

SIMPOSIO: Innovación en educación diabetológica: rompiendo paradigmas

Coordinadora: Dra. Laura Otiñano

¿Qué tenemos que cambiar para lograr mayor adherencia?

Lic. Iñaki Lorente

Psicólogo, Asociación Navarra de Diabetes, España

La persona con diabetes mellitus (DM) es el máximo responsable de la gestión de su enfermedad. El profesional de la salud puede acompañar y asesorar, pero no decidir por él o ella. Desde esta óptica, el objetivo es lograr que se comprometa con el autocuidado.

Existen muchas barreras que dificultan ese compromiso. Algunas de ellas son de carácter psicosocial. Mi propuesta es que el profesional las tenga en cuenta e intente reducir el impacto que tiene sobre la conducta de adherencia de los pacientes que trata. Nos referimos a barreras como: a) factores emocionales (distrés, depresión, ansiedad, etc.); b) factores motivacionales; c) sistema de creencias sobre la enfermedad; d) sentimiento de autoeficacia.

Conviene detectar en cada persona aquellas que frenan su adherencia y abordarlas si es posible o derivar a otros profesionales si no es el caso. Por ejemplo, respecto de los factores emocionales, la primera labor consistirá en la detección precoz, valoración de la intensidad y derivación a un profesional de la salud mental, si fuera inabordable en la consulta. Es imprescindible incluir en los protocolos de atención la evaluación mediante cuestionarios estandarizados sobre la gestión emocional del paciente. Respecto de la motivación, mi propuesta pasa por invitar al profesional de la salud a profundizar sobre aspectos que influyen en la misma. Entender que no se puede inyectar, pero sí estimular. Asimismo, ser consciente de que es preciso que la persona: crea que tiene una necesidad a cubrir, que opine, que depende de ella hacerlo, y que se sienta capaz de poder hacerlo. Solo conociendo en profundidad estas y otras características de la motivación, el profesional podrá orientar sus esfuerzos en la dirección adecuada. Indagar sobre cómo percibe la persona con DM su enfermedad permitirá desmentir, orientar y focalizar en aquellas creencias erróneas que dificultan la adherencia.

En relación a la autoeficacia, constatar cómo, en ocasiones, la persona se siente a merced de los caprichos de la DM. Sentir que posee herramientas para la autogestión ayuda a prevenir la pasividad y la desesperanza. Entre los recursos que pueden fortalecer la adhesión al tratamiento están la educación diabetológica constante y el establecimiento de un buen sistema de apoyo (incluidos los grupos de apoyo mutuo). También se impone la derivación temprana a un profesional de la salud mental que lo ayudará mediante técnicas de manejo del estrés, terapias cognitivo conductuales o con un abordaje psicoterápico en el caso de que lo precise.

Palabras clave: diabetes; médico-paciente.

Bibliografía

- Villalba-Arias J, Almirón-Santacruz J, Torales. Comprendiendo la conducta del paciente con diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. Medicina Clínica y Social 2021;5(2):90-99.
- Debrouwere I. Capítulo 6: Adherencia al plan terapéutico negociado y la motivación del paciente en la comunicación médico-paciente en la consulta médica. Ed. Salud de Altura 2008;67-75.

SYMPOSIUM: Innovation in diabetes education: breaking paradigms

Coordinator: Dr. Laura Otiñano

What do we need to change to achieve greater adherence?

Lic. Iñaki Lorente

Psychologist, Navarra Diabetes Association, Spain

The person with diabetes is, ultimately, the one responsible for its management. Health professionals may guide and support them, but they cannot make decisions on their behalf. From that lens, the aim is to help them commit to self-care. There exist numerous barriers to that commitment, some of which are psychosocial in nature. I propose that the health professional take these barriers into account and try to reduce the impact they have over the adherence behavior of their patients. Some such barriers include: a) emotional factors (distress, depression, anxiety, etc); b) motivational factors; c) belief systems built around the condition; d) feeling of self-efficacy.

It is advisable to detect, in each person, the barriers that get in the way of adherence and address them if possible, deriving to other professionals otherwise. For instance, with respect to the emotional factors, the first task would be early detection, assessment of intensity, and derivation to a mental health professional if the situation wasn't addressable in-consult. It is paramount to include, in the attention protocols, the use of standardized questionnaires about the emotional management of the patient. About motivation, my proposal invites the health professional to dive deeper into the aspects that influence it. They should understand that motivation can't be given or prescribed, but it can be stimulated. Furthermore, they should take into account that the person must: believe they have a need to address, believe that it's up to them to address it, believe they are capable of addressing it. Only by exploring these and other characteristics of motivation can the health professional direct their efforts to the right track. They should probe the perception of the person with diabetes about their condition. This will allow them to dispel, re-orient, and re-focus the incorrect beliefs that get in the way of adherence.

About self-efficacy, the professional should make clear how, in occasion, the person might feel at the mercy of the whims of diabetes. Feeling that they have the tools to self-manage the condition helps prevent passivity and despair. Amongst the resources that can strengthen the adherence to treatment are the constant diabetological education and establishing a stable support system (including mutual support groups). Another valuable resource is an early derivation to a mental health professional to help them with stress management techniques, cognitive behavioral therapy, or psychotherapy in the cases that require it.

Key words: diabetes; doctor-patient.