



INSP

BOLETÍN DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA PARA EL CUIDADO EN ENFERMERÍA

ICCE

Noviembre de 2007



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

El auto-cuidado a la salud

La mejor estrategia de prevención y tratamiento para las enfermedades crónicas es la incorporación de conductas saludables, por esta razón el auto-cuidado debe considerarse una estrategia explícita y permanente en los modelos de atención en salud¹ dirigidos a la población en general, en particular a personas que manifiestan factores de riesgo de enfermedades crónicas (diabetes, obesidad, hipertensión entre otras) y a quienes la padecen.

1. Definición

Concepto de auto-cuidado a la salud. Son las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal. Son prácticas de personas y familias a través de las cuáles se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas.¹

En los modelos de atención integral el autocuidado constituye un recurso básico para el trabajo de la enfermería y al aplicarlo en paciente o usuarios es necesario tomar en cuenta las condiciones en las que vive la persona, la familia y la comunidad.

Los expertos han identificado tres aspectos donde el auto-cuidado se manifiesta dentro de los estilos de vida y en los cuáles se puede intervenir:

- **Nuevos hábitos**, que son los que se dan en como estructuramos nuestra vida cotidiana, algunos pueden afectar de algún modo nuestra salud, por ejemplo el hábito de fumar. Esta es una oportunidad para fomentar nuevos hábitos en favor de la salud.
- **Conductas de mantenimiento conscientes e intencionadas** que buscan mantener la salud, como hacer ejercicio o acudir a programas de detección temprana. La enfermera puede fortalecer y dar seguimiento a estas conductas cuando las haya identificado en los usuarios.

CONTENIDO

1. Definición
 2. El auto-cuidado y la enfermería en el primer nivel de atención
 3. Las técnicas para fomentar el auto-cuidado en los usuarios y en los pacientes
 4. Técnicas de apoyo de la consejería
- Referencias bibliográficas

idea fuerza idea fuerza idea fuerza
idea fuerza idea fuerza idea fuerza idea
fuerza idea fuerza idea fuerza idea fuerza
idea fuerza idea fuerza idea fuerza

- Conductas de respuestas a síntomas de enfermedad, por ejemplo monitorear el nivel de glucosa en sangre (diabetes) o la presión arterial (hipertensión), acudir a los servicios de salud frente a síntomas alarmantes de la enfermedad.

En este caso lo relativo al auto-cuidado se enfocará en la prevención y manejo de las enfermedades crónicas y en donde el reto del auto-cuidado es tomar decisiones y seleccionar opciones con relación a temas como, dieta, descanso, actividad física, síntomas, la medicación, monitoreo, decisiones sobre dónde y cómo buscar ayuda entre otras.⁵

*El apoyo de la enfermera es fundamental para que el paciente...
...de su enfermedad*

[Frase incompleta]

2. El auto-cuidado y la enfermería en el primer nivel de atención

La enfermera generalmente conoce las características de la vida cotidiana del usuario o paciente y por lo tanto sabe conciliar ésta con la adecuación del tratamiento para su efectividad

Tradicionalmente dentro las actividades del primer nivel de atención se desarrolla la educación para la salud. Es indispensable incorporar en este proceso, herramientas que han mostrado su efectividad al aplicarse por enfermeras.^{2, 3, 4}

■ Consejería

La consejería consiste en establecer una relación de ayuda, basada en la comunicación efectiva, que busca mejorar o promover la salud del usuario, a través del fortaleciendo su capacidad de tomar decisiones respecto a su salud y actuar en consecuencia.⁵

Es recomendable que la enfermera se enfoque incorpore el concepto que las personas con enfermedades crónicas deben ser invitadas activamente a ser compañeras en las decisiones sobre el manejo de su enfermedad. Las discusiones sobre la participación del paciente en las decisiones del cuidado de la salud, están basadas en el empoderamiento y se considera especialmente la importancia de motivar a las personas para participar como iguales en las decisiones sobre el cuidado que ellos reciben.⁶

*Cualquiera que sea la intervención del auto-cuidado, la enfermera debe asegurarse que el paciente tiene suficiente información sobre la enfermedad o riesgos, si aún no está enfermo.
Sin información suficiente no pueden plantearse cambios hacia el auto-cuidado*

Se trata de trasladar a los pacientes su responsabilidad de decidir activamente sobre los comportamientos que afectan a su salud.⁷ En este marco, la función de la enfermera es facilitar y asesorar (no dirigir). Es importante poner en perspectiva: el paciente opta por seguir una serie de medidas y si no sigue las instrucciones de la enfermera no debe ser visto como desobediencia sino como parte de su decisión, la enfermera debe tener cuidado en no asumir de forma negativa y personal esta decisión .

La evidencia sobre la efectividad de este enfoque la muestra un estudio cualitativo realizado por enfermeras en pacientes que lograron tener un buen manejo de enfermedades crónicas como diabetes, VIH y esclerosis múltiple. Los aspectos relevantes para la práctica son:⁸

- Todos fueron motivados por los profesionales para prevenir complicaciones y comprender que su salud dependería directamente de las decisiones en relación a su auto-cuidado y prevención secundaria.
- Para estos pacientes estar "en control" significa ser capaz de mediar con los efectos de la enfermedad y llevar una vida "lo más normal posible".
- La característica de la decisión para asumir el control fue un intenso aprendizaje sobre la enfermedad y la respuesta de su cuerpo para intervenciones y situaciones.
- Hicieron un compromiso concurrente para prácticas de vida saludable en general, como dieta, ejercicio, manejo de estrés y descanso, incluyeron la exploración de terapias y prácticas complementarias.
- Asumir el control de su enfermedad incluyó monitorear su cuerpo, vigilando síntomas adversos y respuestas a sus intervenciones, para establecer metas personales de auto-cuidado con relación a las manifestaciones corporales.

En este mismo estudio, se observó que estos pacientes que asumieron el control de su enfermedad desarrollaron un conocimiento de su propia y única respuesta para la enfermedad y sus tratamientos, esto les permitió tomar decisiones efectivas sobre su auto-cuidado, aunque demostró ser un fenómeno complejo relacionado al tiempo y la experiencia de la enfermedad.

3. Las técnicas para fomentar el auto-cuidado en los usuarios y en los pacientes

Los aspectos antes mencionados pueden desarrollarse en el marco de la consejería, siguiendo modelos que son aplicados en diversos países y contextos, y que han sido probados en diferentes tópicos de salud.^{11,12,13}

3.1 Componentes de las intervenciones efectivas

Para realizar una intervención efectiva dirigida a modificar una conducta, se requieren dos tareas previas: un diagnóstico para definir el problema y otro para identificar su disposición a cambiar^{9, 10, 11}

a) Diagnóstico para definir el problema

Para abordar los factores relacionados con el hecho de que una conducta determinada se lleve a cabo o no, o se mantenga o no, se recomienda la utilización del Modelo PRECEDE que es una herramienta que nos permite identificar los factores en favor o en contra para lograr un cambio de conducta. Los factores de este modelo son:

Predisponentes. Son los aspectos que influyen en la motivación para que el paciente adopte la conducta que se desea promover e incluye:

- Información (cuanto sabe de su enfermedad o de la que se pretende prevenir);
- Actitudes (como percibe el riesgo, si se siente capaz de realizar dicha conducta);
- Valores y creencias sobre los que se desea influir.

Facilitadores. Son los recursos que facilitan la adopción de la conducta, una vez que ya existe motivación, y se deexpresa en el desarrollo de habilidades y destrezas del paciente (manejo de glucómetro); así como las guías o manuales, la comunicación con profesionales y familiares y los servicios especializados ofrecidos por centros y programas comunitarios

Reforzantes. Son los aspectos que son consecuencia de que el paciente haya realizado la conducta, por ejemplo, premios o sanciones provenientes de otras personas significativas (reconocimiento o rechazo) y/o respuestas físicas o emocionales del propio paciente (bienestar físico, tranquilidad, dolor).

b) Definición de perfil de conducta

Para estos fines se propone el Modelo transteórico o de Etapas del Cambio, el cual se basa en el supuesto, de que una persona, antes de cambiar una conducta pasa por una serie de etapas que la predisponen en mayor o menor grado a cambiar. El cambio ocurre a través del tiempo e involucra un proceso. Este aspecto es fundamental ya que frecuentemente se pretende que las personas actúen o realicen cambios en sus conductas, sin estar listas para eso. Este modelo ha sido ampliamente aplicado, sus principales características, indicadores y metas en una consejería. (ver Cuadro 1)

El Modelo transteórico también llamado rueda del cambio por algunos autores,¹⁵ plantea un proceso dinámico del que se puede pasar de una etapa a otra antes de lograr el cambio, puede haber recaídas. La recaída no se considera un fracaso, sino un proceso normal del proceso de cambio.

La utilización de ambos modelos, PRECEDE y Transteórico, ofrecen las pautas para diagnosticar e intervenir de manera planeada y son complementarios en el marco de la consejería de enfermería. (ver Cuadro 2)

La forma en que se entabla la relación con el paciente o usuario, cómo se realiza la comunicación, también requiere de una metodología y existen diversas variantes complementarias en la literatura. Navarro y Bimbela,⁴ recomiendan seguir el Decálogo de motivación para el cambio. (Ver cuadro 3)

Una vez que el paciente toma una decisión es recomendable:

- Reforzar la conducta del paciente, por ejemplo cuando el paciente refiere que decidió programar una alarma para recordar la hora de toma de medicamentos. Usar frases como: “me parece muy bien su decisión de ponerse una alarma...”.
- Motivar al paciente señalando consecuencias positivas, por ejemplo “de esta manera podrá lograr un mejor control de su presión arterial”
- Realizar reforzamientos periódicos. Para ello es conveniente contar con un programa explícito que ayude a identificar los tiempos y mecanismos de seguimiento adecuados.

Es probable que al impulsar un programa de fomento al autocuidado aparezcan situaciones que nos muestre que el paciente no se comprometa a nada, en cuyo caso habrá que explorar más sobre su situación y dificultades para replantear alternativas, procurando no repetir lo ya hablado en el primer intento.

Una ventaja importante del Modelo Transteórico es que permite realizar un trabajo realista y enfocado al grado de motivación de los pacientes.

CUADRO 1. MODELO TRANSTEÓRICO, ETAPAS DEL CAMBIO Y SUS METAS^{A B}

ETAPA/MOTIVACIÓN	CARACTERÍSTICAS	INDICADORES	METAS
Precontemplación • No pretende cambiar	<ul style="list-style-type: none"> ■ No hay interés para modificar la conducta ■ Sensación de falta de eficacia y habilidades para realizar el cambio ■ Normalmente las personas que se encuentran en esta etapa no hay experimentado efectos adversos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Evitación ● Rebedía ● Resignación ● Racionalización "de algo he de morir" 	→ Sensibilizar al respecto a la necesidad y beneficios del cambio de conducta.
Contemplación • Pretende cambiar	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conciencia de utilidad de cambiar la conducta ■ Sensación de falta de habilidades para realizarla 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ambivalencia ● Cronificación del comportamiento ● Conciencia del comportamiento problemático "tendría que hacer más ejercicio pero..." 	→ Motivar al cambio de conducta
Preparación • Intentará cambiar	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conciencia de necesidad de cambiar ■ Decisión de cambiar de conducta ■ Temor de fallar 	<ul style="list-style-type: none"> ● Informa de pequeños cambios ● Se siente preparado para el cambio "me voy a ir caminando todos los días..." 	→ Incentivar el desarrollo y ejecución de un plan de acción
Acción • Ha cambiado con éxito	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realización del cambio de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> ● Decisión para actuar ● Modificación de experiencias, comportamientos y entorno ● Compromiso de tiempo y energía "estoy caminando todos los días cuando regreso de trabajar" 	→ Incentivar el desarrollo y ejecución de un plan de acción
Mantenimiento • Mantienen resultados	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incorporación de la conducta como hábito de vida, luego de 6 meses de la conducta adoptada 	<ul style="list-style-type: none"> ● Trabaja para prevenir recaídas ● Consolida resultados ● Nuevo estilo de vida ● Aprende a manejar crisis "Aunque no vaya a trabajar camino 30 minutos" 	→ Monitorear logro y retomar proceso de cambio en caso de recaída

- a Instituto de Nutrición y Tecnología de alimentos. Consejerías en vida sana. Manual de apoyo. Universidad de Chile. Ministerio de Salud y Programa "Construyendo una vida sana". Sin año- Chile.
- b Navarro B. Bimbella JL. Modelos en educación sanitaria. En: Ubeda C., Caja Carmen, Roca Montserrat. Instrumentos para la práctica profesional de la enfermería comunitaria. Monsa-Prayma. Barcelona.2005.pp135-152.

CUADRO 2. COMPLEMENTARIEDAD EN EL DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN

ETAPAS (TRANSTEÓRICO) (PROCHASCKA)	FACTORES PRECEDE (GREEN)
1. Precontemplación	■ Predisponentes
2. Contemplación	■ Intervención
3. Preparación	■ Potenciar los predisponentes
	■ Identificar facilitador
	■ Prever los reforzantes
4. Acción	■ Utilizar reforzantes
5. Mantenimiento	■ Enfatizar los reforzantes

[Falta cita]

PASOS	DESCRIPCIÓN
1. Elegir un momento adecuado	Un momento sin alteraciones emocionales de ambas partes, para evitar tonos de reproches o amenazante por parte de la enfermera. Las alteraciones emocionales interfieren con la recepción adecuada del mensaje y la capacidad de tomar decisiones realistas. Asegurarse que ambas partes cuentan con el tiempo mínimo necesario.
2. Ir de uno en uno	A partir de los problemas y necesidades de cambiar algunos hábitos es recomendable priorizar e ir de uno en uno. Pedir muchos cambios puede ser contraproducente por la sensación de agobio y desbordamiento.
3. Preparar de antemano la intervención	Debe existir una mínima planeación y asegurarse de que se cuenta con lo necesario si se requiere de apoyar la información con folletos o algún auxiliar didáctico.
4. Crear un ambiente distendido relajado	Se requiere iniciar la conversación con temas que permitan un acercamiento progresivo y no entrar directo a los problemas. Es decir un inicio que propicie que nos escuche el paciente, o el usuario sin olvidar aspectos de la relación como la sonrisa, la mirada y una actitud abierta a escuchar y conversar.
5. Describir la conducta del paciente	Concretar la conducta que está teniendo consecuencias negativas, como puede ser el caso de un paciente hipertenso que refiere que en ocasiones se le olvida tomar el medicamento: "cuando se le olvida tomar su pastilla", evitando decir "cuando no se toma la pastilla". No se debe juzgar la conducta, sólo describirla.
6. Señalar las consecuencias que tiene la conducta	Definir como problema las consecuencias del comportamiento, no el comportamiento en sí mismo. Se recomienda enfocar no sólo el aspecto físico como pueden ser los síntomas al no tomarse el medicamento en el horario correspondiente, sino como interfiere el malestar con su vida cotidiana. No se debe dramatizar, ni producir miedo.
7. Crear con su conducta	Ponerse en el lugar de la persona y hacer un esfuerzo por entender las dificultades que plantea para realizar lo requerido para su auto-cuidado. La empatía debe ser sobre la base del entendimiento, si no se logra, no debe hablarse es mejor no decirlo. En este paso se busca un acercamiento emocional, que sólo puede lograrse con una empatía auténtica.
8. Asumir la propia responsabilidad	Se refiere a las situaciones en las que se percibe que el profesional no ha proporcionado suficiente información o que no ha sido clara, debe decir: "tal vez yo no le expliqué ampliamente los posibles efectos secundarios del medicamento". Lo importante es dejar claro que se comparte el problema.
9. Pedir alternativas para solucionar el problema	Generar una pregunta que implique a ambas partes "qué podemos hacer..." citando otra vez el problema descrito, "para evitar que se sienta mal", sin citar la conducta de no tomarse las pastillas sino las consecuencias.
10. Proponer alternativas para solucionar el problema	Una vez que el paciente sugiere alternativas, plantear las alternativas en forma de pregunta ¿qué le parece si...pone una alarma para que le recuerde que debe tomar el medicamento ...?

Drevenhorn E, Hakansson A, Petersson K. Counseling Hypertensive patients- An observational study. Clinical Nursing Research 10(4), 369-386

3.2 Principios generales para motivar al usuario o paciente

Los especialistas Lizárraga y Ayarra,¹³ recomiendan la utilizar el Modelo transteórico para trabajar sobre lograr cambios en la persona con base en los principios generales de la motivación:

- Expresar empatía, aceptar y respetar a la persona, pero no necesariamente aprobarla. Se requiere entrenamiento de la enfermera
- Desarrollar la discrepancia, aumentar su nivel de conflicto, especialmente entre su conducta actual y los valores importantes de su vida. Es importante cuidar que el procedimiento sea amistoso, respetuoso evitando la subvaloración, la agresión o el castigo.
- Evitar argumentar y discutir, ya que cuanto más se empeña el profesional, en establecer su conocimiento más se bloqueará la disposición de la a escuchar y aprender. La persona suele tener la percepción de que su capacidad de elección está limitada y es conveniente preguntar primero si quiere saber más sobre el punto en discusión.
- Trabajar resistencias del paciente, evitando imposición.
- Apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia. Creer en la posibilidad de cambiar.

4. Técnicas de apoyo de la consejería

Es recomendable utilizar: de técnicas de apoyo narrativo para crear una atmósfera ideal para el cambio, al favorecer en la persona un análisis de sí misma, estas técnicas ayudan a que la persona pueda sentirse aceptada y entendida, avanzando en verse a sí misma. Las técnicas son:

- a) Hacer preguntas abiertas
- b) Mantener una escucha reflexiva: repetición de alguna palabra, refraseo, parafraseo, señalamiento emocional y silencios;
- c) Realizar una reestructuración positiva;
- d) Resumir destacando aspectos cruciales;
- e) Expresar afirmaciones de automotivación: reconocimiento del problema, expresión de preocupación, intención de cambio y optimismo por el mismo.

Referencias bibliográficas

- ¹ Dean K. Self-care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation. *Social Science & Medicine*, 29(9); 137-152.
- ² Drevenhorn E, Hakansson A, Petersson K. Counseling Hypertensive patients- An observational study. *Clinical Nursing Research* 10(4), 369-386
- ³ Page T, Look, C, Conroy-Hiller T. Effectiveness of nurse-led cardiac clinics in adult patients with a diagnosis of coronary heart disease. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2005,3(1);2-26
- ⁴ Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JTH, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community setting. *Cochrane Library*, Issue 2, 2007. Oxford: update software.
- ⁵ Instituto de Nutrición y Tecnología de ALIMENTOS. Consejerías en vida sana. Manual de apoyo. Universidad de Chile, Ministerio de Salud y Programa Construyendo una vida sana. Sin año. Chile.
- ⁶ Paterson B. Myth of empowerment in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5) 574-581.
- ⁷ Navarro, J.L: Bimbela. Educación individual. En Ubeda, C., Caja Carmen, Roca Montserrat. Instrumentos para la práctica profesional de la enfermería comunitaria. Monsa-Prayma. Barcelona. 2005. pp 135-152.
- ⁸ Thorne S, Paterson B, Russell C. The Structure Everyday Self-Care Decision Making in Chronic Illness. *Qual Health Res* 2003;13(10) 1337-1352.
- ⁹ Prochaska J, Redding C, Evers K. The Transtheoretical Model and Stages of Change. En: Glanz K, Rimer B, Lewis FM (eds.). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. 3a ed. Jossey-Bass 2002. p 99-120.
- ¹⁰ Changes in diabetes Self-Care Behaviors Make a Difference in Glycemic Control. The Diabetes Stages of Change (DiSC) study. *Diabetes Care* 2003, 26(3): 732-737.
- ¹¹ Spencer L, Adams TB, Malone S, Roy L, Yost E. Applying the Transtheoretical Model to Exercise: A Systemic and Comprehensive Review of Literature. *Health Promot Pract* 2006; 7: 428-443)
- ¹² Navarro B, Bimbela JL. Modelos en educación sanitaria. En: Ubeda, C., Caja Carmen, Roca Montserrat. Instrumentos para la práctica profesional de la enfermería comunitaria. Monsa-Prayma. Barcelona. 2005. pp 135-152.
- ¹³ Lizarraga S, Ayarra M. Entrevista motivacional. *ANALES Sis San Navarra* 2001; 24(supl. 2): 43-53.

DIRECTORIO

Dr. José Angel Córdova Villalobos
SECRETARIO DE SALUD
Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez
SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
Dr. Mauricio Hernández Ávila
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
Dr. Eduardo Pesqueira Villegas
DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SALUD
Dr. Mario Henry Rodríguez
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Dr. Miguel Ángel González Block
DIRECTOR EJECUTIVO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

AUTORA

L.E.O. Victoria Fernández García • Funsalud*

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Gladys Faba Beaumont • INSP
Lic. Lizbeth Evoli Goya • INSP

Diseño • Arroyo + Cerda, S.C.
Producción • Sentido y Significado, S.A. de C.V.

Boletín informativo editado por el **Instituto Nacional de Salud Pública** y la **Secretaría de Salud**
Ave. Universidad #655, Cuernavaca, C.P. 62508, Morelos, México

El NLS es un programa de colaboración entre el INSP y la SSA.

<http://www.insp.mx/nls/bpme>

*/ FUNSALUD.
Fundación Mexicana para la Salud