¿Y si me pongo más o menos de lo que debo?”

“No entiendo de números.”

“No soy capaz de clavarme la aguja.”

“Lo que la enfermera quiere es quitarse trabajo.”

Factores Facilitadores:

Lista (+): A favor de la autoinyección:

Los profesionales están muy motivados para poder enseñarles.

Las jeringas y plumas son gratuitas.

No es necesario conservar la pluma en el frigorífico.

Han mejorado los tiempos de espera entre inyección e ingesta.

Lista (-): En contra de la autoinyección:

Limitaciones físicas (visión disminuida, temblores,...).

El aprendizaje requiere un esfuerzo importante.

Consultas sobrecargadas y poco tiempo para enseñarles.

La familia no está de acuerdo.

Factores Reforzantes:

Lista (+): A favor de la autoinyección:

“Al principio me costaba pero es más fácil de lo que creía.”

“Ahora causo menos molestias a todo el mundo.”

“Así no pierdo tanto tiempo.”

Los profesionales les muestran su satisfacción por el aprendizaje realizado.

Lista (-): En contra de la autoinyección:

Pequeñas lesiones cutáneas.

A veces se olvidan de las cantidades idóneas de insulina.

La familia acusa a los profesionales de “abandonar” al paciente.

CONDUCTA A ANALIZAR: ACUDIR A CITAS DE SEGUIMIENTO MENSUALES.

POBLACIÓN DIANA: MUJERES, EMPLEADAS, 40-50 AÑOS.

Factores Predisponentes:

Lista (+): A favor de acudir a citas de seguimiento mensuales:

- “Estaré mejor controlada.”
- “Quiero evitar las complicaciones.”
- “Así será más difícil que me desmadre.”
- “Me gusta cómo me trata la enfermera.”

Lista (-): En contra de acudir a citas de seguimiento mensuales:

- “Ya soy mayorcita para que me controlen.”
- “No tengo tiempo.”
- “A lo mejor me riñen.”
- “No siempre me verá la misma profesional.”

Factores Facilitadores:

Lista (+): A favor de acudir a citas de seguimiento mensuales:

- El programa de seguimiento lo llevan profesionales especializados.
- El centro de salud está bien comunicado.
- Los profesionales procuran que los seguimientos de cada caso los hagan profesionales que contactan bien con cada paciente.

Lista (-): En contra de acudir a citas de seguimiento mensuales:

- Los horarios de las citas son inflexibles.
- Las empresas ponen trabas para poder acudir a las citas.
- Con frecuencia tienen que esperar a ser atendidas en la consulta, aunque tengan cita.

Factores Reforzantes:

Lista (+): A favor de acudir a citas de seguimiento mensuales:

“Me animan mucho; sola lo llevaría peor.”

“Me entienden.”

“Así estoy más tranquila.”

Lista (-): En contra de acudir a citas de seguimiento mensuales:

En el trabajo les dicen: “¿Hoy también te tienes que ir con el trabajo que tenemos?”

No consiguen controlar del todo los niveles de glucemia.

“Cada vez me da más pereza ir.”

CONDUCTA A ANALIZAR: ACUDIR A GRUPOS DE EDUCACIÓN PARA LA DIABETES.

POBLACIÓN DIANA: HOMBRES Y MUJERES, 40-50 AÑOS, TRABAJADORES EN ACTIVO.

Factores Predisponentes:

Lista (+): A favor de acudir a los grupos:

“Quiero aprender más.”

“Quiero evitar complicaciones.”

“Me dará seguridad.”

“Lo llevaré mejor.”

Lista (-): En contra de acudir a los grupos:

“No tengo tiempo.”

“No tengo porque contar mis problemas a otra gente.”

“No es imprescindible.”

“Quiero mi tiempo libre para otras cosas.”

Factores Facilitadores:

Lista (+): A favor de acudir a los grupos:

Los horarios de los grupos están adaptados a las personas que trabajan.

Pueden venir acompañados.

Pueden aparcar los coches cerca del lugar donde se celebran las sesiones.

Los profesionales tienen experiencia en dinamizar grupos.

Lista (-): En contra de acudir a los grupos:

Otros pacientes lo divulgan como experiencia negativa.

Las sesiones con frecuencia coinciden con otros eventos (fútbol, conciertos,...).

Tienen cargas familiares que no pueden desatender.

Factores Reforzantes:

Lista (+): A favor de acudir a los grupos:

“Me lo paso bien.”

“La gente es muy maja.”

“Me está sirviendo porque controlo mejor mi azúcar.”

Lista (-): En contra de acudir a los grupos:

“Se repite muchas veces lo mismo.”

“Estoy desatendiendo a mi familia.”

“No me queda tiempo para mí.”

EJEMPLOS DE INTERVENCIONES CONDUCTUALES SOBRE COMPORTAMIENTOS EN PACIENTES CON DIABETES

EL CASO DE FRANCISCO

(5) Francisco, cuando te olvidas de lavarte y ponerte crema en los pies, (6) es mucho más fácil que se te produzcan heridas. A veces estas heridas no se pueden cerrar, a causa del azúcar y, en un caso extremo, se te podría incluso gangrenar la pierna. (7) Yo entiendo que no estás acostumbrado a lavarte e hidrartarte los pies y que además te resulta incómodo porque no llegas bien.[#] (9) ¿Qué te parece que podemos hacer para que se te hagan menos heridas?

(Una vez formulada la pregunta clave en el punto 9, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Francisco para que pueda pensar y dar su opinión. Sólo en el caso de que no aporte ninguna alternativa o que las que aporte no solucionen, aunque sea parcialmente, el problema, le ofrecerá las alternativas del punto 10).

(10) ¿Qué te parece si te propones limpiártelos y ponerles crema dos veces a la semana? ¿Qué te parece si hablas con tu hijo para que te ayude?

(Una vez más, después de presentarle las alternativas, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Francisco para que pueda pensar y dar su opinión).

Como ejercicio complementario, se sugiere al lector que añada alguna otra alternativa a las presentadas en el texto:

.....
.....
.....
.....

[#] Como se ha indicado al presentar el Decálogo, existen situaciones en las que no se lleva a cabo el punto 8, ya que el profesional valora que no tiene ninguna responsabilidad en el problema señalado como punto 6.

EL CASO DE ANA

(5) Ana, cuando comes dos o tres veces al día, (6) sueles tener hipoglucemias, te sientes fatigada y a veces lo pasas mal. (7) Yo entiendo que con los horarios que tienes te resulta complicado tomarte un descanso y comer. Y también entiendo que cuando no tienes hambre no te apetece comer. (8) Tal vez, hasta ahora, yo tampoco le había dado demasiada importancia a este problema. (9) ¿Qué crees que podemos hacer para que no tengas esas sensaciones de fatiga y no lo pases mal?

(Una vez formulada la pregunta clave en el punto 9, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Ana para que pueda pensar y dar su opinión. Sólo en el caso de que no aporte ninguna alternativa o que las que aporte no solucionen, aunque sea parcialmente, el problema, le ofrecerá las alternativas del punto 10).

*(10) ¿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?*

(Una vez más, después de presentarle las alternativas, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Ana para que pueda pensar y dar su opinión).

A modo de ejercicio complementario, se sugiere al lector que añada alguna otra alternativa a las presentadas en el texto:

.....
.....
.....
.....

EL CASO DE AMPARO

(5) Amparo, cuando no realizas algún tipo de ejercicio físico, (6) a tu cuerpo le cuesta bajar el azúcar tal y como se ve en este análisis. El problema es que si el azúcar se mantiene alto aparecen enfermedades importantes que ya hemos comentado. (7) Yo entiendo que sueles estar cansada y no te apetece mucho hacer ejercicio.[#] (9) ¿Qué te parece que podemos hacer para que tengas el azúcar más bajo y evitar la aparición de las enfermedades?

(Una vez formulada la pregunta clave en el punto 9, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Amparo para que pueda pensar y dar su opinión. Sólo en el caso de que no aporte ninguna alternativa o que las que aporte no solucionen, aunque sea parcialmente, el problema, le ofrecerá las alternativas del punto 10).

*(10) ¿Qué te parece si fueras andando cuando vas a casa de tu hija?
¿Qué te parece si salieras de paseo media hora todos los días con tu amiga María?
¿Qué te parece si te apuntaras a las clases de gimnasia que tiene el ayuntamiento?*

(Una vez más, después de presentarle las alternativas, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Amparo para que pueda pensar y dar su opinión).

A modo de ejercicio complementario, se sugiere al lector que añada alguna otra alternativa a las presentadas en el texto:

.....

[#] En este caso, no se lleva a cabo el punto 8, ya que el profesional valora que no tiene ninguna responsabilidad en el problema señalado como punto 6.

EL CASO DE JOSÉ

“(5) José, cuando comes varios trozos de pan durante las comidas, (6) tu cuerpo no puede asimilar todo el azúcar que eso produce; te sube el azúcar y nos exponemos a las complicaciones que ya conoces. (7) Yo entiendo que estás acostumbrado a comer con pan y que cuesta cambiar las costumbres. # (9) ¿Qué crees que podemos hacer para que no tengas el azúcar tan alto?”

(Una vez formulada la pregunta clave en el punto 9, el profesional debe esperar, dándole tiempo a José para que pueda pensar y dar su opinión. Sólo en el caso de que no aporte ninguna alternativa o que las que aporte no solucionen, aunque sea parcialmente, el problema, le ofrecerá las alternativas del punto 10).

“(10)¿Qué te parece si desayunas un día con pan y el resto con fruta? ¿Qué te parece si en las comidas te tomas sólo un trozo pequeño de pan?”

(Una vez más, después de presentarle las alternativas, el profesional debe esperar, dándole tiempo a José para que pueda pensar y dar su opinión).

A modo de ejercicio complementario, se sugiere al lector que añada alguna otra alternativa a las presentadas en el texto:

.....
.....
.....
.....

En este caso, no se lleva a cabo el punto 8, ya que el profesional valora que no tiene ninguna responsabilidad en el problema señalado como punto 6.

EL CASO DE TONI

(5) Toni, cuando no planificas las comidas de antemano, sueles comer alimentos poco diversos y (6) se te descontrola el nivel de azúcar. (7) Yo entiendo que no estás acostumbrado a planificar lo que vas a comer y que además muchas veces tienes que comer fuera de casa. (8) Tal vez, yo tampoco me he dedicado lo suficiente a ver contigo cómo combinar distintos alimentos. (9) ¿Qué te parece que podemos hacer para que tus niveles de azúcar no estén tan descontrolados?

(Una vez formulada la pregunta clave en el punto 9, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Toni para que pueda pensar y dar su opinión. Sólo en el caso de que no aporte ninguna alternativa o que las que aporte no solucionen, aunque sea parcialmente, el problema, le ofrecerá las alternativas del punto 10).

*(10) ¿Qué te parece si nos dedicamos un rato a planificar la comida de varias semanas?
¿Qué te parece si cuando comes fuera pides una ensalada y un pescado?*

(Una vez más, después de presentarle las alternativas, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Toni para que pueda pensar y dar su opinión).

A modo de ejercicio complementario, se sugiere al lector que añada alguna otra alternativa a las presentadas en el texto:

.....

EL CASO DE DIEGO

(5) Diego, cuando sales de marcha con tus amigos y bebes varias copas de alcohol, (6) te sube mucho el azúcar y alguna vez lo has pasado mal teniendo que pedir a tus amigos que te lleven a casa. Además, tus padres están preocupados e intentan controlarte. (7) Yo entiendo que para ti es importante salir de marcha y divertirse con tus amigos.# (9) ¿Qué te parece que podemos hacer para que cuando salgas de marcha no te den esas subidas de azúcar y además tus padres estén más tranquilos y no traten de controlarte tanto?

(Una vez formulada la pregunta clave en el punto 9, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Diego para que pueda pensar y dar su opinión. Sólo en el caso de que no aporte ninguna alternativa o que las que aporte no solucionen, aunque sea parcialmente, el problema, le ofrecerá las alternativas del punto 10).

*(10) ¿Qué te parece si te pones un límite en la cantidad de alcohol que bebes y te ajustas la insulina a esa cantidad?
¿Qué te parece si propones a tus amigos probar ‘la marcha alternativa’ que ha organizado el ayuntamiento?*

(Una vez más, después de presentarle las alternativas, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Diego para que pueda pensar y dar su opinión).

A modo de ejercicio complementario, se sugiere al lector que añada alguna otra alternativa a las presentadas en el texto:

.....
.....
.....
.....

En este caso, no se lleva a cabo el punto 8, ya que el profesional valora que no tiene ninguna responsabilidad en el problema señalado como punto 6.

EL CASO DE ROSA

(5) Rosa, cuando no conoces tu nivel de glucemia a través de los autoanálisis, (6) no puedes ajustar tu alimentación y el tipo y cantidad de insulina a las necesidades de tu cuerpo. De hecho, en este análisis se ve que los últimos meses tu nivel de glucemia medio ha sido bastante elevado. No pretendo asustarte, pero me temo que si tus niveles de glucemia siguen tan elevados, puedes tener importantes complicaciones como las que ya hemos comentado. (7) Yo entiendo que te puede resultar un poco engorroso hacer los autoanálisis.[#] (9) ¿Qué crees que podemos hacer para que tengas niveles normales de glucemia y puedas evitar las complicaciones?

(Una vez formulada la pregunta clave en el punto 9, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Rosa para que pueda pensar y dar su opinión. Sólo en el caso de que no aporte ninguna alternativa o que las que aporte no solucionen, aunque sea parcialmente, el problema, le ofrecerá las alternativas del punto 10).

*(10) ¿Qué te parece si haces 3 autoanálisis al día?
¿Qué te parece si repasamos cómo hacerte los autoanálisis para que te sea lo menos engorroso posible?*

(Una vez más, después de presentarle las alternativas, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Rosa para que pueda pensar y dar su opinión).

A modo de ejercicio complementario, se sugiere al lector que añada alguna otra alternativa a las presentadas en el texto:

.....

[#] En este caso, no se lleva a cabo el punto 8, ya que el profesional valora que no tiene ninguna responsabilidad en el problema señalado como punto 6.

EL CASO DE MERCEDES

(5) Mercedes, cuando te tomas las pastillas en vez de las inyecciones, (6) no consigues controlar tu nivel de azúcar. Y si este nivel sigue alto, lo más probable es que te aparezcan algunas enfermedades como las que ya hemos comentado. (7) Yo entiendo que te da miedo inyectarte porque crees que te va a doler.[#] (9) ¿Qué te parece que podemos hacer para que tus niveles de azúcar no sigan tan elevados y no aparezcan las complicaciones?

(Una vez formulada la pregunta clave en el punto 9, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Mercedes para que pueda pensar y dar su opinión. Sólo en el caso de que no aporte ninguna alternativa o que las que aporte no solucionen, aunque sea parcialmente, el problema, le ofrecerá las alternativas del punto 10).

(10) ¿Qué te parece si empezamos a utilizar la insulina inyectada, poniéndotela nosotros?

¿Qué te parece si tratamos de ajustar tu alimentación para que te tengas que inyectar lo menos posible?

(Una vez más, después de presentarle las alternativas, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Mercedes para que pueda pensar y dar su opinión).

A modo de ejercicio complementario, se sugiere al lector que añada alguna otra alternativa a las presentadas en el texto:

.....
.....
.....
.....

[#] En este caso, no se lleva a cabo el punto 8, ya que el profesional valora que no tiene ninguna responsabilidad en el problema señalado como punto 6.

EL CASO DE PEPA

(5) Pepa, cuando no acudes a las citas de seguimiento, (6) no podemos ayudarte y es más fácil que te desmoralices y no sigas el tratamiento. (7) Yo entiendo que tienes que dejar tu trabajo para venir y que a veces te resultan pesadas las sesiones de seguimiento. (8) Recuerdo que las dos últimas veces que viniste tuviste que esperar y, además, creo que me puse un poco pesada contigo. (9) ¿Qué crees que podemos hacer para que puedas seguir el tratamiento y no te desmoralices?

(Una vez formulada la pregunta clave en el punto 9, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Pepa para que pueda pensar y dar su opinión. Sólo en el caso de que no aporte ninguna alternativa o que las que aporte no solucionen, aunque sea parcialmente, el problema, le ofrecerá las alternativas del punto 10).

*(10) ¿Qué te parece si ponemos las citas a última hora de la mañana?
¿Qué te parece si vienes a una de las reuniones que hacemos con personas afectadas por la diabetes y ves si te puede ser útil?*

(Una vez más, después de presentarle las alternativas, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Pepa para que pueda pensar y dar su opinión)

A modo de ejercicio complementario, se sugiere al lector que añada alguna otra alternativa a las presentadas en el texto:

.....
.....
.....
.....

EL CASO DE JUAN

(5) Juan, cuando no vienes a los grupos de educación diabetológica, (6) pierdes la oportunidad de aprender una serie de recursos que te ayudarían a que el tratamiento no se te hiciera tan ‘cuesta arriba’. (7) Yo entiendo que tienes una agenda muy apretada y que te cuesta hacer huecos para venir. (8) Y es verdad que a lo mejor yo también me he puesto muy pesada insistiendo-te para que vengas. (9) ¿Qué crees que podemos hacer para que tengas más recursos y el tratamiento no se te haga tan ‘cuesta arriba?’

(Una vez formulada la pregunta clave en el punto 9, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Juan para que pueda pensar y dar su opinión. Sólo en el caso de que no aporte ninguna alternativa o que las que aporte no solucionen, aunque sea parcialmente, el problema, le ofrecerá las alternativas del punto 10).

*(10)¿Qué te parece si te presento a una persona que suele venir al grupo y le pides que te cuente qué le parece?
¿Qué te parece si te cuento lo que vamos a hacer en la siguiente sesión?*

(Una vez más, después de presentarle las alternativas, el profesional debe esperar, dándole tiempo a Juan para que pueda pensar y dar su opinión).

A modo de ejercicio complementario, se sugiere al lector que añada alguna otra alternativa a las presentadas en el texto:

.....
.....
.....
.....

BIBLIOGRAFÍA

Consejería de Salud. *Educación para la diabetes. Guía de uso para el educador*. Sevilla: Consejería de salud de la Junta de Andalucía, 1998.

OMS. *The St. Vincent Declaration Newsletter*. Copenhague: OMS, 1998.

Lifescan. *Comprendiendo la diabetes*. Madrid: LifeScan Johnson & Johnson, 1997.

Asociación Andaluza de Educadores en Diabetes. *Libro de comunicaciones a las IV Jornadas de educación sobre diabetes*. Málaga: Asociación Andaluza de Educadores en Diabetes, 1996.

Bayés R. El problema de la adhesión terapéutica en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). *Intervención psicosocial* 1998; 8(2): 229-237.

Bayés R. El counselling como instrumento terapéutico. En: Hombrados MI, editora. *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro, 1997; 343-350.

Beléndez M, Ros MC, Bermejo RM. *Diabetes infantil. Guía para padres, educadores y adolescentes*. Madrid: Pirámide, 1999.

Bimbela JL. *Cuidando al profesional de la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2006 (7ª ed.)

Bimbela JL, Navarro B. *Cuidando al formador. Habilidades emocionales y de comunicación*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2006.

Bimbela JL. Tecnología punta en la formación humanística del médico. *Dimensión Humana* 1997; 1:11-12.

Boehringer Mannheim. *Hablando de diabetes: Manual guía para el programa de formación*. Barcelona: Boehringer Mannheim, 1989.

Cipolla C. *Allegro ma non troppo*. Barcelona: Grijalbo Mondadori, 1996.

De las Cuevas C. *El desgaste profesional en AP*. Madrid: Laboratorios Servier, 1996.

Consejería de Salud. *Guía para personas con Diabetes y sus cuidadores*. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2003.

ESPS Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud. *Guías de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPS*. Barcelona: semFYC, 2000.

Fernández-Crehuet MN, Fernández-Crehuet MM, Vílchez JL, et al. *Educación en Diabetes*. Granada: Colegio Oficial de Enfermería, 1997.

Friedman S, Des Jarlais DC, Ward TP. Social Models for changing Health-Relevant Behavior. En: DiClemente RJ, Peterson JL., editores. *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. New York: Plenum Press, 1994; 95-116.

Friedman SR. *Theoretical Bases for Understanding Drug Users' Organizations*. (policopiado), 1996.

Fundación Anti-Sida España (FASE). *Guía para una correcta comprensión y manejo de la infección por VIH*. Madrid: FASE, 1998.

Gan F, Alonso B, De Francisco E, Puyol S. *Manual de técnicas e instrumentos de formación en la empresa*. Barcelona: Apóstrofe Autoayuda, 1995.

Garay-Sevilla MG, Nava LE, Malacara JM et al. Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *J. Diab Comp* 1995; 9: 81-86.

García-Huete E. *Aprender a pensar bien*. Madrid: Aguilar, 1998.

Gil J, Vílchez R. *Diabetes: intervención psicológica*. Madrid: Eudema, 1993.

Gil C, et al. *Educación a grupos de crónicos: diabéticos*. Salamanca: Gerencia de Atención Primaria, 1994.

Goleman D. *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós, 1996.

González C, Sanz P, Álvarez S, et al. ¿Influye el sistema de entrega de recetas en el cumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos? *Atención Primaria* 1999; 24 (5): 281-284.

Gordillo V, Del Amo J, Soriano V, et al. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* 1999; 13:1763-1769.

Green LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach*. Palo Alto, CA: Mayfield, 1991.

Green LW, Ottoson JM. *Community and Population Health*. New York: McGraw-Hill, 1999.

King H, Gruber W (eds.) *Implementing national diabetes programmes*. Ginebra: OMS, 1995

Knobel F. Adherencia al tratamiento antirretroviral, significación clínica y estrategias de intervención. En: Usieto R, editor. *Adherencia terapéutica y calidad de vida en la infección por VIH/SIDA*. Madrid: CESA, 2000; 57-66.

Marina JA. *Aprender a convivir*. Barcelona: Ariel, 2006.

Marinoff L. *Más Platón y menos Prozac*. Barcelona: Ediciones B, 2000.

Meichenban D, Turk DC. *Cómo facilitar el seguimiento de tratamientos terapéuticos. Guía práctica para profesionales de la salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer, 1987.

Pertusa S, Quirce F, Saavedra MD, et al. Evaluación de tres estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico de pacientes hipertensos esenciales. *Atención Primaria* 1998; 22 (10): 670-671.

Piñeiro F, Gil V, Donis M, et al. Validez de seis métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Atención Primaria* 1997; 19 (7): 372-376.

Polaino A, Gil J. *Psicología y diabetes infantojuvenil*. Madrid: Siglo XXI, 1994.

Pollak M. *Les homosexuels et le SIDA: Sociologie d'une epidémie*. París: Metailie, 1988.

Pulido J. Pero ¿de verdad tenemos que pasarlo tan mal? ¿podemos aprender a ver las cosas de otra manera? *Dimensión Humana* 1998; 2 (2): 36-44.

Romaní, Oriol, *Informe final Programa de presa de contacte amb drogodependents d'alt risc*. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona, 1990 (no publicado).

Romero M, Bimbela JL. PARA ellos, DESDE ellos: El proyecto agentes de salud para usuarios de drogas por vía parenteral en Granada. *V Congreso Español de Sociología*. Granada, 1995.

Romero M. El programa “agentes de salud” para la intervención global con prostitutas y toxicómanos. En: Bimbela JL, editor. *Red de Actividades de Promoción de Salud n°5: Sida y Salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996; 39-76.

Svenson, GR, et al. *Directrices europeas para la educación entre iguales sobre el sida*. Luxemburgo: Comisión Europea, 1998.

Svenson, GR, Hanson BS. “Are peer and social influences important components to include in HIV/STD prevention models?”. *European Journal of Public Health* 1996; 6:203-211.

Trautmann F, Barendregt C. *The European Peer Support Manual. Manual Europeo de apoyo entre compañeros. El apoyo entre compañeros como método de prevención del sida en comunidades de UDI*. Utrecht: National Institute for Alcohol and Drugs, 1994.

Página web

Grupo de la Diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria <http://www.cica.es/aliens/samfyc/ukpds.htm> (consultado en septiembre de 2006)

APÉNDICES

I. LISTA ORIENTATIVA DE EMOCIONES

II. ESQUEMA PARA LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

III. ESQUEMA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECEDE

IV. ESQUEMA PARA EL DISEÑO DE SESIONES GRUPALES

APÉNDICE I: LISTA ORIENTATIVA DE EMOCIONES

Aburrimiento	Frustración
Agotamiento	Hostilidad
Agresividad	Humillación
Alegría	Ilusión
Alivio	Impotencia
Amor	Indecisión
Angustia	Interés
Ánimo	Ira
Ansiedad	Miedo
Arrepentimiento	Optimismo
Asco	Orgullo
Cariño	Paz
Cautela	Pena
Celos	Perplejidad
Confianza	Pesadumbre
Confusión	Pesimismo
Culpabilidad	Preocupación
Curiosidad	Rabia
Debilidad	Retraimiento
Decisión	Satisfacción
Depresión	Seguridad
Desánimo	Sensación de control
Desconfianza	Sentirse capaz
Desesperación	Sentirse herido
Desilusión	Soledad
Dolor	Sorpresa
Enfado	Susto
Entusiasmo	Temor
Envidia	Timidez
Esperanza	Tranquilidad
Fastidio	Tristeza
Felicidad	Vergüenza

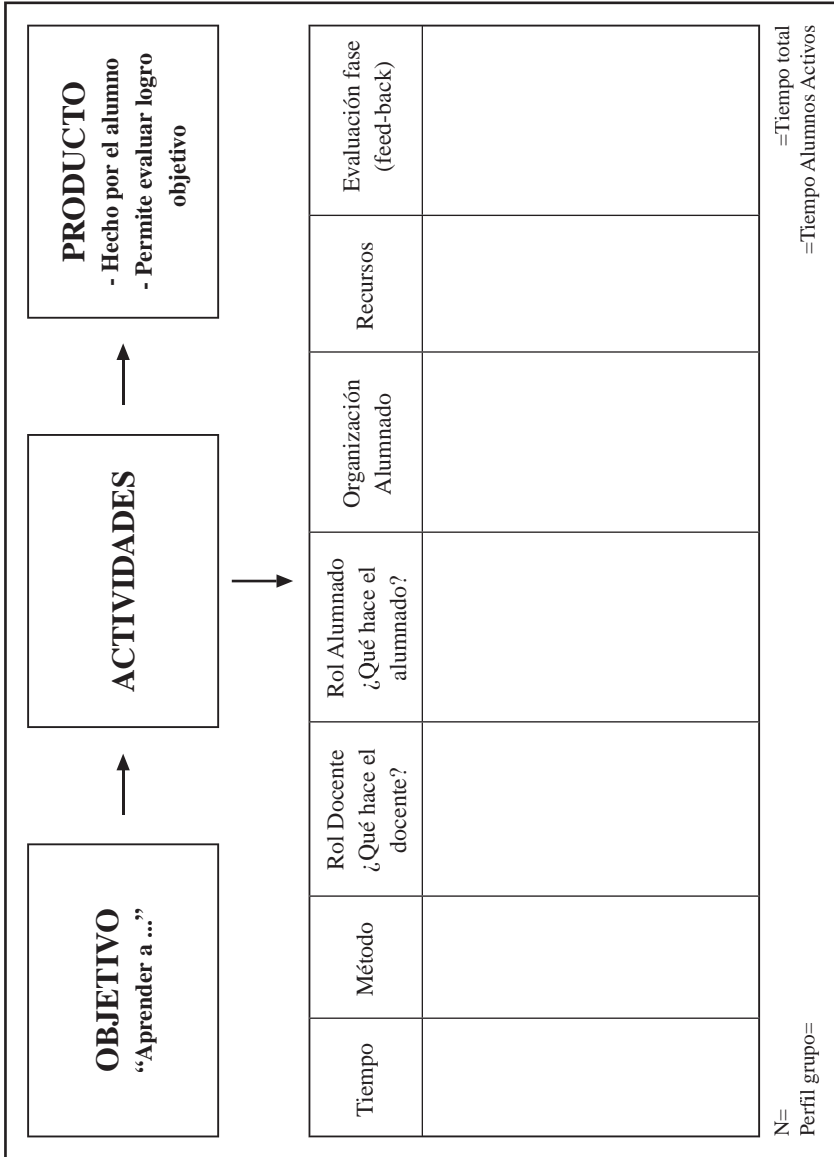
APÉNDICE II: ESQUEMA PARA LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

<i>Emociones (1)</i>	<i>Pensamientos (1)</i>	<i>Pensamientos (2)</i>	<i>Emociones (2)</i>

APÉNDICE III: ESQUEMA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECEDE

Conducta a potenciar			
Población diana individuo/grupo			
PRECEDE:			
ANTES de la conducta	Factores PREDISPONENTES → Se pueden "entrecomillar"		
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">A FAVOR de la conducta</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">EN CONTRA de la conducta</td> </tr> </table>	A FAVOR de la conducta	EN CONTRA de la conducta
	A FAVOR de la conducta	EN CONTRA de la conducta	
	Factores FACILITADORES → HH del sujeto RR del entorno		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">A FAVOR de la conducta</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">EN CONTRA de la conducta</td> </tr> </table>	A FAVOR de la conducta	EN CONTRA de la conducta	
A FAVOR de la conducta	EN CONTRA de la conducta		
DESPUÉS de la conducta	Factores REFORZANTES → QUIEN (Agente Clave) + Haciendo Qué + Resto Reforzantes		
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">A FAVOR de la conducta</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">EN CONTRA de la conducta</td> </tr> </table>	A FAVOR de la conducta	EN CONTRA de la conducta
A FAVOR de la conducta	EN CONTRA de la conducta		

APÉNDICE IV: ESQUEMA PARA EL DISEÑO DE SESIONES GRUPALES



El papel utilizado para la impresión de este libro es 100% reciclado.

La fabricación y utilización de papel procedente de la recuperación y reciclaje de papel ya utilizado conlleva el ahorro de energía, agua y madera, y una menor emisión de sustancias contaminantes a los ríos y a la atmósfera.

La Escuela Andaluza de Salud Pública se compromete así con la conservación del medioambiente y la gestión sostenible de los bosques del planeta.

Se compromete, en definitiva, con las generaciones futuras, con sus derechos, con su patrimonio y con su salud.