

CAMBIO DE CONDUCTAS EN TRATAMIENTOS DE LARGA DURACION RELACION MEDICO-PACIENTE

MONICA FACCHINI

Instituto Psicosomático de Buenos Aires (IPBA); Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA), Buenos Aires

Resumen Las enfermedades crónicas como la diabetes, la obesidad y la hipertensión arterial, entre otras, requieren de tratamientos prolongados. El establecimiento de un vínculo básico se constituye en la piedra fundamental de toda acción terapéutica. En el enfoque centrado en el paciente se busca entrar en su mundo para comprender la vivencia subjetiva de la enfermedad en un marco más amplio. Es relevante integrar al paciente como un participante activo, valorado y esencial para el proceso de cambio. La manera en que se prescribe es tan valiosa como el tratamiento mismo; el objetivo es enseñar al paciente a seguirlo, las recaídas no deben ser vistas como fracasos sino como una oportunidad más de aprender. Los pacientes necesitan encontrar sus propias soluciones y motivaciones, y hacerse responsables de su salud; los profesionales de la salud necesitamos darles el poder para hacerlo. Las intervenciones exitosas y más efectivas en el largo plazo requieren de un enfoque terapéutico que haga hincapié en la adherencia al mismo y en el autocuidado.

Palabras clave: enfermedades crónicas, abordaje terapéutico, autocuidado, adherencia al tratamiento

Abstract *Behavior changes in long-term treatment. Physician-patient relationship.* Chronic diseases such as diabetes, obesity and hypertension, among others, need long term treatments. The constitution of a basic alliance is the cornerstone of any therapeutic action. In the patient-centered approach, the aim is to enter their world in order to understand the subjective experience of the disease in a broader frame. It is relevant to involve the patient as an active, respected and fundamental participant of the changing process. The way a treatment is prescribed is as important as the treatment itself; the aim is to teach the patient how to follow his/her own treatment, relapses must not be considered failures but opportunities for learning. Patients need to find their own solutions and motivations and be responsible for their health on a daily basis. We need to empower them to do so. Long-term, successful and effective interventions require a treatment which focuses on compliance and self care.

Key words: chronic diseases, therapeutic approach, self care, compliance

Uno de los progresos que se espera hoy de la ciencia es el que conduce a la sabiduría, hacia un conocimiento que sin dejar de ser riguroso, se complete con algo más: la sensibilidad humana, la apertura al otro y a otras disciplinas...

Víctor Massuh¹

El modelo tradicional

El modelo tradicional de enseñanza de la medicina se basa fundamentalmente en el paciente internado, sujeto o sometido a las decisiones y cuidados del equipo de

profesionales, donde la persona enferma juega un rol pasivo. Un gran número de padecimientos se tratan de esta manera, sin embargo esto solamente es aplicable al 10% de los pacientes: aquellos con enfermedades agudas².

Las enfermedades crónicas, recidivantes o que se autoperpetúan a través de conductas inadecuadas, se caracterizan por presentar mejorías y recaídas. Esto las vuelve ideales para causar frustración y resentimiento en la relación paciente-profesional tratante y transformar una relación inicial de demanda y aporte de ayuda, en una relación en la cual un sujeto vigila y el otro pone pretextos para justificar su fracaso³. La persona se siente frustrada, aunque difícilmente pueda expresarlo, mientras que el profesional, por su parte, siente que actuó correctamente.

De esta manera el paciente y el médico se van alejando el uno del otro. Las consultas desembocan en un círculo vicioso donde el profesional repite al sujeto que

padece la enfermedad lo que debería hacer y lo reta por sus errores o deficiencias, quedando ambos estancados en roles estereotipados y predestinados a producir un gran número de fracasos terapéuticos.

De acuerdo con el modelo tradicional el rol del profesional consiste en comunicar la información claramente porque se supone que el conocimiento experto necesita ser entendido por el pasivo e ignorante paciente. Se asume que la persona refiere una serie de síntomas que el médico debe diagnosticar y tratar. Sin embargo, muchos de estos encuentros en la práctica no son tan simples, y menos aún en aquellos donde los síntomas o la amenaza de ellos están vinculados con un estilo de vida o conductas inapropiadas. En estos casos el profesional se enfrenta con la necesidad de revelar y comunicar esto al paciente y de sugerirle cambios muchas veces radicales en su estilo de vida. Sin embargo, el cambio de conducta, inclusive la de tomar una medicación necesaria, es un proceso fundamentalmente interno.

Ahora bien, el enfoque tradicional resulta menos efectivo en el enfermo ambulatorio, ya que en este caso él mismo tendrá el rol activo de administrar su tratamiento. Generalmente el paciente es visto como responsable por la evolución de su enfermedad: después de todo no es el médico el que tiene que cambiar su conducta, como se observa en comentarios del tipo “no se puede ayudar a alguien que no quiere ayudarse” o “yo lo ayudaré si así lo desea, si no es cosa de él”.

En este punto, el resultado de la consulta estará influido por el comportamiento profesional, dado que un cambio en la conducta del paciente va de la mano de un cambio en la conducta del médico. Esto implica un compromiso recíproco, el establecimiento de un verdadero diálogo terapéutico donde los riesgos y las responsabilidades sean compartidas⁴.

El modelo centrado en el paciente

El modelo de etapas de cambio de Prochaska y Di Clemente⁵ (precontemplación, contemplación, decisión, acción, mantenimiento y terminación) es tomado por Miller y Rollnik⁶ para su conceptualización de la entrevista motivacional^{7,8}. En la misma se busca evitar la confrontación y resolver la ambivalencia permitiéndole a la persona analizar las ventajas y las desventajas de cambiar⁹. Se acepta que sólo a partir del momento en que el paciente tome la decisión y el compromiso de iniciar un proceso terapéutico y se haga responsable del mismo, podrá llevar a cabo acciones realistas que produzcan cambios en su conducta y no quedar atrapado en la repetición. Más adelante Rollnick¹⁰ desarrolla un método destinado a los médicos para lograr el cambio de conducta en los pacientes, integrando conceptos de Steward¹¹ del enfoque centrado en el paciente. Este con-

siste en entrar activamente en el mundo del sujeto para entender la experiencia única de su enfermedad. Este tipo de abordaje plantea un marco más amplio que el modelo tradicional y resulta más satisfactorio y respetuoso del individuo, lo que lo vuelve más efectivo^{12,13}. Se observa una mayor satisfacción por parte del paciente después de ver al médico, mejor adherencia con la medicación, disminución de las preocupaciones, mejoría de las cifras tensionales en pacientes con hipertensión arterial, de las glucemias en pacientes con diabetes, y mejoría en la recuperación postoperatoria^{14,15}.

El seguimiento de un paciente con enfermedad crónica es visto frecuentemente como una tarea no reconocida. La utilización de estrategias terapéuticas a largo plazo no debe considerarse una falla del tratamiento, ni tampoco a éste inefectivo, cuando el enfermo tiene dificultades para adherir al mismo.

Adherencia al tratamiento y autocuidado

Las enfermedades crónicas demandan tratamientos de larga duración con adherencia al mismo y autocuidado responsable¹⁶. Es un hecho conocido que los pacientes que las padecen suelen ser pobres cuidadores de sí mismos. Es común que dejen de tomar la medicación o de llevar a cabo el plan alimentario o la actividad física que por su condición necesitan realizar. Se ha descrito en las enfermedades crónicas que, luego de seis meses de haber comenzado un tratamiento, entre el 30 y el 80% de los pacientes dejaba de tomar la medicación^{17,18}. Mucho más baja aún es la adherencia a las prescripciones de cambio en el estilo de vida o cambios de conductas¹⁷. Reconocidas estas situaciones, se han intentado diferentes estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento, en las que se reconoce que el paciente necesita hacer algo pero, sin embargo, no se le otorga mayor poder. El profesional de la salud sigue detentando la autoridad y trata que el paciente obedezca pasivamente, aceptando el modelo clásico que sentencia “haga lo que yo le digo”. La no adherencia al tratamiento ha sido motivo de estudio de muchas investigaciones, si bien hay muy pocas que analizan la manera en que se prescribe el mismo. Es un hecho establecido que la manera en que se prescribe es tan valiosa como el tratamiento mismo².

El paciente en sentido amplio

Necesitamos aprender a tratar a los pacientes crónicos si pensamos y queremos estar junto a ellos a lo largo de los años, mientras luchan para controlar su enfermedad. La idea de enfermedad como alteración de la salud (*disease*) y la experiencia subjetiva de la misma (*illness*) necesitan ser integradas como un entendimiento global

de la persona en un contexto más amplio. Por esto es importante preguntarse no sólo ¿qué enfermedad tiene el paciente? en cuanto a gravedad, pronóstico, etc., sino también encontrar respuestas para las siguientes preguntas: 1) ¿qué paciente tiene esa enfermedad?: ¿qué tipo de personalidad presenta (empresedor, facilitador, controlador o analizador)?, etc. 2) ¿qué significado tiene esa enfermedad para ese paciente?: ¿qué ideas preconcebidas tiene acerca de su enfermedad? ¿en qué etapa de aceptación de la enfermedad está (impacto, negación, rebeldía, negociación, reflexión, aceptación, pseudoaceptación, resignación)? ¿cómo la enfermedad afecta su vida de relación? ¿llega por *motu proprio*?, etc. 3) ¿qué significado tiene esa enfermedad para ese paciente en su contexto sociocultural?: ¿qué grado de estigmatización tiene la enfermedad en su medio? ¿qué red vincular de sostén tiene?, etc., y finalmente: ¿qué espera del profesional?¹⁹.

Alianza terapéutica

Muchos pacientes son pasivos en la consulta y para poder tener éxito en el cambio de conducta necesitamos que sean activos y capaces de tomar decisiones^{2, 4}. La constitución de un vínculo básico, un campo común que involucre al enfermo y al médico trabajando juntos, es fundante de toda acción terapéutica. Está demostrado que la calidad de la alianza terapéutica es el predictor más robusto de éxito, siendo esto más importante aún desde la perspectiva del paciente^{20, 21}. Según Bordin²² está constituida por tres aspectos independientes: metas, tareas y vínculo. Su fuerza dependerá de la calidad de este último y el grado de acuerdo entre dichas partes. Es muy importante acordar los objetivos del tratamiento, bajando nuestras expectativas (*furor curandis*) y las de los pacientes: alcanzar el utópico peso ideal, curarse, etcétera, trabajando con la dialéctica de aceptación y cambio²³. Diferenciar lo que el paciente "puede hacer" de lo que "debería hacer", proponiéndole objetivos realistas y a corto plazo y, al mismo tiempo, ayudándolo a que se adapte a las necesidades del tratamiento aportando creatividad y sentido común.

La alianza terapéutica no es un simple prerrequisito, sino la esencia del proceso de cambio^{24, 25}. En el corazón de dicho concepto está la noción de colaboración de Horvath, o alianza de trabajo^{26, 27}. Esto implica: trabajar "con" y "junto" al paciente donde éste sea un participante activo, valorado y respetado²⁸, integrarlo como parte esencial del tratamiento y alentarle para que lo sostenga día a día, meses y años. Un tratamiento efectivo de las enfermedades crónicas requiere un equipo de participantes activos en donde el paciente sea el miembro más importante.

Cada contacto entre el profesional y la persona enferma que concurre a la consulta debe ser visto como una oportunidad para la promoción de la salud y el afianzamiento de la alianza terapéutica, que le permitirá al paciente acudir a ella tantas veces como sea necesario. Es notable como, después de muchos años de tratamiento, los mismos hacen referencia a este aspecto como uno de los más relevantes.

El profesional

Los objetivos fundamentales del profesional de la salud son: alentar al paciente a expresar sus preocupaciones, ayudarlo a ser más activo en la consulta, proveerle de la información que requiera, darle mayor poder en la toma de decisiones (*empowerment*) y alcanzar decisiones conjuntas. Es esencial destacar: la seriedad de la enfermedad, que la condición es esencialmente automanejable, que ellos tienen la opción y que cambiar es posible.

Para lograr estos objetivos el profesional necesita tener la capacidad de ofrecer apoyo y sostén, prestando particular atención a reforzar la autoestima y la autoeficacia, y brindar una actitud amplia, humilde y empática. Un tratamiento a largo plazo es primordialmente un proceso de respaldo. La decisión de comprometerse con el tratamiento en muchas ocasiones recae en la evaluación que el paciente hace de la habilidad del profesional para captar lo que le sucede.

Prestamos mucha atención a las técnicas y a las estrategias y nos olvidamos de que son un medio y no un fin en sí mismas (son una manera de "estar con" y de "acercamiento a"). Lo importante es el espíritu del método, la actitud que tomamos, cómo nos ubicamos, si "frente al paciente" o "junto al paciente", teniendo en cuenta que las creencias y valores del profesional son transmitidas se hable o no de los mismos²⁰. Entre las cualidades del médico que asiste a estos pacientes se encuentran: sostener una actitud no enjuiciadora, no reforzar los sentimientos de culpa y fracaso, alentar, ser honesto, sincero y a la vez optimista²⁵, saber escuchar en forma activa y reflexiva, dado que construir un puente entre lo que el paciente dice y lo que nosotros entendemos es mucho más que ser amable.

En la consulta sobre cambio de conductas es relevante dedicar tiempo a escuchar atentamente lo que el paciente refiere acerca de la importancia (¿vale la pena? ¿por qué yo debería...? ¿cómo me beneficiaré? ¿a qué costo? ¿qué cambiará?), la confianza (¿puedo? ¿cómo lo haré? ¿cómo haré frente a esto y aquello? ¿tendré éxito si...? ¿qué cambio/s...?) y la preparación (¿debería hacerlo ahora? ¿qué pasa con las otras prioridades?) para realizar un cambio en particular. Si éste es vivido como importante, se tiene confianza en lograrlo y se sien-

te listo para llevarlo a cabo mayores son las posibilidades de éxito a largo plazo¹⁰.

A su vez, como contrapartida, es importante que el profesional sea realista acerca de sus recursos de tiempo y energía emocional²⁹. Adquirir estas habilidades requiere práctica y estar consciente o atento a lo que se hace y a cómo responde el paciente. Cambiar nuestra actitud frente a la persona enferma también supone un esfuerzo, como todo cambio.

Educación terapéutica

La actitud bien intencionada de informar y dar consejo a menudo puede deslizarse hacia una persuasión improductiva. Ayudar a los pacientes a aprender es diferente de impartir información. Es tan importante su contenido como la manera y el momento en que se lo hace. Cuando nos enfrentamos con un problema crónico y a la necesidad de perseverancia y cambios en el estilo de vida, es necesario estar advertidos que una manera autoritaria y técnica, como el clásico veredicto médico: "sus resultados muestran.... y como consecuencia yo he decidido....", es irreal para el paciente. Este, encontrándose en una posición pasiva, está incapacitado de asumir responsabilidades y dicho estilo resulta insuficiente para motivarlo a cuidarse a sí mismo. Como resultado, habrá poca posibilidad de adherencia.

Aprender es la transformación del conocimiento recibido, su apropiación, su utilización y adaptación a circunstancias particulares, personales y sociales. El fin de la educación terapéutica es que el paciente sea capaz de controlar su enfermedad día a día, que pueda cambiar actitudes y comportamientos. Los médicos tendemos a explicar más que a tratar que el sujeto adquiera los conocimientos y experiencia necesaria para manejar su problema en su vida cotidiana. Se trata de enseñar a seguir un tratamiento, aumentando al máximo la libertad del individuo de hablar y pensar acerca de cambiar, en una atmósfera libre de coerción y de la provisión de soluciones prematuras^{2, 10}. En este sentido, las recaídas no deben ser vistas como fracasos, sino como una oportunidad de aprender a partir de los errores, clave del proceso de aprendizaje, y aumentar el compromiso con el tratamiento³⁰.

Las intervenciones exitosas y más efectivas en el largo plazo requieren de estrategias múltiples de mucho compromiso y participación por parte del profesional y del paciente. El modelo centrado en el paciente y el énfasis en dotarlo de poder puede ir contra los instintos médicos. Como profesionales de la salud muchas veces nos sentimos más útiles dando consejos, pero la verdad es que no los ayudamos a resolver sus problemas o a realizar cambios duraderos diciéndoles lo que "deberían hacer". Los pacientes necesitan encontrar sus propias

motivaciones y soluciones, y hacerse cargo de sí mismos desde un autocuidado responsable, y nosotros necesitamos darles el poder para hacerlo.

Bibliografía

1. Massuh V. De la Ciencia a la Sabiduría. La Nación, Buenos Aires, 4/VI/2000.
2. Lacroix A, Jacquemet St, Assal JPh. Help your patients to improve self-management: building a therapeutic chain. The DESG teaching letter N° 9, WHO: Division of therapeutic education for chronic diseases. Geneva: 1996, p 1-6.
3. Montero JC, Facchini M. Ansiedad y Obesidad. En: Kalina E, Ruiz M, Montero J, Ansiedad y síntomas orgánicos. Buenos Aires: MC-Comunicaciones Médicas, 2001, p 22-45.
4. Assal J. Educating the diabetic patient: difficulties encountered by patients and health care providers. Concepts for the Ideal Diabetes Clinic. New York-Berlin: De Gruyter, 1992, p 73-87.
5. Prochaska JO, Norcross JC & Di Clemente CC. When you change. In: Prochaska JO, Norcross JC & Di Clemente CC (eds). Changing for Good. New York: Avon, 1994, p 36-50.
6. Miller WR & Rollnick S. What motivates people to change? In: Miller WR & Rollnick S. (eds). Motivational Interviewing. New York: Guilford Press, 1991, p 14-29.
7. Miller WR & Rollnick S. Principles of motivational interview. In: Miller WR & Rollnick S. (eds). Motivational Interviewing. New York: Guilford Press, 1991, p 51-63.
8. Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Motivational readiness to control weight. In: Allison DB, (eds). Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight related problems. Newbury Park, CA: Sage, 1995, p 387-430.
9. Miller WR & Rollnick S. Ambivalence: the dilemma of change. In: Miller WR & Rollnick S. (eds). Motivational Interviewing. New York: Guilford Press, 1991, p 36-47.
10. Rollnick S, Mason P & Butler C. Foundations: theory and practice in: Rollnick S, Mason P & Butler C. Health Behavior Change. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999, p 17-39.
11. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49: 796-804.
12. Stewart, M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 1423-33.
13. Smith RC, Marshall-Dorsey AA, Osborn GG, et al. Evidence-based guidelines for teaching patient-centered interviewing. *Patient Educ Couns* 2000; 39: 27-36.
14. Greenfield S, Kaplan S, & Ware JE. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med* 1988; 3: 448-57.
15. Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D, Vallbona C. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol* 1987; 6: 29-42.
16. Zukerfeld R, Zonis de Zukerfeld R. Calidad de vida y vulnerabilidad. En: Zukerfeld, R, Zonis de Zukerfeld, R. (eds). Psicoanálisis, Tercera Tópica y Vulnerabilidad Somática. Buenos Aires: Lugar, 1999, p 125-55.
17. Haynes RB, Mc Donald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA* 2002; 288: 2880-3.
18. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to

- enhance patient adherence to medication prescriptions: Scientific review. *JAMA*, 2002, 288: 2868-79.
19. Zukerfeld R, Zonis de Zukerfeld R. Red vincular y vulnerabilidad. En: Zukerfeld R y Zonis de Zukerfeld R (eds). *Psicoanálisis, Tercera Tópica y Vulnerabilidad Somática*. Buenos Aires: Lugar, 1999, p 85-123.
 20. Safran JD. Toward a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory. In: Safran JD. *Widening the scope of cognitive therapy: the therapeutic relationship, emotion, and the process of change*. London: Aronson, 1999, p 61-102.
 21. Henry WP, Strupp HH. The therapeutic alliance as interpersonal process. In: Horvath AO & Greenberg LS. (eds). *The working Alliance: Therapy, Research and Practice*. New York: Wiley, 1994, p 51-84.
 22. Bordin E. Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In: Horvath AO, Greenberg LS (eds). *The working Alliance: Therapy, Research and Practice*. New York: Wiley, 1994, p 13-37.
 23. Facchini M. Aspectos terapéuticos de la imagen corporal en la obesidad. En Montero JC, CD: *Obesidad*. Buenos Aires: AMA, Biblioteca Médica Digital, 2003.
 24. Safran JD, Muran JC. The therapeutic alliance reconsidered. In: Safran JD, Muran JC (eds). *Negotiating the Therapeutic Alliance*. New York: Guilford Press, 2000, p 1-29.
 25. Zukerfeld R. Alianza terapéutica y encuadre analítico. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría* 2001; 12: 211-20.
 26. Horvath AO, Greenberg LS. Introduction. In: Horvath AO & Greenberg LS. (eds). *The working Alliance: Therapy, Research and Practice*. New York: Wiley, 1994, p 1-9.
 27. Horvath AO & Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 561-73.
 28. Horvath A. The Therapeutic relationship: from transference to alliance. *Psychotherapy in Practice* 2000; 56: 163-73.
 29. García Izquierdo M. Las relaciones interpersonales en el trabajo: el *burnout*. En: Vidal JB (eds). *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirámide, 1993, p 29-30.
 30. Safran JD, Muran JC. Understanding alliance ruptures and therapeutic impasses. In: Safran JD, Muran JC (eds). *Negotiating the Therapeutic Alliance*. New York: Guilford Press, 2000, p 72-107.

Eighty to 90 per cent of all the scientists who ever lived are alive now. This statement has been true for every year since 1700, perhaps even earlier. Moreover, any scientist, looking back at the end of his career, will find that 80 to 90 per cent of the scientific work in his field has taken place before his very eyes. Every retired scientist is a walking, living, eye-witnessing historian of most of the science that has moulded his or her discipline. . . So we see that, depending on the parameter measured, the entity we call science has, over the past three centuries, doubled in size every 10 to 15 years.

Del 80 al 90 por ciento de todos los científicos que hubo están vivos hoy. Esta declaración vale para cada año desde 1700, y tal vez antes. Además, cualquier científico, recordando al final de su carrera, encontrará que del 80 al 90 por ciento del aporte científico en su tema tuvo lugar delante de sus propios ojos. Cada científico retirado es un historiador de cuerpo presente para casi toda la ciencia que se ha desarrollado en su disciplina. Así vemos que, dependiendo del parámetro empleado, la entidad que llamamos ciencia, en los tres siglos pasados, se ha visto duplicada cada 10 a 15 años.

Terence Kealy

More is less. Economists and governments lag decades behind Derek Price's thinking.
Nature 2000; 405: 279