

Colegio de Nutriólogos. Querétaro. Querétaro. México

SOBRE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS TRAS EL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS

*Abigail Sosa Mendoza*¹.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de la Diabetes mellitus (DM) suele ser un hecho devastador para el paciente.¹ La DM es una enfermedad crónica, que comporta un alto riesgo de complicaciones potencialmente invalidantes (y letales también), así como una fuente importante de erogaciones económicas. Similarmente, los cuidados médicos especializados que impone el tratamiento de la DM presuponen para el paciente nuevas cargas de responsabilidades y disciplinas que se superponen sobre las propias de la cotidianidad, y pueden originar sentimientos de alienación, aislamiento y enajenación respecto de tanto sus semejantes como los círculos de inserción familiar, laboral y social.

En ocasión del diagnóstico de la DM, el paciente puede exhibir sentimientos de incredulidad, negación, enojo, tristeza y culpabilidad.²⁻³ El paciente se sentirá también embargado por sentimientos de confusión, miedo e inseguridad. Todo lo anterior (junto con otras circunstancias individuales, familiares, sociales, económicas y ambientales) moldeará la reacción del paciente cuando el diagnóstico de DM queda establecido, y se le expone el plan de tratamiento a seguir; al igual que la percepción que él tiene sobre la enfermedad, y la relación que construya con el médico de asistencia y el equipo de trabajo.⁴

La situación actual de la DM en los distintos países del mundo, y la (percibida como limitada) efectividad de los tratamientos que se prescriben hoy en día, obligan entonces a preguntarnos: ¿Qué estamos haciendo para enfrentar estos retos? ¿Funciona lo que se está haciendo? ¿A quiénes les corresponde hacer algo? Y lo más importante: ¿Cómo hacerlo?

Lo primero que hay que tener en cuenta es que las acciones que se adoptan en la macroesfera (el país, la sociedad, la economía) repercutirán inexorablemente en la microesfera (la familia, la comunidad, el centro laboral), y éstas, a su vez, afectarán las macropolíticas y la marcha de la macroesfera. Dicho con otras palabras: el paciente se inserta dentro de un contexto altamente interconectado, y atravesado por dinámicas de diverso tipo y signo que deberá reconocer si se desea asegurar la satisfacción permanente de las metas terapéuticas propuestas. Esto es particularmente cierto en las enfermedades crónicas no transmisibles, y la DM dentro de ellas.

Cuando un paciente no muestra una respuesta positiva al tratamiento prescrito para la enfermedad que padece, y no se observan comportamientos ni actitudes asertivas, se debe indagar el por qué.⁵ Detrás de la conducta del paciente hay pensamientos y emociones que están gobernadas y dictadas por las características individuales, la carga de los aprendizajes adquiridos en el pasado, el tipo de personalidad, las experiencias propias y ajenas, los mitos y las creencias, y los estilos diferentes de abordar y resolver problemáticas.

¹ Licenciada en Psicología.

Figura 1. Asociaciones e interrelaciones entre elementos de la macroesfera y la microesfera. Para más detalles: Consulte el texto de la presente exposición.



Fuente: Construcción propia de la autora.

Sumado a lo anteriormente dicho, se ha de reconocer que el lidiar con los cuidados de la Diabetes genera en el paciente estrés crónico, frustración y cansancio. De forma similar, el paciente puede sufrir debido al exceso de información con la que es “bombardeado” por los canales tradicionales y alternativos sobre la posible evolución de la Diabetes y las complicaciones que le podrían aguardar en el futuro y/o las posibles curas “mágicas” que le permitirían abandonar esquemas hipoglucemiantes onerosos como la insulino terapia (percibida por muchos como una limitante importante de la libertad de movimiento y de toma de decisiones), entre otros asuntos.

Las partes participantes e involucradas en el tratamiento de la DM deben adoptar los cambios que se requieran para asegurar el logro de las metas terapéuticas prescritas, el control metabólico a largo plazo, y la prevención de las complicaciones. El primer paso en este proceso de cambios será identificar aquellas barreras que no permiten lograr el control adecuado de la enfermedad y la asunción de la responsabilidad del autocuidado.⁶ Entre estas barreras suelen citarse las actitudes, las conductas y las creencias del paciente (y sus familiares), la situación emocional, la falta de información, y las dificultades en el acceso a los sistemas de salud.

Otras barreras incluyen la dificultad del paciente en adquirir habilidades para el auto-monitoreo y el autocuidado, la educación y el aprendizaje, el sentido ante la vida (la motivación), la frustración (dada por el cansancio), los estilos de vida, los factores socioeconómicos, y el desfavorable entorno familiar y laboral.

El segundo paso en el proceso de cambios sería el establecimiento de los objetivos deseados. Estos objetivos se pueden visualizar como preguntas que el equipo de atención le formularía al paciente: ¿Qué quiero lograr? ¿Para qué? ¿Qué necesito hacer? Los objetivos deben ser reales, claros, significativos para la persona, y en correspondencia con la edad y la capacidad física. Durante esta etapa se reconocerán los logros y progresos del paciente en la incorporación de los recursos y objetivos del plan de tratamiento hipoglucemiante prescrito, y se proporcionarán múltiples alternativas ante contingencias que surjan en la cotidianidad dentro de la cual se desempeña el paciente.

El tercer (y último) cambio sería la modificación del comportamiento del paciente, junto con la adopción de nuevos estilos de abordar (y asumir) el autocuidado y el automonitoreo en la Diabetes.⁷ La meta en esta etapa es el empoderamiento* del paciente y sus familiares en la ejecución de las acciones requeridas para el tratamiento de una enfermedad crónica que implica transformaciones multidimensionales en las conductas y actitudes individuales y familiares. En definitiva, las personas con Diabetes deben asumir la responsabilidad del autocontrol y en consecuencia jugar un rol activo en su cuidado. El empoderamiento significa entonces la incorporación de nuevos roles tanto por el paciente como por los profesionales de la salud, y la creación de una corresponsabilidad.

Los nuevos roles en la (re)educación de las partes involucradas en el tratamiento de la Diabetes son necesarios. Otras (viejas) relaciones solo generan actitudes negativas y pobres resultados, no permiten el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones correctas, ni facilitan el afrontamiento y resolución de los problemas que sobrevienen con la enfermedad, ni tampoco la asunción del paciente y sus familiares en el autocuidado y el automonitoreo.

Caben esperar múltiples beneficios del empoderamiento mutuo de los pacientes, los familiares y los equipos de salud por igual. Se construyen relaciones de colaboración activa entre todos los miembros de salud, todos son valorados en condiciones de igualdad, los pacientes reciben la capacitación adecuada sobre la enfermedad, y con ello, las herramientas para la toma de decisiones, y asumen la responsabilidad de su autocuidado y automonitoreo; y los resultados mejoran cuando los pacientes son los que fijan sus propios objetivos.

CONCLUSIONES

El médico de asistencia, y por extensión el equipo básico de trabajo, debe guiarse siempre por la construcción de una relación médico-paciente signada en todo momento por la confianza. Ello implica la práctica de la empatía y la solidaridad con el paciente, entender y reconocer sus sentimientos (sin minimizarlos y ni siquiera anularlos); y escuchar activamente sus preocupaciones, miedos y temores para dilucidarlos adecuadamente. En la construcción de la relación médico-paciente nada se puede dar por hecho, como tampoco se puede obviar algo por insignificante y nimio que parezca. Se debe cuidar el lenguaje corporal de cara al paciente. Se

* En las palabras de Funnell (2004): “El *empowerment* es una filosofía que reconoce el derecho fundamental de las personas con Diabetes a ser los primeros en la toma de decisiones para el control de su afección (...) Representa un modelo más compatible del cuidado y la educación necesarios para una enfermedad autocontrolada como es la Diabetes”. Para más detalles: Consulte: Funnell MM. Patient empowerment. Crit Care Nurs Quarter 2004;27:201-4.

evitarán los regaños y las actitudes desaprobatorias, así como (sobre)saturar con datos y cifras. El flujo de información hacia el paciente debe servir a los propósitos del control metabólico de la enfermedad a largo plazo y la prevención de las complicaciones, para así garantizarle al paciente una vida plena y activa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nathan DM, for the DCCT/Edic Research Group. The diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study at 30 years: Overview. *Diabetes Care* 2014;37:9-16.
2. Sapozhnikova IE, Zotina EN. The attitude of patients with types 1 and 2 Diabetes mellitus towards having the disease. *Terapevticheskii Arkhiv* 2017;89(10):22-7. Disponible en: <https://edgccjournal.org/0040-3660/article/view/32288>. Fecha de última visita: 27 de Marzo del 2020.
3. Tykhonova TM, Smilka YN, Khyzhnyak OO. Quality of life in patients with Diabetes mellitus: The factors of influence and the way of correction. *Problems Endocrine Pathol* 2018;66(4):103-9. Disponible en: <https://ojs.endocrinology.org.ua/index.php/1/article/view/316>. Fecha de última visita: 27 de Marzo del 2020.
4. Chong S, Ding D, Byun R, Comino E, Bauman A, Jalaludin B. Lifestyle changes after a diagnosis of type 2 Diabetes. *Diabetes Spectrum* 2017;30:43-50.
5. Sumlin LL, Garcia TJ, Brown SA, Winter MA, Garcia AA, Brown A, Cuevas HE. Depression and adherence to lifestyle changes in type 2 Diabetes: A systematic review. *Diabetes Educator* 2014;40:731-44.
6. Simpson RW, Shaw JE, Zimmet PZ. The prevention of type 2 Diabetes- Lifestyle change or pharmacotherapy? A challenge for the 21st century. *Diab Res Clin Pract* 2003;59:165-80.
7. Hilliard ME, Powell PW, Anderson BJ. Evidence-based behavioral interventions to promote diabetes management in children, adolescents, and families. *Am Psychol* 2016;71:590-601.