

Unidad temática 6
Apoyo al automanejo.

6

Índice

- 1 Objetivos
- 2 Introducción
- 3 Adherencia al tratamiento
 - 3.1 Adherencia vs cumplimiento
4. Automanejo
 - 4.1 Apoyo al automanejo
 - 4.2 Diferencias entre la educación tradicional al paciente y la educación en el automanejo.
 - 4.3 Recursos para el Apoyo al Automanejo (RAAM)
 - 4.4 La intervención breve
 - 4.5 La entrevista motivacional
5. Rol de las instituciones de salud.
6. Herramientas que facilitan el desarrollo del auto manejo

1 Objetivos de esta unidad temática.

- Promover el desarrollo de habilidades y estrategias que necesita el personal de salud para contener, ayudar y facilitar la adherencia al tratamiento de las personas con enfermedades crónicas
- Proveer herramientas conceptuales sobre el manejo de la consulta.
- Conocer y aplicar estrategias que favorecen el automanejo en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas.
- Desarrollar competencias para planificar un dispositivo para el automanejo en su institución

2 Introducción.

Las enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, la obesidad y la hipertensión arterial, requieren de tratamientos de larga duración, y por tanto las personas que las padecen necesitan acostumbrarse a convivir con un conjunto de

síntomas y situaciones nuevas, referidas al cuidado de su persona en aspectos como alimentación y actividad física que **deberán acordar con el equipo de salud para llevar a cabo el tratamiento**. Estos cambios implican a su vez modificaciones en la vida cotidiana y en las relaciones familiares. Para que este proceso pueda llevarse a cabo de manera eficaz, es importante tener en cuenta dos fenómenos íntimamente relacionados: adherencia al tratamiento y automanejo.

3 Adherencia al tratamiento

La falta de adherencia al tratamiento es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. En lo que respecta a estas enfermedades se ha descrito que, luego de seis meses de haber comenzado un tratamiento, entre el 30 y el 80% de los pacientes dejaba de tomar la medicación. Mucho más baja aún es la adherencia a las prescripciones de cambio en el estilo de vida.

Importante

En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública¹ debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costos sanitarios²

3.1 Adherencia vs. Cumplimiento

Aunque tradicionalmente se ha utilizado el término cumplimiento para definir el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor, este término ha sido cuestionado, ya que parece implicar que el paciente tiene un rol pasivo en su tratamiento, limitándose a tomar el medicamento y seguir las indicaciones tal y como se lo han prescrito. Asimismo, el término incumplimiento culpabiliza al paciente, que falla a la hora de seguir las instrucciones médicas.

Actualmente se prefiere el término adherencia, definido como la habilidad de un individuo para adquirir y mantener un comportamiento referente a un plan de cuidados acordado con el equipo de salud. Esta definición de adherencia resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico y el resto del equipo de salud, para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas

En el abordaje de las personas con enfermedades crónicas es preciso incluir el componente farmacológico así como los estilos de vida y la aceptación de un proceso que si bien a veces es silencioso, termina por influir a mediano o largo plazo en las condiciones de vida de las personas y su contexto inmediato. Las consecuencias del no tratamiento en las enfermedades crónicas producen complicaciones tanto a nivel físico como emocional. Las personas comienzan a experimentar limitaciones que afectan su vida laboral, familiar y social. Se crea así un círculo de estados anímicos estresantes que al mismo tiempo inciden en su enfermedad

Retomemos brevemente algunas cuestiones abordadas en la unidad temática 3, cuando nos detuvimos a pensar en los propios hábitos. Se sugería reflexionar en las siguientes preguntas: cuando usted tuvo que cambiar un hábito en su conducta, ¿cómo lo hizo? ¿Qué le facilitó el cambio? ¿Qué le dificultó el mismo? ¿Logró hacerlo y mantenerlo en el tiempo? Es importante ponernos en el lugar del otro para darnos cuenta lo difícil que resultan estos cambios y así tener más herramientas a la hora de ayudar a otros.

Aspectos básicos, que se deben considerar al abordar cualquier intervención dirigida a mejorar la adherencia

– **Individualizar** la intervención, adaptándola a las circunstancias y dificultades concretas del paciente en cada caso, ya que el origen de la falta de adherencia es multifactorial y no hay una intervención específica que pueda ser recomendable para todas las personas. Además, al momento de acordar los cambios que sería deseable la persona realice, es importante tomar en cuenta la vida cotidiana de esa persona, con quién vive, de qué trabaja, qué posibilidades económicas posee, en qué contexto cultural vive, qué creencias rigen su vida, entre otras consideraciones.

– **Fortalecer** la relación con el paciente, favoreciendo la confianza para que exprese abiertamente sus dudas, preocupaciones o dificultades para adherir a las recomendaciones de tratamiento que se le proponen, y poder asumirlas como suyas.

– **Trabajar** en forma interdisciplinaria, ya que tanto la prevención como la detección y abordaje de la falta de adherencia a los tratamientos no son competencia exclusiva del médico. En varios estudios en los que se ha logrado mejorar la adherencia, las intervenciones eran lideradas por otros profesionales sanitarios (enfermeras, farmacéuticos)⁷. En este sentido, la participación del personal de enfermería es especialmente relevante, ya que la consulta de enfermería constituye un entorno ideal para la obtención de información sobre miedos y reticencias culturales o individuales de cada persona⁸.

4 Automanejo

En el 2002, la OMS reconoció que el automanejo era la piedra angular en la atención a personas con enfermedades crónicas. Automanejo se refiere al rol central del paciente en el manejo de su propia salud. No existe una definición universalmente aceptada sobre automanejo; en cambio se usan varios términos, algunos de ellos con significados similares dependiendo del contexto en que aparecen.

Los términos más usados en el ámbito del automanejo son:

- Preparación o entrenamiento para el automanejo
- Empoderamiento de los pacientes
- Autocuidados

El término automanejo indica la participación del paciente en el tratamiento o la educación sobre su condición o enfermedad incluyendo los aspectos biológico, emocional, psicológico y social. Estas consideraciones son especialmente importantes

ya que el sistema de salud no está preparado para acompañar a largo plazo a sus pacientes, ni las personas están dispuestas a continuar por mucho tiempo las indicaciones acordadas con el equipo de salud. Los profesionales están formados para curar y los pacientes esperan ser curados. El largo camino que implica la atenuación de síntomas pero no la cura, provoca desesperanza en el profesional y decepción en el paciente y su familia.

Resumiendo varias definiciones, las acciones de automanejo podrían agruparse en:

- a. participar en la educación o tratamiento para alcanzar algún objetivo terapéutico,
- b. prepararse para manejar día a día su propia condición de salud,
- c. practicar un comportamiento específico, y
- d. tener las habilidades para reducir el impacto físico y emocional con o sin la colaboración del equipo de salud

El empoderamiento es un concepto útil, directamente relacionado al de automanejo. El empoderamiento es definido como el proceso a través del cual un individuo o un grupo gana poder y acceso a recursos para manejar su propia vida. El empoderamiento es efectivo si los individuos adquieren las habilidades que los capacitan para resolver sus problemas de salud y tomar las decisiones acertadas. Los profesionales de salud no pueden empoderar a los pacientes, pero pueden usar estrategias que los ayuden a alcanzarlo (Robbins, 1998).

El empoderamiento es una colaboración centrada en la persona donde ésta y el profesional tienen igual importancia. “Un paciente empoderado es aquel que tiene el conocimiento, las habilidades, las actitudes y la conciencia necesaria para influenciar su propio comportamiento y el de otros para mejorar la calidad de vida. El rol del paciente incluye estar bien informado a la hora de tomar decisiones para alcanzar objetivos terapéuticos y superar barreras. El automanejo es una estrategia de empoderamiento” (Funnel, 1991)

Por ejemplo ante una situación de hipoglucemia, un paciente empoderado sabe cómo manejarse porque conoce acerca de esta complicación, o al salir a comer afuera sabe qué opciones elegir para mantener hábitos alimentarios saludables.

4.1 Apoyo al automanejo

El “apoyo al automanejo” se define como la “provisión sistemática de educación e intervenciones de apoyo por parte del personal de salud para aumentar las habilidades y la confianza de los pacientes y la gestión de su salud incluyendo la evaluación periódica de los progresos y problemas, establecimiento de metas y resolución de problemas”⁹.

El apoyo eficaz al automanejo ayuda a las personas y sus familias a hacer frente a los problemas que generan el convivir con personas que sufren afecciones crónicas y cuidarlas de manera de reducir al mínimo las complicaciones, los síntomas y las discapacidades. Los programas eficaces de automanejo emplean un procedimiento de colaboración entre los pacientes y el equipo de salud para definir los problemas, establecer las prioridades, fijar las metas, crear planes de tratamiento y

resolver los problemas sobre la marcha. El apoyo al automanejo subraya la fundamental importancia del papel del paciente en el manejo de su salud.

El apoyo al automanejo puede brindarse de varias formas:

- a) individualmente, en el contexto de una consulta clínica común;
- b) mediante un formato grupal en el marco de la atención de la salud;
- c) en el formato grupal de acciones comunitarias,
- d) a distancia mediante un teléfono (fijo o móvil) o a través vehículos innovadores (páginas de internet, correo electrónico, mensajes de texto y las redes sociales como Facebook y Twitter).

En muchos casos, la organización de atención de salud puede establecer recursos externos y comunitarios para prestar apoyo constante al automanejo de los pacientes, tema que será abordado en la próxima unidad temática.

Tanto los profesionales de la salud como los pacientes confunden con frecuencia la educación respecto de las enfermedades con el apoyo al automanejo. Datos probatorios indican que la educación que solo informe respecto de las enfermedades es insuficiente por sí sola para producir resultados positivos en materia de salud. Parece esencial recurrir a actividades más amplias de capacitación que brinden herramientas más amplias e inclusivas. Además, la eficacia del programa también parece estar relacionada con la cantidad y calidad de tiempo de contacto entre el equipo de salud y el paciente, así como las posibilidades de seguimiento y apoyo permanentes.

para pensar



Entonces podríamos preguntarnos, ¿En el servicio de salud donde usted trabaja o concurre, hay talleres, cursos o alguna actividad orientada al apoyo al automanejo? ¿Por qué la educación en el automanejo no se ha convertido en una práctica generalizada y sistemática en todos los servicios asistenciales que tratan a personas con enfermedades crónicas?

4.2 Educación en el automanejo.

Este componente se centra en la importancia de concientizar al paciente para que asuma un rol activo en el manejo de su enfermedad. Por tanto, para que el paciente asuma este rol, el papel de los proveedores de atención es brindarle educación para el automanejo, guiarlo en el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones, promover la participación de su red de cuidados y tomar en cuenta los recursos comunitarios disponibles como parte de la red de salud.

El equipo de salud se encuentra en una posición ideal para motivar y asistir a los pacientes a hacer modificaciones de comportamiento para favorecer hábitos de vida saludables. Las personas que padecen enfermedades crónicas tienen contactos periódicos con los equipos de atención primaria. Las intervenciones para cambiar el comportamiento requieren ser repetidas muchas veces para tener algún efecto. La continuidad de los cuidados ofrece una buena oportunidad para mantener la

motivación, evaluar el progreso, proveer retroalimentación y ajustar los planes de cambio de comportamiento (Podl, 1999).

Los pacientes que padecen enfermedades o condiciones crónicas necesitan ayuda con el manejo diario del tratamiento y del comportamiento. Además, en muchos casos las personas necesitan aprender a vivir con las limitaciones propias de la enfermedad y manejar el dolor. La aparición de condiciones crónicas requiere de un ajuste en las actividades y funciones que se realizan a diario. Las personas necesitan reconocer los signos de alarma y saber cómo actuar ante estos, así como cuándo y dónde deben buscar ayuda. Para ello, es necesario que los pacientes tengan una comunicación efectiva con el equipo de salud.

En el caso de las enfermedades crónicas, pacientes y familias pueden ser considerados como proveedores de cuidados, ya que las personas que padecen enfermedades crónicas pasan la mayor parte del tiempo fuera de las instituciones de salud. La educación sistemática y el apoyo al automanejo brindado por los proveedores de salud permiten a las personas con enfermedades crónicas, adquirir la capacidad para automanejar su condición y prevenir complicaciones en la medida de lo posible.

La relación médico-paciente se constituye en un pilar fundamental del tratamiento. Es de gran importancia integrar al paciente como un participante activo en 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, el conocimiento y la confianza para hacerlo. Las intervenciones exitosas y más efectivas en el largo plazo requieren de un enfoque terapéutico que haga hincapié en la adherencia y en el automanejo.

La habilidad del equipo de salud para obtener la confianza del paciente para discutir sus creencias y lograr la toma de decisiones compartidas ha sido señalada como un factor fundamental en la mejoría de la adherencia y otros resultados de salud positivos. Este proceso es conocido como activación del paciente y es resultado final de la combinación de elementos identificados en el Modelo de Atención a Personas con Enfermedades Crónicas.

4.3 Recursos para el Apoyo al Automanejo (RAAM)

Evaluación individualizada.

La evaluación individualizada no sólo incluye la tradicional historia de la enfermedad y el examen físico, sino también un análisis de las creencias del paciente, sus prioridades y preferencias concernientes a su enfermedad y su manejo, como así también sus posibilidades económicas y otras características de su contexto.

Establecimiento de objetivos en forma colaborativa.

El manejo de las enfermedades crónicas requiere de la participación del paciente en su propio cuidado, de modo que es esencial que el paciente participe en la toma de decisiones y en el establecimiento de objetivos terapéuticos.

Desarrollo de habilidades.

El paciente con frecuencia requiere de nuevas habilidades relacionadas al comportamiento para manejar su problema de salud y alcanzar sus metas.

Seguimiento y apoyo proactivo.

El seguimiento proactivo se anticipa a las necesidades del paciente y no se basa en una interacción reactiva que caracteriza la atención aguda. Como vimos en el módulo de Sistemas de Información, para esto es necesario un proceso continuo de nominalización porque una vez que el paciente se va de la consulta o es dado de alta, en muchos casos desaparece y no recibe ningún tipo de atención de forma proactiva ni preventiva, ni se plantea ningún tipo de monitoreo remoto ni ningún apoyo para la gestión de su enfermedad.

Acceso a recursos de la vida diaria.

Los recursos comunitarios como por ejemplo los servicios de salud que se ofrecen a domicilio, y los grupos de apoyo son importantes para la vida diaria de las personas afectadas por condiciones crónicas.

Continuidad de los cuidados.

La atención debe ser planificada. Las interacciones entre pacientes y los diferentes niveles de atención son más efectivas cuando son planificadas.

4.3.1 ¿Cómo ponerlos en práctica?

Los Recursos para el Apoyo al Automanejo pueden ser puestos en práctica usando diferentes estrategias terapéuticas. Una de las estrategias más prometedoras es la intervención breve o “Modelo de las 5 A” que contiene una serie de cinco pasos interrelacionados. El modelo de las cinco “A” (averigüe, aconseje, acuerde, ayude y arregle), adaptado de las intervenciones para el abandono del tabaco a la atención clínica, aporta un marco práctico para informar sobre las conclusiones obtenidas al pasar revista a las intervenciones de orientación.

Se emplea cada vez más a pacientes experimentados para apoyar de distintas maneras el auto manejo de otros pacientes. Sin embargo, es preciso seguir investigando para determinar las maneras en que los pacientes experimentados pueden complementar las funciones de los trabajadores de atención de salud en forma más efectiva.

El objetivo final de las cinco “A” es acordar con el paciente un plan de acción personalizado mutuamente aceptable.

4.4 La intervención breve

Para usar el modelo de las 5 “A” se recomienda:

- Usar todas las “A” en cada visita.
- Usar preguntas abiertas en la que el paciente pueda expresarse libremente.

- Entregar al paciente una copia escrita de su plan de acción. Siempre se tiene que tener en cuenta el grado de alfabetización de la persona, y en caso de que no sepa leer, tener otros recursos gráficos, como dibujos, o imágenes fácilmente identificables. Recordemos que en muchos casos esta dificultad resulta embarazosa para quien la presenta, y quizás no lo comunique.
- Compartir los detalles del plan con otros miembros del equipo de atención.

1. Averiguar y evaluar

Averigüe sobre los factores de riesgo conductuales y aquellos que afectan la elección de objetivos o métodos para cambiarlos. Una buena evaluación individual ayuda a identificar las características para conformar un plan personalizado, por ejemplo preferencias, contra-indicaciones, etc. Así mismo ayuda a conformar grupos de pacientes para ciertas intervenciones a la vez que permite la recolección de datos que pueden ser utilizados más tarde en la evaluación. La evaluación sistemática es la base para el cambio de comportamiento.

2. Aconsejar

Aconseje al paciente acciones claras, específicas y personalizadas sobre el cambio de comportamiento. Exponga los riesgos y beneficios potenciales. Vincule los consejos a la experiencias pasadas o a la situación familiar o social del paciente. Use frases como *“Creo que mi deber es decirle...”* en vez de frases como *“Usted debe...”* permitiendo mayor autonomía al paciente.

3. Acordar

Acuerde el cumplimiento de objetivos apropiados en colaboración con el paciente, basados en sus intereses y la disposición al cambio. El rol central en la toma de acuerdos y selección de objetivos para cambios de comportamiento recae en el paciente y no en el proveedor de salud. Las decisiones sobre el tratamiento deben ser tomadas en conjunto con el paciente para tener mayores posibilidades de éxito. La participación del paciente en las decisiones promueve la selección de comportamientos de acuerdo a las expectativas y los valores del propio paciente.

4. Ayudar

Ayude al paciente usando técnicas de cambio de comportamiento (auto-ayuda o consejería) a alcanzar los objetivos que se establecieron a través de la adquisición de habilidades, de confianza y de apoyo social / ambiental para el cambio de comportamiento, en coordinación con el tratamiento médico si fuera necesario (por ejemplo fármaco-terapia para la adicción al tabaco, dispositivos de contracepción, etc.).

A través de la asistencia se ofrece mayor apoyo para superar las barreras para el cambio de comportamiento a la vez que incrementa la motivación y las destrezas de auto-ayuda para un cambio exitoso.

Evalúe la necesidad de apoyo especializado para lograr ciertos cambios. Tenga en cuenta que los contactos repetidos con el paciente generalmente tienen mayor impacto que una intervención aislada.

Aproveche la oportunidad para desarrollar habilidades para:

- Resolver problemas (por ejemplo manejo de tentaciones)

- Manejo del estrés o de las emociones
- Alimentación saludable, actividad física
- Manejo de la enfermedad

5. Agendar

Agende o prepare contactos de seguimiento (en persona, por teléfono o por correo electrónico) ante la posibilidad de brindar ayuda continua y ajustar el tratamiento. Refiera al paciente a otros servicios para tratamientos más especializados o intensivos si fuera necesario. En la atención crónica es importante revisar y actualizar los planes de cambio de comportamiento, esto puede ser alcanzado repitiendo el proceso de las primeras 4 A teniendo en cuenta el esfuerzo del paciente, su experiencia y su perspectiva actual. Como hemos referido anteriormente, poder contar con un equipo interdisciplinario que acompañe al paciente y a su familia facilita el cumplimiento de los objetivos del seguimiento.

4.5 La entrevista motivacional

Otro recurso para el apoyo al automanejo es la Entrevista Motivacional (EM).

Resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio. Intenta ayudar a resolver la ambivalencia y hacer que una persona progrese a lo largo del camino del cambio.

En la entrevista motivacional, el profesional de la salud no asume un rol autoritario. Se evita el mensaje implícito que reza *“Soy un experto y voy a decirle qué es lo que lo que tiene que hacer”*. La responsabilidad para el cambio se deja en manos del individuo. Se busca crear una atmósfera positiva para el cambio. El objetivo global consiste en aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja de adentro más que se imponga desde fuera.

4.5.1 Principios generales de la entrevista motivacional.

1. Expresar empatía

Mediante una escucha reflexiva adecuada se trata de comprender los sentimientos y perspectivas de los pacientes sin juzgar, criticar o culpabilizar.

Es importante hacer notar aquí que la aceptación no es lo mismo que el acuerdo o la aprobación.

Es posible aceptar y comprender la perspectiva del paciente pero no estar de acuerdo con ella. Una actitud de aceptación tampoco prohíbe al profesional sanitario que difiera de los puntos de vista del paciente. Así mismo que el paciente acepte una indicación del profesional, tampoco implica que acuerde o la acepte, por lo que llevarla a cabo será muy difícil. La actitud crucial es una escucha respetuosa del paciente con un deseo de comprender sus puntos de vista. Paradójicamente, este tipo de aceptación de las personas tal y como son parece liberarlas para cambiar, mientras que una no aceptación insistente *“Usted no está bien, tiene que cambiar”* puede hacer que las personas sigan

como están. Esta actitud de aceptación y respeto también construye una relación terapéutica de trabajo, y fomenta la responsabilidad y la autoestima del paciente, una condición importante para el cambio.

2. Crear una discrepancia.

La motivación para el cambio se crea cuando las personas perciben una discrepancia o contradicción entre su conducta actual y sus objetivos personales más importantes. Un objetivo de la entrevista motivacional es crear una discrepancia entre los valores y objetivos del paciente y su comportamiento; hacer uso de ella, aumentarla, y amplificarla hasta que se supere el apego que la persona tiene por la conducta presente. Las estrategias de la entrevista motivacional buscan lograr eso en el paciente, más que centrarse principalmente en las motivaciones externas.

El enfoque general consiste en hacer que sea el propio paciente el que dé las razones que tiene para cambiar. Las personas se convencen más a menudo por lo que se oyen decir a sí mismas que por lo que otras personas les dicen. Cuando la entrevista motivacional se aplica adecuadamente, el paciente verbaliza por sí mismo sus preocupaciones, por ejemplo: “Este problema es más serio de lo que yo creía” y refiere la intención de cambiar, por ejemplo: “Tengo que hacer algo con esto”. A veces la aceptación de la necesidad de un cambio en el estilo de vida puede requerir de varias visitas. No es en un encuentro que se podrá hacer que el paciente tome conciencia de su enfermedad y comience con los cambios. Recordemos que es mejor que sean pequeños cambios progresivos y firmes que querer empezar todo junto con altísimas posibilidades de abandonar lo iniciado al poco tiempo.

3. Evitar la discusión.

El tercer principio de la entrevista motivacional es evitar la discusión y las confrontaciones. La situación menos deseable, desde este punto de vista, es la del profesional de la salud que discute con el paciente con el fin de convencerlo de que tiene un problema y que necesita cambiar mientras el paciente defiende un punto de vista opuesto.

La discusión directa tiende a provocar una reacción por parte de las personas, es decir, provoca que las personas se afirmen en su libertad para hacer lo que les viene gana. Defender con fuerza una posición, por ejemplo: “Usted tiene un problema y debe cambiar”, provocará una oposición y una actitud defensiva por parte del paciente.

4. Darle un giro a la resistencia.

En la entrevista motivacional, el profesional sanitario también genera preguntas o problemas al paciente. Su trabajo no es el de proporcionar soluciones para todo. Actuando de esa manera, de hecho, se consigue que el paciente abandone todas las ideas semejantes a “Sí, pero...”. Se considera que el paciente es una persona capacitada, con conocimientos e ideas importantes para solucionar sus propios problemas.

Darle un giro a la resistencia, por lo tanto, incluye el hecho de implicar al paciente de forma activa en el proceso de resolución de sus problemas.

5. Fomentar la autoeficacia.

La autoeficacia se refiere a la creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica, es un elemento clave en la motivación para el cambio.

Un objetivo general de la entrevista motivacional es aumentar las percepciones de los pacientes sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos y poder implementar sus propios recursos para lograr los cambios.

Existen varios mensajes que apoyan la autoeficacia. Uno es el énfasis en la responsabilidad personal. La persona no sólo puede sino que debe realizar el cambio, en el sentido de que nadie más lo hará por ella. La entrevista motivacional no fomenta la esperanza de que el profesional sanitario cambiará al paciente.

“Yo te cambiaré” no es un mensaje adecuado. Un mensaje más apropiado sería “Si lo deseas, te ayudaré a que puedas cambiar”.

Hay estudios que demuestran que cualquier profesional sanitario con una formación adecuada (por ejemplo, un médico, una enfermera, un psicólogo o un nutricionista) puede aplicar con éxito la EM a sus pacientes. Miller y Rollnick reconocen que la mayoría de profesionales de la salud aprenden acerca de la entrevista motivacional de forma autodidacta o en talleres intensivos de una o dos horas, y afirman que, si bien este método clínico es sencillo, no es fácil llegar a dominarlo, requiriendo una práctica continuada y el estímulo de guías para facilitar tanto la aplicación de la técnica como la comodidad a la hora de aplicarla.

5 Rol de las instituciones de salud.

La implementación de un modelo de apoyo al automanejo en el sistema de salud exige que tanto los pacientes como el personal de salud realicen actividades de atención en salud en forma conjunta.

Las actitudes y prácticas del equipo de salud son las que abren estos espacios para la comunidad en la atención de salud. En este sentido, Aguirre-Huacuja (1993) señala que es necesario delimitar y articular el desempeño de cada uno de los integrantes del equipo de salud en acciones concertadas con el fin de permitir lo anteriormente mencionado. El sustento filosófico que fundamenta la participación de los usuarios en la atención de salud es la convicción del equipo prestador de servicios de que toda persona tiene capacidades y el derecho para decidir y actuar en beneficio de su salud. Aunque esta postura es ideal para todo profesional y técnico de la salud, no todas las profesiones la promueven. Así, se encuentra que en la práctica los médicos son los que tienen mayores dificultades en reconocer dichas capacidades (Paterson, 2001, entre otros).

Considera el desarrollo de capacidades de automanejo de la salud como responsabilidad de las instituciones, exige una reorganización institucional que favorezca la atención de la salud con énfasis en automanejo (Lange et al., 1989). Esto incluye contar con presu-puesto específico para este fin, personal profesional capacitado que transmita en su actuar la filosofía del automanejo a los usuarios y al personal nuevo que se incorpora. Requiere además el desarrollo de tecnologías educativas apropiadas para alcanzar este objetivo, entendiendo que los métodos hasta ahora utilizados no han sido todo lo efectivos que se desea. Existen experiencias valiosas que demuestran la efectividad de metodologías de enseñanza/aprendizaje en la modificación de conductas nocivas.

5.1 Algunas acciones para planificar un dispositivo para el automanejo.

- **Desarrollar** iniciativas asociadas a la formación de pacientes y programas específicos de paciente activo, donde pacientes formados previamente formen a otros pacientes con la misma patología y les ayuden a convivir con su enfermedad y a participar en las decisiones médicas.
- **Favorecer** la introducción de nuevos roles y funciones de los profesionales sanitarios, para ir interiorizando la cultura del paciente activo, a todos los niveles y especialmente en la enfermería.

Se persigue con ello la capacitación y el cambio cultural en los profesionales que hagan posible la transformación profunda del sistema sanitario.

- **Constituir** una escuela de pacientes para facilitar información, conocimientos y habilidades, que permitan conocer y manejar mejor la enfermedad como así también prevenir algunas de sus complicaciones. En el siguiente link encontrarán la página web de una Escuela de Pacientes de Andalucía en la cual se están llevando a cabo múltiples actividades. www.juntadeandalucia.es/temas/salud/apoyo/escuela.html
- **Promover** la participación del paciente en prestaciones tradicionalmente realizadas por personal de salud. En estas experiencias el acento está puesto en la capacitación del paciente en procedimientos y habilidades específicas requeridas para el automanejo de su salud o frente a una situación de enfermedad. Esto implica que realicen algunos procedimientos en la consulta de salud, que tradicionalmente son realizados por el personal. Así, se aprovecha esta instancia como una oportunidad de educación para el automanejo.
- **Capacitar** a los familiares para el cuidado en domicilio. Esta categoría es similar a la anterior; su principal diferencia es que son programas orientados a la capacitación de un familiar del enfermo u otro cuidador informal. Esta actividad es realizada por el personal de salud ya sea en el domicilio o en el hospital o centro de salud. Son estrategias dirigidas a

mejorar la situación de salud y la calidad de vida de la persona dependiente de cuidados especiales.

6 Herramientas que facilitan el desarrollo del auto manejo

Desde la Dirección de Promoción y Control de las Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación se han desarrollado diferentes herramientas para facilitar al equipo de salud el desarrollo del componente de automanejo: materiales educativos y una libreta de autocuidados para la persona con diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular, así como afiches para la sala de espera con recomendaciones para la prevención y abordaje del riesgo cardiovascular.

Actualmente se encuentra en desarrollo un curso virtual autoadministrado de educación para el automanejo de enfermedades crónicas dirigido a los integrantes del equipo de salud

Bibliografía

- Adams, K., Greiner, A.C., & Corrigan, J.M. (Eds). (2004). Report of a summit. The 1st annual crossing the quality chasm summit-A focus on communities. Washington, DC: National Academies Press
- Aguirre-Huacuja, E. (1994) La corresponsabilidad operativa en la atención primaria a la salud. *Salud Pública de México*, 36; 210-213.
- Clark, N.M., Becker, M.H., Janz, N.K., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Selfmanagement of chronic disease by older adults. A review and questions for older adults. *Journal of Aging and Health*, 3, 3-27.
- Funnell, M.M., Anderson, R.M., Arnold, M.S., Barr, P.A., Donnelly, M.B., Johnson, P.D., Taylor-Moon, D., & White, N.H. (1991). Empowerment: An idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Educator*, 17, 37-41.
- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No:CD000011. DOI:10.1002/14651858.CD000011.pub3.
- Lange, I.; Campos, C.; Urrutia, M.; Chodowiecki, C.; Cantwell, M.; Herrera, L.M. (1989) Atención de Salud con Énfasis en Autocuidado. *Revista EPAS* 4(4); 10-15.
- Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas. Paidós Ibérica S.A, 1999.
- Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*. 2009; 37(2):129-140.
- Orueta Sánchez, R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2005; 29:40-48.
- Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2004; 28: 113-120.
- Paterson, B. (2001). Myth of Empowerment in Chronic Illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34; 574-81
- Podl TR, Goodwin MA, Kikano GE, Stange KC. Direct observation of exercise counseling in community family practice. *Am J Prev Med* 1999; 17:207-10.
- Robbins, S.P., Chatterjee, P., & Canda, E.R. (1998). Contemporary human behaviour theory: A critical perspective for social work. Boston: Allyn & Bacon.
- Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005; 55(513):305-312.
- Thoesen CM, Newton K. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Phys* 2005; 72:1503-10.
- Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization 2003. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>