

EDITORIAL

¿Cómo podríamos mejorar los resultados de nuestros consejos de salud?

Palabras clave: Consejos salud; Cumplimiento; Técnicas.

En los 20 años de existencia de la medicina de familia, la atención primaria ha realizado en nuestro país progresos fascinantes. El cuerpo epistemológico y técnico que se ha elaborado y adaptado, y que se ha ido incorporando a la sabiduría común del colectivo en este (corto) período de tiempo es más que notable. Naturalmente, muchos de estos cambios han repercutido de modo directo en la práctica diaria, en la relación con los pacientes y sus familias (y probablemente también en su nivel de salud).

La unificación de criterios diagnósticos y terapéuticos, los programas de prevención y de promoción de la salud, la mejora de las herramientas de entrevista clínica, de conocimiento de la comunidad, la incorporación, en suma, de metodología de trabajo sólida y basada en la evidencia científica es hoy en día más una realidad que el deseo que era hace unas décadas. Siguen quedando temas pendientes, algunos más perentorios que otros. Los griegos clásicos atribuían tres armas básicas a los médicos: las hierbas, el cuchillo y la palabra. En cada una de las tres, hay sugestivos campos de investigación en marcha.

Sin embargo, nos gustaría hacer algunas reflexiones en torno a la más intangible pero no por ello menos poderosa y, probablemente, más genuina a los profesionales de atención primaria: la palabra.

La palabra es, de todos los medios diagnósticos y terapéuticos, la más accesible y ahoradora: todas las estrategias de cambio de estilos de vida pasan por ella (y 7 de las 10 principales causas de muerte están relacionados con hábitos de salud indeseables). Todos los programas de promoción de la salud coinciden, y ponen el mayor énfasis, en mejorar la potencia de los mensajes educativos, pero en este campo hay cierto desconcierto. Los expertos y los mismos profesionales contemplan con escepticismo (y buenas dosis de pesi-

mismo) la baja eficacia de sus intervenciones «normativas». Existe una común sospecha de que los cambios que se producen son más bien espontáneos y poco conectados con los esfuerzos educativos en la consulta. Así las cosas, aun en la conciencia de que el tema es prioritario, se ha dejado un poco arrinconado por puro desaliento. Esto no significa, en absoluto, que se haya claudicado; al contrario, cada día se emplean miles de horas en esta tarea, en todas las consultas y por todos los miembros de los EAP. Se utilizan las estrategias que el buen sentido común dicta: se informa, se riñe, se seduce, se persuade, se entusiasma... Cada día fluyen ríos de motivación hacia los pacientes en un intento de «trasfundirla», en un afán por ayudarlos a que su vida sea más saludable... Y eso durante un día y otro y otro, con la esperanza de que la cosa funcione como la «gota china»: una simple gota de agua que, por pura tenacidad, acabaría perforando el hierro. Por desgracia, los efectos de esa machacona insistencia, del «más de lo mismo», con demasiada frecuencia son paradójicos o en el mejor de los casos la gota «cae al mar».

Los métodos de educación para la salud adolecen de demasiada carga doctrinal y son penosamente poco prácticos cuando los profesionales se ven en la necesidad de sugerir cambios a sus pacientes (que a menudo han de ser radicales) en sus hábitos más arraigados. Y, lo que es peor, no es posible localizar manuales que expliquen cómo hacerlo.

Es cierto que una buena parte de nuestros profesionales han mejorado sus técnicas de entrevista con sus pacientes. Están más atentos a lo que sucede en la fase exploratoria, no sólo a la anamnesis de síntomas, saben informar mejor y pueden dar malas noticias de forma adecuada y negociar muchas situaciones (por ejemplo, con pacientes agresivos). Para todas estas actividades han ad-

quirido técnicas específicas que funcionan tan bien como una auscultación bien realizada. A pesar de todo, estas habilidades son insuficientes cuando se trata de dialogar con sus pacientes sobre fumar, hacer ejercicio físico o mejorar el cumplimiento de un tratamiento, por poner algunos ejemplos bien conocidos.

Es decir, poseemos buenos conocimientos y habilidades en muchos ámbitos de nuestro trabajo diario, e incluso en parcelas que no son exactamente nuestro estricto cometido, pero seguimos teniendo una asignatura pendiente de sorprendente magnitud justo en el corazón de nuestra especialidad.

Se nos ocurren en estos momentos varias preguntas como: ¿existen técnicas concretas que puedan incrementar nuestra eficacia en este terreno?, y si la respuesta es afirmativa, ¿son técnicas eficientes?, es decir, ¿se pueden aplicar en el mismo tiempo que empleamos para el consejo (o sea, escasos minutos por paciente?). O para resumirlo, necesitamos técnicas comunicacionales que nos permitan hacer intervenciones breves pero eficaces.

Los médicos de familia hemos de atender conocimientos en tantos ámbitos que no queda otro remedio que ser pragmáticos en su aprendizaje. Nos interesan los razonamientos y fundamentos teóricos que sustentan una determinada habilidad, pero sobre todo que ésta funcione y mejore las condiciones en las que nos movemos en la consulta. Necesitamos información para la acción.

Haciendo un repaso extenso de lo que se ha publicado recientemente en el mundo en torno a este tema (la preocupación es mundial y la coyuntura de sensación de frustración y escaso tiempo, también), se observa un creciente interés en dar mejores respuestas. El fruto de este interés son publicaciones de trabajos de investigación sutiles y acertados que superan las dificultades metodológicas

que hay en este terreno. Afortunadamente, además, en los últimos años han ido surgiendo trabajos en torno a esta cuestión y específicamente de la atención primaria.

Y comienza a haber apoyos consistentes acerca de los mecanismos que mueven a las personas a realizar cambios en sus vidas.

Las técnicas que van emergiendo tienen en cuenta los procesos de cambio naturales, es decir, que se producen espontáneamente (por cierto los más frecuentes). Existe un verdadero puzzle de conocimientos, procedente del campo de la psicología clínica y social, que aumentan la comprensión de los fenómenos de cambio y, por tanto, proporcionan pistas acerca de la manera de «agarrar el toro por los cuernos». Existe un consenso generalizado entre los autores que han orientado sus trabajos en esta dirección, en una serie de elementos psicológicos relativos a cambio de hábitos de salud.

Algunos de estos principios dan una idea de la evolución conceptual. El consejo convencido ayuda a un cierto sector de pacientes que ya estaban bastante cerca de tomar una decisión (10%). Sin embargo, muchos individuos que acuden a nuestras consultas se encuentran todavía muy lejos de adoptar decisiones de cambio, y todavía más lejos aún de que un hipotético cambio vaya a ser exitoso.

¿Qué hacer, pues, con las personas que están poco motivadas para hacer algo, con aquellas que nos dicen que no tienen «fuerza de voluntad»? Conviene plantear, en primer lugar, que el nivel de motivación no es una característica (o atributo) que un individuo posea o no, sino que se correlaciona claramente con el estilo de la relación entre éste y personas significativas a él (familiares, amigos, profesionales de la salud).

A los seres humanos (en general) nos gusta muy poco que nos digan lo que tenemos que hacer para modificar conductas, y mucho menos que nos riñan para conseguirlo (implícita o explícitamente). Tales fenómenos (frecuentes cuando tratamos de persuadir a alguien para que cambie)

generan con facilidad la denominada reactancia psicológica, es decir, un deseo por permanecer en la postura inicial, necesario por otra parte para mantener la libertad individual de tomar decisiones por uno mismo. En este sentido, conviene recordar que la mayoría de las personas que han decidido cambiar y mantenerse en la nueva situación no acuden a solicitar consejo o ayuda a los profesionales de la salud.

La decisión de cesar una conducta o de iniciarla es función, en último término, no sólo de la importancia que tenga mudar la conducta problema (nivel de amenaza, valores y expectativas), sino de la confianza en conseguirlo. Una sin la otra no producen motivación.

El elemento más importante para provocar una decisión es la verbalización de preocupación y la necesidad de hacer algo al respecto. Oírse decir en voz alta que aquella conducta le preocupa suficientemente como para hacer algo al respecto facilita no sólo el autocompromiso, sino que incrementa las expectativas de que ello vaya a cumplirse (expectativas de autoeficacia).

Para conseguir este objetivo, hay que hacer preguntas que faciliten que el paciente exprese libremente en voz alta sus pros y contras acerca de la conducta problema y escuchar atentamente sin interrumpir durante unos minutos. Ello supone, de entrada, resistir la tentación de dar soluciones o instrucciones sobre el problema y provocar que sea el paciente quien las sugiera.

La aplicación estrategias de entrevista clínica centradas en el consultante, mediante la denominada escucha empática o reflexiva, permiten que el individuo incremente su ambivalencia respecto a la conducta en cuestión y reflexione de forma realista sobre la necesidad o no de realizar un cambio.

Asimismo, favorecer que el individuo verbalice un compromiso de cambio, priorice qué considera oportuno modificar y la manera de hacerlo, supone por parte de quien le atiende el desarrollo de una serie de habilida-

des de negociación muy alejadas del voluntarismo por ayudar o de la improvisación.

Finalmente, la capacidad para afrontar la aparición de recaídas (por parte no sólo del paciente, sino de quienes le acompañan en el largo camino del cambio), así como el aprendizaje de nuevas fórmulas de afrontamiento exitoso, requieren habilidades específicas.

Sin duda, algunos de estos principios chocan frontalmente con las estrategias de consejo directivo y situado en un puro nivel informativo sin apenas implicación real del paciente. En la actualidad, y tal como ha ocurrido en otras esferas de la atención primaria, ya disponemos de métodos bien conocidos, aplicables y potentes con los que mejorar nuestra capacidad de ayuda a los pacientes en sus problemas con hábitos insanos, y por ende también mejorar nuestra satisfacción.

Quizá en un futuro tampoco tengamos el tiempo de visita deseado para cada paciente, pero tal vez le saquemos más partido. El reto es excitante.

**J. Cebrià Andreu^a,
J.M. Bosch Fontcuberta^b
y J.A. Prados Castillejos^c**

Grupo Comunicación y Salud (^aGranollers,
^bBarcelona y ^cCórdoba).

Bibliografía general

- Gracia JL. Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Madrid: Debate, 1994.
- Maklatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Nueva York: Guilford Press, 1985.
- Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional. Preparando a las personas para el cambio. Barcelona: Paidós, 1999.
- Prochaska J, Di Clemente C. Toward a comprehensive model of change. En: Miller WR, Heather N, editores. Treating addictive behaviors. Processes of change. Nueva York: Plenum Press, 1986.
- Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change: a guide for practitioners. Nueva York: Churchill Livingstone, 1999.