

La comunicación en el campo de la diabetes mellitus, algunas pautas para su acción efectiva

Some guidelines for the effective action of communication in the field of diabetes mellitus

MSc. Loraine Ledón Llanes

Clínica Central "Cira García". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La comunicación es fundamental para los propósitos educativos y para lograr indicadores positivos de salud en personas con diabetes mellitus. El artículo revisa literatura nacional e internacional sobre el tema y expone algunas de sus aristas: su carácter complejo, los factores involucrados en el proceso comunicacional, el enfoque tradicional y algunas estrategias alternativas de comunicación, se comparten reflexiones respecto a sus aciertos y desaciertos, y se refieren algunos elementos considerados como limitantes o barreras para la comunicación. Se brindan recomendaciones para el quehacer comunicacional desde dos dimensiones de acción que deben ser parte sistemática de la educación y atención de salud a personas con diabetes mellitus.

Palabras clave: comunicación en el campo de la diabetes mellitus, educación en diabetes mellitus, barreras, elementos favorecedores de la comunicación.

ABSTRACT

Communication is fundamental for educational purposes and for attaining positive health indicators in diabetes mellitus individuals. This article reviewed the national and international literature on this topic and presented some of its main elements: complex nature, factors involved in the communicational process, the traditional approach to it and some alternative communication strategies; it also shared

reflections with the readers on the good and the bad things of communication in this area and referred to some elements considered as limitations or barriers to communication. Recommendations were made for communication work from two action dimensions that should systematically be part of health education and care aimed at diabetic persons.

Keywords: communication in the field of diabetes mellitus, education in diabetes mellitus, barriers, encouraging elements of communication.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad de gran magnitud que afecta a millones de personas en todo el mundo.¹ Su incidencia y prevalencia han aumentado progresivamente para expresar ya un comportamiento epidémico: alrededor del 10 % de la población adulta mundial vive con DM, y se calcula que para el año 2025 el número de personas afectadas se duplique.²⁻⁴ En Cuba constituye la octava causa de muerte directa en población de cualquier edad, y se refiere una prevalencia de 30,5 personas conocidas con DM x 1 000 habitantes.⁵

La DM es responsable de múltiples enfermedades asociadas, discapacidad y muerte, también es muy costosa.^{2,6} Los efectos que genera a corto y largo plazo afectan tanto la duración como la calidad de la vida.^{3,7} A ello se añaden sus impactos psicosociales: se asocia a mayor riesgo de ansiedad y depresión,⁸ y se han encontrado manifestaciones cognoscitivas, conductuales y psicósomáticas.⁹ Ello puede relacionarse con el carácter crónico de la DM, su impacto en áreas de vida significativas, como la familia, el trabajo, la sexualidad y la reproducción, y los cambios corporales y funcionales que suscitan, así como sus significados.¹⁰

Por estas razones la prevención de la DM y sus complicaciones, así como el cuidado integral de la persona con DM, son consideradas una prioridad para la salud pública.¹¹ El objetivo terapéutico principal frente a la DM es el logro del control metabólico estable y sistemático a través del cumplimiento de los tratamientos indicados, el sostenimiento de cuidados de salud que involucran hábitos, modos y estilos de vida, y la prevención de complicaciones. Todo ello depende en lo fundamental de la conducta del individuo.^{6,11-13} Una persona con DM que no acepta la enfermedad, que no está capacitada para su diario autocuidado y control,¹⁴ que tiene limitaciones económicas, que no cuenta con información actualizada o veraz, y/o presenta otras condiciones psicosociales vulnerantes, probablemente tendrá dificultades para lograr el control metabólico requerido y deseado, y con ello, estará mucho más expuesta a sufrir los efectos adversos de la enfermedad sobre su salud y su calidad de vida.

El tratamiento de la DM es una tarea compleja.¹³ Vivir con DM incluye un grupo variado, y a veces difícil, de retos en varias áreas al unísono: modificar modos y estilos de vida, identificar indicadores emergentes de crisis de salud, comprender los aspectos básicos de la enfermedad y sus causas para favorecer la adhesión a esquemas de tratamiento médico hipoglucemiante, también complejos. Por todo

ello, la educación se ha considerado e instituido como "piedra angular" de la atención y tratamiento de la DM.^{6,14} Numerosos estudios nacionales e internacionales han mostrado los efectos positivos de la educación en DM en términos de salud: específicamente expresado en cambios en el comportamiento alimentario, en la práctica de actividad física, la autogestión, el control glucémico, y el control y prevención de las complicaciones agudas y crónicas.^{11,15-17}

La educación en DM es un proceso dirigido a facilitar el conocimiento y las habilidades en relación con prácticas corporales, dietéticas, terapéuticas y otras realizadas por la persona con DM, que le permitan tomar decisiones acertadas en términos de su salud, mejorar el control metabólico y preservar o mejorar la calidad de vida, a través de costos razonables. El proceso integra las necesidades, motivaciones, objetivos, experiencias de vida y participación de las personas con DM, valida los saberes de institución y población, y es guiado por evidencias científicas.^{6,18-21}

Los procesos de comunicación son básicos desde este propósito educativo en DM. De ahí que educación y comunicación sostengan estrechos vínculos: ellas comparten objetivos comunes y están conectadas con características esenciales del ser humano como la expresión, la interrelación y el aprendizaje.²¹ Los procesos de educación y comunicación en salud son prácticas sociales contextualizadas que se traducen en formas de ver la realidad y de construir significados.²² Por medio de la educación la persona adquiere conocimientos, habilidades, actitudes y conductas de salud. La calidad de la comunicación determina en buena medida el aprovechamiento de las intervenciones educativas.

No obstante su estrecha interrelación, ambos procesos son independientes, con principios y dinámicas propios. La comunicación es una estrategia dialógica de interacción sistemática que se desarrolla en cualquier nivel de actuación en salud: prevención, promoción, intervención o rehabilitación. Es el medio fundamental a través del cual se ejecutan los procesos de educación en salud y en DM. Implica una relación de expresión y retroalimentación mutua entre los sujetos involucrados (personas con DM, proveedores de salud, instituciones, comunidad), sobre la base de principios de participación, ética, equidad, respeto de valores, proacción y derechos. Según *De Dios y Jiménez*²³ la comunicación tiene 3 funciones fundamentales: la informativa, la afectivo-valorativa y la reguladora, que son imprescindibles de integrar desde toda estrategia de comunicación.

El presente artículo se basa en una revisión de literatura nacional e internacional sobre el tema de la comunicación en el campo de la DM, y expone algunas de sus aristas fundamentales: los factores involucrados en el proceso comunicacional, lo "tradicional" y "alternativo" en términos de comunicación en DM, la importancia de sostener estrategias de comunicación desde objetivos de educación, participación y autonomía de las personas con DM, y algunas pautas para su mayor efectividad a nivel colectivo y desde la atención de salud.

DESARROLLO

Aspectos involucrados en el proceso de comunicación en la diabetes mellitus

Diseñar estrategias efectivas de comunicación en salud es tarea compleja.^{11,21} Existen varios aspectos que confluyen de forma dinámica en los procesos de comunicación en salud. En primer lugar, aquellos relativos a la enfermedad, como por ejemplo, sus particularidades y manifestaciones, la forma en que se estructura la atención de salud, su disponibilidad, accesibilidad y costos, el grado de complejidad del tratamiento médico indicado, el alcance de la demanda de modificación de hábitos de vida, entre otros.

En segundo lugar, y muy relacionados, se encuentran los aspectos socioculturales vinculados con el proceso salud-enfermedad. La prescripción o recomendación de ciertas conductas terapéuticas puede ser ajena o contraria a los hábitos de las personas con DM²¹ o de la población de la que forman parte. El tipo de alimentación requerida (en calidad y cantidad), la estructura nutricional recomendada (momentos, frecuencia, condiciones), la práctica de ejercicios físicos, la asistencia sistemática a instituciones de salud, pudieran contrastar con la estructura de vida cultural y socialmente legitimada de la persona con DM.

Otros aspectos socioculturales se refieren a las representaciones del sujeto sobre conceptos como salud, enfermedad, vida, éxito y prestigio social. Vivir con una enfermedad crónica sobre la cual gravitan ejes de sentido con contenido estigmatizante, pudiera entrar en contradicción con dichas representaciones. Las construcciones de género y su integración con los procesos de vida con DM constituyen otra arista necesaria a considerar. Las expectativas, ideales y roles atribuidas a lo femenino y lo masculino, sobre todo desde su perspectiva más tradicional, pueden verse cuestionados y hasta transgredidos a partir de las experiencias múltiples que involucra vivir con DM desde áreas esenciales como el trabajo, la pareja, la salud sexual y reproductiva, y los procesos de construcción y expresión de las identidades, fundamentalmente desde su proyección social. Algunas experiencias de varones pueden ser muy explícitas al respecto.⁹

Otros aspectos socioculturales a considerar son las llamadas "variables sociodemográficas" de las personas y grupos a quienes se dirige la estrategia comunicacional: edad y etapas etarias, pertenencias a grupos étnicos y raciales, creencias y prácticas religiosas, nivel escolar, pertenencia a grupos o subgrupos poblacionales atendiendo a desarrollo económico social, ocupacional u otros.

En tercer lugar se encuentran los aspectos psicosociales, en especial, aquellos relacionados con los procesos de vida con DM. Vivir con DM para muchas personas implica experimentar diferentes etapas desafiantes desde una perspectiva biopsicosocial. Estos pueden ser considerados como momentos o etapas críticas,¹⁰ dentro de los que se pueden mencionar: el inicio de la DM, su diagnóstico, los períodos de descompensación metabólica, el cambio en el esquema de tratamiento médico (sobre todo cuando se incluye el uso de la insulina), y la aparición de complicaciones de la DM, en especial las crónicas.

La comunicación del diagnóstico de la DM genera retos en la relación entre el usuario y el proveedor de salud, muy relacionados con las dificultades o limitaciones respecto a la información que los sujetos portan. Este es uno de los

momentos o etapas del proceso de atención de salud en los que mayor cuidado debe ponerse dentro del proceso comunicacional, por ser usualmente de gran impacto psicoemocional para la persona con DM, por constituir muchas veces el primer momento de intercambio informacional y de intervención educativa, y porque probablemente de cómo sea manejado por el proveedor de salud, en mucho, dependerá la futura adhesión al tratamiento de la persona con DM. Por ello es vital estimar y procesar las representaciones de la persona con DM sobre la enfermedad, explorar y procesar sus "vacíos" de información sobre la DM y su tratamiento, así como retroalimentar con información comprensible, práctica y precisa sobre los aspectos medulares para comenzar a aproximarse al control de la

enfermedad.¹⁰ En general, sostener adecuadas estrategias de comunicación y educación, en combinación con redes y sistemas de apoyo efectivos desde los espacios sociales y de salud, facilitará el afrontamiento de los sujetos a este y otros momentos críticos durante sus procesos de vida con la DM.

Otros aspectos psicosociales a considerar dentro del proceso de comunicación en DM son: los factores de personalidad, el estado de salud psíquico y emocional, la vivencia de experiencias de vida que precisan de la revaloración de los manejos de la DM (por ejemplo, el inicio de la vida sexual y de pareja, el comienzo, cambio o final de la vida laboral, cambios en la estructura familiar y de convivencia, la reproducción, experiencia de pérdidas). Estos aspectos pudieran retar, incluso, interferir francamente, con las estrategias educativas y de comunicación en DM.

Finalmente, se deben considerar algunos elementos directamente relacionados con el proceso comunicacional. Por ejemplo, el tipo de información, las actitudes de los comunicadores al transmitir la información, sus habilidades y entrenamientos para hacerla efectiva, el nivel de motivación, participación y diálogo logrado, la potencialidad de aprendizaje de las personas y colectivos implicados, las interpretaciones de las categorías manejadas, y las condiciones en que se realiza la estrategia comunicacional y educativa.

Aun confirmando la complejidad de diseñar estrategias de comunicación en salud, es posible garantizar su efectividad a partir de la integración de esta multiplicidad de factores (socioculturales, psicosociales y del proceso comunicacional), y el sostenimiento de una perspectiva de respeto, participación, empoderamiento, interacción y autonomía respecto a las personas y grupos con DM. Sin embargo, esta postura no ha sido la tradicional en el campo de la comunicación en DM.

Lo tradicional en la comunicación en el campo de la diabetes mellitus

*Otero, Zanetti y Ogrizio*²⁴ afirman que existe un déficit significativo de conocimiento y de habilidades en el manejo de la DM, que oscila entre el 50 y 80 % de los individuos, y que el control glucémico es alcanzado por menos de la mitad de los pacientes con DM 2 bajo tratamiento. En Canadá, por ejemplo, se refiere que a pesar de que médicos y pacientes reconocen la importancia del control glucémico, los datos muestran que solo el 38 % de estos últimos presentan niveles de hemoglobina glucosilada en el rango óptimo de 7 % o menos.¹ Esta realidad puede repetirse desde diferentes contextos y regiones, aun cuando la perspectiva de los proveedores de salud sea congruente con el propósito de educar en DM, y cuando se realizan esfuerzos para que la información considerada relevante llegue a las personas con DM de la mejor manera. Ello muestra que las intenciones por sí

mismas no son suficientes. Es importante, en primera instancia, ser críticos y conscientes acerca del carácter de las perspectivas, estrategias, contenidos y del rol que se atribuye a los actores involucrados.

Tradicionalmente el paradigma desde el cual se anclan las acciones comunicativas y de educación es curativista, hospitalocéntrico y enfocado en el valor de lo tecnológico.¹⁸ Las estrategias de comunicación tienden a ser "unidireccionales": el personal de salud se estructura como "emisor" y la población destinataria como "receptor del mensaje",¹⁸ el "emisor" aplica determinados estímulos y espera obtener del "receptor" determinadas respuestas en términos de salud. Esta perspectiva se ancla en la valorización del saber médico y su función como controlador de la conducta moral, social e higiénica.²²

Las personas, grupos y poblaciones con DM se estructuran como entes pasivos, más objetos que sujetos del proceso de promoción de salud, cura y rehabilitación. No se considera ni establece una relación dialógica entre institución y población que promueva la construcción, desconstrucción y reconstrucción de vivencias, experiencias, hábitos y costumbres respecto a la realidad en que viven.¹⁸ A ello se añade que muy escasamente se enfoca como "receptor" a los proveedores de la salud involucrados en la atención de personas con DM.²⁵

La comunicación tradicional tiende a centrarse dentro de entornos institucionales de salud e incorporan limitadamente la participación, las necesidades de la población destinataria y el trabajo interdisciplinario.²¹ Las estrategias comunicacionales que involucren grupos, colectivos o poblaciones, continúan a la zaga. Los contenidos del mensaje se enfocan en aspectos biomédicos, técnicos y en las exigencias terapéuticas más que en las necesidades individuales o poblacionales, desde una posición autocrática del proveedor de salud.^{26,27} En este sentido, se aprecia el abuso de términos como "debe", "tiene" y "es mejor que", desde el propósito de mejorar la salud.^{21,27}

El sentido de sujeción a procesos y servicios de atención de salud, el limitado espacio que se le concede a las realidades de vida, saberes y valores de las personas con DM, más el establecimiento de vínculos normativos y de control entre proveedores y usuarios, puede generar sentimientos de pérdida de autonomía e inequidad.^{10,28} Esta forma de interacción puede volverse muy contraproducente para las metas de la atención a personas con DM, porque niega lo que predica: que el sujeto se haga responsable de los cuidados de su salud.

En general, las estrategias de comunicación utilizadas tradicionalmente no permiten una acción orientada al entendimiento del ser humano respecto a sí mismo, al medio y sus problemas socio sanitarios.¹⁸ De ahí su limitada efectividad para lograr educar en el campo de la DM, por lo cual los aspectos antes mencionados pueden considerarse como barreras para la comunicación. A ellas se adicionan otras más específicas, consideradas como barreras físicas, semánticas y personales.²³ *Freeman y Loewe*²⁵ refieren, en este sentido, que las diferentes interpretaciones pueden ser atribuidas a los términos médicos, a las diferencias entre los sentimientos personales del proveedor de salud y las ideas que transmite a la persona con DM, y a las discrepancias entre lo que valoran como importante uno y otra. Otras barreras a considerar son: un estilo de comunicación impositivo, atemorizante, vago, inseguro; un estilo de relación autoritario, irrespetuoso, desautorizado; la existencia de incongruencias entre lenguaje verbal y extraverbal,

entre lenguaje y conducta de los proveedores; y la transmisión de información fragmentada, que excluya aspectos relevantes, y que no responda a una racionalidad comprensible para la persona con DM. Las condiciones en las que se efectúa la comunicación también son importantes. Factores como la premura, la escasa privacidad y condiciones estructurales y físicas desfavorables en el espacio donde se establece el diálogo, pueden dar al traste con los propósitos educacionales y de salud previstos. No obstante estas aristas, que desafortunadamente aún persisten en muchos espacios de salud, han emergido estrategias de comunicación alternativas que muestran resultados alentadores.

Estrategias alternativas de comunicación para la educación en diabetes mellitus

La gran dificultad que implica encontrar el camino para promover el autocontrol o autocuidado ha conducido a que en los últimos años las intervenciones se centren más en propiciar la autonomía del paciente, su participación y colaboración.¹¹ La denominación de estrategias de comunicación "alternativas" deviene de sus diferencias (a veces contrastantes), respecto a las perspectivas tradicionales descritas anteriormente. Algunas de estas estrategias alternativas han sido propuestas y probadas desde hace varias décadas, y han mostrado sus efectos positivos en los grupos y comunidades en los que han sido implementadas. A continuación se exponen 3 ejemplos de ellas originadas en América Latina.

1. Estrategias de comunicación interactiva, Programa de Educación en Diabetes del Instituto Nacional de Endocrinología (INEN) de Cuba^{17,21}

La presente propuesta tiene como fundamento teórico la Medicina Comunitaria surgida en Latinoamérica en los años 60, que enfatiza en la comunicación igualitaria y en educación en salud por medio de la participación comunitaria. A través de esa estrategia sus autores plantearon como propósito desarrollar en la persona con DM la capacidad de pensar y decidir, junto con el proveedor de salud, acerca de sus necesidades de salud. La metodología utilizada se basa en un proceso de enseñanza/aprendizaje abierto e interactivo sobre la enfermedad, los modos de lograr su control y evitar complicaciones. Se nutre de la discusión en grupos y de la relación interpersonal, utiliza un lenguaje de fácil comprensión, diseña situaciones de aprendizaje, y aplica diferentes técnicas participativas y de animación, análisis y reflexión. Cada miembro del grupo cumple con las funciones de emisor y receptor para coproducir un mensaje, a partir de una información de base. La experiencia del grupo facilita el desarrollo de la actividad cognoscitiva, la cooperación y la búsqueda de diferentes soluciones. Posteriormente, esas acciones se refuerzan en el contacto individual entre el proveedor de salud y la persona con DM. Los objetivos y el contenido los establecen las propias personas, y el centro de la discusión no es la DM, sino el individuo y su salud, en relación con su entorno y sus necesidades. El Programa de Educación en Diabetes del INEN cuenta con varias décadas de experiencia y excelentes resultados.

2. Educación para el empoderamiento¹⁹

Se basa en la *Metodología problematizadora* de Paulo Freire como fundamento teórico, y se orienta por la percepción de la realidad, el protagonismo y el trabajo en grupo. Desde esta propuesta, enseñar significa crear las posibilidades para construir el conocimiento, y lo aprendido debe asociarse a la toma de consciencia

de una situación real vivida por las personas con DM, para que se tornen en autogestores de su salud. Las estrategias metodológicas valorizan su autonomía, y utilizan el tratamiento interactivo a través de estrategias de resolución de problemas.

3. Educación en salud, Ministerio de Salud de Brasil¹⁸

Está basada en la *Teoría de acción comunicativa* de Jürgen Habermas, que parte del principio de que es a través del lenguaje que las personas se constituyen en sujetos de acción. La acción comunicativa es aquella forma de interacción social en que los planos de acción de los diversos actores quedan coordinados por el intercambio de actos comunicativos, a través del lenguaje (verbal y extraverbal) orientado al entendimiento. Así la persona se hace capaz de formular una concepción crítica de la realidad y de construir su autonomía. Este es el propósito de la educación en salud, el cual se logra a través de un proceso sistemático y permanente que estimula la búsqueda de solución de los problemas vivenciados y la "participación real" de la persona en el ejercicio del control social.

Aun cuando estas y otras estrategias de comunicación y educación han partido de diferentes fundamentos teóricos y presentan particularidades respecto a sus propósitos y metodologías, es posible identificar más similitudes que diferencias. La primera radica en el sostenimiento de un enfoque sobre el individuo como protagonista de sus procesos de salud, lo cual es un principio básico para favorecer su rol como autogestor de salud. Otro aspecto común se relaciona con el favorecimiento de la interacción grupal y social, donde se incluye a los proveedores de salud como "facilitadores" de la relación dialógica. Este principio se vincula con la perspectiva de la construcción del conocimiento como favorecedora de los procesos de aprendizaje y de cambio de comportamiento. La validación del acervo psicológico, social y cultural de individuos, grupos y comunidades y su integración en los contenidos, estrategias y propósitos de salud, constituye otra similitud. A ello se adiciona el sostenimiento de interacciones empáticas, participativas y centradas en el logro del bienestar de las personas con DM desde sus propias consideraciones, para promover su creatividad y autonomía. Por ello, es posible aseverar que el nervio común de estas estrategias alternativas a los modos tradicionales de comunicarse y educar en DM, es su humanismo.

De la aplicación de estos enfoques y su evaluación a través de estudios comparativos, se han obtenido resultados positivos en varios indicadores de salud de personas con DM. Desde el punto de vista educativo, se refiere un aumento de conocimientos y destrezas en relación a la DM, mayor adhesión al tratamiento, incremento de sentimientos de responsabilidad, mayor autonomía y seguridad ante el tratamiento.^{6,11,12,24,28} En términos conductuales, se documenta mayor responsabilidad en el autocuidado y autogestión de salud, adopción de hábitos saludables y práctica de actividad física.^{6,11,16} Desde la perspectiva clínica se reporta una disminución del uso de insulina e hipoglucemiantes orales en pacientes con DM, reducción del sobrepeso, mejor control metabólico y menor frecuencia de complicaciones agudas.^{6,17,21} En términos psicosociales se refiere la disminución de los estados depresivos y de sentimientos de minusvalía, así como el adecuado desempeño estudiantil y laboral.¹⁷ Los resultados positivos, igualmente, alcanzan indicadores económicos, tales como, la disminución de los ingresos hospitalarios y de los costos de atención por comorbilidades y complicaciones de la DM.^{6,16,21}

No obstante todos estos aspectos positivos, también se han referido algunas limitaciones relacionadas con el enfoque sobre algún componente específico del automanejo en detrimento de otros, la intervención sobre poblaciones específicas, el carácter cualitativo de sus resultados, así como la no definición clara de las intervenciones, lo cual ha dificultado la interpretación de los resultados.¹ La literatura revisada, además, muestra un predominio de análisis, estudios e intervenciones realizadas en población usuaria, mientras el campo de la comunicación y la educación en relación a los proveedores de salud sigue siendo escasamente tratado. Sobre este particular, *Seabra, Chaves y de Carvalho*²⁹ plantean que sensibilizar, preparar e incluir al equipo de salud como diana de los procesos de educación y comunicación en DM, contribuye significativamente a cambiar la situación de vulnerabilidad que la enfermedad impone a sus portadores. Fortalece los propósitos de promoción y prevención, así como la asistencia integral y la autonomía necesaria para la eficacia de la práctica educativa. La articulación entre enseñanza, servicio y comunidad, y el sostenimiento de un enfoque interdisciplinario, demuestran un carácter interactivo y de alto impacto social y educacional, desarrolla la capacidad crítica y creativa, a fin de actuar en actividades educativas junto a la población.

Aspectos a considerar desde una estrategia de comunicación que favorezca la educación y promoción de salud en personas con diabetes mellitus

El presente apartado se propone brindar recomendaciones generales para el quehacer comunicacional en el campo de la DM. En este se refieren los propósitos y estrategias de comunicación considerados fundamentales desde 2 dimensiones de acción: colectiva y asistencial-diádica, las que deben hacer parte sistemática de la educación y atención de salud de esta población.

Toda estrategia educativa en DM debe incluir estrategias de comunicación más allá del contexto asistencia e individual. De ahí que, como parte de la atención de salud, deben ser incluidas propuestas permanentes de educación y comunicación que involucren grupos, colectivos, comunidades y la población toda. Desde este propósito, el uso de los medios masivos de comunicación se hace indispensable, así como el involucramiento de los diferentes actores sociales que pueden convertirse en promotores y facilitadores de dichos procesos. Al interno de los espacios institucionales también es posible y factible desarrollar estrategias de comunicación, pero es importante ser conscientes de que dichas estrategias estarán limitadas a aquellas personas con DM con condiciones y motivaciones específicas para estar insertados dentro de esos espacios institucionales.

Cualquiera que fuese el alcance de la estrategia de comunicación y educación, esta debe favorecer en el usuario la crítica y la elaboración del conocimiento, pues, cuando los factores de percepción y procesamiento de información son alterados el aprendizaje, se vuelve significativo para las personas.³⁰ El conocimiento apprehendido debe poder influir favorablemente en el control metabólico de las personas con DM.¹¹ Sostener propósitos educativos en cada espacio y actividad asistencial, y desde diferentes niveles o dimensiones de interacción, continúa siendo la regla de oro de la prestación de cuidados de salud a personas con DM.

1. La comunicación efectiva en DM desde la dimensión colectiva

Se recomienda que toda institución que presta servicios de salud a personas con DM incluya estrategias comunicativas para la educación en salud a nivel grupal, colectivo y/o poblacional, así como aliarse a instituciones, organizaciones o agentes

que permitan ampliar el impacto de estas estrategias. Estas pueden desarrollarse dentro de los marcos institucionales, pero es altamente recomendable realizarlas también fuera de ellos. Sus propósitos básicos son:

- Priorizar los objetivos de promoción y prevención de salud, en integración con la asistencia y la rehabilitación.
- Favorecer en los sujetos la construcción y fortalecimiento de una identidad social y un sentido de pertenencia a los servicios de salud destinados a ellos,¹⁸ así como la promoción de cambios en estos y en sus realidades.
- Fomentar la responsabilidad individual y comunitaria, así como la autonomía y actitud activa sobre los procesos de salud.
- Profundizar el conocimiento sobre la enfermedad, y considerar e integrar los valores, creencias y estilo de vida, lo cual resulta fundamental para mejorar la gestión de la enfermedad.^{15,16}
- Promover la construcción y el establecimiento de metas de salud propias, realistas, efectivas y sostenibles.
- Brindar la información necesaria en escenarios prioritarios y para resolución de problemas, incluyendo el apoyo emocional necesario.
- Brindar información específica sobre DM, salud y aspectos relacionados, basados en evidencias científicas.
- Involucrar en los procesos de educación y comunicación a la familia y otros actores significativos dentro de la estructura de vida de los sujetos (instituciones escolares, centros laborales, líderes comunitarios, comunidad).

Se propone el uso de estrategias metodológicas que permitan:

- Reducir la distancia pedagógica entre institución y población usuaria: quebrar la bipolaridad entre los que "saben" y los que "no saben".¹⁸
- Colocar a los sujetos en una relación de diálogo, intercambio de experiencias, participación, integración y construcción del conocimiento, a través de reuniones de grupo, plenarias, seminarios y grupos de discusión.³¹
- Proponer el uso de métodos de enseñanza/aprendizaje que favorezcan: reflexionar sobre la realidad de los sujetos, identificar las causas de sus dificultades, y el desarrollo de un plan de acción para solucionarlas.¹⁸
- Traer a los espacios de reflexiones la forma de pensar, ser, actuar y querer de la población, sus necesidades sentidas, representaciones y prioridades.
- Involucrar la participación de las personas con DM en todas las fases de planificación, desarrollo y realización de las actividades educativas.¹¹
- Hacer consciente las creencias, raíces culturales, científicas y actitudes de los proveedores de salud que interfieren en los procesos de educación y comunicación.
- Garantizar la formación y preparación continuas³² de los proveedores de salud en temas relativos a la DM, su terapéutica, aspectos psicosociales involucrados, técnicas efectivas de comunicación y educación en DM.
- Formar a los proveedores de salud sobre la base de la participación colectiva, multiprofesional e interdisciplinar.²⁹

2. La comunicación efectiva en DM desde la dimensión diádica: persona con DM-proveedor de salud

Desde el vínculo interpersonal que se construye, sobre todo en el marco asistencial entre sujeto con DM y proveedor, se hace indispensable, además de los principios fundamentales antes mencionados, sostener un grupo integrado de perspectivas durante sus acciones al proveer cuidados de salud.

La primera de ellas se refiere a la perspectiva biopsicosocial sobre la DM,²⁵ que implica contar con información actualizada sobre la DM (causas, condiciones de expresión, terapéuticas y avances tecnológicos y del conocimiento); explorar y contar con información suficiente sobre las creencias, representaciones y valores sociales y de salud de los sujetos con DM y sus grupos y comunidades de pertenencia; incluir y considerar las estructuras y redes sociales en que los sujetos se insertan, y que pueden jugar un rol fundamental en sus decisiones de salud.

Otra perspectiva relevante es el enfoque centrado en la persona con DM, que se expresa en su consideración como sujeto activo, capaz de intervenir y determinar sobre los temas relacionados con sus procesos de salud-enfermedad y atención. Desde este enfoque, el proveedor se estructura como facilitador²¹ y promotor de los esfuerzos del sujeto con DM para manejar las complejidades de su autocuidado. Finalmente, resulta esencial sostener una visión de atención de salud interdisciplinaria, que integre y valide los determinantes sociales de la salud, que respete los principios de equidad, derechos y ejercicio de la ciudadanía, y que legitime la proyección social y comunitaria de las acciones de salud, aun cuando el grueso de las actividades se realice dentro de los marcos institucionales.

Desde este posicionamiento se proponen como estrategias metodológicas:

- Promover el diálogo equitativo y la retroalimentación de los contenidos comunicacionales.
- "Dosificar" la información en función del momento de la atención, las particularidades de expresión de la DM en el sujeto, y sus necesidades de información.
- Favorecer el trabajo conjunto (sujeto con DM-proveedor de salud) en la identificación de los propósitos de salud a conseguir y en el diseño de planes para alcanzarlos.
- Tratar temas generales y específicos relacionados con la DM.
- Fortalecer el afrontamiento activo y centrado en la solución de problemas, frente a la enfermedad.

La información que comparte el proveedor de salud debe tener un carácter aplicable, congruente con la realidad de vida de la persona con DM, y adaptable a sus necesidades. El ejercicio comunicacional debe, además, expresarse desde una actitud empática por parte del proveedor de salud, quien debe realizar una escucha atenta y respetuosa de la historia y necesidades de la persona con DM. El lenguaje a utilizar debe ser sencillo, comprensible y capaz de transmitir los contenidos esenciales. Además, los temas, estrategias y planes a trabajar en cada encuentro deben adecuarse a las necesidades concretas del sujeto con DM.

*De Dios y Jiménez*²³ refieren como condiciones que facilitan la efectividad de la comunicación, un clima psicológico favorable (de seguridad, confianza y positividad), la capacidad y habilidades de escucha, así como la asertividad. Para estos autores la objetividad al valorar el problema del paciente, la utilización adecuada del método clínico y del tiempo necesario para la comunicación, entre otros aspectos, son elementos básicos a tener en cuenta para una buena comunicación.

Varios autores han llamado la atención sobre considerar aquellos aspectos relativos a la persona involucrados dentro del proceso comunicacional y educativo: la edad, la etnia y raza, el nivel de escolaridad, el conocimiento sobre DM que posea la persona, sus necesidades educacionales, su disposición y disponibilidad para aprender, el apoyo familiar, el estatus financiero y las influencias culturales de la que sea portadora.^{11,13,20,33} De igual importancia resulta no pasar por alto el estado

psíquico (cognitivo y afectivo) de la persona, los roles, expectativas y valores de género expresados y asimilados, su estructura de vida, el estado integral de su salud, su estructura de valores relacionados con la salud y la vida, y el funcionamiento y efectividad de sus redes de apoyo social.

CONSIDERACIONES FINALES

A partir de estos principios y consideraciones relacionados con el proceso educativo y comunicacional de salud en personas con DM, de la estructuración de estrategias contextualizadas que tengan como prioridad fundamental la promoción de salud y la prevención de la DM, de la realización de intervenciones sistemáticas que puedan ser evaluadas longitudinalmente y que permitan profundizar el conocimiento sobre estos temas, es esperable que -de un modo gradual pero estable- mejoren los indicadores de salud en la población general y con DM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Health Quality Ontario. Behavioural interventions for type 2 diabetes: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2009; 9(21):1-45.
2. Petrak F, Herpertz S, Albus C, Hermanns N, Hiemke C, Hiller W, et al. Study protocol of the Diabetes and Depression Study (DAD): a multi-center randomized controlled trial to compare the efficacy of a diabetes-specific cognitive behavioral group therapy versus sertraline in patients with major depression and poorly controlled diabetes mellitus. *BMC Psychiatry.* 2013; 13:206.
3. Schram MT, Baan CA, Pouwer F. Depression and Quality of Life in Patients with Diabetes: A Systematic Review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Curr Diabetes Rev.* 2009 May; 5(2): 112-9.
4. Domínguez E, Seuc AH, Díaz O, Aldana D. La carga de la diabetes en Cuba, período 1990-2005. *Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet].* 2008 [citado 5 de mayo de 2010]; 19(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Anuario estadístico de salud. La Habana: Minsap; 2004.
6. Pérez A, Barrios Y, Monier A, Berenguer M, Martínez I. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus. *MEDISAN [serie en Internet].* 2009 [citado 8 de enero de 2014]; 13(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Domínguez E, Seuc A, Díaz O, Aldana D, Licea ME. Esperanza de vida saludable asociada a la diabetes en Cuba: años 1990 y 2003. *Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet].* 2010 [citado 28 de abril de 2010]; 21(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8. Rondón JE. Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*. Junio 2011; 14(2):126-62.
9. Ledón L, Castelo L. Afrontamiento al estrés relacionado con la disfunción eréctil en varones con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]*. 2013 [citado 20 de febrero de 2014];24(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532013000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Ledón L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y repuestas a la enfermedad. *Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]*. 2012 [citado 13 de abril de 2014];23(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Alves D, da Silva NM, Lima AL, Brandão PC, de Oliveira CG. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. *Rev Latino-Am Enfermagem [serie en Internet]*. 2012 [citado 25 de junio de 2012];20(3). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S0104-11692012000300008
12. Jordán T, Oramas R, González L. Evaluación del efecto de una intervención educativa en los pacientes diabéticos de cuatro consultorios. *Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]*. 2007 [citado 10 de noviembre de 2013];23(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Piette JD, Schillinger D, Potter MB, Heisler M. Dimensions of Patient-provider Communication and Diabetes Self-care in an Ethnically Diverse Population. *J Gen Intern Med*. 2003; 18(8): 624-33.
14. García R, Suárez R. La educación al paciente diabético. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1991. p. 7.
15. Jarvis J, Skinner TC, Carey ME, Davies MJ. How can structured self-management patient education improve outcomes in people with type 2 diabetes? *Diabetes Obesity Metabolism*. 2010; 12(1): 12-9.
16. Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Schall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(2): 291-8.
17. García R, Suárez R. Dimensión educativa en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas. *Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]*. 2001 [citado 28 de junio de 2010];12(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532001000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Nonato da Cruz R. O agir comunicativo no contexto das práticas de educação em saúde pública: um estudo à luz da teoria da ação comunicativa de J Habermas. *Serv Soc Soc [serie en Internet]*. 2011 [citado 8 de enero de 2014];106. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S0101-66282011000200005

19. Ciryno AP, Schraiber LB, Teixeira RR. Education for Type 2 Diabetes Mellitus Self-care: from compliance to empowerment. *Interface Comunicação Saúde Educ.* 2009; 13(30): 93-106.
20. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas L, Hoseney GM, Jensen B, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care.* 2008; 31(1): 12-54.
21. García R, Suárez R, Mateo-de-Acosta O. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. *Rev Panam Salud Pública* [serie en Internet]. 1997 [citado 8 de enero de 2014]; 2(1). Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49891997000700006&script=sci_arttext
22. De Freitas FV, Rezende Filho LA. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. *Interface (Botucatu)* [serie en Internet]. 2011 [citado 10 de noviembre de 2013]; 15(36). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S1414-32832011000100019
23. De Dios JA, Jiménez ME. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. *MEDISAN* [serie en Internet]. 2009 [citado 10 de noviembre de 2013]; 13(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008; 16(2): 231-7.
25. Freeman J, Loewe R. Barriers to Communication About Diabetes Mellitus. *The Journal of Family Practice* [serie en Internet]. 2000 [citado 10 de noviembre de 2013]; 49(6). Disponible en: <http://www.jfponline.com/page-unavailable.html>
26. Ruiz M, Meneguetti LC, Zaniboni AL. Uma experiência em comunicação e saúde. *Interface (Botucatu)* [serie en Internet]. 2009 [citado 8 de enero de 2014]; 13(31). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S1414-32832009000400016
27. Waitzkin H. Theoretical approaches to medical encounters. En: Waitzkin H. *The politics of medical encounters: How patients and doctors deal with social problems.* New Haven and London: Yale University Press; 1991. p. 11-26.
28. Agramonte A, Ledón L, González P. Salud y sexualidad en adolescentes con diabetes mellitus. En: Álvarez L, Rodríguez A, Sanabria G, editores. *Salud sexual y reproductiva en adolescentes. Gestión, promoción e investigación. Capítulo III. Actitudes y conductas de los adolescentes.* La Habana: Editorial Abril; 2009. p. 109-26.
29. Seabra AC, Chaves GdL, De Carvalho H. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP* [serie en Internet]. 2010 [citado 20 de febrero de 2014]; 44(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S0080-62342010000200041

30. Leite MMJ, Prado C, Peres HC. Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora. São Caetano do Sul: Difusão; 2010. p. 87.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Brasília: Cadernos de Atenção Básica; 2006. p. 16.
32. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comum Saúde Educ. 2005;9(16):161-8.
33. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. Knowledge on diabetes mellitus in the self care process. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006;14(5):728-34.

Recibido: 25 de febrero de 2014.

Aprobado: 14 de abril de 2014.

Loraine Ledón Llanes. Clínica Central "Cira García". Calle 20 # 4 101, esquina a avenida 41, municipio Playa. La Habana, Cuba. Correo electrónico: loraine.ledon@infomed.sld.cu