

## EL CONSEJO MÉDICO NUEVAS EVIDENCIAS PARA VIEJAS HERRAMIENTAS

*Dra. Danisa Cortina*

En los últimos años estamos viviendo un crecimiento exponencial de la ciencia, tanto en los métodos de diagnóstico como terapéuticos; también estamos tomando conciencia, con infinidad de estudios que así lo demuestran, que los hábitos de vida saludables (HVS) son, no sólo la base para la prevención, sino también el soporte de todos los tratamientos, especialmente si hablamos de patologías crónicas y cada vez más prevalentes como hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, entre otras.

La epidemia de diabetes tipo 2 prevé que en el 2025 habrá 333 millones de casos en el mundo. Estos datos son alarmantes, tanto en círculos médicos como de políticas de salud, siendo, por lo tanto, la modificación del estilo de vida el único camino lógico para disminuir estas cifras de prevalencia y mejorar el tratamiento de esta enfermedad crónica<sup>1</sup>. Aquellos estudios demuestran también que a través de HVS se disminuyen los gastos en salud y aumenta la satisfacción de las personas que logran comportamientos saludables por largo tiempo.

La educación para la salud, y sus métodos, es un arma terapéutica y preventiva que nos permite abordar una gran variedad de problemas que tienen alta prevalencia en la consulta de atención primaria (enfermedades crónicas, hábitos de vida saludables, entre otros). A pesar de esto, muchas veces no se utiliza, desaprovechando así una oportunidad privilegiada para proveer cuidados a la salud.

### CONCEPTO Y MODELOS DE EDUCACIÓN SANITARIA

No hay una definición universal, pero todos los autores coinciden en algunos puntos que son fundamentales. Se entiende por educación sanitaria a todas aquellas combinaciones de **experiencias de aprendizaje planificadas** sobre conocimientos, actitudes y habilidades, destinadas a facilitar la adopción **voluntaria** de comportamientos, con el objetivo final de que el individuo pueda definir y alcanzar sus **propias** metas en materia de salud<sup>2,3</sup>. El objetivo principal es la **promoción de la salud**, y debe generar necesariamente **cambios de conducta**.

Dada esta definición, el profesional médico no debe aceptar toda la responsabilidad del cambio, sino capa-

citar al individuo para que pueda adoptar voluntariamente el comportamiento propuesto; debe interiorizarlo a su esquema de valores y dentro de su ambiente social, cultural y económico, para que el cambio sea duradero.

Se pueden diferenciar tres modelos de educación sanitaria: informativo, persuasivo y participativo.

El modelo informativo es unidireccional. Sus metas son lograr conocimientos, incorporar conceptos a los que la persona debe adaptarse. Utiliza métodos como charlas y clases, entre otros. La educación meramente informativa es poco eficaz y tiene problemas si no considera la ética de quien la recibe. Su principal utilidad es asesorar a la gente cuando ésta solicita contenidos que aclaren su proceso de reflexión. Por ejemplo: el profesional de la salud explica e informa qué cambios de conducta debe realizar el paciente. La información es un componente indispensable en todo modelo educativo, pero no es suficiente para que la educación sea eficaz.

El segundo modelo es el persuasivo. Su principio es encontrar lo que la persona a educar desea, para ligar su satisfacción al proceso educativo, es decir, información más motivación. Utiliza métodos como campañas en medios de comunicación y consejo médico persuasivo, entre otros. Un ejemplo sería utilizar los estadios de cambio de Prochatska para dejar de fumar. Desde luego, este modelo mejora mucho los resultados del informativo. Pero ¿porqué no todos los pacientes cambian sus comportamientos mediante educación persuasiva?

Hay otra alternativa factible y eficaz: el consejo o educación participativa o capacitadora (tercer modelo). El profesional establece una relación de ayuda con la persona; la meta es capacitar al sujeto para que logre un nuevo conocimiento de sí mismo y vea nuevas perspectivas en las situaciones que debe afrontar, es decir, información más motivación más capacitación, partiendo de las necesidades y el ambiente cultural (tabla).

A diferencia de los anteriores, el objetivo es aumentar el control individual sobre la salud. Sus métodos incluyen: discusión, diálogo, juegos, simulaciones y estudio de casos, entre otros.

Las personas aprenden más y son más creativas y más capaces de resolver problemas, logrando mayor bienestar. Se puede así disminuir la demanda asistencial y aumentar la satisfacción.

El acto médico y **la continuidad** de la asistencia podrían constituir en sí mismos una relación de ayuda participativa y capacitadora si se centran en el paciente. De ahí se desprende la privilegiada situación en la

que se ven involucrados los médicos en un sistema centrado en la atención primaria.

Este modelo le permite al paciente afrontar la realidad de sus problemas y descubrir él mismo soluciones válidas que resuelvan situaciones inmediatas y futuras. Esto le permite tener libertad y seguir sintiéndose persona con capacidad para tomar decisiones que le incumben, pudiendo transformar el problema de salud en una experiencia positiva<sup>4</sup>.

Un aspecto importante a tener en cuenta cuando se quiere lograr un cambio de conducta es el análisis de los determinantes del comportamiento (diagnóstico educacional). Estos factores se clasifican en predisponentes, facilitadores y de refuerzo.

Los factores predisponentes son las características con que contamos antes del consejo y que pueden actuar como ayudas o barreras de la nueva conducta a instalar.

Los factores facilitadores son los que ayudan a pasar a la acción y permiten que la motivación sea eficaz.

Los factores de refuerzo son consecuencias del comportamiento; son premios o castigos que contribuyen a mantener el nuevo comportamiento.

El análisis de estos factores constituye el diagnóstico educacional.

Nadie es un terreno «virgen» frente a la adopción de un comportamiento. Todo el mundo está dotado de una estructura cognitiva y afectiva determinada, que debemos explorar y tener en cuenta, puesto que condicionará cualquier modificación de la conducta que se intente<sup>5</sup>.

Ya que todo comportamiento es fruto de la voluntad, el individuo puede cuestionarse en todo momento sus decisiones y su forma de actuar, pudiendo sentir insatisfacción y abandonar el proceso educativo o el nuevo comportamiento<sup>6</sup>.

### EL CONSEJO MEDICO (COUNSELLING)

En varios estudios se ha demostrado que el personal del equipo de salud tiene mucha más efectividad en la modificación de los comportamientos insanos de sus pacientes de lo que él mismo cree<sup>7</sup>. Esta efectividad se ve favorecida por el contacto mutuo frecuente, la credibilidad y la situación especial de la consulta<sup>8</sup>.

El consejo sitúa al profesional en el papel de «facilitador» y al paciente-usuario-cliente en el papel de «conductor»<sup>9</sup>.

### Estrategias para el consejo<sup>10</sup>

Son aquellas que han sido probadas de ser útiles para el cambio de conducta.

El consejo médico, en la aceptación amplia del término, es el método más eficaz para integrar la educación sanitaria en la práctica asistencial diaria.

Muchos trabajos han demostrado que el consejo médico capacitador individual en atención primaria es

**Tabla.** Estrategias para la educación participativa.

- 
- Adecuar la educación a las percepciones del paciente
  - Informar a los pacientes sobre los propósitos y efectos esperados, y cuando se esperan los cambios
  - Hacer pensar en cambios pequeños más que grandes
  - Ser específico (recomendar caminatas a un ritmo rápido por 30 minutos tres veces por semana, más que decirle al paciente que debe hacer ejercicio)
  - Agregar nuevas conductas más que eliminar conductas establecidas
  - Asociar conductas nuevas a conductas viejas
  - Usar el poder de la profesión
  - Lograr compromiso explícito del paciente
  - Usar combinación de estrategias (materiales escritos además del consejo)
  - Involucrar al personal del equipo de salud
  - Referencia (orientar al paciente a donde debe referirse, fuentes oficiales, organizaciones voluntarias, referencia a libros sobre el tema, o conectarlos con otros pacientes que hayan logrado el cambio)
  - Monitoreo y seguimiento
- 

una de las acciones más eficaces para conseguir que los fumadores abandonen su hábito.

También existe evidencia de su eficacia en disminuir el consumo de alcohol, cumplimiento de dietas en diabetes, dislipemias y obesidad, prescripción de actividad física, cambios en las conductas sexuales de riesgo, prevención de accidentes de tránsito (uso de cinturón, casco, dispositivos de retención infantiles) y cambios en los hábitos de higiene bucal.

En Estados Unidos se realizó un estudio con 3234 sujetos que tenían tolerancia a la glucosa alterada. Los randomizaron en tres grupos: el primero placebo, un grupo tratado con metformina y otro sometido a un programa intensivo de cambio de hábitos de vida. En este último grupo se disminuyó 58% de los casos nuevos de diabetes, comparado con una reducción de 31% en el grupo de metformina<sup>11</sup>.

A modo de resumen diremos que las formas de mejorar la efectividad de la educación sanitaria es la planificación concienzuda, el diagnóstico educacional correcto y la continuidad de la atención, que permitan una óptima combinación de métodos y técnicas, para abordar el problema individual<sup>12</sup>.

El mensaje es claro, las modificaciones en el estilo de vida son la piedra fundamental en muchas patologías y en la promoción de la salud. Las intervenciones en pro de lograr hábitos de vida saludables deben ser individualizadas, teniendo en cuenta el punto de vista del paciente y sostenidas en el tiempo<sup>1</sup>.

Los profesionales que ejercen atención primaria deben usar las tecnologías educativas en sus consultas o entrevistas con pacientes, ya que son herramientas que nos permitirán proporcionar tratamiento al paciente desde diferentes marcos de referencia<sup>4</sup>.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Fox C, Kilvert A. Intensive education for lifestyle change in diabetes. *BMJ* 2003; 327:1120-1
2. Geen LW, Kreuter M, Deeds S, Partridge K. *Health education planning: a diagnostic approach*. Mayfield. Publishing Company. Palo Alto 1980
3. Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Couns* 1995;26:139-44
4. Turubian JL, Perez-Franco B. Utilidad y límites de la educación sanitaria. *FMC* 1998;7(8):419-20
5. Guayta Escolies R. Educación sanitaria. *FMC* 1998;7(5):440-51
6. Roger RW. Cognitive and psychological processes in fear appeals and attitude change. A revised theory of protection motivation. En: Cacioppo JT, Petty RE, editores. *Social psychophysiology*. Nueva York 1983, pág.153-76.
7. Taylor RB. Health promotion: can it succeed in the office. *Prev Med* 1981;10:258-62.
8. Council of scientific affairs, Education for health. A role for physician and the efficacy of health education efforts. *JAMA* 1990;263:1816-9
9. Bimbela Pedrola JL. El counselling en atención primaria. *FMC* 1998;10(5):627-34
10. Rimoli A. Educación sanitaria. *Counselling*. 2000.
11. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346:393-403.
12. Green LW, Kreuter NW. *Measurement and evolution in health education and health promotion* Palo Alto, EUA. Mayfield Publishing Company, 1985.



Foto Andrea Bonorino