

4. Educación de pacientes

Dr. Daniel Figuerola

En realidad todo está dicho, pero como nadie escucha hay que repetirlo continuamente.

J. P. Sartre

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la salud que atendemos a pacientes crónicos sabemos que los resultados obtenidos en el tratamiento de estas enfermedades dependen no sólo del uso de medicamentos adecuados, sino también de la manera en la que se informa al paciente y del modo en que se enseña a dominar algunas habilidades y a adoptar determinadas conductas. Es decir, que la competencia profesional de médicos y enfermeras no se puede medir sólo por sus conocimientos médicos, sino también por sus aptitudes pedagógicas y sus habilidades de comunicación. De hecho, la simple observación enseña que excelentes investigadores y grandes eruditos de la Medicina pueden ser médicos clínicos mediocres y viceversa, profesionales con conocimientos científicos limitados y a veces incluso no del todo actualizados pueden obtener muy buenos resultados como terapeutas.

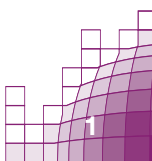
En las Facultades de Ciencias de la Salud se aprende una gran cantidad de conocimientos teóricos necesarios para diagnosticar enfermedades y para tratarlas, pero no se enseña casi nada sobre cómo se puede conseguir que el paciente participe en la gestión de su tratamiento. Durante los años de posgrado, la situación no cambia demasiado y únicamente los alumnos que han tenido la suerte de tener a su lado un maestro competente en el arte de relacionarse con el paciente aprenden realmente el oficio. Afortunadamente, cada vez hay más conciencia de estas carencias y desde muchos niveles diferentes se reclama un currículo de Medicina, y por extensión de otras disciplinas de las ciencias de la salud, que sea realmente integral y, por tanto, biomédico y psicosocioeducativo a la vez.¹⁻⁴

EDUCACIÓN Y SALUD

Se entiende por educación sanitaria la enseñanza de los conocimientos, habilidades y conductas que sirven para preservar y mejorar la salud. Los programas de vacunación, las campañas contra el hábito de fumar o la difusión de normas de higiene son elementos típicos de la educación sanitaria.

Glosario de siglas

- **DM:** Diabetes Mellitus.
- **ET:** Educación Terapéutica.



La educación sanitaria va dirigida a la población general y está al servicio de la prevención primaria. Es decir, pretende evitar la aparición de una enfermedad o de determinados trastornos. Otros ejemplos de educación al servicio de la prevención primaria son las normas de cómo hay que sentarse delante del ordenador para evitar el dolor de espalda, cómo se han de utilizar los filtros solares en la playa para evitar las quemaduras por rayos ultravioletas, cómo hay que manipular frutas y verduras frescas en zonas donde hay cólera, cómo hay que comer de forma saludable para prevenir la cardiopatía isquémica, etc. En general, los términos «educación de pacientes» y «Educación Terapéutica» (ET), más recientemente acuñado,⁵ se reservan a la prevención secundaria y terciaria, es decir, al acortamiento de la duración de la enfermedad y sus manifestaciones clínicas, así como a evitar las secuelas.

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

En el caso de la ET, la responsabilidad directa recae sobre los profesionales que tratan a los pacientes, sin olvidar que la Administración debe establecer las bases para que se pueda llevar a cabo con eficacia. A diferencia del primer caso, aquí ya no se trata de población en general –y, por tanto, supuestamente sana–, sino de personas que padecen determinados trastornos crónicos y que acuden a los servicios sanitarios buscando un remedio para su enfermedad. El tratamiento generalmente se basará en dos grandes recursos: los fármacos y las normas de conducta. En ocasiones, como en la obesidad moderada, los trastornos metabólicos leves, el dolor de espalda benigno, etc. sólo se basará en estas últimas.

El rigor del profesional de la salud tiene que ser el mismo a la hora de prescribir fármacos (elección del más idóneo, dosis, forma de administración, tiempo del tratamiento) que cuando indica las normas de conducta adecuadas (por qué, cuándo, cuánto y cómo). De este modo, si el médico dice «tómese un comprimido de 20 mg de enalapril al día antes de desayunar y, además, haga un poco de régimen», sólo hace bien la mitad de su trabajo. ¿A alguien se le ocurriría dar por escrito una dieta detallada de 1.600 kcal diarias restringida a 2 g de cloruro sódico al día y decir al paciente «Tómese unas pocas pastillas para la hipertensión de vez en cuando»?

La educación de pacientes es inherente a la actividad de los profesionales de la salud y se practica desde los orígenes de la Medicina. La ET, en cambio, entendida como una disciplina científica y por tanto sometida a las leyes de observación, reproducción y evaluación, se puede considerar relativamente reciente.

Afortunadamente, cada vez aparecen más estudios bien diseñados que ponen en evidencia la eficacia de la educación de pacientes bajo determinados parámetros (tabla 1). Como disciplina científica, la ET nace con los primeros trabajos que describen los resultados con una metodología analítica. En este sentido, el trabajo de 1972 de la Dra. Leona Millar,⁶ de Los Ángeles, es la publicación de referencia. El estudio demuestra que un programa educativo estructurado dirigido a personas con diabetes reduce los ingresos hospitalarios, las descompensaciones diabéticas agudas y los problemas en los pies y, en consecuencia, supone un gran ahorro económico.

Una gran cantidad de trabajos –la mayoría sobre pacientes con diabetes– ha demostrado en los últimos 25 años la eficacia de la educación estructurada de pacientes.⁷ Se ha comprobado una drástica disminución de los casos de cetoacidosis diabética en todo el mundo, incluso en países en los que no se dispone fácilmente de autoanálisis domiciliario de glucemia. Asimismo, la incidencia de amputaciones de extremidades inferiores y de ceguera por esta enfermedad ha disminuido en los últimos

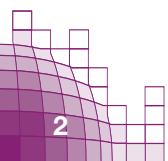


Tabla 1. Metaanálisis en educación de pacientes según los criterios de la Medicina basada en la evidencia

Autor/año	Enfermedad	Estudios (n)	Resultado principal
Schonstein 1966-2000	Lumbalgia crónica	18	Reduce el absentismo en 45 días por año
<i>Cochrane Stroke Group</i> , 1967-2001	Accidente vascular cerebral	14	Mejora la independencia en las actividades de la vida diaria
Gibson, 2003	Asma en niños y adolescentes	36	Reduce hospitalización (36%), visitas a urgencias (18%), visitas no programadas (32%), ausencias escolares (21%) y episodios nocturnos (33%)
Silagy, 1972-1999	Tabaquismo	16	El simple consejo obtiene una diferencia absoluta del 2,5% en los que dejan de fumar a largo término
Valk, 1996-2001	Diabetes	8	En individuos de riesgo, reducción de úlceras al año del 78%, y de amputaciones, del 68%
Renders, 1966-1999	Diabetes	27	Las intervenciones multidisciplinares aumentan la calidad asistencial (cumplimiento terapéutico, regularidad de las visitas, resultados biológicos)
Lorig, 1933	Artritis reumatoide	1	Reducción del dolor (20%) y de visitas médicas (43%)
Hellman, 1990	Alteraciones psicosomáticas	1	Reducción de las visitas al 50% a los seis meses

Fuente: Cochrane Data Base of Systematic Reviews.

Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, van Eijk JThM, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1. Art. No.: CD001481. DOI: 10.1002/14651858.CD001481.

años. Estas mejoras son debidas en parte a los progresos técnicos, pero sobre todo a un mayor nivel educativo de las personas afectadas.

LA RELACIÓN COSTE-BENEFICIO

Para conseguir el apoyo de la Administración hay que demostrar no sólo la eficacia clínica, sino también la rentabilidad de un programa concreto. Todos los trabajos citados en la tabla 1 demuestran ahorros económicos, con una proporción entre el gasto generado por la educación y el ahorro conseguido que va de 1:1,3 a 1:5,8. En un estudio ya clásico de Assal⁸ en el Hospital Cantonal de Ginebra, se comprobó que el ahorro generado durante un año por la reducción en el número y el nivel de las amputaciones en pacientes diabéticos después de un programa de enseñanza era suficiente para pagar el sueldo de seis profesionales sanitarios de la Unidad de Diabetes. La razón es que los pacientes que están en situación de riesgo y que se han entrenado adecuadamente reconocen antes los signos de alarma y consultan más precozmente, de manera que las amputaciones son menos frecuentes y menos extensas.

Hace más de 20 años demostramos⁹ que los pacientes que seguían un programa de educación estructurado mejoraban su control metabólico y disminuían las estancias en el hospital, y si la educación se reforzaba regularmente, ese efecto persistía cinco años después de iniciar la intervención.

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Hace tiempo que nadie discute la eficacia de la educación sanitaria en general y de la de pacientes en particular. La práctica totalidad de los profesionales de la sanidad, por muy biomédica que sea su actividad, apoyará un programa sanitario educativo. Pese a este convencimiento intelectual y a esta actitud favorable, la realidad es que todavía se está lejos de disponer de una atención médica integral que trate con el mismo rigor los aspectos biomédicos que los psicosociales. La conducta del modelo biomédico está profundamente arraigada no sólo entre los profesionales, sino también en los propios pacientes, que a menudo responden a la pregunta «¿Qué tal, cómo está?» poniendo encima de la mesa los análisis que el laboratorio acaba de entregarle, sin entender que la pregunta es una invitación a contar cómo se sienten realmente.

Conocimientos y creencias

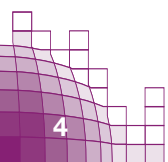
El conocimiento se ha definido como «el conjunto compartido de creencias comprobadas». El conocimiento hace referencia a la ciencia, mientras que las creencias quedan en el campo de la intuición, de lo que no puede someterse a metodología analítica. La distinción no siempre es tan fácil, porque, al menos en Medicina, hay bastantes creencias compartidas por los profesionales que, en cambio, no se han verificado definitivamente. Los pedagogos saben que el factor que más condiciona el aprendizaje es justamente el conocimiento previo sobre el tema. Así pues, cualquier intervención educativa, por elemental que sea, debe basarse inexcusablemente en lo que el aprendiz sabe al respecto.

Investigar conocimientos es relativamente sencillo, pero conocer creencias es más difícil, porque pueden esconderse o deformarse voluntariamente, ya que pertenecen al área íntima de la persona. Los conocimientos se pueden evaluar, por ejemplo, mediante la entrevista y cuestionarios escritos de respuesta múltiple, que permiten un ahorro importante de tiempo. No obstante, debe tenerse en cuenta que un buen nivel de conocimientos no presupone necesariamente la adopción de actitudes favorables a la salud y, de hecho, esta dicotomía conocimientos/actitudes es universal. O si no, cómo explicar los profesionales sanitarios que fuman, que no se vacunan, que no usan guantes de látex cuando manipulan líquidos biológicos, etc.

En una gran mayoría de los casos, muchos más de lo que se suele pensar, el paciente ya tiene todos o casi todos los conocimientos sobre el tema que nos hemos propuesto enseñarle, de manera que la estrategia no tendrá que dirigirse a repetir lo que ya sabe, sino a ayudarlo a ordenar sus conocimientos y, sobre todo, ayudarlo a modificar sus actitudes. La experiencia nos enseña que se pierde un tiempo precioso aburriendo a los pacientes con información que ya tienen.

El modelo de la creencia de salud

Desde la década de 1950, la psicología social se ha interesado en identificar los factores que predisponen a una persona a adoptar medidas preventivas en relación con su salud. Han elaborado modelos explicativos de los comportamientos, relacionándolos con las percepciones que el individuo puede tener de cara a la eventualidad de enfermar. El modelo de creencias de salud fue establecido en 1982 por Bra-



dley¹⁰ y postula que existen cuatro factores que determinan la adscripción de los pacientes al tratamiento recomendado. En síntesis, para aceptar el tratamiento y perseverar en su aplicación, el paciente debe:

1. Estar persuadido de que sufre la enfermedad.
2. Creer que la enfermedad y sus consecuencias pueden ser graves para él.
3. Pensar que el tratamiento tendrá un efecto beneficioso.
4. Pensar que los resultados del tratamiento compensan de forma ventajosa los efectos secundarios, las molestias sociales y los costes económicos.

De estos cuatro postulados, los dos primeros se refieren a la enfermedad misma, y los otros dos al tratamiento. Las creencias en relación con la salud y la enfermedad deben considerarse como representaciones o concepciones con una incidencia directa sobre la determinación del paciente a adoptar tal o cual comportamiento. Diferentes estudios han demostrado la utilidad de este modelo en enfermedades como el cáncer, la diabetes, la hipertensión y el asma. Es evidente que es más probable que sigan el tratamiento los pacientes que creen que les proporciona muchos beneficios y que las dificultades no son insuperables. De la misma manera, las personas que son conscientes de la gravedad del trastorno y, sobre todo, de su vulnerabilidad en relación con éste, cumplirán mejor que las otras.

Conocer la gravedad de la enfermedad (por ejemplo, las posibles complicaciones del hábito de fumar) no es una razón suficiente para cambiar actitudes, como es bien obvio por otra parte. Muchas veces el miedo que genera este conocimiento lleva al bloqueo y a la negación («Puede pasar, pero a mí no me tocará nunca»), fenómeno que es especialmente frecuente en adolescentes. Por otro lado, la susceptibilidad a las consecuencias a corto plazo (por ejemplo, el aumento de peso al dejar de fumar) actúa en sentido negativo. De igual manera, la probabilidad de hipoglucemia en los pacientes diabéticos tratados con insulina induce como patrón de conducta al mantenimiento de niveles de glucosa persistentemente elevados.

Los conocimientos y las creencias afectan a los resultados del tratamiento,¹¹ pero evidentemente también sucede lo contrario. Así, por ejemplo, la expresión «Yo no creo en los psiquiatras» –y, por tanto, el rechazo al tratamiento con psicofármacos– puede derrumbarse tras algunas entrevistas con un profesional suficientemente seductor. Esta interrelación dinámica entre las creencias y los resultados del tratamiento indica que las predicciones de este modelo no son fijas, sino cambiantes, y que dependen de circunstancias particulares, incluyendo la educación y los consejos que el paciente recibe. Según este modelo, podemos prever que un mal seguimiento de las recomendaciones terapéuticas de cualquier enfermedad mejorará si somos capaces de:

- Transmitir la convicción de que el tratamiento disminuye las complicaciones.
- Ayudar al paciente a superar las barreras que percibe en el tratamiento. Por ejemplo, dándole normas que faciliten la flexibilidad de la dieta.
- Ponerlos «al lado del paciente» y «en el lugar del paciente», con el objetivo común de mejorar la situación.
- Estimular la creencia de que los riesgos de las consecuencias de la enfermedad pueden reducirse con una mejor aproximación a las normas.

También puede ser interesante un abordaje de tipo clínico en el que el profesional de la salud explora la vivencia del paciente sin un interrogatorio directo sobre los cuatro postulados del modelo.¹² De este modo, se pueden abordar diferentes aspectos, como la importancia que el paciente da a su enfermedad, las inquietudes que le crea, el grado de confianza en el tratamiento, la carga personal que le representa y su capacidad y sus dificultades para hacerse cargo de la gestión de la enfermedad. La ventaja de este abordaje es que se puede obtener un cuadro mucho más rico de la situación global del paciente, el cual, por

otra parte, se sentirá objeto de un interés que sobrepasa el nivel puramente biológico de la enfermedad. No obstante, algunas personas –usualmente varones– que tienen una gran dificultad en identificar y verbalizar sus sentimientos pueden sentirse incómodos en este tipo de entrevista clínica.

El locus of control

El modelo de las creencias de salud no explica satisfactoriamente todos los factores implicados en la adscripción de una persona a su tratamiento. El concepto de *locus of control*¹³ es interesante porque está relacionado con los resultados del tratamiento y, en el caso concreto de la diabetes, con el control metabólico (HbA_{1c}). Según el concepto del *locus of control*, existirían dos polaridades: el lugar de control externo y el interno. Las personas que lo tienen externo atribuyen el control de la enfermedad al azar y/o lo confían plenamente al terapeuta o la tecnología. En otros ámbitos de la vida, son personas que creen que lo que les sucede está predeterminado o, cuando menos, que depende del entorno mucho más que de ellos mismos. En el otro extremo, personas con un *locus of control* interno tienden a ser autorreferenciales y creen que ellos son los únicos responsables del control de la enfermedad y, en general, de todo lo que les sucede en la vida. La caricatura es simple: ante la nota de un examen, los primeros dirán: «Me han aprobado (o suspendido)»; mientras que los segundos opinarán: «He aprobado (o suspendido)». Llevado al extremo, un lugar de control absolutamente interno puede ser una mala actitud, porque los resultados en biología dependen de muchos factores, no todos controlables por la voluntad. Pero, en general, debemos decir que las personas con un lugar de control interno consiguen mejor control de la enfermedad, del mismo modo que tienen mejor ánimo cuando se jubilan, desarrollan menos ansiedad, sufren menos hipertensión y desarrollan menos enfermedades cardíacas. Por el contrario, las personas con un lugar de control externo parecen someterse más fácilmente al tratamiento médico, aunque se implican menos. Es interesante remarcar que las personas con mayor riesgo son las de control interno extremo, ya que son muy rígidas e incapaces de vivir con la incertidumbre. Otro aspecto interesante de la teoría es que el lugar de control es modificable, y con técnicas cognitivo-conductuales se puede conseguir que personas que creen que el destino regula su enfermedad acaben creyendo que tienen una cierta participación. En todo caso, sólo con pequeñas experiencias vividas el paciente puede cambiar de criterio, nunca a base de discursos.

EL ACTO MÉDICO EDUCATIVO

Con esta expresión nos referimos a aquellas intervenciones de los profesionales de la salud en las que, además del acto médico estricto –una intervención quirúrgica, la prescripción de un fármaco, la práctica de fisioterapia, etc.–, se produce un proceso de enseñanza más o menos complejo. La didáctica, por tanto, forma parte de los recursos terapéuticos que deben utilizar los profesionales de la salud. Por razones de espacio, en las páginas que siguen haremos referencia a aspectos fundamentalmente relacionados con la enseñanza individual, pero no debe olvidarse la extraordinaria eficiencia de la educación grupal.

El contenido del mensaje

Una vez se ha definido claramente qué es lo que se quiere que el paciente sepa o sepa hacer, decidir qué se le debe decir (o dar o hacer experimentar) parece relativamente asequible. Pese a la aparente facilidad, la observación rutinaria enseña que hay errores que se repiten con frecuencia. En primer lugar, el mensaje tiene que ser corto. Un contenido excesivo destruye la mejor clase o conferencia, pero generalmente el emisor siempre piensa que dice demasiado poco y va añadiendo información al es-

quema inicial. En la enseñanza individual este error también se produce con mucha frecuencia y se quieren explicar más cosas de las que caben en una sesión.

El mensaje tiene que ser breve para dejar «sabor a poco» y promover el deseo de continuar aprendiendo. Además, porque la fatiga provoca la pérdida inmediata de atención y el riesgo de rechazo a intervenciones posteriores. El contenido debe adaptarse al ritmo de recepción del paciente, que por lógica es mucho más lento que el de emisión del educador. Del mismo modo que los buenos conferenciantes saben que cuando observan el primer bostezo han de pasar a las conclusiones y terminar, el médico o la enfermera deben estar atentos al lenguaje no verbal del paciente. Si no asiente con la cabeza, se echa hacia atrás en la silla o mira en otra dirección que no sea hacia nosotros, algo anda realmente mal en el discurso.

El lenguaje tiene que ser apropiado; es decir, adaptado al nivel del receptor. El técnico es incomprendible, pero el demasiado sencillo puede ser ridículo. El profesional de la sanidad no tiene que renunciar a su nivel de lenguaje, pero sí que tiene que evitar términos esotéricos, es decir, propios de los «iniciados». Pese a todo, no es tan grave utilizar palabras técnicas (porque en general se explican a continuación) como utilizar verbos y expresiones que el enfermo no entiende o interpreta mal.

El contenido tiene que ser pertinente. Hay que proporcionar la información necesaria en función del objetivo. La información no necesaria debe considerarse literalmente tóxica, porque distrae la atención de lo que es realmente relevante. Los circunloquios del tipo «Por cierto, esto me hace pensar que...» son nefastos para la persona que intenta comprender a quién habla. El hilo o mapa mental del emisor normalmente no tiene nada que ver con el receptor, y su lógica interna tampoco. Siguiendo a María Montessori: «Enseñar los detalles significa aportar confusión; establecer la relación entre las cosas aporta el conocimiento».

El método y la actividad

«Unidireccional» o «bidireccional», «aristotélico» o «socrático», «vertical» u «horizontal», «tradicional» o «moderno» son conceptos antinómicos para designar dos modelos de enseñanza totalmente opuestos. Los términos «tradicional» y «moderno» (tabla 2) son los que más se utilizan, pero son equívocos.

Tabla 2. Diferencias entre la enseñanza tradicional y la moderna

Tradicional	Moderna
Acumulación de conocimientos	Experiencias basadas en la realidad
Currículo de la materia preestablecido	El alumno decide los objetivos
Transmitir	Descubrir
Lección	Discusión
Memoria	Actividad
Tiempo fijo	Tiempo variable
Métodos magistrales	Métodos activos
Evaluación basada en el recuerdo de conocimientos	Evaluación basada en la resolución de problemas
Formación de alumnos ejecutantes	Formación de alumnos reflexivos

cos. De hecho, Sócrates predicaba un modelo moderno, mientras que Aristóteles y San Agustín eran claramente tradicionales; en cambio, el primero es el más viejo de los tres. Con pocas excepciones, el sistema utilizado en las escuelas y en las universidades es el tradicional, mientras que los métodos modernos se corresponden más con el sistema empleado en el parvulario. En la formación de adultos se debe procurar la utilización de métodos participativos, ya que los resultados son mucho mejores en multitud de aspectos. Esto no es fácil, porque la tendencia espontánea es enseñar de la manera como se ha enseñado. Craso error, porque el descubrimiento es una fuente de placer y un elemento de motivación para el aprendizaje posterior.

Los educadores tienen que desarrollar la imaginación para preparar actividades al servicio de los diferentes objetivos. Este planteamiento activo no sólo se debe hacer en la educación psicomotora (pincharse insulina en el caso de personas con diabetes, usar inhaladores en el caso de pacientes asmáticos, hacer ejercicios gimnásticos en el caso de personas que sufran dolor de espalda, etc.), sino también la cognitiva. Así, los educadores en nutrición saben que cuando se trata de explicar qué alimentos tienen carbohidratos y cuáles no, es más efectivo pedir a los pacientes que ordenen un conjunto de alimentos que no pedirles que reciten la lista. Y lo mismo ocurre a la hora de revisar los instrumentos que se puede usar en el autocuidado de los pies.

La utilización del tiempo es un elemento primordial. Una buena educación requiere que el tiempo que utiliza el alumno para expresarse y el que utiliza el docente sean aproximadamente iguales. La escucha activa, es decir, el uso del propio silencio para estimular al alumno a que se exprese, es una herramienta excelente al servicio de la comunicación. Algunos formadores de educadores proponen a sus alumnos que un observador externo cronometre el tiempo de intervención del paciente y del educador para estar seguros de que se cumple la regla del 50/50 para cada uno.

El material didáctico

La mayoría de unidades de tratamiento de dolencias crónicas –y muy especialmente las de diabetes– tienen multitud de CD, cintas de vídeo, láminas, pósteres, juegos de mesa, etc. dentro de los armarios. Con casi toda seguridad este material –elaborado por la industria farmacéutica y habitualmente muy costoso– se ha utilizado en la primera demostración y pocas veces más. A menudo se trata de material traducido y relacionado con culturas diferentes de la propia. Otras veces, incluso siendo material de calidad, el educador no lo considera como propio, porque no ha participado en su gestación y ni siquiera se le ha permitido un proceso de crítica. La experiencia enseña que el mejor material es el elaborado directamente por el propio equipo o aquél en el que el equipo ha colaborado en su elaboración de forma activa, aunque sea sometiéndolo a un proceso crítico. En esta línea trabajan las sociedades científicas y los grupos de estudio de las mismas dedicados a educación de pacientes, como el Grupo de Estudio de ET de la Sociedad Española de Diabetes con sus folletos divulgativos y sus libros.

ASPECTOS ÉTICOS

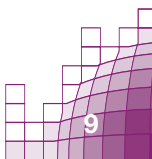
Las bases de la relación médico-paciente se han mantenido prácticamente invariables hasta hace muy pocos años. En general, la relación se basaba en un modelo paternalista en que el profesional decidía qué era lo mejor para el paciente.¹⁴ El juramento hipocrático, con algunas modificaciones añadidas de la ética cristiana, se podía considerar vigente hasta hace pocos años. Sus bases principales son el *primum non nocere* («primero no hacer daño», principio de

la no-maleficencia) y el principio de la beneficencia. Otros aspectos como el de la justicia, y mucho menos el de la autonomía del paciente, no se tenían en cuenta. No hacer el mal y procurar hacer el bien son principios perfectamente válidos en la relación con las personas enfermas y, por extensión, en la educación de pacientes. No obstante, la interpretación de estos conceptos no es tan sencilla como podría parecer. ¿Se puede hacer el bien a pesar de los deseos del paciente? ¿Hasta qué punto la voluntad que el paciente expresa es fruto de una decisión libre? ¿Se le ha dado suficiente información para que haga una elección ecuánime? ¿Ha entendido la información de la misma manera que la comprende el médico? Aceptamos que no hay que manipular, pero que, en cambio, es lícito persuadir. Pero, ¿dónde acaba realmente la persuasión y empieza la manipulación? Por otra parte, la seducción –presente en la relación entre profesional de la salud y paciente– ¿es manipulación o persuasión? La motivación de los individuos para modificar conductas se basa más a menudo en la emoción que en la razón, y no se ha de perder de vista que el aprendizaje es un proceso emocional. Los argumentos racionales para convencer a un paciente normalmente están bien controlados por el profesional de la salud, pero la movilización emocional a que su intervención da lugar muchas veces se desconoce. De hecho, profesionales con fuerte personalidad y grandes seductores, que son capaces de controlar adecuadamente esta movilización afectiva, obtienen resultados clínicos con sus pacientes, sobre todo los crónicos, mucho mejores que otros más racionales y a menudo con mejor preparación científica.

El principio de justicia y de autonomía se han sumado ahora a los de beneficencia y no-maleficencia como condicionantes éticos que hay que tener en cuenta en el acto médico y en la educación de pacientes. El principio de justicia tiene relación con la distribución de recursos y con la igualdad de probabilidades para acceder a un proceso de intervención. No hay duda de que las necesidades crecen más rápidamente que los recursos, y cada vez más a menudo los médicos se encuentran tomando decisiones de inclusión o exclusión de un determinado tratamiento en función de la relación coste-beneficio. El problema es que enfocando la eficiencia sólo desde el aspecto monetario se puede llegar al modelo de «la economía esquimal»: algunas tribus de este pueblo, ante situaciones precarias, dejan morir primero a los ancianos, después a los niños y las mujeres, y finalmente a los hombres, en orden inverso a su capacidad para cazar y producir.

El paradigma del principio de autonomía es el consentimiento informado, un documento de uso rutinario en la relación médico-enfermo y que ya se habla de sustituir por el «contrato terapéutico». Este principio se ha ido imponiendo gracias a los movimientos que defienden los derechos de los usuarios y la conciencia de la necesidad de que los pacientes participen en las decisiones clínicas, de manera que médico y enfermo establecen una nueva relación basada en el modelo adulto y en el respeto mutuo. El problema del modelo basado prioritariamente en el principio de autonomía es que la presentación fría y descontextualizada de las diferentes opciones terapéuticas con todas sus ventajas e inconvenientes no representa mucha más libertad de elección por parte del paciente que el modelo basado en el paternalismo más anticuado.

La auténtica libertad sólo es posible desde el conocimiento profundo que da el paso del tiempo. La decisión más libre será la que tomarán conjuntamente paciente y terapeuta después de que éste haya sido capaz de aprehender la situación del paciente en toda su globalidad, de modo que tenga en cuenta los condicionantes biológicos y psicológicos, y los de su entorno social.^{15,16} No hacerlo así y limitarse al consentimiento informado o al contrato terapéutico es un auténtico fraude a la función social del médico.



BIBLIOGRAFÍA

1. Figuerola D, Reynals E. La educación de profesionales de la salud en diabetes. En: Ramon Gomis de Barbará, et al. (ed). Tratado SED de Diabetes Mellitus. Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana; 2007. p. 433-51.
2. Campbell SM, Roland MO, Middleton E, Reeves D. Improvement in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study. *British Medical Journal* 2005;331:1121-5.
3. Ventegodt S, Kandel I, Merrick J. Clinical holistic medicine: factors influencing the therapeutic decision-making. From academia knowledge to emotional intelligent and spiritual “crazy” wisdom. *Scientific World Journal* 2007;1932-49.
4. Belloso J, Figuerola D. Cursos para profesionales sanitarios de la diabetes. Estudio sobre su impacto a medio y largo plazo. *Av Diabetol* 2003;19:15-20.
5. Lacroix A, Assal J-Ph. L'éducation thérapeutique des patients. Maloine, Paris, 2003.
6. Miller L, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a country hospital setting. *N Engl J Med* 1972;286:1388-91.
7. Gerstein HC, Haynes RB. Evidence-Based Diabetes Care. BC Decker Inc, Hamilton, London 2001.
8. Assal J-Ph, Golay A, Visser A Ph. *New Trends in Patient Education*. Elsevier. Amsterdam 1995.
9. Figuerola D. La diabetes, una asignatura pendiente para los endocrinólogos. *Med Clin* 1989;93:548-55.
10. Anderson RM, Donnelly MB, Davis WK. Controversial beliefs about diabetes and its care. *Diabetes Care* 1992;15:859-63.
11. Lorenz R, Bubb J, Davis D, Jacobson A, Janasch K, Kramer J, et al. Changing behaviour: practical lessons from the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care* 1996;19:648-53.
12. Peyrot M, McMurry JF Jr, Kruger DF. A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: stress, coping and regimen adherence. *J Health Social Behav* 1999;40:141-58.
13. Tillotson LM, Smith MS. Locus of control, social support and adherence to the diabetes regime. *Diabetes Educ* 1996;22:133-9.
14. Figuerola D, Grupo de Estudio de Educación Terapéutica de la SED. Las actitudes de los profesionales de la salud en relación con la diabetes. *Av Diabetol* 1999;15:25-33.
15. Weiberger M, Cohen SJ, Mazza SA. The role of physician's knowledge and attitudes in effective diabetes management. *Sox Sci Med* 1984;19:965-9.
16. Larne AC, Pugh JA. Attitudes of primary care providers towards diabetes. Barriers to guideline implementation. *Diabetes Care* 1998;21:1391-6.