

Educación sanitaria en las enfermedades crónicas

R. Córdoba García

Introducción

A las personas, por lo general, no les hace mucha gracia que les digan lo que tienen que hacer para modificar sus conductas, y mucho menos que les regañen para conseguirlo. Los pacientes suelen acudir al médico buscando soluciones más que penitencias. Este fenómeno, por otra parte frecuente cuando tratamos de convencer a alguien para que cambie, puede generar la llamada «reactancia psicológica», es decir, el deseo de reafirmarse en la conducta inicial. La decisión de modificar una conducta depende básicamente de dos factores: la sensación de amenaza por mantener esa conducta (vulnerabilidad percibida) y la confianza en ser capaz de conseguir el cambio (autoeficacia o expectativas de éxito). Los pacientes con factores de riesgo oligosintomáticos (hipertensión arterial, diabetes, hiperlipemia, tabaquismo, obesidad, etc.) a menudo carecen de ambos.

El manejo de las enfermedades crónicas, al igual que las intervenciones preventivas, precisa de un modelo de actuación basado en guías de actuación que se sustenten en las evidencias científicas. Diversos modelos de programas preventivos en cribado de cáncer o consejo sobre hábitos de vida han demostrado con éxito su utilidad en diferentes tipos de modelos organizativos de cuidados de salud. Aunque hay algunas diferencias importantes entre las interven-

ciones que requiere el manejo de las enfermedades crónicas y los programas preventivos, hay un elevado número de factores comunes. Ambos comparten la necesidad de modificar el tradicional modelo de práctica clínica orientado a los cuidados agudos para orientarlo hacia un modelo proactivo y programado de cuidados continuados centrados en el paciente.

Déficit de la formación pregrado

Para avanzar en ese importantísimo cambio de orientación de los servicios sanitarios hay que tener en cuenta los diferentes actores que componen el escenario de los modelos sanitarios: la sociedad en su conjunto, los pacientes individuales y los profesionales de la salud.

La sociedad dispone de instituciones para formar a los médicos: las facultades de medicina. ¿Responde esta institución a las auténticas necesidades de salud de la población? La primera reflexión que nos podemos hacer al plantear esta cuestión es sobre la competencia y habilidad de los médicos para educar a sus pacientes. Las facultades de medicina se han venido dedicando durante décadas a transmitir conocimientos más o menos adecuados a las necesidades sociales, y se han ocupado con mejor o peor fortuna de informar a los futuros médicos sobre las enfermedades, a menudo haciendo hincapié en las más raras antes que en las más frecuentes. Se ha hecho siempre mucho más énfasis en el proceso diagnóstico que en el proceso terapéutico. La modificación del estilo de vida se nombra, y no siempre en los libros de texto, como una rutina necesaria, pero sin prestarle la menor atención hacia el cómo hacerla y pasando casi siempre de puntillas sobre esta cuestión. Ha faltado un compromiso de la institución universitaria por formar a los estudiantes de una forma más integral, por promover actitudes positivas hacia la educación y la prevención, por mejorar sus habilidades de comunicación y promover un abordaje de los problemas de salud centrado en el paciente.

Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de Zaragoza. España.

Correspondencia:
Rodrigo Córdoba García.
Centro de Salud Delicias Sur.
C/ Dronda, 1.
50012 Zaragoza. España.
Correo electrónico: rcordobag@meditex.es

Manuscrito recibido el 8 de julio de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 8 de julio de 2002.

LECTURA RÁPIDA

Introducción

Los pacientes suelen acudir al médico buscando soluciones más que penitencias.

La «reactancia psicológica» es el deseo de reafirmarse en la conducta inicial. El manejo de las enfermedades crónicas precisa de un modelo de actuación basado en guías de actuación que se sustenten en las evidencias científicas.

Ha faltado un compromiso de la institución universitaria por formar a los estudiantes de una forma más integral, por promover actitudes positivas hacia la educación y la prevención, por mejorar sus habilidades de comunicación y promover un abordaje de los problemas de salud centrado en el paciente.

LECTURA RÁPIDA

Atributos de la atención primaria para abordar la educación sanitaria de las enfermedades crónicas

- ▼ Los pacientes prefieren recibir la mayor información posible de los médicos.
- ▼ La mayoría de la población general pasa por su médico de familia en el plazo de uno a cinco años.
- ▼ La intervención educativa se basa en la intervención activa del paciente en el análisis del problema y en su solución.
- ▼ Cualquier entrevista con un paciente que incluya prescripción farmacológica nueva o repetida obliga a un acto educativo.
- ▼ Las enfermedades crónicas precisan un gran esfuerzo educativo que tampoco puede recaer totalmente sobre el médico.
- ▼ La educación grupal ha demostrado una reducción en los costes sanitarios, en hospitalizaciones, en consultas médicas y en el consumo de fármacos.

jorar sus habilidades de comunicación y promover un abordaje de los problemas de salud centrado en el paciente¹.

Atributos de la atención primaria para abordar la educación sanitaria de las enfermedades crónicas

A pesar de la crisis de la profesión médica, que no es momento de abordar aquí, todavía los médicos son percibidos por el público en general como la fuente de información y consejo más fiable y creíble en cuanto a salud². Generalmente los pacientes prefieren recibir la mayor información posible de los médicos, que a menudo no se dan cuenta de este deseo y subestiman la cantidad de información que el paciente desea realmente obtener. La mayoría de la población general pasa por su médico de familia en el plazo de uno a cinco años, por lo que la oportunidad al conjunto de la población de desarrollar una acción educativa primaria es real. La media de frecuentación del médico de familia por la población española es superior a 6 consultas/año (aunque oscila entre las 3,9 del País Vasco y las 9,25 de Extremadura), lo que brinda numerosas oportunidades a los mensajes educativos³. Por otra parte, los pacientes son reacios a acudir a programas formales de corte educativo, tanto a nivel individual como grupal. Por ejemplo, en el caso de los fumadores, la gran mayoría (hasta el 90%) lo intentan dejar por sí mismos⁴.

La intervención educativa se basa en la intervención activa del paciente en el análisis del problema y en su solución, pero a pesar de esa participación activa del paciente, el médico debe continuar asumiendo su responsabilidad clínica. El tono, «tempo», el enfoque y el estilo de la entrevista son responsabilidad del médico.

Cualquier entrevista con un paciente que incluya prescripción farmacológica nueva o repetida obliga a un acto educativo. Normalmente hay que argumentar el motivo de esa terapia farmacológica (para qué reducir la presión arterial o el azúcar o el colesterol, cómo usar los inhaladores para el asma bronquial, la insulina, la heparina subcutánea y qué beneficios encontrará en ello, etc.), hay que explicar de palabra y por escrito la pauta farmacológica, y hay que indagar las dificultades que puede presentar el paciente para el cumplimiento (pre-

guntas abiertas, tests validados, etc.). Esto es un acto clínico que no se puede delegar ni aplazar indefinidamente. La limitación de tiempo no puede utilizarse como la eterna excusa, porque los pacientes crónicos pueden acudir hasta 15 o 20 veces al año, y siempre habrá algún momento en el que sea factible hacer esta intervención.

Estrategias de apoyo en las tareas educativas

Sin embargo, las enfermedades crónicas precisan un gran esfuerzo educativo que, ciertamente, tampoco puede recaer totalmente sobre el médico. El personal de enfermería debe asumir en mayor medida sus responsabilidades en vez de seguir año tras año redescubriendo y reinventando su nuevo rol como coartada de un nivel de actividad por debajo del esperado. En relación con la actividad de enfermería hay que hablar de la educación grupal. Este tipo de intervenciones deben considerarse como un medio tendente a mejorar los cuidados de salud y no como un fin en sí mismo. La educación grupal ha demostrado una reducción en los costes sanitarios, en hospitalizaciones, en consultas médicas y en el consumo de fármacos⁵. Por tanto, hay evidencias suficientes para desarrollarla, sobre todo en algunas enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus y la afección reumática, así como en diversos aspectos de la salud materno-infantil.

La palabra «doctor» procede del latín *doce-re*, que significa enseñar. Por tanto, el hecho de educar y enseñar a los pacientes a manejar su enfermedad no es más que la extensión lógica de la misión del médico. Otro factor a tener en cuenta es que esta actividad educativa no puede ser puntual, sino que debe ser continuada. Las actividades educativas grupales o individuales tienden a reducir sus efectos con el paso del tiempo, por lo que tiene poco sentido limitarse a programas puntuales sin continuidad⁵.

Problemas y obstáculos para la educación sanitaria en enfermedades crónicas en atención primaria

Los déficit formativos están detrás de algunas de las actitudes más frecuentes entre los médicos, es decir, en la falta de interés y motivación para las actividades educativas en general. En el caso de las enferme-

dades crónicas y factores de riesgo, estas deficiencias se traducen en dos grandes problemas: *a) débil intervención en modificación del estilo de vida, y b) frecuente incumplimiento del tratamiento farmacológico.*

Contradicciones sociales

Pero los problemas no pueden atribuirse solamente a los déficit formativos del pregrado. La sociedad en su conjunto presenta numerosos obstáculos para que las instituciones sanitarias prioricen sus actividades preventivas y educativas. Existe multitud de resistencias culturales y falsas creencias para cambiar las actitudes de los pacientes crónicos. La apatía, la inercia, la desconfianza y la pereza de muchos pacientes no contribuyen a mejorar las cosas. El funcionamiento de la economía de mercado, a través del formidable tinglado de la manipulación publicitaria, facilita más las conductas de riesgo e insanas que las que debieran adoptar los enfermos crónicos. La publicidad no es más que el arte de crear necesidades artificiales y a menudo indeseables (tabaco, alcohol, snacks, etc.) y también se utiliza para convertir a personas sanas en enfermas (semana de la próstata, de la disfunción erétil, del colesterol, etc.) con el inconfesable fin de favorecer a los interesados en convertir la «calvicie» en un problema con tal de vender «crecepelo».

Los políticos y los gestores no suelen poner los medios necesarios para que se puedan ofrecer estos cuidados (p. ej., fármacos para dejar de fumar subvencionados, priorización efectiva e incentivada de programas educativos y preventivos, etc.).

El profesional motivado por la educación y la prevención no puede evitar contemplar el marco de su actuación y en no pocos casos este entorno le infunde cierto desánimo.

Los médicos prescriben con frecuencia una pauta de tratamiento o una medicación sin la intervención y el compromiso del paciente. A menudo, los pacientes piensan que después de un tiempo de tomar la medicación ya la podrán dejar, y no pueden entender que el problema reaparecerá si abandonan la terapia. La gente tiene demasiadas expectativas en la tecnología médica y no está dispuesta a asumir sus responsabilidades y a esforzarse en cumplir

correctamente las medidas recomendadas de estilo de vida y de cumplimiento del tratamiento farmacológico, fisioterapia u otros. Es frecuente que hasta en el 50% de los casos o más esta pauta no sea seguida, debido a su complejidad, a una falta de comprensión, o a un contexto social difícil que impide el cumplimiento y, en última instancia, el mantenimiento del cambio deseado.

Fantasía de la educación grupal

Existen numerosas dificultades en la realización de actividades educativas. Respecto a la educación grupal se han citado, entre otras: *a) déficit de formación metodológica en educadores; b) recursos humanos y materiales insuficientes; c) definición inadecuada de los objetivos educativos; d) asistencia variable a las diferentes sesiones por parte de los pacientes; e) dificultades de evaluación del proceso y de los resultados, y f) insuficiente colaboración de la administración sanitaria*⁵.

La asistencia a estos grupos es muy escasa, y en todo caso el esfuerzo y el coste para conseguir un grupo homogéneo es muy alto. Por tanto, debe tenerse en cuenta que la educación grupal no siempre es mejor ni más efectiva que la individual⁶.

Es evidente que necesitamos más experiencias bien evaluadas para recomendar con mayor firmeza todas las actividades de educación grupal, pero de momento no cabe pensar que esta estrategia sea la panacea.

Contradicciones de los profesionales

Otro problema que se ha de resaltar es las contradicciones y debilidades en el papel modélico de los profesionales sanitarios. Éstos forman parte de la sociedad y a menudo nos extrañamos de que sean malos pacientes y no practiquen aquello que predicen (muchos médicos y enfermeras son fumadores, abusan del alcohol o llevan una vida poco ejemplar) y a menudo cuando son pacientes tampoco cumplen la terapia indicada por sus compañeros. Sin embargo, eso es relativamente comprensible, porque los médicos y personal sanitario en general son humanos y forman parte de la sociedad. La posesión de mayor información no supone necesariamente distintas actitudes ni diferentes conductas. Éste es el

LECTURA RÁPIDA

Problemas y obstáculos para la educación sanitaria en enfermedades crónicas en atención primaria

Contradicciones sociales
Existe multitud de resistencias culturales y falsas creencias para cambiar las actitudes de los pacientes crónicos.

Los médicos prescriben
con frecuencia una pauta de tratamiento o una medicación sin la intervención y el compromiso del paciente.

Fantasía de la educación grupal
La asistencia a estos grupos es muy escasa, y en todo caso el esfuerzo y el coste para conseguir un grupo homogéneo es muy alto.

La educación grupal no
siempre es mejor ni más efectiva que la individual.

Contradicciones de los profesionales
La posesión de mayor información no supone necesariamente distintas actitudes ni diferentes conductas.

En general, los médicos
tienen escasa predisposición a intervenir en el estilo de vida.

LECTURA RÁPIDA

Conclusiones

▼ En la consulta se desarrolla multitud de actividades ineficientes y poco útiles y en cambio se hacen pocas intervenciones en estilo de vida o educación de pacientes crónicos, a pesar de que muchas de éstas se han demostrado efectivas.

▼ El médico y el paciente deben trabajar juntos, desarrollando estrategias que faciliten las mejores oportunidades para alcanzar el control de su proceso y reducir las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas de su enfermedad crónica.

núcleo de la cuestión: la información no siempre supone cambios de actitudes. Éstas no siempre se acompañan de cambios de conducta. Entender esto es esencial para los médicos y, especialmente, para aquellos que desean mejorar sus habilidades educativas.

¿Por qué el 40% de los médicos de familia españoles son fumadores, mientras que sólo el 4% de los médicos de familia suecos lo son? La respuesta no es fácil, pero seguramente el país nórdico es muy diferente del nuestro. Sin embargo, en el Reino Unido menos del 10% de los médicos son fumadores, mientras hace 40 años fumaba más del 50%. En nuestro medio perviven creencias entre los médicos, como la falta de fe en la educación sanitaria, la desidia y la falta de motivación, la escasa autoconfianza en las propias habilidades, la maximización de los fracasos del pasado a la vez que la minimización de los éxitos debido, en parte, a la poca inquietud evaluadora e investigadora. En general, los médicos tienen escasa predisposición a intervenir en el estilo de vida. En EE.UU., se ha observado que solamente el 36% de los médicos de cabecera aconsejan sobre el estilo de vida, mientras en el Reino Unido este porcentaje se sitúa en el 27%, aunque evidentemente esos datos no pueden utilizarse para argumentar las deficiencias propias^{7,8}.

Conclusiones

Los médicos suelen aludir a la falta de confianza en sus intervenciones educativas, a sus escasas habilidades para este tipo de intervenciones, y, sobre todo, a la falta de tiempo para desarrollar estas actividades. Ese problema real a menudo se utiliza también como excusa para ocultar una falta de motivación y, sobre todo, una idea clara de las prioridades. En la consulta se desarrolla multitud de actividades ineficientes y poco útiles (solicitud de pruebas diagnósticas no indicadas, excesivas tomas de presión arterial, exploraciones carentes de base científica en pacientes asintomáticos, etc.) y en cambio se hacen pocas intervenciones en estilo de vida o educación de pacientes crónicos, a pesar de que muchas de éstas se han demostrado efectivas⁹. Los médicos no deben escudarse en la falta de

tiempo o en la actividad o inactividad de otros profesionales para seguir eludiendo sus responsabilidades.

El paciente debe de ser el primer responsable de su enfermedad crónica, siempre guiado y dirigido por el profesional sanitario para trazar el mejor plan terapéutico posible. El médico y el paciente deben trabajar juntos, como si fueran socios, desarrollando estrategias que faciliten las mejores oportunidades para alcanzar el control de su proceso y reducir las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas de su enfermedad crónica¹⁰.

Bibliografía

1. Buitrago F. Médicos para el siglo xxi. ¿Qué médicos deben formar las facultades de medicina? Tribuna Docente en medicina de familia 2002;3:3-8.
2. Ockene JK, Ockene IS. Cómo ayudar a los pacientes a reducir su riesgo de cardiopatía isquémica: una visión general. En: Ockene JK, Ockene IS, editores. Prevención de la Cardiopatía Coronaria. Barcelona: Erika-Med, 1993.
3. Marzo M, Ferran M. Estadísticas AP 2002. Jano 2002;62:1359-409.
4. Fiore M, Novotny T, Lynn W, Giovino GA, Hatziandreou EJ, Newcomb PA. Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs help? JAMA 1990;263: 2760-5.
5. Auba J, Altisent R, Cabezas C, Córdoba R, Fernández-Tenllado MA, Gobierono J, et al. Efectividad de la educación sanitaria en grupo en el marco de la atención primaria. Informe Técnico del Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS, 1997.
6. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Sys Rev 2000;2:CD001007.
7. Frank E, Harvey LK. Prevention advice rates of women and men physicians. Arch Fam Med 1996;5:215-9.
8. Silagy C, Muir J, Coulter A, Thorogood M, Yudkin O, Roe L. Lifestyle advice in general practice: rates recalled by patients. BMJ 1992;305:871-4.
9. Subias P, García-Mata JR, Perula L y grupo de evaluación del PAPPS. Efectividad de las actividades preventivas en el ámbito de los centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC. Aten Primaria 2000;25:383-9.
10. Clark NM, Gong M. Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things? BMJ 2000;26: 572-5.