

## Educación sanitaria del paciente en atención primaria



Rodrigo Córdoba<sup>a</sup> y Manel Nebot<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

<sup>b</sup>Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Barcelona. España.

La integración de las actividades preventivas en la práctica clínica, entre ellas las recomendaciones preventivas y consejos, se considera actualmente como una estrategia fundamental para mejorar la salud de la comunidad<sup>1-3</sup>. En el ámbito asistencial, la educación y la promoción de la salud deberían abarcar todos los niveles de prevención, desde los consejos dirigidos a fomentar los hábitos de vida saludables hasta las recomendaciones para la mejora del cumplimiento terapéutico y el fomento del autocuidado en las enfermedades crónicas<sup>4</sup>. Sin embargo, en la práctica las recomendaciones preventivas sobre hábitos de vida no se administran con la frecuencia esperada por diversas razones. Entre ellas hay que señalar que a menudo los propios profesionales desconocen o infravaloran la eficacia de su consejo, tienen escasa formación en técnicas eficaces de comunicación y consejo o creen que el paciente no desea un consejo sobre el estilo de vida cuando es atendido por otros problemas, además del escaso tiempo disponible en la mayoría de situaciones<sup>4,5</sup>. Así, mientras que los médicos creen que los tres principales factores de riesgo cardiovascular –hipertensión, colesterol y tabaquismo– son esencialmente modificables, la percepción de su propia efectividad al intervenir en ellos muestra diferencias importantes, considerándose en general más capaces de controlar la hipertensión y menos de influir en el tabaquismo<sup>6</sup>. La falta de formación específica en prevención y promoción de la salud también explica en parte el escaso interés y motivación de algunos profesionales<sup>7</sup>. Además, a pesar de que la población en general considera que los médicos son la fuente de información y consejo más fiable y creíble en los temas relacionados con la salud<sup>8</sup>, muchas veces los profesionales subestiman la cantidad de información que el paciente desea realmente obtener, con lo cual se pierden oportunidades de realizar una acción educativa. Esta situación de «oportunidad perdida» podría ser especialmente frecuente en nuestro medio, si consideramos que la mayoría de la población visita a su médico de familia por cualquier motivo en un período máximo de 5 años y que la media de frecuentación a los servicios de atención primaria en nuestro medio es de 6 visitas al año<sup>9</sup>. Junto a estas barreras, hay también obstáculos y limitaciones de tipo estructural y organizativo, entre los cuales no son menores las dificultades en el registro y evaluación de este tipo de intervenciones preventivas, así como la falta de incentivos para el profesional a fin de que las incorpore a la práctica asistencial. Por todas estas razones no es de extrañar que, incluso en países donde el valor potencial del consejo preventivo es ampliamente reconocido, en la práctica la mayoría de los profesionales sanitarios no abordan nunca aspectos relacionados con el estilo de vida; así, en EE.UU. solamente el 36% de los médicos de cabecera

dan consejos sobre el estilo de vida<sup>10</sup>, mientras que en el Reino Unido este porcentaje se sitúa en el 27%<sup>11</sup>. En España, son todavía escasos los estudios que han evaluado de forma sistemática la integración de las actividades preventivas en atención primaria; entre éstos cabe destacar los estudios de evaluación del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, que ha estimado que únicamente alrededor de un tercio de los fumadores (32,8%) reciben un consejo para dejar de fumar, mientras que el consejo para reducir el consumo excesivo de alcohol lo recibirían el 44,7% de los bebedores de riesgo, cifras que probablemente son inferiores en los centros no adscritos al programa preventivo mencionado<sup>12</sup>. A continuación se revisan las bases teóricas del consejo así como algunos aspectos prácticos de su implementación y evaluación en atención primaria.

### Consejo basado en las etapas del cambio

La educación sanitaria en las enfermedades crónicas, al igual que en la promoción de hábitos de vida saludables, precisa, como el resto de las actuaciones médicas, de guías de actuación que se sustenten en las evidencias científicas. En este sentido ha sido fundamental el desarrollo en las últimas décadas de modelos explicativos del cambio de conducta, contrastados en numerosos estudios empíricos y aplicados a la práctica clínica. Uno de los modelos más utilizados es sin duda el modelo de las etapas del cambio de Prochaska y Di Clemente<sup>13</sup>, que establece que los cambios de comportamiento tienen lugar a través de un proceso cognitivo de evolución de las actitudes en el que se atraviesan una serie de etapas definidas. Además de predecir los cambios de conducta, el modelo ha permitido adecuar las recomendaciones preventivas y hacerlas más efectivas, como se resume en la tabla 1. En líneas generales, el modelo establece que en la

TABLA 1

### Estrategias de intervención adecuadas a las diferentes etapas del proceso de cambio según el modelo de Prochaska y Di Clemente<sup>13</sup>

Precontemplación	Proporcionar más información
	Ayudar al paciente a creer en su capacidad de cambio (autoeficacia)
	Personalizar la valoración
Contemplación	Ayudar al paciente a desarrollar habilidades para el cambio de conducta
	Ofrecer apoyo
	Ayudar al paciente a desarrollar un plan de cambio
	Proporcionar material de ayuda
Acción	Ofrecer apoyo
	Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas
Mantenimiento	Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas
Recaída	Ayudar al paciente a comprender los motivos de la recaída
	Proporcionar información sobre el proceso de cambio
	Ayudar al paciente a hacer planes para el próximo intento
	Facilitar la confianza del paciente en su capacidad de cambiar
	Ofrecer apoyo (no condicionado a la conducta)

Correspondencia: Dr. M. Nebot.

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Pza. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.

Correo electrónico: mnebot@aspb.es

Recibido el 19-1-2004; aceptado para su publicación el 24-1-2005.

etapa más «lejana» al cambio (precontemplación) se debe aportar información, intentar personalizar los riesgos y los beneficios, y transmitir esperanzas de éxito. Por el contrario, en la etapa de contemplación, y en la medida en que el individuo es más consciente de los riesgos y de la necesidad del cambio, la información sobre los riesgos para la salud no aporta ningún elemento nuevo y puede aumentar innecesariamente la angustia. En cambio, es muy importante en esta fase enseñar las habilidades necesarias para el cambio (p. ej., consejos sobre posibles conductas que pueden ayudar a dejar de fumar o enseñar la colocación correcta del preservativo), además de ayudar al paciente a desarrollar un plan de cambio, ofrecerle apoyo y entregarle material educativo si se dispone de alguno. Finalmente, en la etapa de acción debemos proporcionar apoyo y ayudar al paciente a prever los posibles problemas que aparecen en los primeros días del cambio de conducta, por ejemplo, al dejar de fumar o al empezar a hacer ejercicio sin estar en forma.

### Consejo estructurado y centrado en el paciente

En líneas generales, la intervención educativa para la promoción de hábitos de vida saludables empieza, como todas las intervenciones asistenciales, con una fase de diagnóstico en la que se valoran los factores de riesgo, los antecedentes personales y familiares y las variables psicosociales, fisiológicas, conductuales y demográficas relevantes. En relación con el estilo de vida, la intervención comporta normalmente una recomendación sobre la necesidad de adoptar hábitos saludables, pero siempre que sea posible el consejo debe ser más bien un proceso interactivo en el que tanto el profesional como el paciente plantean preguntas, aportan información y comentan el empleo de posibles intervenciones conductuales y farmacológicas, para establecer conjuntamente un plan de cambio. La fase de seguimiento comporta una nueva valoración para determinar si se han alcanzado los objetivos fijados en el plan establecido. En cualquier caso, el seguimiento implica siempre la revisión de los progresos y dificultades, y por lo tanto puede haber un ulterior desarrollo de objetivos y un perfeccionamiento del plan de tratamiento, de nuevo con la aplicación de un control evolutivo continuado<sup>8</sup>.

El consejo estructurado y centrado en el paciente comporta una mayor exploración de los recursos, motivaciones, fuerzas, áreas problemáticas y patrones de conducta del paciente en relación con la conducta a modificar. Mediante la discusión y la exploración de la forma en que el paciente puede hacer los cambios necesarios, el profesional sanitario puede ayudarle a tomar una mayor conciencia del problema, y puede además actuar como catalizador para el cambio. Uno de los objetivos fundamentales del profesional debe ser fomentar en el paciente la sensación de que es capaz de realizar el cambio de comportamiento, lo que se conoce como mejora o aumento de la autoeficacia. En este proceso es necesario destacar y utilizar las habilidades y experiencias previas del paciente que pueden emplearse para facilitar los cambios que se pretenden. Si es preciso, puede aportarse mayor información respecto a las estrategias conductuales eficaces que han de utilizarse para promover la conducta buscada. En este sentido algunas técnicas de psicoterapia breve, como la intervención motivacional y la terapia de resolución de problemas, pueden ser de gran utilidad<sup>14,15</sup>. El efecto conjunto de estas estrategias debe supervisarse y adaptarse según las necesidades en el plan de seguimiento. En la tabla 2 se resumen los elementos que debe cubrir el consejo centrado en el paciente y los aspectos que se pueden abordar en el plan de cambio.

TABLA 2

### Etapas del consejo centrado en el paciente

1. Promover el deseo del cambio (contemplación)
  - Personalizar los riesgos y beneficios de la conducta
2. Valorar la motivación
3. Valorar las experiencias previas de cambio de conducta
4. Discutir los problemas y barreras
5. Comentar los recursos disponibles
6. Desarrollar un plan de cambio
7. Programar el seguimiento si el paciente decide cambiar de conducta:
  - Negociar objetivos de conducta
  - Establecer el calendario del cambio
  - Revisar las estrategias de apoyo
  - Entregar material de apoyo
  - Remitir al paciente a un recurso especializado si está indicado
8. Si el paciente decide no cambiar o no está seguro:
  - Comentar otros objetivos indirectamente relacionados (p. ej., aprender ejercicios de relajación antes de intentar dejar de fumar)
  - Proporcionar materiales de apoyo (para comentar en futuras visitas)

### Consejo médico en el contexto de los modelos de comunicación

Desde la perspectiva de los modelos de comunicación, se han descrito varios patrones, desde el modelo biomédico, caracterizado por preguntas cerradas y conversación centrada en aspectos biológicos, hasta el modelo psicosocial, que se centra en aspectos psicosociales más que biológicos, y que en general es mejor valorado por los pacientes<sup>16</sup>. En la práctica cotidiana, la intervención educativa sobre el estilo de vida tiene lugar en un modelo mixto, ya que con frecuencia el consejo puede elaborarse al reorientar una demanda de tipo biológico para abordar distintos aspectos como las creencias, las actitudes o los factores del entorno que guarden relación con la conducta de riesgo que se desea modificar.

La persuasión es uno de los enfoques utilizados para facilitar que el paciente se replantee su actitud personal respecto a la salud y la enfermedad. Los mensajes persuasivos pueden tener distinto carácter; así, el mensaje hedonista intenta destacar las consecuencias placenteras o agradables del cambio, apela al placer o la belleza: «Al dejar de fumar disminuyen las arrugas, mejora el aliento y desaparece la tinción de los dientes, mejora tu olfato, respiras mejor y aumenta tu capacidad física para hacer ejercicio». La persuasión normativa se centra en los mandatos legales, técnicos o éticos: «No se puede beber alcohol mientras se conduce porque peligra nuestra propia vida y la de los demás». La persuasión pragmática centra el mensaje en el máximo beneficio para el paciente: «Tomando bien tus pastillas para el corazón sufrirás menos fatiga y no te cansarás tanto cuando tengas que subir las escaleras». La persuasión individual basa su mensaje en una buena relación previa: «Dado que nos conocemos desde hace años, me gustaría que se administrase correctamente las dosis de insulina porque el exceso de azúcar puede lesionar gravemente sus riñones». Por último, la persuasión grupal apela al ejemplo del comportamiento del grupo para llevar al paciente a nuestro terreno: «En los últimos años muchos de nuestros pacientes han mejorado su técnica de administración de los aerosoles y se sienten mucho mejor que antes»<sup>17</sup>. Frente a la persuasión, la entrevista motivacional es la más próxima a la excelencia clínica. Esta técnica da por sentado que los aspectos cognitivos están resueltos —es decir, el paciente sabe lo que tiene que hacer y por qué debe hacerlo— y se trata de estimular y facilitar progresivamente la motivación intrínseca para el cambio. Esta estrategia tiene un ritmo más lento pero quizá es más efectivo a largo plazo que las estrategias más directivas<sup>14</sup>. A pesar de la participación activa del paciente, el mé-

dico debe seguir asumiendo la responsabilidad clínica, estableciendo el tono, el *tempo*, el enfoque y el estilo de la entrevista<sup>18</sup>. El objetivo del profesional es finalmente facilitar la progresión a lo largo del proceso de cambio, que puede verse comprometido por múltiples factores, entre ellos aspectos del entorno social (p. ej., accesibilidad) que impiden la realización del cambio o su mantenimiento a largo plazo<sup>19,20</sup>.

### Educación grupal en atención primaria

La educación grupal ha despertado un interés creciente en los últimos años, aunque son muy escasos los estudios que han abordado la evaluación formal de su efectividad comparada con la educación individual. En general se admite que la educación grupal ha demostrado una reducción en los costos sanitarios en hospitalizaciones, en consultas médicas y en el consumo de fármacos en algunas enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y las enfermedades reumáticas, así como en diversos aspectos de la salud maternoinfantil<sup>21</sup>. Sin embargo, existen numerosas dificultades en la educación grupal, entre ellas la definición inadecuada o imprecisa de los objetivos educativos, o las dificultades de evaluación del proceso y resultados, así como la asistencia variable y las limitaciones en los recursos materiales y humanos necesarios. La asistencia a las sesiones de educación grupal suele ser escasa, y el esfuerzo y el coste para conseguir un grupo homogéneo son muy altos, lo cual limita en gran medida su efectividad<sup>22</sup>. Además, es crucial mantener la motivación, el rigor y la intensidad, no sólo entre los pacientes sino también entre los profesionales sanitarios, lo cual suele ser difícil a largo plazo<sup>21</sup>.

### Efectividad de la educación sanitaria

Es muy habitual que los propios profesionales sanitarios pongan en duda la efectividad de las intervenciones educativas y las posibilidades de su integración en las actividades habituales. Sin embargo, existen evidencias suficientes, incluidos estudios realizados en nuestro medio, que señalan con claridad que estas intervenciones son posibles y efectivas, por ejemplo, para disminuir el consumo de tabaco<sup>23-25</sup> o de alcohol<sup>26,27</sup>, o para promocionar la actividad física<sup>28</sup>. El principal problema es que la evaluación de la educación sanitaria presenta algunas dificultades específicas que hacen que sea más difícil demostrar su utilidad. En líneas generales, podemos señalar tres problemas fundamentales. En primer lugar, la evaluación de la educación sanitaria se ve limitada por las dificultades en la estandarización de la propia intervención, ya que, a diferencia de las intervenciones terapéuticas, el consejo educativo no es un producto «cerrado», sino que el profesional lo emite de forma individualizada, en su propio estilo, en un entorno variable, y con una intensidad y vehemencia relacionadas con numerosos factores, entre ellos sus actitudes o la disposición del paciente. Además, a la hora de trasladar a la práctica la intervención, se produce lo que Green y Kreuter<sup>29</sup> llaman el «dilema entre rigor y efectividad»: en la fase de evaluación es muy importante —a pesar de las dificultades— definir con la máxima precisión los contenidos e incluso la forma de la intervención, pero este rigor puede limitar su efectividad en la fase de implementación y difusión si reduce la integración y la adaptación a las características concretas del profesional y del entorno donde el consejo tiene lugar. Por ejemplo, en el protocolo de evaluación de la efectividad de un consejo para dejar de fumar se darán una serie de recomendaciones sobre las frases que se deben utilizar, el momento más adecuado, adaptación a las actitudes del paciente o ejem-

plos para relacionar el consejo con la historia familiar o los antecedentes patológicos del paciente, entre otros.

En segundo lugar, la utilización del ensayo clínico es raramente viable en atención primaria<sup>30</sup>, ya que el diseño aleatorizado por individuos es poco práctico, e incluso en las circunstancias más apropiadas de evaluación es muy difícil encontrar el grupo de control adecuado; por ejemplo, si queremos evaluar el efecto del consejo para aumentar el ejercicio físico entre los pacientes y realizamos una asignación al azar, individualizada y posterior a la inclusión en el estudio, o aplicamos cualquier método sistemático de asignación de pacientes, se van a generar grupos difícilmente comparables, tanto si se trata de pacientes que no reciben el consejo por ser de otros cupos como si son del mismo cupo.

En tercer lugar, la magnitud del cambio esperado (alrededor del 5% en la promoción de hábitos de vida saludables) sólo puede apreciarse mediante estudios con una potencia muy elevada, y con frecuencia inalcanzables para la atención primaria en condiciones habituales, a no ser que se utilicen como indicadores de cambio la progresión en las actitudes según los modelos de las etapas del cambio<sup>13</sup>.

Incluso en estas condiciones, y a pesar de las limitaciones y dificultades, la evaluación no sólo es posible, sino deseable, aunque evidentemente no constituye una finalidad en sí misma; por el contrario, la evaluación forma parte integral de la esencia misma de la medicina y de la salud pública, y por lo tanto debe contribuir a llevar a la práctica las mejores intervenciones posibles con la mejor evidencia disponible y, en la medida de lo posible, demostrar su utilidad. De otro modo, podemos caer en la evaluación «cosmética» o en la ensayo clínico<sup>30</sup>, que no contribuirá en nada a nuestros objetivos de salud.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional de Ottawa sobre Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1986.
2. Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Fores MD, Nebot M, Robledo MT. Recomendaciones sobre estilo de vida. Actualización PAPPS 2001. Aten Primaria. 2001;28:S27-S41.
3. Nebot M. El consejo médico y la promoción de la salud. Aten Primaria. 1991;8:85-90.
4. Nebot M. Educación sanitaria ¿dónde estamos? Aten Primaria. 1992;9:508-11.
5. Demack MM, Becker MH. The doctor-patient relationship and counseling for preventive care. Pat Educ Counsel. 1987;9:5-24.
6. Mann KV, Putnam RW. Physicians' perceptions of their role in cardiovascular risk reduction. Prev Med. 1989;18:45-58.
7. Davis AD, Homson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. JAMA. 1992;268:1111-7.
8. Ockene JK, Ockene IS. Cómo ayudar a los pacientes a reducir su riesgo de cardiopatía isquémica: una visión general. En: Prevención de la cardiopatía coronaria. Barcelona: Erika-Med; 1993.
9. Marzo M, Ferran M. Estadísticas AP 2002. Jano. 2002;62:359-409.
10. Frank E, Harvey LK. Prevention advice rates of woman and men physicians. Arch Fam Med. 1996;5:215-9.
11. 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.
12. Subías PJ, García-Mata JR, Perula L y Grupo de Evaluación del PAPP. Efectividad de las actividades preventivas analizadas en el ámbito de centro de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC. Aten Primaria. 2000;25:395-9.
13. Prochaska J, Di Clemente C. Stages and processes of self changing of smoking: towards an integrative model of change. J Counsel Clin Psychol. 1983;51:390-5.
14. Miller WR, Rollnick. La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós, 1999.
15. García-Campayo J, Claraco LM, Tazon P, Aseguiñolaza L. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. Aten Primaria. 1999;24:594-601.
16. Roter DL, Stewart M, Putman SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. JAMA. 1997;277:350-6.

17. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
18. Clark NM, Gong M. Management of chronic diseases by practitioners and patients: are we teaching the wrong things? *BMJ*. 2000;26:572-5.
19. Are you taking the medicine? [editorial]. *Lancet*. 1990;335:262-3.
20. Horwitz RL, Viscoli CM, Berkman L. Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction. *Lancet*. 1990;336:542-5.
21. Auba J, Altisent R, Cabezas C, Córdoba R, Fernández-Tenllado MA, Gobierno 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, 1996 [accedido 10 Ene 05]. Disponible en: [http://www.papps.org/publicaciones/informes\\_tecnicos.html](http://www.papps.org/publicaciones/informes_tecnicos.html)
22. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Sys Rev* 2000;(2):CD001007.
23. Nebot M, Soler M, Martín C. Efectividad del consejo médico para dejar de fumar. Evaluación al año de la intervención. *Rev Clin Esp*. 1989;184:201-5.
24. Córdoba R, Martín JM, Aznar P, Die S, Sanz MC, Forés MD. Efecto de la oferta de seguimiento versus consejo aislado en una muestra de fumadores disonantes. *Aten Primaria*. 1990;7:350-4.
25. Martín C, Jané C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria*. 1993;12:86-90.
26. Altisent R, Córdoba R, Delgado MT, Pico MV, Melus E, Aranguren F. Estudio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 1997;109:121-4.
27. Córdoba R, Delgado MT, Pico MV, Pico V, Altisent R, Forés D, et al. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multicenter study. *Fam Pract*. 1998;15:562-8.
28. Ortega R, Jiménez C, Córdoba R, Muñoz, J, García ML, Vilaseca J. The effect of office-based physician's advice on adolescent exercise behavior. *Prev Med*. 2004;38:219-26.
29. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning. An educational and ecological approach. Mountain View (CA): Mayfield Publ; 1999.
30. Grandes G. ¿Por qué tan pocos ensayos clínicos en atención primaria? *Aten Primaria*. 2002;29:97-100.