

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES. IMPLICACIÓN DEL PACIENTE EN SU AUTOCUIDADO

D. Figuerola y E. Reynals

SÍNTESIS CONCEPTUAL

- Proporcionar herramientas y algunas reflexiones que sirvan para mejorar las habilidades comunicativas de los profesionales de la salud en diabetes.

«Ya sé que tu crees que comprendes lo que tú piensas que he dicho. Pero no estoy seguro de que te des cuenta de que lo que has oído no es lo que yo quería decir.»

(P. MURRAY)

EDUCACIÓN SANITARIA, EDUCACIÓN DE PACIENTES Y EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

Por **educación sanitaria** se entiende la enseñanza dirigida a la población en general de aquellos conocimientos, habilidades y conductas que sirven para mejorar su salud. Los programas de vacunación, las campañas contra el hábito de fumar, las que promueven la actividad física, las recomendaciones para el uso del casco y el cinturón de seguridad o la difusión de normas de higiene son algunos elementos clásicos de la educación sanitaria. Ésta 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 utilizar los filtros solares para evitar las quemaduras por rayos ultravioletas, cómo se deben manipular frutas y verduras frescas en zonas donde hay cólera, cómo hay que comer de forma saludable para prevenir la cardiopatía isquémica, etc. La responsabilidad última de la educación sanitaria es de la Administración pública, aunque los profesionales de la salud pueden colaborar activamente y de manera muy eficaz (así, por ejemplo, se ha demostrado que las campañas para dejar de fumar tienen mucho más impacto en países donde la prevalencia del tabaquismo entre los profesionales de la salud es baja que en los que aún es alta, como es el caso de enfermería en España).

El término **educación de pacientes** (EP) y el más reciente de **educación terapéutica** (ET) acuñado por **J. P. Assal** se reservan a la prevención secundaria y terciaria, es decir, a la evitación de sus manifestaciones clínicas, sus complicaciones y sus secuelas. En el caso de la ET se desea resaltar el hecho de que el proceso educativo está al servicio del tratamiento y forma parte íntegra del mismo. Lafuente define de forma prolija y acertada la ET como «el conjunto de procesos dirigidos a una población que padece una enfermedad con el objetivo de que la persona realice un manejo efectivo de su plan terapéutico y mejore su calidad de vida y su bienestar social, mediante la adquisición de conocimientos, habilidades, aptitudes y hábitos». No se trata pues de un complemento de la actividad médica y separada de la misma –como a veces se ha planteado la EP desarrollada en asociaciones de pacientes o en otros ámbitos–, sino de una actividad exclusivamente médica. La EP es inherente a la actividad de los profesionales de la salud y forma parte de la historia de la Medicina desde Hipócrates y Galeno. La ET, en cambio, entendida

CONTENIDO

Educación sanitaria, educación de pacientes y educación terapéutica

Educación de pacientes en diabetes

Barreras en la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes

El modelo de la creencia de salud (*health believe model*)

Locus of control

Hacer frente a la enfermedad, el proceso de la aceptación

El *empowerment* en la educación de las personas con diabetes

Las culturas de la salud y la enfermedad

como una disciplina científica y por lo tanto sometida a las leyes de observación, reproducción y evaluación, se puede considerar relativamente reciente. Aunque la diferencia conceptual es importante, los términos EP y ET se suelen usar indistintamente, como de hecho ocurrirá también en el presente texto.

En el caso de la ET, la responsabilidad directa recae sobre los profesionales que tratan a los pacientes, aunque sin duda la Administración debe facilitar las estructuras para que se pueda llevar a cabo. No se trata aquí de población en general –y por lo tanto supuestamente sana– como es el caso de la educación sanitaria, sino de personas que padecen determinados trastornos y que acuden a los servicios sanitarios buscando un remedio para su enfermedad.

El tratamiento médico de las enfermedades se basa en dos categorías de recursos: los fármacos y las normas de conducta. La ET resalta el hecho de que el rigor del profesional de la salud debería ser el mismo prescribiendo fármacos (elección del más idóneo, dosis, forma de administración, duración del tratamiento) que dando normas de conducta (cuándo, cuánto y cómo). Es muy frecuente que el médico diga «tómese un comprimido de metformina 850 mg antes de desayunar y de cenar todos los días y además haga un poco de régimen». Lamentablemente este profesional sólo hizo bien la mitad de la prescripción porque ¿no consideraríamos absurdo dar por escrito una dieta detallada de 1.400 calorías con una proporción calculada del 50% de hidratos de carbono, el 20% de proteínas y el 30% de grasas diciéndole además al paciente «tómese estas pastillas blancas para el azúcar de vez en cuando»?

La profusión de estudios bien diseñados que ponen en evidencia la eficacia de la EP ha permitido –¡por fin!– enterrar la estúpida discusión sobre si esta disciplina contribuye o no a mejorar los resultados asistenciales. Otra cosa muy distinta es analizar qué sistema educativo (tradicional o participativo, en grupo o individual, etc.) es más eficaz, pero cuestionar si la EP es útil «es tan estúpido como poner en duda que los niños que van a la escuela leen antes y mejor que los que se quedan en casa» (H Keen).

EDUCACIÓN DE PACIENTES EN DIABETES

«Enseñar los detalles significa aportar confusión; establecer la relación entre las cosas aporta el conocimiento.»

(MARÍA MONTESSORI)

Como disciplina científica, la ET en diabetes (ETD) nace con los primeros trabajos que describen los resultados con una metodología analítica. En este sentido, la publicación de Leona Miller en Los Ángeles en 1972 es considerada la primera referencia. En el trabajo se mostró que un programa educativo estructurado dirigido a personas con diabetes reducía las descompensaciones diabéticas agudas en particular y los ingresos hospitalarios en general a menos de la tercera parte, lo que suponía un gran ahorro económico.

Mucho antes de la publicación de Miller, diversos especialistas en diabetes habían enfatizado la importancia de la educación. La primera referencia conocida es de Bouchardat en 1888, que por aquel entonces invitaba a los pacientes a controlar su propia enfermedad. Al inicio del siglo xx el profesor Ernesto Roma implementó el primer programa conocido de EP y pocos años después lo harían el Dr. Joslin en Boston, Lawrence en Inglaterra, Carrasco Formiguera en Cataluña, Pirart en Bélgica, Silvestrini en Italia, etc. Curiosa e incomprensiblemente desde la perspectiva actual, en las primeras décadas que siguieron al descubrimiento de la insulina, la búsqueda de nuevos tipos de tratamiento –las insulinas retardadas, las sulfonilureas– que simplificaran el autocuidado hizo disminuir el interés por la EP.

La publicación de L. Miller generó un gran estímulo para el desarrollo de la ETD. En 1979 se creó el pionero *Diabetes Education*

Study Group (DESG), dependiente de la Sociedad Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD) y empezaron a proliferar sociedades y asociaciones en Estados Unidos y diversos países europeos que incorporaron al estamento de enfermería y a otros profesionales de la salud no médicos y emprendieron estudios de investigación en aspectos teóricos del aprendizaje del paciente y sobre la eficacia de diferentes métodos. En 1984 se creó en España la Federación Española de Asociaciones de Educadores en Diabetes y felizmente en el presente siglo XXI la Sociedad Española de Diabetes –siguiendo los pasos dados por su homóloga catalana años atrás–, que admitió a la enfermería cualificada entre sus socios y creó el **Grupo de Estudio de ET**.

La aplicación de una metodología analítica propia de los estudios biomédicos no siempre es fácil en el terreno de la EP. En parte porque los denominados líderes de opinión en diabetes no han manifestado demasiado interés por esta disciplina salvo algunas honrosas excepciones. Pero también por otras razones poderosas como la dificultad en encontrar recursos –difícilmente la industria farmacéutica tendrá interés en patrocinar estudios de metodología didáctica–, por aspectos éticos y por cuestiones metodológicas (el diseño doble ciego cruzado prototipo de la excelencia en la medicina basada en la evidencia no tiene sentido en EP por razones obvias). Y finalmente porque parafraseando a Guinovart «hay cosas tan evidentes que no precisan calcular la *p*». No obstante, en la década de los ochenta algunos estudios «con *p*» como los de Geller y Butler en Estados Unidos y el de Scott en Nueva Zelanda dieron cuenta de que la causa más común del ingreso hospitalario de pacientes diabéticos era el fallo educativo.

La demostración de que los malos resultados asistenciales eran reversibles por un programa de formación a los pacientes la dio no sólo el estudio de Miller, sino también otros metodológicamente más rigurosos como los de Berger en Dusseldorf (1983) y Assal en Ginebra (1984). Este último demostró cómo un programa diseñado específicamente para pacientes con pie de riesgo disminuía los índices de amputación y acortaba las estancias en el hospital, de manera 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 radica en que los pacientes que están en situación de riesgo y que han sido entrenados adecuadamente reconocen antes los signos de alarma y consultan más precozmente al sistema sanitario, de manera que cuando hay que hacer una amputación, ésta es generalmente distal (dedos o trasmetatarsial) en lugar de proximal (debajo o encima de la rodilla). Algunos años más tarde Malone (1989), mediante una intervención educativa simple y corta, cifraba la reducción de amputaciones en el 50%.

La cuestión económica es trascendental, ya que es un argumento fundamental –por no decir único– en las conversaciones con los sistemas públicos de salud o con las compañías aseguradoras de servicios de salud. Además de los estudios referenciados, en nuestro medio demostramos hace más de veinte años que los pacientes que seguían un programa de educación estructurado mejoraban su control metabólico y disminuían las estancias en el hospital, y que este efecto persistía al cabo de cinco años de iniciar la intervención si la educación era reforzada regularmente. De todos modos, el efecto ahorrador de la educación sanitaria se ha de tomar con algunas reservas, ya que a medida que aumenta la conciencia social de la prevención sanitaria, aumenta la exigencia de la calidad asistencial y a menudo el consumo de fármacos o de material relacionado como las tiras reactivas para la determinación de la glucemia.

Los efectos de la ETD sobre bienestar y calidad de vida son evidentes e inmediatos cuando el programa educativo incluye respuestas emocionales y no sólo aspectos técnicos. El bienestar emocional por sí sólo puede contribuir a la mejora de los controles personales y

viceversa, algunos estudios sugieren que la formación en aspectos técnicos que proporcionan seguridad en el manejo de la enfermedad –especialmente en el caso de la insulina– favorece el bienestar emocional. De todos modos no debe darse por supuesto que la mejora en el bienestar conlleva una mejora en la hemoglobina glicada (HbA1c). En la experiencia de todos los profesionales se acumulan casos de personas que han llegado a superar graves problemas de aceptación de la enfermedad y que conviven amablemente con ella... ¡con una HbA1c devastadora!

El **control metabólico** sigue siendo en cierta manera la asignatura pendiente de la ETD. A pesar de las nuevas insulinas y los nuevos fármacos contra la resistencia a la insulina en diabetes tipo 2, la realidad es que sólo una tercera parte o menos de los pacientes con diabetes atendidos en centros especializados consiguen valores de HbA1c inferiores al 7%. El hecho de que pueda conseguirse en determinadas condiciones experimentales [por ejemplo, el grupo intensivo del *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT), que por otra parte demostró definitivamente que el control óptimo previene complicaciones) debe estimular la búsqueda de métodos más eficaces para transmitir conocimientos y habilidades que faciliten mantener actitudes favorables a la obtención de un control óptimo. Lo que parece evidente es que la educación aislada no mejora el control metabólico y que el efecto beneficioso máximo se obtiene cuando la educación se integra en la asistencia, es decir en una verdadera ETD.

En los últimos dos décadas la aportación de investigaciones en el campo de la psicología y la conducta ha proporcionado interesantes nuevos enfoques sobre los factores que controlan la conducta y la forma de evaluarlos. Estas investigaciones han permitido reconocer la importancia de algunos aspectos como: a) el contexto del aprendizaje; b) la formación del docente; c) el abordaje centrado en el alumno; d) el papel de las creencias de la salud y e) los conceptos de *locus of control*, autoeficacia y *empowerment*. Estos aspectos serán ampliados en el resto del capítulo.

BARRERAS EN LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD Y PACIENTES

Los profesionales de la salud que atienden a pacientes crónicos saben que el resultado del tratamiento de estas enfermedades –en definitiva la **adherencia al tratamiento** o *compliance*– no se basa solamente en el uso y manejo de medicamentos adecuados, sino que depende en buena medida de cómo se informa al paciente sobre su enfermedad y de cómo se consigue que sea capaz de dominar algunas habilidades, adoptar determinadas conductas e implicarse en el proceso. Trataremos de analizar las barreras más habituales en la comunicación médico-paciente y ver algunas estrategias de cómo superarlas.

Konrad Lorenz resumió las barreras comunicativas en una oración que ha hecho fortuna entre los que nos dedicamos a la ETD. Dice algo así como «dicho no significa escuchado, escuchado no significa comprendido, comprendido no significa estar de acuerdo, estar de acuerdo no significa llevar a cabo y llevar a cabo no significa mantener». Trataremos de ejemplificar estas cinco barreras paso a paso.

1. Por falta de atención o por sordera muchas recomendaciones posiblemente no llegan a ser registradas por el paciente. Tomar el hierro con zumo de naranja, ingerir las estatinas por la noche, tomar la hormona tiroidea en ayunas, usar la longitud apropiada de la aguja de insulina, etc., son algunos de los mensajes que muchas veces no son percibidos. Es fundamental tener la certeza de que el mensaje al menos ha sido grabado por el cerebro del paciente. La forma más simple de evaluarlo es la reformulación, por ejemplo, «¿sería usted tan amable de repetir lo que le hemos dicho que debe hacer?». La afirmación de Sartre

(«desengañémonos, todo está dicho pero como nadie atiende hay que repetirlo muchas veces») es absolutamente pertinente. Quizá no muchas veces, pero sí al menos tres.

2. El mensaje pudo haber sido oído pero no ser comprendido o bien ser interpretado en forma distinta a como fue emitido. Esta dificultad es más importante cuanto más alejadas están las culturas (lingüísticas, raciales, de estamento social, de generación...) entre el emisor y el receptor del mensaje. Dejando aparte aspectos empáticos relacionados con la proximidad cultural –por ejemplo, está probado que en Estados Unidos los médicos negros obtienen mejores resultados asistenciales que los blancos cuando su clientela es negra y es obvio que los pacientes universitarios entienden con más facilidad las recomendaciones del médico que los iletrados– a menudo existen barreras idiomáticas, como ocurre con los inmigrantes o los turistas. Pero incluso dominando bien el mismo idioma ambos interlocutores, la propia semántica juega malas pasadas como, por ejemplo, con las polisemias (palabras que tienen diversos significados en la calle que en el medio sanitario como TC, ECO, pluma, etc.). Al final del capítulo se elaboran algunas reflexiones sobre el concepto de salud y enfermedad en culturas distintas.

Un aspecto relevante en la comunicación verbal es la manera en la que el emisor formula las explicaciones. Los profesionales de la salud –y muy especialmente los médicos, habituados a la comunicación científica– utilizamos explicaciones descriptivas y sobre todo lógicas. Las descriptivas consisten en mostrar con palabras lo que la realidad enseña (por ejemplo: «la cardiopatía isquémica se caracteriza por un estrechamiento de una o varias de las arterias coronarias que son...»). Las lógicas descubren el porqué de un acontecimiento y constituyen la base del pensamiento científico. No se confirman con objetivar la realidad, sino que evidencian su desarrollo («la cardiopatía isquémica se produce por placas de ateroma debidas a la lesión endotelial, depósito de colesterol y acúmulos de plaquetas, lo que da lugar a disminución de flujo sanguíneo y por consiguiente disminución de la concentración de oxígeno al miocardio, etc.»). Existen otras formas de explicación potencialmente más eficaces en la ET. Se trata de usar las comparaciones, que son razonamientos analógicos que ponen en correspondencia dos territorios («la insulina es la llave que abre la puerta de las células para que la glucosa entre») y las metáforas o figuras de pensamiento por las cuales se usan palabras que expresan literalmente una cosa para significar otra con la que tienen cierta similitud (por ejemplo, «los pacientes que ajustan la insulina utilizando los datos del medidor de glucosa y las raciones de hidratos de carbono tocan el instrumento leyendo la partitura, los que lo hacen a ojo tocan la música de oído»). La metáfora podría seguir aceptando que algunas personas con excepcional sentido musical son capaces de tocar bien sin saber solfeo, del mismo modo que algunos pacientes con determinadas condiciones –secreción residual de insulina, comportamiento estable, vida muy rutinaria, etc.– pueden tener una HbA1c óptima sin determinar con frecuencia la glucosa capilar).

3. En muchas ocasiones el paciente ha comprendido el mensaje pero sus creencias, sus miedos, sus convicciones, su experiencia personal, su cultura distinta, etc., chocan con la recomendación médica. Es una situación extremadamente frecuente, probablemente en nuestro medio la más determinante de la mala adherencia de los pacientes al tratamiento. Con una mínima habilidad comunicativa por parte de los profesionales de la salud,

la mayoría de pacientes comprende bien lo que se les dice. El problema es que sencillamente no están de acuerdo. Algunas de las creencias extendidas entre los pacientes son –¡todavía!– que la insulina produce ceguera o las enormemente extendidas que la «química» de las pastillas es mala –y por lo tanto cuantas más pastillas debo tomar más me enveneno– o que no tiene sentido tomar medicamentos cuando uno se encuentra bien o que la enfermedad sigue su curso independientemente de la conducta, etc. Luchar contra una profunda creencia –o todavía peor, contra un miedo– mediante un razonamiento lógico es simplemente pueril. Para vencer resistencias del paciente ligadas a profundas convicciones se requiere una larga estrategia en la que, evitando cualquier tipo de juicio, el paciente tenga la percepción de que se le comprende, lo cual no quiere decir evidentemente que se esté de acuerdo con él. La escucha activa y la reformulación empática son las únicas estrategias posibles para no cortar la comunicación en estas circunstancias y tratar de modificar la posición del paciente con tiempo, paciencia y habilidad.

4. Estar de acuerdo no implica llevar a cabo la acción, es decir, que el conocimiento y la conducta no siempre van de la mano. Los profesionales sanitarios que fuman y los que no se vacunan de la gripe son vivos ejemplos de la afirmación previa. Muchos programas educativos bien estructurados mostraron resultados descorazonadores cuando se comprobaba que al término del mismo o meses después existía un franco aumento de los conocimientos evidenciado en las pruebas convencionales, y en cambio las modificaciones de conducta eran mínimas o nulas y a menudo la HbA1c no descendía. Los procesos de aprendizaje basados en la enseñanza tradicional (el alumno es un saco vacío que el maestro irá llenando a partir de sus conocimientos) pueden estar en la base del fracaso de algunos de estos programas. El paciente-alumno siempre tiene algunos conocimientos sobre el tema objeto de aprendizaje y por supuesto actitudes tomadas al respecto. No explorar adecuadamente estos conocimientos (que muchas veces en realidad son creencias fuertemente arraigadas) y desconocer las actitudes es seguramente la principal causa de los malos resultados en la EP. De hecho, lo que más condiciona el aprendizaje del adulto es que se perciba como importante para uno mismo y que pueda relacionarse con la propia experiencia vital. A diferencia de la tradicional, la enseñanza activa se basa pues en los conocimientos previos del paciente, usa una metodología interactiva y promueve la reflexión. La tabla 84-1 resume las principales diferencias entre el abordaje educativo tradicional y el moderno.
5. Finalmente, el alumno puede no sólo estar de acuerdo sino haber llevado a cabo durante un cierto tiempo la conducta recomendada, pero abandonarla tiempo después, lo que por otra parte no hace otra cosa que poner en evidencia que la motivación humana es fluctuante y precisa continuos refuerzos positivos. Los programas de ET deben contemplar, por lo tanto, la necesidad de sesiones periódicas de recuerdo y refuerzo.

EL MODELO DE LA CREENCIA DE SALUD (HEALTH BELIEVE MODEL)

Los factores que predisponen a una persona a adoptar medidas preventivas en relación con su salud han sido identificados en las últimas décadas con el desarrollo de la Psicología social. Se han elaborado modelos explicativos de los comportamientos y se han relacionado con las percepciones que el individuo puede tener de cara a la eventualidad de enfermar. Se trata en definitiva de identificar qué

Tabla 84-1. Diferencias principales entre la enseñanza tradicional y moderna

Enseñanza tradicional	Enseñanza moderna
Acumulación de conocimientos	Experiencias en la realidad
Currículo de la materia preestablecido	Objetivos de enseñanza pactados
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 individuos ejecutantes	Formación de individuos reflexivos

elementos condicionan actitudes favorables de cara al mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades, como por ejemplo seguir los programas de vacunación, acudir periódicamente a los programas de prevención de cáncer de mama, etc.

El modelo de creencias de salud fue establecido por Bradley en 1982. Según el mismo, existen cuatro factores que determinan la adherencia de los pacientes al tratamiento recomendado. Estos cuatro factores que facilitan aceptar el tratamiento y perseverar en su aplicación, son:

1. Que el paciente esté persuadido de que sufre la enfermedad.
2. Que el paciente crea que la enfermedad y sus consecuencias pueden ser graves para él.
3. Que el paciente piense que seguir el tratamiento tendrá un efecto beneficioso.
4. Que el paciente considere que los resultados del tratamiento compensan sobradamente los efectos secundarios, los costes –económicos y en esfuerzo– y las molestias sociales.

De estos cuatro postulados, los dos primeros se refieren a la enfermedad misma y los otros dos al tratamiento. Las creencias en relación a 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 posteriores han demostrado que este modelo es útil en varias enfermedades como el cáncer, la diabetes, la hipertensión y el asma. Es obvio que es más probable que sigan el tratamiento los pacientes que creen que les proporciona muchos beneficios y que las dificultades no son insuperables que los que piensan lo contrario. 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.

Los conocimientos y las creencias afectan a los resultados del tratamiento, 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 después de 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, que incluyen 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 los profesionales de la salud somos capaces de:

- Transmitir la convicción de que el tratamiento disminuye las complicaciones.
- Contribuir a superar las barreras que el paciente percibe en el tratamiento, por ejemplo, dándole normas que faciliten la flexibilidad de la dieta.
- Adoptar actitudes empáticas poniéndonos «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 ser reducidos con un mejor cumplimiento de las prescripciones.

La entrevista clínica es el marco ideal para explorar la vivencia del paciente sin un interrogatorio directo sobre los cuatro postulados del modelo. Se precisa una cierta habilidad para «entrar y salir» de los aspectos biomédicos clásicos de la entrevista a los psicoafectivos o vivenciales. Por supuesto, para este tipo de entrevista la historia clínica decimonónica convencional con sus apartados de antecedentes familiares, personales fisiológicos, personales patológicos, enfermedad actual, etc., no sirve para nada y debe sustituirse por una hoja en blanco, mente en blanco y oídos atentos. 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 el mismo 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– tienen dificultad en identificar y verbalizar sus sentimientos y pueden sentirse incómodos en este tipo de entrevista clínica, por lo que la delicadeza debe ser máxima.

LOCUS OF CONTROL

El concepto de *locus of control* es especialmente interesante porque está relacionado con los resultados del tratamiento y en el caso concreto de la diabetes se ha demostrado su correlación con el control metabólico (HbA1c). Por otra parte, la teoría del *locus of control* complementa al modelo de las creencias de salud, que no explica satisfactoriamente todos los factores implicados en la adscripción de una persona a su tratamiento.

El concepto del *locus of control* es un continuo con dos polaridades, el lugar de control externo y el interno. Se conviene que las personas que lo tienen externo son las que atribuyen el control de la enfermedad al azar o al destino predeterminado y que lo confían básicamente al terapeuta y a la tecnología. En otros ámbitos de la vida se trata de individuos que creen que lo que les sucede está predeterminado o, cuando menos, que depende del entorno mucho más que de ellos mismos. Las 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 que «he aprobado (o suspendido)». En términos sociales, las comunidades que en su tiempo sufrieron una revolución industrial y el desarrollo de la burguesía tienden a tener un *locus* interno, mientras que las sociedades

de base feudal o de estados totalitarios intervencionistas tenderían al *locus* externo.

Llevado al extremo, un lugar de control absolutamente interno puede ser una mala actitud en relación con la enfermedad porque no todos los resultados en biología dependen de variables controlables por la voluntad, pero en general puede decirse 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. Interesantemente, las personas con mayor riesgo son las de control interno extremo porque son muy rígidas e incapaces de vivir con la incerteza.

El *locus of control* está ligado a las características de la personalidad y no suele modificarse demasiado a lo largo de la vida, aunque las experiencias vitales pueden modificarlo. Además, un aspecto interesante de la teoría es que las técnicas cognitivas y conductuales pueden conseguir que personas que creen que el destino regula su enfermedad acaben creyendo que tienen una cierta participación en ella. Lo que es evidente es que pequeñas o grandes experiencias vividas pueden hacerle al paciente cambiar de criterio, pero absolutamente nunca los discursos.

HACER FRENTE A LA ENFERMEDAD, EL PROCESO DE LA ACEPTACIÓN

La aparición de la enfermedad es un acontecimiento ni deseado ni esperado que, por otra parte, generalmente anuncia la perspectiva de sufrimientos, intervenciones e incluso amenazas vitales. Si se trata de una enfermedad crónica, el tratamiento a menudo implicará cambios en el estilo de vida de las personas, frente a los cuales el individuo fácilmente se mostrará reticente o incluso francamente resistente. El cambio implica un cierto tipo de duelo o luto, es decir, un conjunto de reacciones ligado a la pérdida, en este caso no de un ser querido, pero sí de una integridad que se ha perdido para siempre. No es de extrañar pues que el modelo de las fases que se suceden en el proceso de aceptación (o no) de la enfermedad (Fig. 84-1) se inspire en el propuesto por Freud en su artículo «Luto y melancolía». En la figura la ruta de la izquierda representa el proceso de integración y muestra las etapas de desarrollo normal en el luto; la ruta de la derecha representa el fracaso en forma de proceso de distanciamiento.

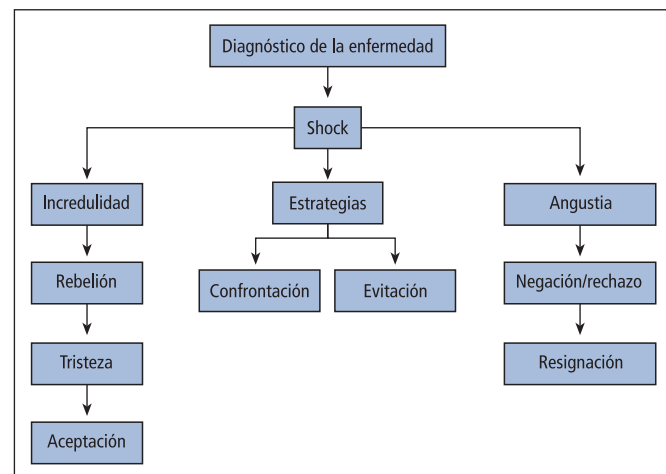


Figura 84-1. Aceptación o resignación. Fuente: Lacroix A. *L'education thérapeutique des patients*. Paris: Maloine; 2003.

Tabla 84-2. Diferencias entre el modelo tradicional y el *empowerment*

	Tradicional	Empowerment
La enfermedad es...	Biomédica	Biopsicosocial
La relación profesional de la salud-paciente es...	Autoritaria, basada en la experiencia del profesional	Democrática, basada en la experiencia compartida
Problemas y necesidades identificados por...	El profesional	El paciente
Resuelve problemas...	El profesional, que además es responsable del diagnóstico y el tratamiento	El paciente. El profesional es un recurso que ayuda a planificar
El objetivo es...	El cambio de conducta	Que el paciente informado tome decisiones
Las estrategias se usan para...	Aumentar el cumplimiento	Ayudar a los pacientes a que elijan
El incumplimiento...	Se considera un fracaso	No existe. Los cambios no adoptados se convierten en herramientas de aprendizaje para nuevos objetivos
Los cambios de conducta...	Son externamente motivados	Obedecen a motivación interna
El poder...	Está en manos del profesional	Es compartido

El anuncio de la mala noticia supone un primer estado de shock, de estupor al que suele seguir el de incredulidad («¡no es posible!»). Es una reacción universal, que se produce también en otras situaciones como cuando se ha sufrido un robo, por ejemplo. Cuando la incredulidad desaparece progresivamente aparece la sensación de injusticia y de la búsqueda de culpables (circunstanciales o personales). Tarde o temprano debe aparecer la tristeza, la nostalgia por lo que se ha perdido. Esta capacidad depresiva debe considerarse normal e incluso deseable y diferenciarla claramente de la depresión clínica en donde predomina la inacción y la parálisis psíquica. Según Férida –en «Los beneficios de la depresión»–, encontrar la capacidad depresiva protege al individuo de la auténtica depresión. La capacidad depresiva representa no sólo la posibilidad de cicatrizar la herida de la pérdida, sino también la apertura a una nueva visión existencial. En último término, el paciente encuentra el equilibrio emocional que le permite gestionar su tratamiento en la vida cotidiana con sus diversas implicaciones sociales, profesionales y familiares.

No todos los pacientes pasan por todas las fases ni permanecen en ellas el mismo tiempo, de manera que algunas personas muy positivas al cabo de pocos días están en plena aceptación, mientras que otras precisan más tiempo. Por otro lado, el camino no siempre es irreversible en un solo sentido, sino que a veces se vuelve atrás por efecto de influencias externas, como es la promesa de un remedio que cura la diabetes o bien por el hecho de comprobar que otros pacientes evolucionan mucho más satisfactoriamente que uno mismo.

En la otra trayectoria descrita, el paciente tiende a bloquearse. La perspectiva de una enfermedad incurable, aunque tratable, representa una amenaza que genera angustia por la inminencia del peligro. Aparece la negación, que es un proceso en gran parte inconsciente para disminuir la sensación de dolor. La negación suele traducirse en la banalización. Otra posibilidad es el rechazo, que consiste en reconocer intelectualmente la enfermedad pero negar la emoción que provoca. Estas estrategias de evitación tienden a perdurar en ocasiones a perpetuidad, en otras lo hacen hasta que aparece la resignación.

En los primeros momentos del diagnóstico, el rol de los profesionales de la salud condiciona en buena medida la adopción de las distintas actitudes por parte del paciente. Identificar la negación, el rechazo y la resignación es importante porque son posiciones que espontáneamente tienden a perpetuarse y cuanto más perduren, más difíciles serán los cambios.

EL EMPOWERMENT EN LA EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS CON DIABETES

El término *empowerment* podría traducirse por potenciación –la que el profesional de la salud promueve en el paciente para que se haga cargo de su enfermedad–, pero mantenemos el término sin traducir del inglés porque entendemos que en la concepción de Anderson (que introdujo el concepto en EP en el año 2000) el *empowerment* supone una filosofía y toda una nueva forma de entender la EP, que trataremos de explicar en lo que resta del capítulo.

El *empowerment* es una forma de entender la relación con los pacientes y por extensión con las demás personas. No es una técnica, es un estilo de vida, una filosofía. El objetivo de la educación médica deja de ser cambiar la actitud del paciente y trata de transferirle los conocimientos y habilidades precisas para que tome sus propias decisiones responsables. Puede decirse que las personas están «potenciadas» cuando tienen conocimientos suficientes para tomar decisiones personales y el control de la situación, cuando tienen recursos para implementar sus decisiones y cuando tienen experiencia para evaluar la eficacia de sus acciones. La tabla 84-2 resume las principales diferencias entre el método tradicional y el *empowerment*. Puede observarse fácilmente que este último amplía los ítems de la enseñanza activa mencionada antes (Tabla 84-1).

Siguiendo al modelo clásico en educación sanitaria, Anderson considera cinco fases (Fig. 84-2) en el proceso del *empowerment* aplicado a la educación de personas con diabetes: a) identificar el problema; b) explorar sensaciones; c) definir objetivos; d) hacer un plan y e) evaluar resultados.

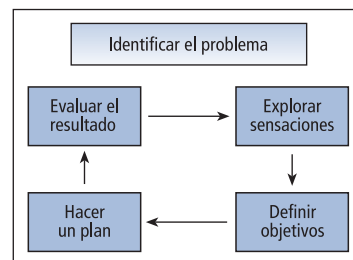


Figura 84-2. Los cinco pasos en el proceso de la educación terapéutica. Fuente: Anderson B, Funnell M. *The Art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators*. 2ª ed. American Diabetes Association Inc. Alexandria; 2005.

Muchos pacientes no son capaces de reconocer cuál o cuáles son los problemas que debe resolver en relación con su salud. Este hecho tiene poca trascendencia en el modelo tradicional, ya que es el médico el que identifica el problema (la hipertensión, la HbA1c demasiado alta, etc.) y el que prescribe el tratamiento, aunque sea a costa de una baja adherencia, como es bien sabido. En el modelo del *empowerment* sin identificación del problema por parte del paciente no hay continuación posible, de modo que la primera función del profesional será convertir los pacientes visitantes («¿qué tal doctor?, vengo a verle...») en clientes («¿qué tal doctor?, vengo a que me resuelva/me ayude a...»). Cuando el paciente no identifica el problema algunas preguntas pueden contribuir a conseguirlo, por ejemplo ¿qué es lo más difícil en relación con el cuidado de la enfermedad?, ¿qué es lo que más le preocupa?, ¿a qué lo compararía?, ¿qué le causa el mayor malestar?, etc.

El segundo paso de la estrategia del *empowerment* consiste en ayudar a los pacientes a identificar cómo se sienten en relación con la enfermedad y especialmente respecto del comportamiento o el problema que esperan modificar. La expresión sentimental es importante porque el comportamiento depende mucho más de cómo se siente uno y qué piensa, que no de lo que sabe al respecto. Sucede que los profesionales de la salud a menudo se sienten incómodos cuando el paciente formula afirmaciones cargadas de emociones y tienden a obviarlas, tratando de fijar de entrada los objetivos antes de facilitarle que dé rienda suelta a la expresión sentimental. Si el paciente dice que le da miedo ponerse insulina porque cree que puede afectarle la retina, la pregunta «¿qué le encontraron en la última revisión oftalmológica?» sería particularmente desafortunada. Preguntar qué piensa o cómo se siente respecto de diversos aspectos de la enfermedad o su tratamiento puede ayudar a la exploración de sentimientos.

La identificación de metas y objetivos es el tercer paso en el proceso del *empowerment*. La función del profesional de la salud es persuadir al paciente de la importancia de determinados objetivos como perder peso, hacer ejercicio, dejar de fumar, etc. No obstante, debe ser completamente respetuoso con las decisiones del paciente y sus prioridades y apoyarle en la consecución de sus primeros objetivos, aunque estén muy por debajo de lo que las *guidelines* preconizan. Adoptar esta actitud no es nada fácil para médicos habituados a decidir qué es lo que le conviene al paciente. No obstante, es la única actitud posible si se desea evitar la frustración profesional. Algunas preguntas pueden ayudar en el proceso de fijar metas: ¿qué es lo que realmente desea?, ¿qué lo que debería hacer?, dada la realidad de su situación ¿qué es lo que puede hacer?, ¿qué ganará si cambia?, ¿qué perderá en el cambio?, ¿cree que el cambio merece la pena?, etc.

Trazar el plan es lógicamente lo que sigue a la definición de objetivos. Una estrategia para trazar un plan es pedir a los pacientes que hagan una lista de opciones que podrían ser efectivas, ya que la posibilidad de escoger es en general muy estimulante y favorece la adscripción al tratamiento. Si el objetivo es reducir la HbA1c un punto, pedir al paciente qué estrategia se le ocurre y contribuir después a alargar la lista de opciones es una manera de comprometerle firmemente con el objetivo. Completada la lista, se le puede invitar a que suprima las opciones menos apropiadas o poco realistas para él y una vez hecha la elección del plan, contribuir a desarrollar las estrategias más apropiadas. En último término algunas preguntas pueden ser útiles para que el paciente esté seguro de que el plan es apropiado, como por ejemplo: ¿está seguro de que puede hacerlo?, ¿está seguro de que desea hacerlo?, ¿realmente se compromete?, ¿qué precisa para comenzar?, ¿qué hará para celebrar haberlo conseguido?, etc.

La forma de abordar la evaluación en el proceso del *empowerment* es probablemente el aspecto más diferencial con la educación activa de enfoque didáctico predominante. El término «cambios no adoptados» sustituye al de incumplimiento. Se trata en definitiva de despenalizar

definitivamente el error, que se convierte de este modo en inagotable fuente de nuevos aprendizajes. Erróneamente se piensa sólo en el éxito o el fracaso del cambio sin darse cuenta de que los cambios de comportamiento son espléndidas oportunidades para conocernos a nosotros mismos. Existen citas famosas que es bueno recordar, tratar de superar la arraigada asociación error = pecado de la cultura judeocristiana. Tres de ella son «sin la posibilidad del error no existiría la satisfacción del acierto» (Virgilio), «cuanto antes cometes tus primeros cinco mil errores antes podrás corregirlos» (Kimon Nicolaides) y «muchas personas podrían aprender de sus errores si no estuvieran tan ocupadas negando que los han cometido» (Harold J. Smith).

La evaluación es una pieza clave del proceso educativo, y en la educación sanitaria es quizás la más desatendida. Los profesionales sanitarios consideran tan obvio que lo que hacen es efectivo que a menudo les parece una pérdida de tiempo registrar los resultados y evaluar los objetivos. No obstante, dejar de hacerlo supone importantes inconvenientes. Por un lado, porque para la obtención de nuevos recursos económicos y/o de personal (o incluso para el mantenimiento de los que ya se disponen) es cada vez más imprescindible demostrar a la Administración la eficiencia del propio trabajo. Y la falta de unos números demostrativos puede ser una excusa excelente para desmantelar un servicio y reducir gastos. En segundo lugar, la falta de objetividad dificulta la reproducibilidad y la utilización del recurso por otro profesional. Y en tercer lugar, la subjetividad («a mí me va bien hacerlo así») siempre deja resquicios de duda incluso en el profesional que hace la afirmación. Además, en momentos de desánimo personal, disponer de datos objetivos sobre la eficacia del propio trabajo es el mejor antídoto contra el *burn out* y la depresión.

LAS CULTURAS DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

«Cuando me fui hacia el Camerún para convivir dos años con una tribu primitiva –los dowayos– mi familia estaba muy preocupada por el clima, la posibilidad de violencia, las enfermedades, etc. A mi vuelta a Inglaterra el jefe de la tribu declaró que estaría dispuesto a acompañarme pero tenía miedo de un país en el que siempre hacía frío, había muchos accidentes y además quedaban restos de canibalismo según le habían asegurado.»

Tomado de «El antropólogo inocente» de N. BARLEY

La diversidad cultural se refleja claramente en el concepto y la forma de abordar la salud y la enfermedad. De una comunidad a otra existen grandes diferencias en el reconocimiento y la interpretación de los síntomas, la representación del diagnóstico, la forma de entender el tratamiento y, sobre todo, la adscripción a las normas. Así, los anglosajones son casi los únicos auténticamente disciplinados en la toma de fármacos, ya que la mayoría de africanos y asiáticos y no pocos latinos, abandonan el tratamiento cuando los síntomas desaparecen o simplemente mejoran. Esta diferencia se explicaría posiblemente por el hecho de que el concepto de futuro está mucho más desarrollado en lo que se podría denominar cultura occidental que en las otras.

De otra parte, el significado que damos culturalmente a la enfermedad o al síntoma nos parece completamente «natural» a los que compartimos cultura, pero puede ser muy chocante para los de otras. Por ejemplo, los pakistaníes que viven en Barcelona (habitualmente emigran sin mujeres los primeros años) se preocupan mucho cuando tienen poluciones nocturnas porque consideran que el cuerpo está perdiendo energía. Los individuos de este mismo colectivo dicen «duele todo» cuando se sienten deprimidos. El problema no es sólo la limitación lingüística, es que además el concepto de «depresión

nerviosa» no existe en su cultura. En otro orden de cosas, en algunas tribus africanas no estar circuncidado se considera una impureza y una aproximación al sexo femenino. Una auténtica delicia antropológica la constituye la creencia entre estos mismos individuos de que los blancos se encierran para vestirse y desnudarse (un pudor inconcebible para ellos) para que las demás personas no se enteren de que por la noche se quitan la «funda» de piel blanca, ya que en realidad no son blancos sino negros, es decir, «normales».

Sin ir tan lejos, lo que para los occidentales de principios del siglo XX se escondía y se disimulaba con eufemismos (una «mancha» en el pulmón) para los del siglo XIX constituía poco menos que una auténtica distinción con capacidad seductora, la tisis. Los ejemplos serían inacabables.

Los sesgos, estereotipos y prejuicios con respecto a la cultura son difíciles de evitar, incluso para los profesionales de la salud, que se supone que son personas más abiertas y tolerantes que la mayoría de la población. Una de las mayores dificultades estriba en reconocer estas diferencias y sobre todo tener la profunda convicción de que la propia cultura no es mejor que la del otro, simplemente diferente. Los autores de este capítulo participamos en una experiencia apasionante en la que representantes de distintas culturas (china y coreana, andina, centro-africana, gitana...) elaboraban talleres de presentación de sus creencias a un grupo de españoles profesionales de la salud. A pesar de un genuino deseo de aprender, muchos participantes no podían esconder recelos, actitudes de displicencia y, lo que fue más grave, auténticas expresiones de racismo.

Es absolutamente imprescindible fomentar entre los profesionales de la salud la tolerancia, la capacidad de diálogo y el afán de analizar y comprender el origen de las desigualdades. A modo de pincelada y tomando en consideración que no se debe caer en los estereotipos de que ciertos pacientes –por el solo hecho de pertenecer a alguna cultura tienen un set de características específicas–, recomendamos revisar estudios como los de Berger, Carrillo y Betancourt. Como regla general, todos los pacientes presentan diferentes perspectivas, valores, creencias y comportamientos con respecto a la salud y el bienestar que ocasionan diferencias en el reconocimiento de síntomas, los umbrales para buscar ayuda en los sistemas de salud, la habilidad para comunicar síntomas o para entender los tratamientos, las expectativas de curación o la adherencia a medidas preventivas o curativas. El profesional de la salud debe desarrollar habilidades para entender, comunicarse y ayudar a todas las personas, incluso a las que pertenecen a culturas diferentes a la suya.

En realidad, para utilizar apropiadamente la aproximación cultural es fundamental evitar el estereotipo y no perder de vista que

se precisa un conocimiento lo más cercano posible a lo que «cree» el paciente de modo que se pueda ser capaz de ver la realidad con sus propios ojos.

El nuevo paradigma no es otro que conseguir que la competencia cultural –antropológica si se prefiere– de los profesionales de la salud se añada a su competencia biomédica, psicológica y pedagógica. En la actualidad, la comunicación pedagógica y bioética entre profesional y paciente está basada en conceptos, valores y creencias propios de la cultura occidental europea y americana como, por ejemplo, la dualidad cartesiana cuerpo y alma, el derecho a la vida y a la muerte y la ineludible capacidad de tomar nuestras propias decisiones individuales. No obstante, estos conceptos y creencias no son compartidos por todas las culturas, de modo que si el profesional de la salud aplica estos conceptos sin tener en cuenta si coinciden o no con los de su paciente, está introduciendo una auténtica violencia en la relación. Un ejemplo característico lo constituye en Europa la visita a mujeres musulmanas, las cuales indefectiblemente van acompañadas de su pareja, que es quien trata de establecer la relación verbal con el médico. Esta actitud ancestral está basada en la idea del Islam de que el territorio público es masculino mientras que el privado es femenino. Si el médico aplica «su» modelo occidental y se dirige directamente a la mujer obviando al marido está introduciendo una auténtica distorsión comunicativa, además de faltar al respeto de las creencias de los demás.

Jaime Echeverry dice «estamos perdiendo la capacidad de comunicarnos, de hablar con quienes están a nuestro lado. Pagaremos un alto precio en el futuro por esa pérdida de la capacidad de interrelación personal, del contacto con nuestros semejantes».

En una situación de entrevista y, para intentar eliminar las barreras raciales/étnicas existentes entre el paciente y el profesional de la salud, es recomendable:

- Identificar las barreras.
- Explorar en qué nivel del proceso de atención de la salud ocurren estas barreras.
- Disponer de intervenciones culturalmente competentes.
- Después de eliminar las barreras y de asegurarse que el paciente y su familia tienen la información adecuada para poder elegir, el profesional de la salud puede «negociar». La negociación debe finalizar con la fijación de objetivos y metas consensuados que serán evaluados sistemáticamente. Pero para poder negociar primero hay que conocer. Nuestra propia experiencia con personas obesas y diabéticas nos ha mostrado la importancia de conocer para negociar y ser más efectivos en nuestra práctica profesional.

CONCLUSIONES

- La ET es una disciplina científica y por lo tanto está sometida a las leyes de observación, reproducción y evaluación. No es un complemento actitudinal a la actividad asistencial, sino que forma parte de la misma, a la que debe estar íntimamente integrada. La ET va más allá del abordaje didáctico tradicional e incluye aspectos como la psicología y la antropología. Los profesionales de la salud deben incorporar en su bagaje curricular habilidades en la comunicación con los pacientes para mejorar sus resultados asistenciales. Por razones éticas y por eficiencia, el modelo tradicional vertical y paternalista de la relación médico-paciente debe ser

definitivamente abandonado y sustituido por un nuevo paradigma basado en el *empowerment*, en el que de una parte el paciente y su libertad de elección son el eje fundamental y de otra el profesional de la salud –que no debe renunciar a la obligación de persuadir al paciente hacia la adopción de conductas saludables– se constituye en su aliado y corresponsable de los resultados asistenciales. Las barreras socioculturales, las necesidades individuales de los pacientes –incluyendo las que dependen de su etnia y las creencias personales– definen la inexcusable necesidad de implementar programas de educación individualizados.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson B, Funnell M, editores. *The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators*. 2ª ed. American Diabetes Association Inc. Alexandria; 2005.
- Betancourt J, Green A, Carrillo E. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*. 2003;118:293-302.
- Day JL. Education of the diabetic patient. En: De Fronzo RA, Ferranini E, Keen H, Zimmet P. *International textbook of diabetes Third*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.; 2004. pp. 1599-624.
- Echeverry J. ¿Cómo será la educación médica del futuro? *Jornadas IntraMed*; 2008.
- Figuerola D. Resultados a largo plazo de un programa de educación diabético-lógica: efectos sobre el control metabólico y la evolución clínica de las complicaciones. *Med Clin*. 1988;91:525-9.
- Figuerola D, Reynals E. La educación de profesionales de la salud en diabetes. En: Gomis R, Rovira A, Feliú JE, Oyarzabal M, editores. *Tratado SED de Diabetes Mellitus*. Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana; 2007. pp. 433-51.
- Fundació Rossend Carrasco i Formiguera. *Memoria 2008*. Acceso: 20/7/2009. Disponible en: <http://www.frcf.cat>
- Jensen TG, Tonstad S, Claudi T, Midthjell K, Cooper J. The gap between guidelines and practice in the treatment of type 2 diabetes. A nationwide survey in Norway. *Diabetes Res Clin Pract*. 2008;80:314-20.
- Lacroix A, Assal JP. *L'education thérapeutique des patients*. París: Maloine; 2003.
- Lafuente N. La educación de personas con diabetes. En: Gomis R, Rovira A, Feliú JE, Oyarzabal M, editores. *Tratado SED de Diabetes Mellitus*. Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana; 2007. pp. 421-32.
- Laplaine F. *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol. Serie Antropológica; 1999.
- Mann DM, Ponieman D, Leventhal H, Halm EA. Predictors on adherence to diabetes medication: the role of disease and medications beliefs. *J Behav Med*. 2009;32:278-84.