

Cómo ha cambiado la comunicación del médico de familia y el paciente con diabetes

Adriana Carrasco Fernández¹, Francisco Carlos Carramiñana Barrera²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Rising star de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria (redGDPS). Centro de Salud San Roque. Badajoz. ² Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro de la redGDPS. Centro de Salud San Roque. Badajoz

Palabras clave: entrevista motivacional, paternalismo, relaciones médico-paciente.

RESUMEN

La relación médico-paciente ha ido variando a lo largo de la historia de la medicina occidental. Del tradicional modelo paternalista se ha producido un cambio de paradigma pasando a un modelo motivacional en función de la democratización de esta relación y de un aumento de las enfermedades crónicas, cuyo ejemplo más claro es la diabetes mellitus, que exigen en muchas ocasiones un cambio en los estilos de vida.

Junto con la autodeterminación, surgen la necesidad de información y el consentimiento del sujeto con el fin de mejorar la adhesión y ayudar a los pacientes a cambios de los estilos de vida, si queremos ser efectivos como médicos/as y enfermeros/as.

La entrevista motivacional es una técnica que puede ayudarnos a mejorar la relación terapéutica con los pacientes con diabetes para aumentar la adhesión y los resultados de los objetivos de control de la diabetes.

La relación médico-paciente ha ido variando a lo largo de la historia de la medicina occidental. El tradicional modelo paternalista se ha visto desplazado desde hace unos años por la llegada de aspectos no solo físicos o biológicos, sino también con los que tienen que ver con la esfera emocional y relacional (entorno social, familia, etc.), que abogan por un respeto hacia la autonomía y la autodeterminación del paciente.

El paternalismo, en términos generales, se define como una forma de actuación en la que un sujeto decide por y sobre otro sin el otro, lo que implica la limitación intencionada de la autonomía o libertad de decisión de este segundo sin tomar en cuenta su parecer. Ya en la medicina hipocrática la condición de enfermo entendida como *in-firmus* no solo era una referencia a la debilidad de una persona desde el punto de vista físico, sino también desde la moralidad, de manera que el «buen enfermo» se concebía como un ser dependiente y obediente.

Este modelo gobernó durante milenios en la profesión médica, hasta finales del siglo XX, durante el cual la relación personal entre el médico y el enfermo deja de ser lo que ha-

bía sido hasta ahora. Se difunde la idea de que el individuo es un ser autónomo capaz de dirigir satisfactoriamente su propia vida, con sus propios principios y valores, o, lo que es lo mismo, con derecho a la autodeterminación.

Y así es como se produce un cambio de paradigma. El médico pasa de ser padre sacerdotal a un asesor democrático. La salud se «democratiza» y nacen dos elementos fundamentales: el consentimiento y la información.

Por otro lado, además de que los pacientes estén informados, es importante que se sientan atendidos y comprendidos por su médico. Escuchar, informar y motivar son algunos de los aspectos más importantes del trabajo en Atención Primaria, con el fin de mejorar la adhesión y ayudar a los pacientes a cambios de estilos de vida. No se trata solo de explicar los síntomas, dar respuestas satisfactorias o prescribir un tratamiento: el hecho de que cada vez existan más pacientes crónicos nos obliga a cambiar nuestro paradigma a la hora de comunicarnos con ellos; es necesaria la inversión de más tiempo para motivarlos con el fin de modificar estilos de vida no saludables, si lo que realmente queremos es ser efectivos como médicos/as y enfermeros/as.

Bien es cierto que cambiar no es fácil ni para los pacientes ni para nosotros/as. Estamos formados para dar consejos saludables, pero en muchas ocasiones no llegamos a obtener el resultado que deseamos, lo cual nos frustra y hace más difícil la relación.

La entrevista motivacional es una técnica que puede ayudarnos a mejorar la relación terapéutica con los pacientes con diabetes, donde el papel tradicional paternalista del médico es sustituido por un rol de guía que tiene en cuenta las preferencias y preocupaciones de este.

Existen evidencias de que la entrevista emocional se asocia positivamente a los resultados del cambio, mejorando especialmente los hábitos no saludables, en comparación con la ausencia de intervención o asesoramientos breves.

Se ha demostrado que las intervenciones orientadas a un aumento de la información no mejoran la adhesión. Los pacientes con diabetes conocen los riesgos que dicha enfermedad supone para su salud y, sin embargo, no cambian.

Por tanto, la información es útil para cambiar actitudes, pero si lo que queremos es cambiar conductas hemos de llegar a la emoción. El paciente ha de encontrar por sí mismo una razón, un para qué, por el que le valga la pena esforzarse.

El modelo motivacional trata de que realicemos preguntas necesarias para el diagnóstico, pero añade también preguntas abiertas que exploran las expectativas, emociones y dificultades. Además, comenta distintas opciones de tratamiento, tomando una decisión conjunta con el paciente, preguntando el parecer de este siempre que se vaya a prescribir algo.

Un ejemplo de cómo realizar la entrevista emocional, en contraposición con una entrevista meramente informativa, sería el que mostramos a continuación.

ENTREVISTA DESDE UN ENFOQUE INFORMATIVO

- Profesional: Luisa, en la última analítica que se ha hecho tiene los niveles de glucemia muy elevados. Debe cambiar sus hábitos salvo que quiera tener complicaciones en un futuro. En otras ocasiones hemos hablado de la importancia de perder peso, el control de la sal...
- Paciente: Doctor, pero si como lo normal, tengo cuidado con la sal y la bollería y, además, he empezado a andar, como acordamos.

ENTREVISTA DESDE UN ENFOQUE MOTIVACIONAL

- Profesional: Luisa, los niveles de glucemia dan un poco altos. ¿Cree usted que se debe a alguna cosa?
- Paciente: No lo sé, doctor.
- Profesional: Veamos, ¿hay algún aspecto que le esté costando cumplir? Por ejemplo, la comida, realizar ejercicio...
- Paciente: Quizá sí, doctor. Me cuesta un poco cuidar la alimentación. Tengo mucho estrés últimamente y algunos días, por mi trabajo, como a deshora y cuando llego a casa tengo más trabajo con los niños.
- Profesional: ¿Y eso le hace comer peor, Luisa?
- Paciente: Sí, algún día he comido algún donut de la merienda de mis hijos o no he desayunado por falta de tiempo.
- Profesional: Es normal, Luisa. Comprendo que el estrés laboral y los problemas de casa le estén afectando. Pero ¿sabe cuál es el efecto de un mal control del azúcar a largo plazo?
- Paciente: Sí, pero es difícil.
- Profesional: Lo comprendo. ¿Quiere que hagamos algo para mejorar su control glucémico o lo dejamos para otro momento en que se sienta con ganas?

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Koh-Knox CP. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. *Am J Pharm Educ* 2009;73:127.
- Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* 2013;93:157-68.
- Miller W, Rollnick S. La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar. Barcelona: Paidós; 2015.
- Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, Gregory J, Mash B. Motivational interviewing. *BMJ* 2010;340:1900.
- Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. New York: The Guilford Press; 2008.