
LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD: ADOPCIÓN DE ACTITUDES Y MANTENIMIENTO DE NUEVOS COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

Lluïsa Garcia Garrido.

Alicia Baltasar Bagué.

La evolución del sistema de salud comporta adoptar nuevas intervenciones, como la rehabilitación cardiaca, para responder a las necesidades del paciente y su familia hacia los problemas de salud derivados de la enfermedad coronaria. Los profesionales de la salud deberían proporcionar, al paciente y a su familia, conocimientos, habilidades y capacidades, para hacer frente a los cuidados relacionados con la rehabilitación cardiaca¹. El seguimiento de estos objetivos implica tener en cuenta la importancia de la colaboración y la interdisciplinariedad. Según D'Amour, la colaboración interdisciplinar consiste en un conjunto de actos a través de los cuales los individuos de una misma profesión, o de diferentes profesiones, perteneciente a un mismo establecimiento de salud, o a diferentes establecimientos, comparten conocimientos, experiencias y formaciones diferentes con el fin de obtener un resultado superior que la suma de los actos que poseen cada uno de ellos individualmente². En nuestro contexto profesional, y en el caso concreto de la rehabilitación cardiaca, colaboramos con el fin de responder a las necesidades del paciente desde la vertiente del diagnóstico, del tratamiento farmacológico y rehabilitador, así como, la educación para la salud del paciente y su familia.

La educación para la salud, según Legendre³, tendría que tener como objetivo la adopción de actitudes y nuevos comportamientos favorables en el desarrollo y control de la salud de las personas. Para ser más concretos, la educación para la salud no solamente busca informar al paciente y a su familia sobre la enfermedad y los tratamientos sino que va más allá de estas medidas: la educación debería conducir al paciente a modificar sus comportamientos durante el periodo de aprendizaje, y en consecuencia ayudarlo a adoptar nuevos hábitos de vida⁴. La educación para la salud dirigida al paciente y a su familia se inscribe dentro de un proceso global de promoción de la salud e integra todos los niveles de prevención (primario, secundario y terciario). Esta educación no está únicamente orientada a la patología sino que contempla la educación terapéutica y la educación en su enfermedad⁵.

En primer lugar, la educación terapéutica es un conjunto de prácticas que tienen como objetivo permitir al paciente la adquisición de competencias, con el fin de poder manejar de manera activa su enfermedad y sus cuidados, en colaboración con los diferentes profesionales⁶. Esta va dirigida a los pacientes que sufren una enfermedad crónica como la diabetes, la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardiaca, etc. Los efectos favorables de la educación terapéutica para el paciente comprenden: el des-

censo del número de incidentes agudos, el retraso en las apariciones de las complicaciones, en el desarrollo de competencias de autocuidados y por último la mejora de la calidad de vida⁷. Como en todo aprendizaje, una de las claves del éxito de la educación terapéutica recae en saber desarrollar y mantener la motivación del paciente⁸.

En segundo lugar, la educación del paciente en su enfermedad se interesa por la manera que el paciente acepta su estado de salud y gestiona sus problemas: la gestión del tratamiento, la prevención de complicaciones y recaídas, así como el impacto de la enfermedad sobre la vida personal, familiar y social⁵.

Nos parece importante que los profesionales de la salud exploren, conjuntamente con el paciente y su familia, sus creencias, sus valores, su experiencia en la forma que estos conciben la enfermedad y sus hábitos de vida para poderlos ayudar a cambiar su comportamiento. Lacroix y Assal⁹ estiman que las creencias de los pacientes merecen una atención especial pues ellas determinan sus comportamientos. Para el paciente aquejado de una enfermedad coronaria, un cambio de comportamiento supone en sí un cambio en sus hábitos desfavorables para la salud, cambio que no siempre es fácil de conseguir. A este respecto, los pacientes tienen necesidad de información o de consejos sobre como modificar su comportamiento, igual que ellos deben tener una confianza inquebrantable en su capacidad de modificar sus hábitos de vida¹⁰. Para Bandura¹¹, el paciente posee la capacidad de reflexionar y de actuar, que le permitirá controlar su pensamiento, sus sentimientos, sus motivaciones y sus acciones. De manera concreta, él adopta nuevos comportamientos a consecuencia de los resultados positivos de sus experiencias vividas.

Por otra parte, la enfermera, en el rol de educadora, ocupa una posición privilegiada, susceptible de favorecer las modificaciones de ciertos hábitos de vida. Antes de determinar su intervención educativa, ella debe explorar cuales son sus motivaciones y capacidades frente a la modificación de los factores de riesgo. Para pasar de la intención a la acción, de una parte tenemos que tener en cuenta la participación activa del paciente, la cual supone un nuevo reto para el profesional, y de otra parte tenemos que conocer nuevos conceptos que nos ayudarán a emprender el aprendizaje del paciente hacia el cambio de hábitos.

Numerosas estrategias de intervención educativa han sido desarrolladas sin llegar a identificar los factores psicosociales que determinan la adopción o no de un comportamiento¹². Para modificar un comportamiento, según Godin¹², es imprescindible conocer los factores psicosociales que determinan la decisión de las personas de actuar o no actuar en una dirección dada. Para ello diversas teorías han sido elaboradas, en primer lugar para identificar los factores psicosociales que influyen los comportamientos de las personas, y en segundo lugar para explicar estos mismos comportamientos. La mayoría de las teorías psicosociales abordan el comportamiento desde la perspectiva social, es decir, el comportamiento relacionado con la salud es un comportamiento social, el cual tiene en consideración la interacción de la persona con su entorno.

Una de las teorías más conocidas es la teoría social cognitiva de Bandura orientado sobre el sentimiento de auto-eficacia. El sentimiento de auto-eficacia se explica a partir de los juicios que poseen los individuos sobre sus capacidades, en

base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado, es decir, la auto-eficacia es la convicción personal de que puede realizar con éxito cierto comportamiento requerido en una determinada situación¹³. Según Bandura, el comportamiento de un paciente obedece a dos tipos de creencias: el primero, las creencias en la eficacia del comportamiento, hace referencia a los resultados que conlleva un cambio de comportamiento dado; y el segundo concierne a las creencias en la eficacia personal o la confianza de poder adoptar con éxito el comportamiento deseado (*figura 1*). Un ejemplo sería el caso de un paciente coronario que debe iniciarse en la práctica de un ejercicio físico. De una parte, las creencias en los resultados hacen referencia a la convicción que un cambio de comportamiento le permitirá obtener resultados deseados, como la prevención de una nueva crisis cardíaca; de otra parte, las creencias que conciernen al sentimiento de auto-eficacia le permitirán creer en su capacidad de adoptar un nuevo comportamiento, como es la práctica de ejercicio físico. Esta última creencia determina la suma de los esfuerzos que la persona está decidida a realizar para iniciar y mantener un comportamiento, a pesar de las dificultades que puede llegar a encontrar^{11,13}.

Figura 1



Otro marco conceptual es el modelo de creencias de la salud (MCS) que constituye uno de los marcos teóricos utilizados en Psicología de la Salud para explicar los comportamientos en salud y la prevención de la enfermedad¹⁴. Este modelo relaciona teorías psicológicas de construcción o toma de decisiones y teorías de base cognitiva¹⁵. El MCS está influenciado por la teoría del campo social de Kurt Lewin¹⁶, según la cual el comportamiento de los individuos depende de dos dimensiones:

- El valor o la valencia que el sujeto atribuye a un resultado.
- La estimación o la probabilidad subjetiva o evaluación del sujeto sobre la probabilidad que una acción determinada pueda conseguir este resultado.

En el caso del consumo de tabaco o una alimentación rica en grasas, el valor o la valencia pueden relacionarse con el placer. La estimación puede ser dada por la probabilidad que el consumo de tabaco o una alimentación rica en grasas proporcione efectivamente este resultado.

Por su parte, Maiman y Becker¹⁷ trasladaron estas dos variables –valor y estimación– al ámbito de la salud, y las tradujeron, respectivamente, por:

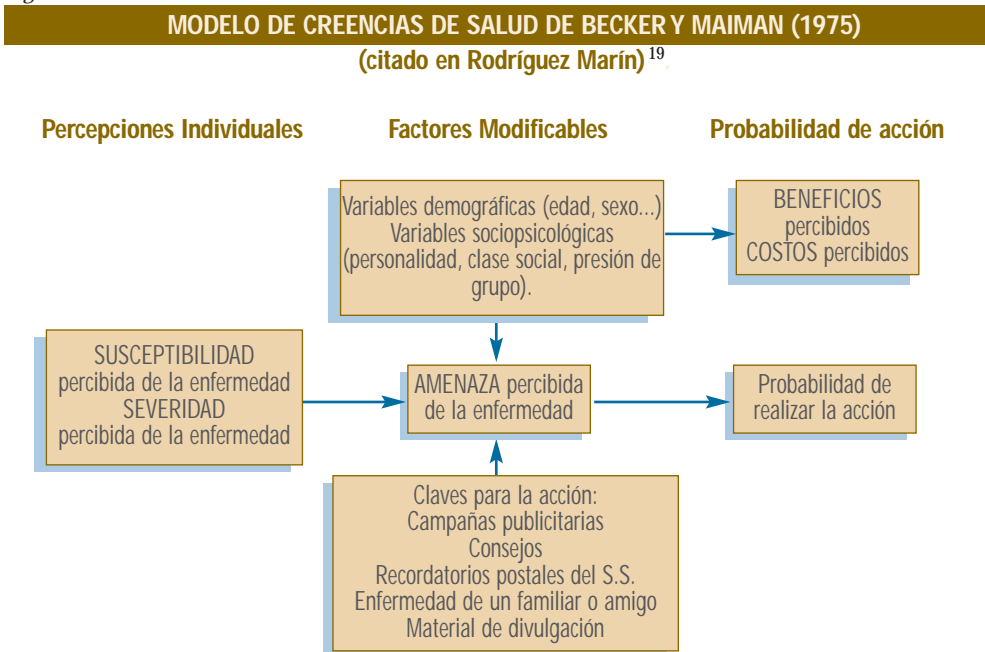
- El deseo de evitar una enfermedad (o de recuperar la salud en caso de estar enfermo).
- La creencia de que una conducta saludable específica pueda prevenir la enfermedad (o aumentar la probabilidad de recuperar la salud).

Otro autor, Rosenstock¹⁸, formuló las dimensiones del MCS de la siguiente forma:

- Susceptibilidad percibida: indica la percepción subjetiva individual sobre el riesgo de sufrir un problema de salud.
- Severidad percibida: se refiere a las creencias sobre la gravedad de sufrir una determinada enfermedad o de no ser tratada una vez declarada.
- Beneficios percibidos: designa el curso de acción específica del sujeto, el cual, incluso aceptando la susceptibilidad personal de la enfermedad i ser consciente de la severidad de la misma, actúa en función de la eficacia o de los beneficios que atorga a les diferentes conductas saludables de su abasto.
- Barreras percibidas: el curso de la acción del sujeto resta determinado no solo por su percepción en relación a la eficacia de la conducta saludable, sino también por los costos que le representa (dolorosa, desagradable, incomunicación, etc.).

La conducta preventiva según el modelo depende de la combinación de estas cuatro variables, y de la valoración particular que haga el sujeto afectado, el cual opera como en un análisis de costos i beneficios: cuando los segundos son superiores a los primeros, el cambio de conducta es altamente probable, y viceversa.

Figura 2



El modelo de prevención de la enfermedad considera que los factores psicológicos (cognitivos, emocionales y motivacionales) tienen influencia tanto en el proceso de enfermar como en el mantenimiento de la salud. Estos factores psicológicos son el resultado de la historia individual de cada persona en un determinado contexto cultural, socio-económico y político²⁰. Este modelo trata de comprender y identificar los factores que influyen en la prevención de una enfermedad y mejorar, en tal caso, la eficiencia de los programas preventivos. Se pueden distinguir tres fases o momentos: el pasado (o los antecedentes), el presente (los factores implicados en la interacción actual) y el futuro (consecuencias de una conducta o actuación a corto y a largo plazo).

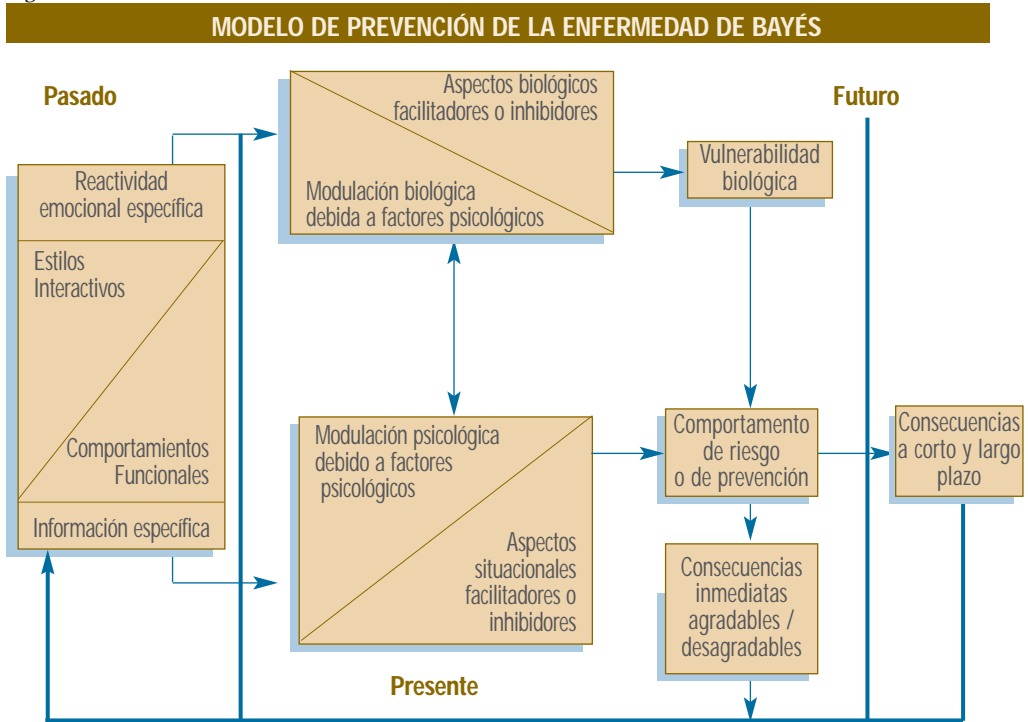
- El pasado son los factores históricos, entendidos como variables susceptibles de facilitar una conducta en una determinada situación interactiva o de influencia recíproca.
- El presente hace referencia a los aspectos actuales y a la influencia recíproca o interactiva de un conjunto de factores que pueden o no facilitar una conducta preventiva o, por lo contrario, de riesgo.
- El futuro es el resultado del grado de vulnerabilidad y de los comportamientos, de prevención o de riesgo, llevados a cabo por los individuos, de manera que el equilibrio psicobiológico en términos de salud o enfermedad se rompa, se restablezca o se mantenga.

Bayés²¹ enfatiza las consecuencias de los comportamientos, y asocia los comportamientos de riesgo con una consecuencia inmediata y placentera, generalmente intensa y de corta duración. Por contra, las consecuencias negativas que se derivan de una conducta de riesgo suelen ser probables y a largo plazo. Por otra parte, no hay evidencias que permitan correlacionar el estado de salud actual de un individuo y la práctica de comportamientos preventivos en el pasado. Por esta razón, delante de dos comportamientos incompatibles, muchas personas optan por aquel que tiene un beneficio inmediato, ignorando los eventuales y graves alteraciones de salud que puede comportar en el futuro.

También, Bayés²¹ remarca la importancia de las consecuencias sociales extrínsecas asociadas a las conductas. En este sentido, el comportamiento social aprobatorio o inhibitorio de los sujetos del entorno respecto de una conducta determinada puede resultar determinante en el momento de adoptar o no una conducta concreta.

En el caso del consumo de tabaco, la influencia del círculo de relaciones puede ser determinante para adoptar una conducta de riesgo o de prevención. Pero la decisión del sujeto resta igualmente condicionada por el grado de vulnerabilidad biológica, edad, y el momento de la interacción, una eventual situación de estrés, por ejemplo. El pasado, pero, puede influir tanto o más que el presente. Una situación particularmente placentera asociada con una primera experiencia de consumo de tabaco puede facilitar la adopción del hábito. Por el contrario, las habilidades y estrategias del sujeto en el momento de afrontar una situación de riesgo lo pueden evitar.

Figura 3

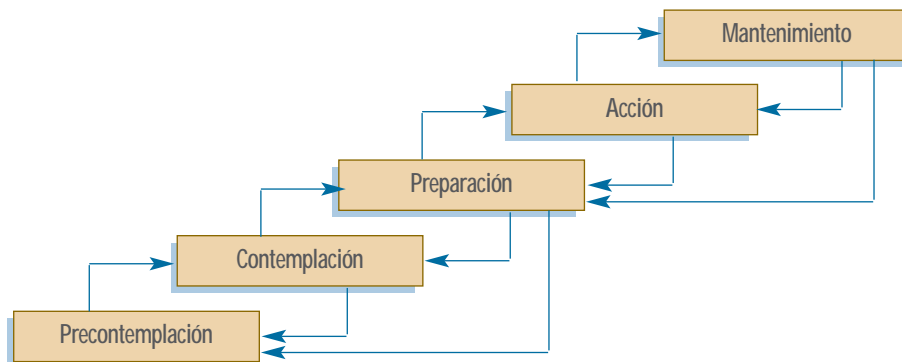


Por último, trataremos el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente, llamado también modelo de etapas de cambio²². En sus orígenes fue utilizado para el abandono del tabaquismo²³, pero actualmente muchos investigadores manejan este modelo para el estudio de diversos comportamientos relacionados con la salud. El modelo nos determina la etapa de cambio en la que se sitúe el paciente y ayuda a los profesionales de enfermería a planificar la intervención educativa adecuada en esa etapa de cambio.

El modelo transteórico se compone de cinco etapas: la precontemplación, la contemplación, la preparación, la acción y el mantenimiento. En la etapa de precontemplación, la persona no está preparada para cambiar por no ser consciente del problema. Muchas veces esta dificultad radica en la falta de información sobre el problema o en su incorrección, o bien en una negación de la realidad. Durante la etapa de contemplación, la persona considera la posibilidad de hacer un cambio, percibe tanto las ventajas como los inconvenientes asociados a la modificación del comportamiento. En la etapa de preparación, la persona tiene la intención de cambiar en los próximos treinta días. La etapa más intensa es la acción, la persona inicia el cambio, desafortunadamente lo peor de la acción se sitúa en los primeros tres meses. Por esto, es importante el soporte y el acompañamiento de estas personas hacia el cambio. Finalmente, en el mantenimiento, la persona ha cambiado y quiere mantener este cambio ya que posee la confianza en sus capacidades para mantener el nuevo comportamiento^{22,24}.

Figura 4

MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE



Para finalizar, hemos de tener en cuenta, en la educación del paciente y de su familia, otro concepto importante: el "empowerment" (en español se ha denominado empoderamiento). Este se inscribe dentro de la promoción de la salud y desemboca en nuevos conocimientos para ser valorados dentro de las prácticas profesionales. El empoderamiento se define como un proceso social de reconocimiento, de promoción y de mejora de las capacidades del paciente con el fin de satisfacer las propias necesidades, de regular sus propios problemas y de movilizar los recursos necesarios para sentir el control de su propia vida²⁵, es decir, los esfuerzos del paciente para emprender un cambio en sus hábitos de vida pueden ser sostenidos por sus propios recursos o por su entorno social y educativo²⁶. Por tanto, la enfermera, en el rol de educadora, ante un paciente que sufre una enfermedad coronaria, facilita y transmite, ayudando al paciente, un nuevo saber, un saber hacer y un saber estar. Esta se vuelve una persona-recurso para el paciente, y este adopta una participación activa en la resolución de los problemas: combina sus fuerzas y sus capacidades necesarias para desarrollar sus competencias en la búsqueda de sus propias soluciones. Nos parece importante incidir en este concepto ya que a menudo el éxito de los procesos de interacción enfermera-paciente-familia resulta de compartir el poder y la negociación²⁵ en la resolución de problemas.

En lo que concierne a la educación en el ámbito asistencial, esta se centra en el reconocimiento de los factores de riesgo tales como los lípidos, la hipertensión arterial, la alimentación inadecuada, la diabetes, la obesidad, el tabaquismo y el exceso de alcohol, sin obviar el cumplimiento de la medicación, el seguimiento programado del ejercicio físico y los factores psicológicos y sociales que intervienen en el enfermo y su familia. Para conseguir tal fin, los objetivos generales de la educación tendrían que incidir en:

- Proporcionar los conocimientos al paciente y a la familia sobre la enfermedad y los factores de riesgo.

- Identificar las necesidades de aprendizaje, así como las prioridades y la motivación para ayudarlo a fijarse objetivos realistas y viables a corto plazo para aumentar la confianza en su capacidad personal y favorecer un cambio de hábitos.
- Identificar los recursos del paciente y su familia para establecer una relación en la resolución de los problemas de salud.
- Valorar y analizar el cumplimiento terapéutico prescrito, así como la comprensión de la información dada sobre la enfermedad y su seguimiento.
- Acompañar al paciente y a su familia en el seguimiento de la rehabilitación cardíaca y en el mantenimiento de un nuevo estilo de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Babcock, D.E.; y Miller, M.A.; The Learning System. En D.E. Babcock & M.A. Miller: Client Éducation. Theory and Pratique (pp. 22-31). Toronto: Mosby; 1994.
2. D'Amour, D. La collaboration professionnelle un choix obligé. En O. Goulet & C. Dallaire (Dir), Les soins infirmières, vers una nouvelle perspective (pp. 339-363). Bourcherville: Gaëtan Morin; 2002.
3. Legendre R. Dictionnaire actuel de l'Éducation (pp. 440). 2ª edició. Paris: Eska; 1993.
4. Salellas Ll. Salud Pública, salud comunitaria. En Salellas Educación Sanitaria: Principios, Métodos y Aplicaciones. Ed. Díaz de Santos. Barcelona 1985. (pp. 53-63).
5. Sandrin-Berthon, B. Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine?. En B. Sandrin-Berthon. L'éducation du patient au secours de la médecine. Briguette (pp. 7- 39). Paris: Presses Universitaire de France; 2000.
6. Actualité de la réflexion sur l'éducation thérapeutique. Recuperado el 13 de agosto 2007 en <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/notinte.htm>
7. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Propositions pour l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient. Rubriques études; 2007;58:57-60.
8. Iguenane J. Motivation et éducation thérapeutique. Les clés de l'apprentissage du patient. Nutritions & facteurs de risque;2004;2:27-30.
9. Lacroix, A. y Assal, J-P. Le modele de croyances de santé et le focus of control. En L'éducation thérapeutiques des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique (pp. 44-56). Paris: Maloine; 2003.
10. Bandura A. Auto - efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Paris: De Boeck; 2003.
11. Bandura A. Social Cognitive theory of self-regulation. Organizational Behaviour and Human Decision Processes; 1991; 50: 248-287.
12. Godin G. L'éducation pour la santé: les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. Sciences Sociales et Santé;1991;1:67-94.
13. Bandura A. Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review ;1977 ; 84 : 191-215.

14. Moreno E, Gil J. El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*; 2003;3:91-109.
15. Mas, F.; Marín, J. A.; Papenfus, R. L. i León, A. (1997). El Modelo de Creencias de Salud. Un enfoque teórico para la prevención de la SIDA. *Revista de Salud Pública*, 71, 335-341.
16. Kurt L. Citado en Maiman, L. A. y Becker, M .H. (1974). The Health Beleief Model: Origins and correlations in psychological theory. *Health Education*, 2, 336-352.
17. Maiman LA, Becker MH. The Health Beleief Model: Origins and correlations in psychological theory. *Health Education*;1974;2:336-352.
18. Rosenstock I. Historical origins of the health belief model. *Health Éducation Monographs*;1974;328-335.
19. Rodríguez-Marín J. Evaluación en prevención y promoción de la salud. En A. Fernández-Ballesteros (ed.): *Evaluación conductual hoy*, 652-712. Madrid: Pirámide.
20. Bayés R. *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca;1985.
21. Bayés R. Evaluación de aspectos conductuales y biológicos en psicología de la salud. En A. R. Fernández-Ballesteros (ed.): *Evaluación conductual hoy* (pp. 619-651) Madrid: Pirámide; 1994.
22. Prochaska, J. Why do we behave the way we do? *Can J Cardiol*;1995;11:20A-25A.
23. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*; 1983; 51: 390-395.
24. Coutu MF, Dupuis GH, Marchand A, O'Connor K, Trudel G, Bouthillier D. Adoption et maintien des habitudes comportementales saines recension des modeles explicatifs. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*;2000;5:23-35.
25. Gibson, C.H. A concept analysis of empowrment. *Journal of Advanced Nursing*; 1991; 16: 354-361.
26. Gallant, M.H., Beaulieu, M.C. & Carnevale, F. Pathership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing*; 2002; 40: 149-157.