

## Motivación de la persona con diabetes

Gemma Peralta Pérez

Psicóloga clínica. Fundació Rossend Carrasco i Formiguera, Barcelona

### INTRODUCCIÓN

La diabetes es una de las enfermedades crónicas que más requiere la colaboración de la Psicología, tanto para contribuir a la adaptación de la persona al tratamiento como para favorecer una evolución más adecuada. Es además una de las enfermedades que requiere de la colaboración de la persona para aprender tanto a gestionar el tratamiento como qué pautas llevar a cabo para prevenir determinadas situaciones. Esta adherencia al tratamiento depende, en gran medida, de la motivación que la persona sienta para llevar a cabo esta gestión de la enfermedad. Hablaremos, por tanto, de cómo mejorar la motivación del individuo para el manejo de la enfermedad y qué pautas, por parte del profesional, son necesarias para posibilitar que el paciente se sienta motivado.

### EVOLUCIÓN DEL ENFOQUE PSICOLÓGICO EN DIABETES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

En la evolución de la Psicología aplicada a la diabetes en los últimos quince años, se pueden identificar tres líneas de investigación:

1. La detección de la psicopatología en los pacientes con diabetes y su influencia en la evolución de la enfermedad.
2. La influencia de las características de la personalidad sobre el control metabólico de la enfermedad.
3. La intervención psicológica orientada a mejorar la adaptación a la enfermedad.

#### La detección de la psicopatología

Cuando se estudian enfermedades crónicas, existe un acuerdo general respecto a que los trastornos depresivos son los que aparecen con más frecuencia. Estos datos se mantienen en el caso de la diabetes, pero en muchos estudios se pone en evidencia la dificultad que existe para diferenciar los

síntomas de depresión y los síntomas de la diabetes (pérdida de peso, cansancio, hipersomnia, etc.)<sup>1</sup>.

No hay estudios que confirmen que la prevalencia de depresión sea mayor en pacientes con diabetes que entre los pacientes que sufren otras enfermedades crónicas. Sin embargo, sí que se evidencia que, cuando aparece un trastorno depresivo en una persona con diabetes, empeora el control de la glucemia<sup>2</sup>.

#### La influencia de la personalidad sobre el control metabólico

La línea de estudio de la personalidad que ha resultado más efectiva en cuanto a sus implicaciones clínicas de la diabetes ha sido la que se ha basado en el modelo de la personalidad de Eysenck. Este modelo indica una correlación positiva entre las puntuaciones de neuroticismo y los niveles de hemoglobina glucosilada, aunque no parece muy clara la explicación de esta relación.

Otros autores han utilizado el modelo tridimensional de la personalidad de Cloninger para comprobar si los pacientes con variables extremas de personalidad tendrían un control metabólico peor. Se observó que las características de alta dependencia de la recompensa y alta evitación del daño guardaban una relación significativa con las personas que tenían un control glucémico peor. Estas características de la personalidad son típicas de las personas que suelen abandonar rápidamente su conducta ante las dificultades y a las que resulta difícil colaborar con los demás. En la diabetes estas características dificultan notablemente la relación sanitario-paciente y el seguimiento sistemático de las variables del tratamiento<sup>3</sup>.

Por último, otros autores han evaluado la relación entre el control glucémico y las alteraciones de la personalidad basadas en los trastornos del eje II del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de 1996. Se ha observado que las

características que predicen peores niveles de hemoglobina glucosilada son: inestabilidad emocional, baja autoestima, relaciones basadas en la dependencia, facilidad para el descontrol de impulsos y dificultades para tolerar la frustración.

### La intervención psicológica orientada a mejorar la adaptación a la enfermedad

El proceso de adaptación a la enfermedad es difícil, pues supone la interacción entre la psicología individual del paciente, el entorno social y el entorno familiar. Las variables psicológicas de mayor relevancia en el proceso de adaptación a la diabetes son: (1) las atribuciones del paciente sobre la enfermedad, (2) el nivel de ansiedad asociado a la enfermedad o las repercusiones depresivas ante la enfermedad y (3) las estrategias de afrontamiento del sujeto.

### Las atribuciones que el paciente realiza sobre su enfermedad

En concreto, las atribuciones que el paciente realiza sobre los síntomas, la gravedad de la enfermedad, la vulnerabilidad a las consecuencias negativas que le comporte la diabetes, los costes y beneficios que considere que tiene el tratamiento y la percepción de autoeficacia para llevar a cabo las actividades de autocuidado son variables clave para la actitud que la persona desarrolle ante el trastorno.

En esta área se ha de tener en cuenta también la teoría del aprendizaje social de Rotter o *locus of control* y la teoría cognitivo-social de la autoeficacia de Bandura.

La teoría de Rotter sobre el *locus of control* se basa en el estudio de cómo las personas atribuyen las causas de las cosas que suceden.

Las dimensiones que presenta esta teoría son:

- Control interno.
- Control externo.

Las personas que corresponden al control externo atribuyen que el control de la diabetes es debido al azar, al equipo sanitario o a la tecnología.

Las que corresponden al control interno son las que consideran que son ellas mismas las únicas responsables del control de la situación o de la enfermedad.

Las personas con un control intermedio consideran que ellas tienen responsabilidad sobre el control de su diabetes,

pero también que las variables externas son importantes para la mejora del autocontrol (por ejemplo, que su equipo sanitario sea asequible, que pueda acudir a consultar dudas, etc.).

En el caso de la diabetes, se ha comprobado que las personas con un *locus of control* interno o intermedio llevan a cabo un control más óptimo de la enfermedad.

La teoría cognitivo-social de Bandura, en concreto la variable de autoeficacia (lo capaz que el individuo se siente de llevar a cabo un comportamiento o acción), se relaciona también con un mejor control metabólico de la enfermedad, pues la persona, al sentirse más capaz de realizar y llevar a cabo el tratamiento, colabora más activamente en éste<sup>4</sup>.

### El nivel de ansiedad asociado a la enfermedad o las repercusiones depresivas ante la enfermedad

Las personas con mayores niveles de ansiedad pueden tener un control metabólico más deficiente. En la diabetes, la técnica más estudiada para reducir estos niveles de activación ha sido la relajación muscular, mostrar referentes de personas que sean parecidos al individuo en cuestión y que hayan tenido una evolución adecuada de la enfermedad y el control del pensamiento negativo sobre la evolución que pueda seguir.

En los pacientes donde se dan niveles de depresión como reacción al padecimiento de la enfermedad, será importante valorar el nivel de autoeficacia que la persona percibe en cada una de las variables del tratamiento, pues niveles de autoeficacia disminuidos se correlacionan con estados depresivos. Las personas con niveles depresivos suelen valorar que el cumplimiento terapéutico les ha llevado a una pérdida notable de hábitos o costumbres anteriores. En estos casos es importante conseguir adaptar el tratamiento de la diabetes al estilo de vida que estaba llevando a cabo el individuo hasta el momento del diagnóstico. En diferentes estudios se demuestra que la depresión impide la adopción de conductas de autocuidado e influye en la disminución de la motivación social<sup>5</sup>.

### De las estrategias de afrontamiento que posea una persona depende su manera de enfrentarse al estrés asociado a la diabetes

Esta enfermedad plantea a diario situaciones que algunas personas pueden percibir como muy amenazadoras y ante las que pueden carecer de recursos de afrontamiento eficaces. Las técnicas que han demostrado mayor eficacia para afrontar con éxito las situaciones difíciles han sido el entre-

namiento en asertividad y habilidades sociales, así como un estilo de afrontamiento o *coping* activo ante la enfermedad en vez de un afrontamiento pasivo.

En este apartado cabe tener en cuenta también el modelo de creencias de la salud, pues también ayuda a determinar si una persona seguirá un tratamiento recomendado o no y si seguirá las prescripciones terapéuticas del tratamiento para llevar un buen control de la diabetes. En general, las personas jóvenes no llevan a término conductas de cuidado de la salud, a no ser que:

- Tengan unos niveles mínimos de motivación y formación relevantes sobre la salud.
- Se vean a sí mismos potencialmente vulnerables.
- Veán la situación como amenazante.
- Estén convencidos de la eficacia del tratamiento.
- Perciban pocas dificultades para poner en práctica la conducta adecuada para llevar a cabo el tratamiento.

El modelo tiene las siguientes creencias o elementos principales:

- A.** Motividad de salud: se refiere al grado de interés que la persona tenga con respecto a los problemas de salud.
- B.** Susceptibilidad a la enfermedad: vulnerabilidad que la persona perciba respecto a la diabetes en cuestión, incluidos la aceptación del diagnóstico y el punto de vista de la persona con diabetes sobre qué probabilidad tiene de desarrollarla o de tener complicaciones.
- C.** Gravedad de la enfermedad: percepciones referidas a la probable gravedad que pueda sufrir si dejara sin tratar la enfermedad. Las complicaciones o consecuencias pueden ser orgánicas, psicológicas o sociales.
- D.** Beneficios y costes del tratamiento: es la estimación que hace el individuo de los beneficios que le reportará la realización de la acción saludable recomendada (costes económicos, incomodidad física o psicológica, etc.).
- E.** Dificultades del tratamiento: las barreras y situaciones que podrían convertirse en un obstáculo para un seguimiento adecuado del tratamiento (coste, peligro, dolor, etc.) que la persona con diabetes percibe al respecto.
- F.** Claves para actuar: se refiere a que alguna cosa debe pasar para disparar estas percepciones y conducir a que se lleve a cabo la conducta de salud apropiada.

De todo esto se deduce que es más probable que la persona con diabetes siga el tratamiento si cree que éste le proporcionará beneficios y que las dificultades no son insuperables. De la misma forma, las personas que son conscientes de la gravedad del trastorno y de su vulnerabilidad en relación con éste cumplirán mejor las indicaciones.

Es importante recordar que conocer la gravedad de una enfermedad (por ejemplo, sus posibles complicaciones) no es una razón suficiente para cambiar las actitudes. Muchas veces esta amenaza comporta bloqueo y negación y no una mejora en las pautas del tratamiento.

Los conocimientos y las creencias afectan a los resultados del tratamiento, pero también sucede al contrario. Esta interrelación indica que las predicciones de este modelo no son fijas y que dependen de la educación y las indicaciones que el individuo reciba.

La persona con un control deficiente de la enfermedad puede mejorar si nosotros como sanitarios somos capaces de:

- Transmitir que el cumplimiento adecuado del tratamiento disminuye la probabilidad de complicaciones.
- Ayudar a superar las barreras que percibe en el tratamiento, dándole normas que faciliten la flexibilidad y adecuación.
- Motivar la creencia de que las complicaciones pueden ser reducidas, con pequeñas mejoras en el control.
- Ponernos «al lado de» la persona con diabetes, trabajando la empatía y disminuyendo el juicio negativo sobre su conducta, con el objetivo de mejorar su control.

### ANÁLISIS DE LAS DIFERENTES ÁREAS DEL INDIVIDUO PARA CONTRIBUIR A SU MOTIVACIÓN

Antes de dar las instrucciones del tratamiento en el inicio del diagnóstico, o bien en el curso de los controles periódicos, la adhesión al tratamiento puede ser mejorada si por parte del profesional se adquiere la habilidad de considerar al paciente desde una visión integral, en lugar de hacerlo solamente desde el punto de vista médico-biológico.

A grandes rasgos, se deben diferenciar cuatro áreas básicas (social, laboral, familiar o de pareja y personal), pues la obstaculización de una o varias de estas áreas, como consecuencia del tratamiento, tendrá un efecto decisivo sobre la actitud y la sensación de bienestar del paciente.

#### Área social

Es importante conocer en esta área si la persona lleva a cabo una vida social activa o, por el contrario, no realiza una continuidad de contactos sociales y salidas. Cuando el equipo sanitario se enfrenta a un individuo con una vida social activa, es importante que le defina con precisión qué pautas debe realizar en las salidas y viajes, pues si el tratamiento le

llevara a una privación del contacto social, la persona experimentaría una sensación negativa.

### Área laboral

---

Se debe conocer si la situación laboral es una de las fuentes principales de motivación para el individuo o si, por el contrario, no lo es. En el caso de que lo fuera, se ha de intentar adaptar y flexibilizar las pautas del tratamiento a la jornada laboral.

Por otra parte, se debe conocer si la persona está sometida, de forma continua, a una situación de estrés por parte del trabajo o si no está sometida a altas tensiones.

Es básico también conocer si la persona dispone de apoyo por parte de los compañeros o de la institución o si estas variables no están presentes.

### Área familiar o de pareja

---

Es importante conocer dentro de esta área cuál es el tipo de rol que el paciente tiene dentro del entorno familiar. La enfermedad no debe crear relaciones de dependencia extrema con respecto a los miembros de la familia, pues se ha de intentar que el individuo desarrolle autonomía y autocontrol.

### Área personal

---

Cabe conocer qué aficiones practica y con qué frecuencia, qué actividades realiza en la ocupación del tiempo libre y saber si realiza estas actividades solo o acompañado. El tratamiento también debe contemplar que las personas con diabetes las sigan realizando.

Una vez mínimamente identificadas estas áreas, es preciso jerarquizarlas en función del nivel de importancia que les confiera el paciente. Esta jerarquización es fundamental para que, conjuntamente con el resto del equipo sanitario, los ejemplos que se pongan en las clases de educación o las indicaciones que se den sean desde las primeras áreas prioritarias para el individuo. Así pues, si tenemos un individuo cuya prioridad está centrada en el área laboral y a quien lo que le motiva en último lugar es la actividad social, no intentaremos que los ejemplos a la hora de dar las pautas de la dieta sean desde la perspectiva de salidas o viajes con los amigos. Utilizar un lenguaje apropiado a lo más motivador para la persona permitirá que preste mayor atención y se sienta implicado en las pautas de tratamiento que se le están dando.

Muchas veces tendemos a motivar desde lo que es prioritario para nosotros mismos y no desde lo que es prioritario para los demás.

### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO A TRAVÉS DE TÉCNICAS MOTIVACIONALES

---

Los estudios de Gerber y Nehemkis (1986) han observado múltiples factores que afectan a la adherencia al tratamiento de la diabetes. En el concepto de adherencia se comprenden las múltiples pautas que la persona ha de llevar a cabo para controlar de forma adecuada la enfermedad (dosis de insulina, raciones de hidratos de carbono, qué tipo de ejercicio y cómo llevarlo a cabo, etc.)<sup>6</sup>.

En la adherencia al tratamiento destacan las siguientes variables:

- La formación y habilidades de comunicación de los profesionales de la salud: endocrino, dietista, enfermera y, en ocasiones, psicólogo.
- Los factores psicosociales de los adolescentes con diabetes.
- La influencia del apoyo familiar.
- Las variables sociales.
- Las variables medioambientales.
- Las variables económicas.
- Las variables cognitivas.
- Las variables emocionales.
- Las variables morales.

Para conocer el grado de adhesión al tratamiento, es necesario realizar diferentes evaluaciones en unos contextos concretos, y destacar o tener en cuenta los determinantes personales y contextuales:

- En cuanto a los determinantes personales, destacan los conocimientos y las habilidades de la persona sobre la enfermedad y el tratamiento y las conductas de autocuidado (ejercicio, pautas de alimentación, control glucémico, asistencia a revisiones periódicas, etc.) que el paciente tenga instauradas como hábitos frecuentes.
- En cuanto a los determinantes contextuales, destacan, dentro del área familiar, qué actitudes y creencias tengan respecto a la enfermedad, el apoyo familiar del que disponga, el estilo de vida familiar que lleven a cabo y el rol que el individuo desarrolle dentro de su entorno familiar.

### A modo de reflexión cabe tener en cuenta que...

---

- A. En diferentes estudios se demuestra que aquellos pacientes con menos información sobre la enfermedad, menos

motivados y con pocas herramientas conductuales realizan con menos frecuencia los controles capilares<sup>7</sup>.

- B.** Con respecto a la utilización de la entrevista motivacional (*motivational interviewing*), es todavía temprano para haber comprobado si tiene unos efectos positivos sobre el autocontrol en la diabetes. Se necesitan más estudios para demostrar la eficacia de esta herramienta y, sobre todo, que el personal sanitario esté más familiarizado y emplee mejor esta técnica para a través de ella enseñarle el autocontrol de la enfermedad<sup>8</sup>.
- C.** En estudios recientes, como ya hemos mostrado, la autoeficacia se correlaciona con un autocuidado de la diabetes más alto<sup>9</sup>. Será importante incluir esta variable psicológica en los actuales programas de educación diabetológica.

- D.** Con respecto a la modificación de pensamientos negativos, se demuestra que aquellos pacientes con más información sobre la diabetes, con menos actitudes fatalistas o ideas negativas de destino y con apoyo social trabajan de forma más activa para obtener controles glucémicos adecuados<sup>10</sup>.
- E.** Cabe también reflexionar que harán falta más entrenamientos con personal sanitario para saber manejar técnicas motivacionales y de modificación de la conducta de la persona con diabetes para conseguir cambios en las actitudes negativas y que se mantengan durante más tiempo los cambios conseguidos, y no solamente lograr que el paciente se sienta satisfecho tras sesiones de información de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lustman P, Griffith L, Gavard J, Clouse R. Depression in adults with diabetes. *Diab Care* 1992;15:1631-9.
2. Lustman P, Griffith L, Clouse R, Cryer P. Psychiatric illness in diabetes: relationship to symptoms and glucose control. *J Ner Ment* 1986;174:736-42.
3. Lustman P, Bradley F, McGill J. Relationship of personality. Characteristics to glucose regulation in adults with diabetes. *Psychosomatic Med* 1995;53:105-312.
4. Via PS, Salyer J. Psychosocial self-efficacy and personal characteristics of veterans attending a diabetes education program. *Diabetes Education* 1999;25:727-37.
5. Egede LE, Osborn CY. Role of motivation in the relationship between depression, self-care, and glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2010;36(2):276-83.
6. Gerber KE, Nehemkis AM (eds.). *Compliance: the dilemma of the chronically ill*. New York: Springer Pub. Co.; 1986.
7. Fisher WA, Kohut T, Schachner H, Stenger P. Understanding self-monitoring of blood glucose among individuals with type 1 and type 2 diabetes: an information-motivation-behavioral skills analysis. *Diabetes Educ* 2011;37(1):85-94.
8. Heinrich E, Candel MJ, Schaper NC, de Vries NK. Effect evaluation of a Motivational Interviewing based counselling strategy in diabetes care. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;90(3):270-8.
9. Osborn CY, Egede LE. Validation of an Information-Motivation-Behavioral Skills model of diabetes self-care (IMB-DSC). *Patient Educ Couns* 2010;79(1):49-54.
10. Moran J, Bekker H, Latchford G. Everyday use of patient-centred, motivational techniques in routine consultations between doctors and patients with diabetes. *Patient Educ Couns* 2008;73(2):224-31.