

Osateba

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

INFORME DE EVALUACIÓN

D-08-07

ESTRATEGIAS ÚTILES PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Proyecto de Investigación Comisionada

Marzo 2008

INFORME DE EVALUACIÓN

D-08-07

**ESTRATEGIAS ÚTILES PARA LA PROMOCIÓN
DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

Proyecto de Investigación Comisionada

Marzo 2008

Grandes Odriozola, Gonzalo
Sanchez Perez, Alvaro
Cortada Plana, Josep M
Calderon Gomez, Carlos
Balague Gea, Laura
Millan Ortuondo, Eduardo
Arrazola Arrien, Arantza
Benavides Alonso, Raquel
Goiria Bikandi, Begoña
Mujika Campos, Justo
Torcal Laguna, Jesus
Vergara Mitxelorena, Itziar

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2008

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <<http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>>.

Financiación: Proyecto financiado por las ayudas de investigación comisionada OSTEBA (2005/09), las ayudas de formación en investigación del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (2005011007) y la Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud en Atención Primaria, financiada por el Instituto de Salud Carlos III (redIAPP, nº exp. G03/170 y RD06/0018/0018, Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España).

Este documento debe ser citado como:

Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Calderon C, Balague L, Millan E et al. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº Osteba D-08-07.

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión externa o por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Edición: 1.ª Septiembre 2008

Tirada: 425 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad

Internet: www.osanet.euskadi.net/osteba/es

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: RGM, S.A.
Pol. Igeltzera, Pab. 1 bis – 48610 Urduliz-Bizkaia

Impresión: RGM, S.A.
Pol. Igeltzera, Pab. 1 bis – 48610 Urduliz-Bizkaia

ISBN: 987-84-457-2807-9

D.L.: BI-2735-08

Investigador principal

Josep M. Cortada Plana. Especialista en medicina familiar y comunitaria. Médico de Familia en el Centro de Salud de Deusto, Osakidetza. Bizkaia.

Miembros del equipo de investigación

Gonzalo Grandes Odriozola. Especialista en medicina familiar y comunitaria, epidemiólogo, especialista en medicina preventiva y salud pública. Responsable de la Unidad de Investigación de Atención Primaria – Bizkaia. Osakidetza.

Alvaro Sanchez Perez. Doctor en psicología, máster en investigación clínica. Unidad de Investigación de Atención Primaria – Bizkaia. Osakidetza.

Carlos Calderon Gome. Doctor en medicina, especialista en medicina familiar y comunitaria. Médico de Familia en el Centro de Salud de Alza, Osakidetza. Gipuzkoa.

Laura Balague Gea. Enfermera de APS. Enfermera del Centro de Salud de Rentería. Osakidetza. Gipuzkoa.

Eduardo Millan Ortuondo. Residente de medicina preventiva y salud pública. Hospital de Cruces. Osakidetza. Bizkaia.

Arantza Arrazola Arrien. Pediatra, especialista en educación para la salud, especialista en medicina preventiva y salud pública. Adscrita al Servicio del Plan de Salud en Gipuzkoa. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Raquel Benavides Alonso. Especialista en medicina familiar y comunitaria. Investigadora de la red de Investigación en Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en atención primaria (redIAPP).

Begoña Goiria Bikandi. Especialista en medicina familiar y comunitaria, especialista en medicina deportiva. Médico de Familia en el Centro de Salud de Santutxu, Osakidetza. Bizkaia.

Justo Mujika Campos. Especialista en medicina familiar y comunitaria. Médico de Familia en el Centro de Salud de Beasain, Osakidetza. Gipuzkoa.

Jesus Torcal Laguna. Especialista en medicina familiar y comunitaria. Médico de Familia en el Centro de Salud de Basauri-Ariz, Osakidetza. Bizkaia.

Itziar Vergara Mitxeltorena. Especialista en medicina familiar y comunitaria. Instituto O+berri, Fundación BIOEF, Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias. Bizkaia.

Revisión Externa

Maribel Cifuentes. Deputy Director. Prescription for Health National Program Office, Department of Family Medicine, University of Colorado Health Sciences Center. EE.UU.

M^a Luz Marqués. Directora Médica. Comarca Uribe. Leioa. Bizkaia.

Coordinación del Proyecto en Osteba

M^a Asun Gutiérrez Iglesias. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. (Álava).

ÍNDICE

RESÚMENES ESTRUCTURADOS	9
1. INTRODUCCIÓN	17
2. OBJETIVOS	21
3. MÉTODOS	25
4. RESULTADOS y DISCUSIÓN	31
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	61
Anexo I. Modelos teóricos de promoción de la salud y variables mediadoras en las intervenciones de modificación de hábitos y estilos de vida.....	63
Anexo II. Estrategias de intervención para la modificación de hábitos y estilos de vida en atención primaria de salud.....	75
Anexo III. Efectividad del consejo para la modificación de hábitos y estilos de vida en atención primaria de salud.....	80
Anexo IV. Investigación cualitativa sobre las percepciones de médicos y pacientes ante la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria	87

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: ESTRATEGIAS ÚTILES PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Autores: Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Calderon C, Balague L, Millan E, Arrazola A, Benavides R, Goiria B, Mujika J, Torcal J, Vergara I.

Palabras clave MESH: *actividad física, dieta, dejar de fumar, estilo de vida, alcohol, educación del paciente, cambio de comportamiento*

Fecha: Marzo 2008

Páginas: 120

Referencias: 125

Lenguaje: español

ISBN: 987-84-457-2807-9

FUNDAMENTO

La modificación de estilos de vida conlleva beneficios muy importantes para la salud. Por ello, los servicios de atención primaria de salud (APS) intentan, con menos éxito del deseado, integrar programas de promoción de estilos de vida saludables en las condiciones de práctica clínica habitual.

OBJETIVOS

Conocer la percepción de profesionales y usuarios sobre la utilidad de diferentes modelos teóricos y estrategias de intervención para el cambio de hábitos perjudiciales para la salud (sedentarismo, dieta, tabaco y alcohol), así como los factores que facilitan o dificultan su integración en el contexto de la APS.

METODOLOGÍA

Se revisaron los conocimientos actuales sobre modelos teóricos y efectividad de las estrategias de intervención dirigidas a la modificación de los mencionados hábitos, en personas adultas, en el contexto de la APS. Se realizaron cinco sesiones estructuradas de estudio de dichas revisiones y discusión interactiva entre un grupo de profesionales de APS, especialmente interesados y con experiencia en promoción de la salud. Sus conclusiones se contrastaron con las de cuatro grupos de discusión, dos de médicos de familia y otros dos de usuarios de los servicios de APS de la CAPV, expuestos a programas de promoción de hábitos saludables.

Análisis económico: SÍ NO

Opinión de Expertos: SÍ NO

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Existe una gran variedad de modelos teóricos para entender los factores que determinan las conductas no saludables y diseñar intervenciones. Se consideran especialmente útiles los modelos de creencias en salud, acción planificada, aprendizaje social, etapas de cambio y los modelos integradores. En cuanto a

las estrategias de intervención, el consejo de los profesionales sanitarios es efectivo contra el tabaco y el abuso del alcohol. Para modificar la dieta y aumentar el nivel de actividad física, las evidencias científicas disponibles son insuficientes, pero se recomienda su abordaje por los demostrados efectos saludables que conllevarían estos cambios. La estrategia de las 5 Aes (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar) se considera más factible y efectiva que otras, como la entrevista motivacional. Se identificaron estrategias clínicas y organizativas que pueden facilitar la integración de estas intervenciones: rediseño de las agendas dando mayor prioridad a los programas de promoción de la salud, cooperación entre los profesionales de los centros, especialmente el binomio médico-enfermera, selección de las poblaciones diana, nuevas herramientas de información y apoyo, coordinación con recursos y organizaciones en la comunidad, entre otras. Se constata la dificultad de mantener intervenciones eficaces de promoción de la salud, en las condiciones actuales de la APS. La organización y recursos actuales de los centros de APS, dirigidos casi exclusivamente a la asistencia de la enfermedad, dificultan su implantación de forma sostenible.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La traslación a la práctica clínica de APS de intervenciones que han probado su eficacia, como la estrategia de las 5 Aes, exige una adaptación de dichas estrategias al contexto en el que van a ser aplicadas, así como una reorganización de los centros. El proceso de adaptación mutua entre intervenciones eficaces y actividad en los centros de salud debe ser investigado y requiere la cooperación entre investigadores, profesionales de APS y responsables de estos servicios. Las futuras estrategias de optimización de la práctica preventiva a través de la investigación, deberían enmarcarse en una perspectiva socioecológica, intersectorial, en la que el profesional sanitario juegue un papel fundamental y complementario al del resto de los condicionantes individuales, culturales y sociales. Estas iniciativas requieren un marco teórico y metodológico apropiado para el diseño y evaluación de intervenciones complejas.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua: ESTRATEGIA ERABILGARRIAK OSASUNeko LEHEN MAILAKO ARRETATIK BIZIMODU OSASUNGARRIAK SUSTATZEKO

Egileak: Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Calderon C, Balague L, Millan E, Arrazola A, Benavides R, Goiria B, Mujika J, Torcal J, Vergara I.

MESH gako-hitzak: *lhardun fisikoa, dieta, erretzeari utzi, bizimodua, alkohola pazientearen heziketa, portaera aldaketa*

Data: 2008ko martxoa

Orrialdeak: 120

Erreferentziak: 125

Hizkuntza: Gaztelania

ISBN: 987-84-457-2807-9

OINARRIA

Osasungarritasun gutxiko bizimoduz aldatzea erabat onuragarria da osasunerako. Horretarako, osasuneko lehen mailako arretako zerbitzuak (LM), espero baino arrakasta gutxiagorekin, ohiko praktika klinikoaren eremuan bizimodu osasungarriak sustatzeko programak integratzen saiatzen ari dira.

HELBURUAK

Eredu teoriko desberdinen eta esku-hartzeko estrategien erabilerari buruzko profesionalen eta erabiltzaileen iritzia ezagutzea, era horretan osasunerako kaltegarriak diren ohiturak (sedentarismoa, dieta, tabakoa eta alkohola) aldatzeko. Halaber, LMren eremuan horien integrazioa errazten edo zailtzen dituzten faktoreak ezagutzea.

METODOLOGIA

Gaur egungo eredu teorikoen eta esku-hartzeko estrategien eraginkortasuna berrikusi ziren, LMren eremuan eta pertsona helduetan, aipatutako osasungarritasun gutxiko ohiturak aldarazteko. Horretarako, bereziki interesaturik diren eta osasunaren promozioan esperientzia duten Lehen Mailako Arretako profesionalen artean, aipatutako berrikuspen horiek aztertzeke egituratutako bost sesio eta eztabaida interaktiboa egin ziren. Ondoren, euren ondorioak horretarako sortutako lau eztabaida-taldek ateratako ondorioekin kontrastatu ziren: horietako talde bi familia-medikuenak ziren eta beste biak EAEko LMko zerbitzuen erabiltzaileenak, ohitura osasungarrien promoziorako programen barne direnenak.

Analisi ekonomikoa: BAI

(EZ)

Adituen Iritzia: (BAI) EZ

EMAITZAK ETA EZTABAIDA

Eredu teoriko asko daude osasungarritasun gutxiko jokabideak zehazten dituzten faktoreak ulertzeko eta horiekiko esku-hartzeak diseinatzeko. Bereziki erabilgarriak osasuna oinarritzat duten ondoko ere-

duak dira: planifikatutako ekintza, ikaskuntza soziala, aldaketako etapak eta eredu integratzaileak. Esku-hartzeko estrategiei dagokienean, profesional sanitarioen kontseilua argi eta garbi azaltzen da tabakoaren eta alkoholaren abusuaren aurka. Dieta aldatzeko eta jarduera fisikoa handitzeko, eskuragarri diren ebidentzia zientifikoak ez dira nahikoak, baina horien abordajea gomendatzen da aldaketa horiek eragiten dituzten egiaztatutako eragin osasungarriak direla eta. Izan ere, 5 Aen strategiarekin ezagutzen dena (Jakin, Aholkatu, Adostu, Lagundu eta Aseguratu), motibaziozko elkarrizketa eta bestelakoak baino bideragarriagoa eta eraginkorragoa da. Esku-hartze horiek integratzen lagun ditzaketen estrategia klinikoak eta antolaketakoak identifikatu ziren: agenden birdiseinua, osasuna sustatzeko programei lehentasuna emanda; zentroetako profesionalen arteko kooperazioa, bereziki medikuaren eta erizainaren artekoa; diana-populazioaren identifikazioa; informazio eta laguntzako tresna berriak; erkidegoko baliabide eta elkarleen koordinazioa, besteak beste. Horrekin guztiarekin eta gaur egungo LMren baldintzak kontuan hartuta, osasuna sustatzeko esku-hartze eraginkorren zailtasuna egiaztatzen da. Izan ere, LM zentroetako egungo antolaketa eta errekurtsioek, bereziki gaixotasuna artatzera zuzendutakoek, esku-hartze horiek modu iraunkorren ezaitez zailtzen dute.

ONDORIOAK ETA GOMENDIOAK

Eraginkortasuna erakutsi duten esku-hartzeak LMren praktika klinikora traslatzeak, 5 Aen estrategia esaterako, estrategia horiek aplikatuko direneko testuingururaren arabera egokitzea eskatzen du, zentroen birrantolaketa batekin batera. Osasun zentroetako esku-hartze eraginkorren eta jardueraren arteko egokitze-prozesua aztertu egin behar da. Halaber, ikertzaile, LMko profesional eta zerbitzu horietako erantzuleen arteko kooperazioa eskatzen du. Prebentzio-praktika hobetzeko ikerkuntzaren bidezko etorkizuneko estrategiak, sozio-ekologiko ikuspegi batean kokatu behar dira, sektoreen arteko ikuspegi batean. Horrela, profesional sanitarioak, bestelako eragile indibidual, kultural eta sozialen aldean, funtzio nagusia eta neurri berean osagarria bete behar du. Ekimen horiek esku-harte konplexuen diseinurako eta ebaluaziorako marko teoriko eta metodologiko egokia behar dute.

STRUCTURED SUMMARY

Title: USEFUL STRATEGIES FOR PROMOTING HEALTHY LIFESTYLES IN PRIMARY HEALTHCARE

Authors: Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Calderon C, Balague L, Millan E, Arrazola A, Benavides R, Goiria B, Mujika J, Torcal J, Vergara I.

MESH keywords: *physical activity, Diet therapy, smoking cessation, life style, alcohol drinking, behaviour change, patient education*

Date: March 2008

Pages: 120

References: 125

Language: spanish

ISBN: 987-84-457-2807-9

BACKGROUND

Changes in lifestyle lead to major health benefits. For this reason, although with less success than we would wish for, the aim of primary healthcare services is to integrate programmes to promote healthy lifestyles under conditions of customary clinical practice.

AIMS

To determine the opinion of professionals and users concerning the utility of different theoretical and strategical models to promote changes in habits which are damaging to one's health (sedentary lifestyle, diet, smoking and alcohol), as well as those factors that facilitate or hinder their integration within the context of the primary healthcare system.

METHODOLOGY

A review was made of current know-how concerning theoretical models and the effectiveness of strategies that aim to modify the aforementioned habits in adults, within the context of the primary healthcare system. These reviews were studied and discussed interactively in five structured sessions among a group of primary healthcare professionals with special interest in this matter and with experience in health promotion. Their conclusions were compared with those of four discussion groups, two of these being formed by family doctors and the other two by users of primary healthcare services in the Basque Community, exposed to programmes to promote healthy lifestyles.

Economic analysis: YES

NO

Expert opinion:

YES

NO

RESULTS AND DISCUSSION

There is a wide range of theoretical models to understand the factors that determine unhealthy conduct and to design actions to combat these. Special consideration is given to models designed to create a belief in health, planned action, social learning, the stages required in order to bring about changes and the integrating models. With regard to strategies, the advice given by health workers is effective against smoking and alcohol abuse. In order to modify diets and increase physical activity levels, the available scientific evidence is sufficient but an approach is recommended whereby emphasis is given to the proven healthy effects involved in the changes. The 5 bywords of the strategy «find out, advise, agree, help and guarantee» are considered to be more feasible and effective than others, such as the motivational interview. Clinical and organisational strategies that might facilitate the integration of these interventions are identified: redesigned agendas giving greater priority to health promotion programmes, cooperation between professionals of different centres, especially the doctor-nurse binomial, selection of target operations, new information and support tools, coordination with resources and organisations in the community, among others. The difficulty of maintaining efficient health promotion under the current conditions of the primary healthcare system is detected. The current organisation and resources of primary healthcare centres, which focus almost exclusively on attending to the illness, hinder its sustainable implementation.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

Transferring strategies of proven efficiency, such as the 5 bywords, to the clinical practice of the primary healthcare system requires the adaptation of these strategies to the context in which they are to be applied, as well as the reorganisation of centres. The mutual adaptation process between efficient strategies and activity in health centres must be investigated and requires cooperation between researchers, health service professionals and the people responsible for the services. Teaching strategies designed to optimise preventive practice through research, should be seen against a background of a social-technological and intersectorial perspective in which health professionals play a fundamental than complementary role to that of other individual, cultural and social factors. These initiatives require an appropriate theoretical and methodological framework for the design and assessment of complex strategies.

1. INTRODUCCIÓN

«Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo»

Albert Einstein

(14 de marzo de 1879 - 18 de abril de 1955)

La promoción de la salud en atención primaria

La modificación de hábitos y estilos de vida conlleva grandes beneficios para la salud, ya que el sedentarismo, la dieta, el uso del tabaco y el abuso del alcohol son las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países industrializados (1). Estos estilos de vida generan un innecesario sufrimiento y una sobrecarga de los sistemas de salud desproporcionada y evitable. La OMS estima que, por ejemplo, el 80% de las enfermedades cardiovasculares, el 90% de las diabetes tipo 2 y el 30% de todos los cánceres podrían ser prevenidos si la población siguiera una dieta saludable, un adecuado nivel de actividad física y dejara de fumar (2,3). El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco atribuye a la adopción de un estilo de vida saludable una reducción potencial de la mortalidad global de un 43% (4).

La realidad es que el 65% de la población vasca mayor de 16 años es sedentaria (69% en el caso de las mujeres y 60% en el de los hombres), el 46% tiene exceso de peso (56% en los varones y 38% en las mujeres), el 26% fuma habitualmente (el 31% de los varones y el 21% de las mujeres) y un 10% consume bebidas alcohólicas en cantidad grande o excesiva (14% entre los varones y 7% entre las mujeres) (5). Estas conductas no saludables no se presentan aisladas, sino conglomeradas en los mismos individuos. Se ha estimado que solo el 9% de los españoles entre 18 y 64 años realiza habitualmente actividad física, sigue una dieta equilibrada, no fuma y no bebe en exceso. El 50% combina al menos dos de estas conductas de riesgo, un 18%, al menos tres y un 3%, las cuatro (6).

Todas estas cifras llaman a la acción y por tanto, es lógico que los profesionales dedicados a la atención primaria de salud (APS) pretendan motivar y ayudar a sus pacientes a cambiar dichas conductas, como parte de su práctica clínica habitual, ya que estos profesionales de la salud po-

seen un elevado potencial preventivo, que debería ser aprovechado (7-12).

En primer lugar, la APS es el nivel asistencial más accesible, al que llega la mayoría de la población: prácticamente el 95% de las personas acuden en alguna ocasión a su centro de salud en el plazo de 5 años. La naturaleza longitudinal de la APS proporciona múltiples oportunidades para que el médico de familia y el personal de enfermería aconsejen e intervengan a lo largo del tiempo sobre los factores de riesgo y conductas saludables en la población general. Ningún otro nivel asistencial está en mejor disposición para poder valorar el estado de salud del individuo en su globalidad y decidir con él en qué momento actuar y cuáles son las medidas prioritarias en cada situación particular.

Además, cuando se pregunta a los ciudadanos por el profesional de la salud que les ofrece mayor confianza, a la hora de informarse para tomar decisiones sobre su salud, mayoritariamente señalan al médico de familia (13-15). Consistentemente con esto, los expertos en promoción de la salud reconocen que el entrenamiento de los profesionales sanitarios como agentes de promoción de la salud tiene un gran impacto sobre aquellos pacientes que reciben la intervención, ya que ésta se realiza de forma muy personalizada y genera un gran compromiso (16). Los propios profesionales de APS aceptan y valoran positivamente su papel en la promoción de la salud (17).

En tercer lugar, en los servicios de APS se da la interesante situación de que por un lado se llega al conjunto de la población y por otro se accede personalmente a cada uno de los individuos en la consulta. Esto tiene importantes consecuencias en promoción de la salud, tanto desde la perspectiva individual como comunitaria. Además de trabajar con personas con alto riesgo de

desarrollar enfermedades, los profesionales de APS pueden llevar a cabo intervenciones que logren modestos cambios en la conducta de cada individuo, pero que impacten de forma importante en la salud pública. La visión comunitaria abre además la puerta a la necesidad de combinar y coordinar la promoción de la salud que se realice en APS a nivel individual, con las políticas de salud pública orientadas estructural, social y medioambientalmente, a nivel poblacional (18).

Por todo esto, es en APS donde se dan también las mayores oportunidades para investigar sobre la modificación de determinantes de la salud, tanto en personas sanas como enfermas. Esta investigación es fundamental ya que desconocemos en gran medida cuáles son los ingredientes activos eficaces para abordar eficientemente múltiples cambios de conducta, en las condiciones reales de trabajo del médico de familia o del profesional de enfermería de APS. Una importante barrera para la difusión de intervenciones de modificación de conducta o hábitos en la consulta de atención primaria es la falta de un acercamiento integral de diagnóstico e intervención que permita hacer frente a los múltiples factores de riesgo, y que ayude a los clínicos y pacientes a manejar estos factores de una manera eficiente y productiva (19).

Con el fin de orientar y facilitar la integración de las actividades preventivas y de promoción de la salud en la práctica clínica, en el último cuarto del pasado siglo se han constituido grupos científicos, como «The Canadian Task Force on Periodic Health Examination» en 1976 o «The US Preventive Services Task Force» en 1980, que publican recomendaciones basadas en evidencias sobre la pertinencia y resultados de las posibles intervenciones preventivas. Prestigiosas instituciones como la OMS o el «Royal College of General Practitioners» han potenciado el papel

de los profesionales de Atención Primaria en el desarrollo de estas actividades. En España, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria —semFYC—, puso en marcha en 1986 el PAPPs: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (7-12).

El problema está en que contribuir a modificar los hábitos de las personas no es tarea fácil. La conducta de las personas está determinada por múltiples factores personales, institucionales y ambientales, que operan e interactúan a diferentes niveles: individual, interpersonal y comunitario (18). La complejidad que conlleva abordar esta difícil tarea en un contexto de sobrecarga de trabajo, escasez de tiempo y formación, junto al desconocimiento sobre cómo influir en los individuos desde esta perspectiva ecológica, hacen que hoy por hoy los resultados de los programas de promoción de la salud realizados en APS sean relativamente modestos (20-26). Como consecuencia, la promoción de la salud dista mucho de ser un componente integrado en la práctica clínica diaria en APS (27).

Por todo ello se ha creado el equipo redactor de este informe, que combina experiencia clínica e investigadora en APS y reúne los conocimientos necesarios en medicina de familia, medicina preventiva, epidemiología, salud pública, sociología, psicología y educación para la salud, para poder explorar las posibles causas y soluciones a esta situación. Se aprovecha la experiencia de la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia, que ha desarrollado en los últimos 10 años una línea de investigación en evaluación de actividades preventivas (24-26, 28). Esto nos da la oportunidad de estudiar la percepción de profesionales y pacientes que han realizado de forma estandarizada intervenciones de promoción de la salud, cuyos resultados han sido evaluados en proyectos de investigación de calidad contrastada.

2. OBJETIVOS

- Conocer la percepción de profesionales y usuarios de los servicios de APS sobre la factibilidad y utilidad de diferentes modelos teóricos y estrategias de intervención, efectivas para la modificación de hábitos y estilos de vida (sedentarismo, dieta, tabaco y alcohol), en el contexto de la APS.
- Explorar las barreras que dificultan la integración de intervenciones efectivas para modificar dichos estilos de vida de las personas adultas y los factores que limitan sus resultados en la realidad de los centros de APS de Osakidetza / Servicio Vasco de Salud.
- Elaborar recomendaciones y propuestas para facilitar la integración sostenible de programas de modificación de los mencionados hábitos de riesgo en los centros de APS de Osakidetza / Servicio Vasco de Salud.

3. MÉTODOS

Se diseñó un proyecto de investigación formativa (16), realizado mediante sesiones estructuradas de estudio, discusión y consenso de un grupo de expertos (Fase I) e investigación cuali-

tativa con grupos de discusión de médicos y usuarios de los servicios de APS de Osakidetza / Servicio Vasco de Salud (Fase II).

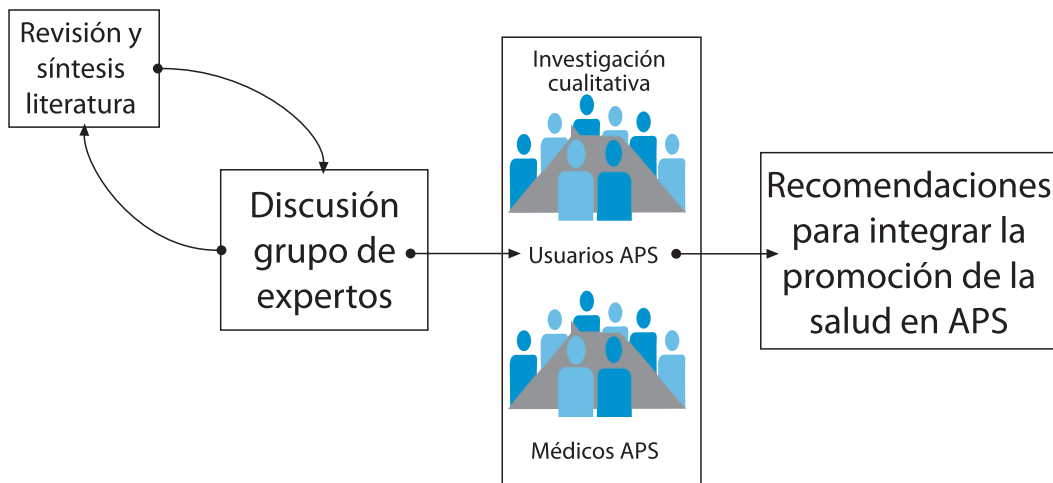


Figura 1: Esquema del proceso de investigación formativa

Fase I. Sesiones estructuradas de estudio, discusión y consenso del grupo de expertos.

La Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia convocó en enero de 2006 a un grupo de profesionales de la salud, que habían mostrado especial interés y contaban con experiencia clínica, docente e investigadora en las labores de integración de la promoción de la salud en la práctica clínica de la atención primaria de salud. Se comprometieron a colaborar las 12 personas que han redactado este informe, que constituyeron un grupo multidisciplinar compuesto por médicos de familia, pediatras y enfermeras de APS, especialistas en medicina preventiva y salud pública, especialistas en educación para la salud, epidemiólogos, psicólogos y sociólogos.

Entre enero y mayo de 2006 este grupo de trabajo realizó cinco sesiones, de aproximadamente 2 horas de duración, enfocadas a los siguientes objetivos: (1ª) identificación de modelos teóricos de modificación de conducta aplicables en APS, (2ª) descripción de las variables que definen los diferentes modelos teóricos, (3ª) efectividad de las estrategias de intervención propuestas para manejar dichas variables en APS, (4ª) factibilidad de la integración de las estrate-

gias de intervención de probada efectividad —limitaciones y barreras— y (5ª) propuestas y recomendaciones para facilitar la integración de dichos modelos en APS —necesidades en la consulta, el centro, la organización sanitaria, el municipio, etc.

Previamente a cada sesión, se enviaban a los miembros del grupo los objetivos, materiales de estudio y apoyo (revisión de evidencias científicas, tablas de evidencia, bibliografía seleccionada, etc) y el resumen de la sesión anterior. Los temas de cada sesión se distribuían entre los miembros del grupo, que los exponían brevemente a los demás, mientras el resto elaboraba preguntas relevantes, siguiendo una técnica de grupo nominal modificado. Tras plantear dichas cuestiones se identificaban los temas o ideas comunes o de común acuerdo y aquellos en los que había discrepancia. Las sesiones fueron íntegramente registradas mediante una grabadora digital para facilitar el resumen de los contenidos y resultados de cada sesión.

La literatura científica aportada como material de apoyo para las sesiones de discusión se buscó

basándose en el marco conceptual representado en la Figura 2. Los modelos teóricos del comportamiento humano aplicados al campo de la promoción de la salud, tratan de explicar la conducta en función de ciertos constructos biológicos, cognitivos, conductuales, psico-sociales y ambientales, relacionados con las conductas saludables. Se trata de factores que hipotéticamente adquieren un rol mediador dentro de la relación causal entre los componentes de una intervención y el cambio de conducta. Por otro lado, los modelos teóricos establecen el marco para la creación de intervenciones y estrategias de intervención, dirigidas a producir cambios en dichos constructos o factores (creencias, actitudes, motivaciones, eficacia percibida, habilidades, red de apoyo social), requeridos para el cambio de conducta y su mantenimiento a lo largo del tiempo.

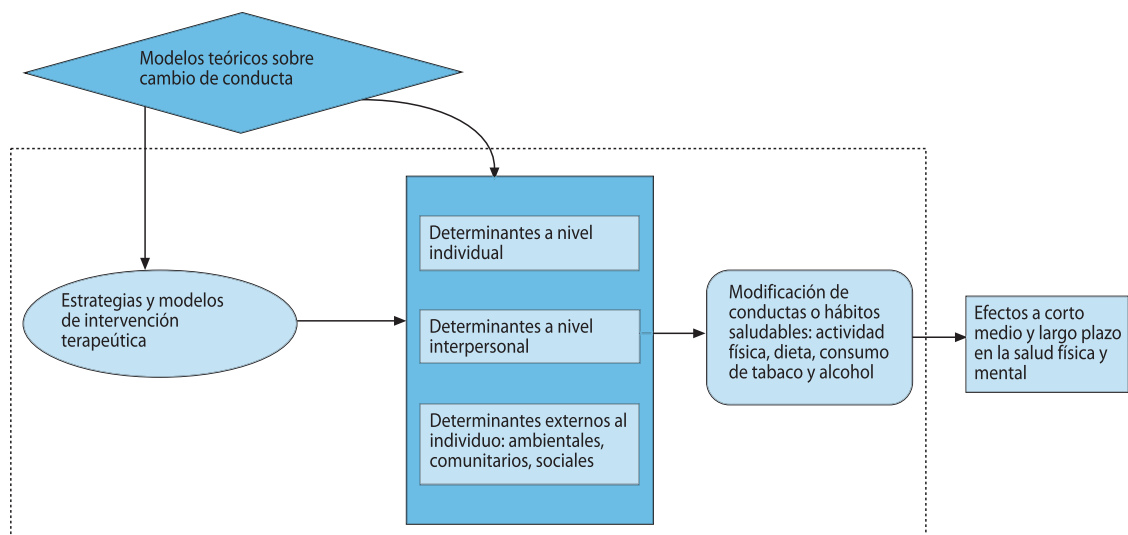


Figura 2: Modelo lógico del acercamiento conceptual utilizado en la revisión

Basado en: Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med.* 2002 May;22(4 Suppl):67-72.

Para responderlas se realizaron dos revisiones de literatura científica:

(1ª) Originales y revisiones indexados en 1996-2006 en la base de datos MEDLINE, que evaluarán el papel mediador o modulador del efecto de los constructos y variables derivados de los modelos teóricos aplicados en la modificación del sedentarismo, la dieta inapropiada, el abuso del alcohol y el tabaquismo, dirigidos a pacientes adultos sanos en APS. (Ver estrategia descrita en el Anexo I)

Dentro de este marco conceptual se plantearon tres preguntas principales:

- ¿Cuáles son los modelos teóricos de cambio de conducta en los que se fundamenta la promoción de hábitos y estilos de vida saludables en APS?
- ¿Cuáles son las variables o constructos teóricos (factores personales, psico-sociales y ambientales), derivados de los modelos teóricos, que juegan un papel mediador en la modificación de los principales factores de riesgo en personas adultas sanas?
- ¿Cuál es la efectividad de las principales estrategias de intervención, utilizados en el contexto de la APS para la promoción de la salud y modificación hábitos y factores de riesgo?

(2ª) Revisiones sistemáticas y meta-análisis indexados en los mismos años en las bases de datos MEDLINE y Cochrane Library, que evaluarán la efectividad del consejo médico en APS sobre la modificación de los mencionados hábitos, en pacientes adultos sanos de APS. (Ver estrategia descrita en el Anexo III)

Los resúmenes de los artículos identificados fueron revisados por uno de los miembros del grupo de trabajo (ASP), para seleccionar aquellos con calidad metodológica contrastada y en el

caso de la evaluación de variables mediadoras, aquellos que describieran adecuadamente el proceso de medición y los resultados atribuibles a dichas variables. Se excluyeron los de segui-

miento inferior a 3 meses y aquellos en los que parte de la intervención hubiera sido realizada por profesionales que no fueran médicos o enfermeras de atención primaria.

Fase II. Investigación cualitativa del proceso y resultados de programas de promoción de la salud en APS

Para contrastar las conclusiones del grupo de expertos sobre la factibilidad y utilidad de programas de promoción de la salud con la percepción de profesionales y usuarios expuestos a programas de promoción de hábitos saludables en los servicios de APS de Osakidetza, se llevó a cabo un estudio cualitativo con grupos de discusión, integrados por médicos de familia y pacientes participantes en dos proyectos de investigación. Dichos proyectos, realizados en la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia, fueron la evaluación de la efectividad del Programa de Abandono del Tabaco (PAT), realizado en 1996-1998 y la del Programa Experimental de Promoción de la Actividad Física (PEPAF), realizado en 2003-2005 (25, 27, 28). (Ver Anexo IV)

La utilización de la metodología cualitativa se consideró especialmente pertinente para analizar en profundidad las perspectivas de los principales agentes implicados. La obtención de información mediante grupos de discusión, (29) permite una enriquecedora síntesis de las dimensiones individuales y grupales en la configuración de las diferentes posiciones discursivas. La utilidad de los métodos cualitativos en el ámbito de la promoción y prevención de la salud ha sido repetidamente constatada tanto en el debate teórico sobre su diseño y evaluación en general (30, 31), como en relación a las intervenciones concretas en tabaco(32, 33), dieta (34, 35), ejercicio (36, 37) y alcohol (38, 39).

Se convocaron dos grupos de médicos y dos de pacientes con el objeto de contrastar los hallazgos y recoger sus opiniones en torno a la utilidad y factibilidad de los programas de modificación de hábitos en APS. Los miembros del equipo de investigación contactaron telefónicamente con los médicos participantes en los proyectos PAT y PEPAF. Tras explicarles el objetivo y circunstancias del estudio, se solicitó su par-

ticipación, a la que accedieron 5 de los nueve médicos del primero (M1) y 8 de los nueve del segundo (M2), que conformaron sendos grupos de discusión. En total fueron 7 hombres (H) y 6 mujeres (M), de entre 47 y 53 años de edad, y con un rango de tiempo de trabajo en APS entre 15-27 años (Anexo IV Tabla 1).

Para realizar la selección de los pacientes participantes se optó en primera instancia por un muestreo aleatorio, aunque no es habitual en los métodos cualitativos. Dicha muestra se estratificó por médico, grupo de edad, sexo y modificación o no del hábito en cuestión, identificándose 260 candidatos de entre los pacientes que participaron en dichos programas, es decir, 20 por cada uno de los médicos colaboradores. Tras recibir la lista inicial de candidatos, cada médico realizó una segunda selección de al menos 8 pacientes, priorizando a aquellos que hubieran recibido todos los componentes de los programas evaluados. Los pacientes seleccionados (48 pacientes del PAT y 77 del PEPAF) recibieron una carta firmada por su médico y elaborada de acuerdo con el equipo investigador, en la que se explicaba el objetivo del estudio y se les invitaba a colaborar, subrayando la independencia del estudio respecto a su vinculación asistencial y la garantía de confidencialidad.

Finalmente, en uno de los dos grupos de discusión (P1) participaron 9 pacientes que habían cambiado sus hábitos (5 del PAT y 4 del PEPAF), y en el segundo (P2) 6 pacientes que no lo habían hecho (3 del PAT y 3 del PEPAF), todos ellos adultos de entre 45 y 80 años, 8 hombres (H) y 7 mujeres (M), de diferentes niveles de estudios (5 estudios universitarios, 6 secundarios y 4 primarios) y actividad (7 activos, 4 jubilados y 4 amas de casa) (Anexo IV Tabla 2). La participación previa de los pacientes en las mencionadas intervenciones y los criterios de homogeneidad/hete-

rogeneidad seguidos en el proceso de selección permitían presumir el predominio de una actitud favorable a participar, junto a una deseable diversidad de perfiles. En este sentido, la existencia de diferencias en cuanto a nivel de estudios entre los participantes conllevó una atención especial por parte de los investigadores ante posibles interferencias/bloqueos en la comunicación entre los participantes de los grupos, de las que finalmente no hubo constancia.

Los grupos se reunieron durante los meses de octubre y noviembre de 2006 en los locales de la UIAP de Bizkaia. Tuvieron una duración aproximada de 90 minutos con participación de dos investigadores con experiencia previa al respecto, de los cuales uno moderaba el grupo y el segundo, en un plano secundario, anotaba las observaciones principales de su desarrollo. Las reuniones se iniciaban con una breve presentación y el reparto de una hoja de recogida de datos sociodemográficos básicos, insistiéndose sobre la confidencialidad de la información y solicitándose permiso para su grabación.

Se siguió como referencia un breve guión semi-estructurado (Anexo IV Tablas 3 y 4) que se readecuó de modo flexible a los nuevos temas y dinámicas de debate que surgieron en los distintos grupos, finalizándose una vez que los participantes consideraron que el tema se había agotado. Tras la despedida y compromiso de hacerles llegar los resultados del informe final, los dos investigadores elaboraban conjuntamente las anotaciones complementarias finales acerca de los principales hallazgos generados y del desarrollo y posibles incidentes habidos en los grupos.

El análisis se llevó a cabo a partir de las transcripciones de los cuatro grupos y las notas de campo, conforme al modelo de análisis sociológico del discurso (40, 41) con la ayuda de mapas cognitivos (42) para la ordenación y codificación de los textos. Como procedimiento de validación se utilizó la triangulación entre los tres investigadores que participaron en la obtención y análisis de la información (43).

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

MODELOS TEORICOS

Basándonos en los textos y revisiones del National Cancer Institute y trabajos relacionados (18, 44-46), se estudiaron diferentes teorías de cambio de conducta y modelos derivados de las ciencias sociales y del comportamiento, que tratan de explicar los determinantes biológicos, cognitivos, conductuales, psico-sociales y ambientales relacionados con las conductas saludables. Estas teorías definen estrategias e intervenciones dirigidas a producir cambios en las creencias, actitudes, motivaciones, habilidades y recursos requeridos para el cambio de conducta y su mantenimiento a lo largo del tiempo

Los modelos de cambio de conducta, tradicionalmente aplicados a la modificación de hábitos en el campo de la promoción de la salud se han centrado principalmente en la influencia que los factores personales y cognitivos sobre las conductas de salud. Sin embargo, la promoción de la salud contemporánea está tomando una perspectiva más ecológica con relación a los problemas de salud, que considera que la conducta es fruto de la interacción de factores procedentes de múltiples niveles de influencia y además de los intra- e inter-personales, enfatiza la importancia del entorno físico, social y comunitario (44-46).

Se identificaron los siguientes modelos teóricos, como los más aplicables al ámbito de la APS, que se describen en detalle en el Anexo I:

Nivel individual:

- Modelo de Creencias en Salud (47, 48),
- Teoría de la Acción Razonada y Planificada (49-51),
- Modelo de Procesamiento de la Información (52),
- Modelo Transteórico de las Etapas de Cambio (53),
- Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones (54, 55)

Nivel inter-personal:

- Modelo del Aprendizaje Operante (56),
- Modelo del Aprendizaje Social (57, 58),
- Modelos de Auto-regulación (59),
- Modelo de Apoyo Interpersonal / Social (60)

Nivel comunitario-social:

- Acercamiento de intervención comunitaria (61)

A continuación se resume la valoración que el grupo de expertos realizó en cuanto a la aplicabilidad de dichos modelos en APS, para diseñar y evaluar intervenciones dirigidas a modificar múltiples conductas de riesgo, como el sedentarismo, la dieta inapropiada, el uso del tabaco y el abuso del alcohol:

Modelo de creencias en salud. Es el más antiguo y el más utilizado. Ya que la convicción del propio individuo es imprescindible para que se dé el cambio, se discutió sin acuerdo sobre la posibilidad de que existiera una jerarquía en las variables que definen el modelo: 1º paso, percepción del problema (vulnerabilidad y severidad), 2º toma decisiones (beneficios y barreras) y 3º logro del cambio (auto-confianza y ayudas externas). Sin embargo, según los autores del modelo, todas las variables cobran igual importancia para la modificación del hábito.

Teoría de la acción razonada/planificada. Se consideró positivo el que esta teoría introduzca una variable de influencia social, como es la norma subjetiva: percepción que tiene el sujeto sobre la opinión de los individuos que son importantes para él. Sin embargo, el grupo consideró un modelo difícil de utilizar de forma práctica en las condiciones de las consultas de atención primaria. Se establecieron similitudes entre las variables que lo definen y constructos propios de otros modelos: la actitud hacia la conducta con la vulnerabilidad, severidad, beneficios y barreras del modelo de creencias en salud; la norma subjetiva con la influencia externa de los modelos a nivel interpersonal, que se comentan pos-

teriormente; la intención con la motivación para el cambio de los modelos que describen las etapas de cambio; o el control de la conducta percibida con la auto-eficacia de modelos como el del aprendizaje social.

Modelos de comunicación/procesamiento de la información. Se vio como un modelo unidireccional de emisor a receptor, en el que es fundamental, además de la selección de contenidos, la manera en que se transmite la información.

Modelo transteorético de las etapas de cambio. Este modelo, que concibe el cambio de conducta como un proceso por etapas, fue etiquetado por el grupo como de fácil comprensión, por su estructura esquemática y operativa, lo que facilita su aplicación en el marco de la consulta de atención primaria actual. Se consideró posiblemente más efectivo para cambios de «todo o nada», como dejar de fumar, y de menor efectividad para la adopción de nuevos hábitos, como podrían ser la modificación de la dieta o la realización de ejercicio físico, conductas estas que se caracterizan por su complejidad. Además, a pesar de su aparente sencillez, el grupo consideró difícil clasificar adecuadamente a los pacientes de atención primaria en su etapa de cambio correspondiente, sobre todo en etapas como la contemplación o la preparación, en las que es necesario concretar el tiempo planificado para efectuar el cambio.

Modelo del proceso de adopción de precauciones. Como el anterior, este modelo fue etiquetado por el grupo como operativo porque describe una serie de etapas hacia el cambio de conducta, pero a diferencia de él, desagrega más las etapas iniciales, distinguiendo entre las personas que (a) no tienen conciencia del riesgo, (b) no se sienten implicados y (c) están en proceso de toma de decisiones. A diferencia del modelo anterior, en el que el individuo puede retornar a cualquiera de las etapas, en este modelo, una vez que se toma la decisión de actuar o de no hacerlo, no hay una vuelta atrás a las fases iniciales, de ahí la importancia de incidir sobre estas etapas previas que muevan al individuo a decidir. Si el paciente decide no actuar, entonces parece poco lo que se puede hacer, por lo que prácticamente sólo el grupo de los individuos que deci-

den actuar será el susceptible de realizar y efectuar el cambio. Esto implica que los esfuerzos por parte de los profesionales sanitarios deberán centrarse en este grupo.

Modelo del aprendizaje social o socio-cognitivo. Se valoraron positivamente los dos nuevos conceptos que introduce este modelo: la capacitación y el determinismo recíproco (capacidad de influir sobre el entorno y a su vez del entorno sobre el individuo), así como la introducción del plano interpersonal. El grupo consideró que en el marco actual de la atención primaria la parte social de este modelo parecía ser poco aplicable, si bien consideraron fundamental para la adquisición de ciertos hábitos como la dieta o la realización de actividad física el enfoque social o del entorno y las variables como la auto-eficacia o el entorno social.

Modelo de aprendizaje operante o de modificación de conducta. Este modelo, que considera que la conducta viene determinada por los eventos que anteceden y suceden a un cambio en el comportamiento, fue considerado como una teoría un tanto unidireccional y algo paternalista. Por otro lado, introduce el principio de «castigo», variable cuya efectividad fue cuestionada. El grupo subrayó la influencia paternalista excesiva en el modelo actual de atención primaria, donde tal vez se emplea en exceso el principio de castigo y en cambio, escasean los refuerzos positivos y las medidas de incentivación.

Modelo de auto-regulación (self-management). Se consideró de gran interés porque destaca la responsabilidad del individuo sobre su propia salud. Comparte el concepto de auto-aprendizaje con otros modelos. Se aleja del modelo paternalista de la teoría del aprendizaje operante, e introduce el concepto de negociación en mayor consonancia con una atención primaria de igual a igual.

Modelo del apoyo interpersonal/social. Considera que la salud viene determinada en gran medida por las redes o interacciones sociales que posee cada individuo. En este sentido el grupo destacó la importancia de la familia, cuyo grado de implicación se traduce en una mayor probabilidad de cambio y mantenimiento del mismo.

Modelo integrador. Como los modelos tienen similitudes entre ellos, en cuanto a las variables que los definen, el grupo valoró muy positivamente las iniciativas integradoras, como las de Fishbein et al (62). Todos y cada uno de los modelos añaden nuevos elementos y diferentes enfoques a este puzzle que pretende comprender un poco mejor el comportamiento humano y ayudar, de esta manera, a encontrar las herramientas idóneas en la promoción de conductas saludables.

Modelos comunitarios. Aunque no es posible abordar la promoción de la salud sin una perspectiva comunitaria, el papel concreto de actuación de los profesionales de atención primaria está más enfocado a nivel individual e interpersonal. Los modelos descritos anteriormente también tienen una lectura poblacional, especialmente los de creencias en salud, etapas de cambio, acción razonada y las teorías socio-cognitivas. Otros modelos como el de difusión de las innovaciones, describen el comportamiento de la comunidad a la hora de adoptar los cambios y se corresponden en parte con los modelos que a nivel individual describen las etapas de cambio.

Variables mediadoras en el cambio de hábitos (ver Anexo I).

Los diferentes modelos definen una gran variedad de constructos y variables determinantes de las conductas saludables, cuya manipulación pretenden lograr las estrategias de intervención, para conseguir el cambio de conducta. A continuación se exponen los resultados de ensayos clínicos que han evaluado el papel mediador o moderador de dichas variables.

Con respecto a la **actividad física**, se puede concluir que las intervenciones de consejo o asesoramiento en el contexto de la APS provocan cambios en las siguientes variables, que actúan a su vez sobre el incremento del nivel de actividad: red de apoyo social, beneficios y barreras percibidos hacia la práctica de ejercicio físico, y los procesos de cambio, pero esto último solo influye a corto plazo (63-65).

En cuanto a la **dieta** o **nutrición**, la eficacia percibida, el arrepentimiento anticipado, el apoyo social, los beneficios percibidos y el conocimiento de las recomendaciones nutricionales, se asociaron con el incremento en el consumo de frutas y verduras y la disminución de grasas. Pero no hay evidencia de su papel mediador. Su efecto es independiente del consejo conductual, adaptado a la etapa de cambio o la educación sobre nutrición por parte del personal sanitario. El control sobre la nutrición, operativizado como autonomía en la preparación de las comidas es la única variable que parece tener un papel mediador. Con respecto a la etapa de cambio, los resultados son equívocos y de difícil interpretación (66-71).

En el abordaje del **consumo de tabaco** en atención primaria, existe una moderada evidencia de que el nivel de dependencia y los intentos previos parcialmente exitosos, que pueden asociarse a la intención de cambio y auto-eficacia, son predictoras del éxito terapéutico, aunque no modifican el efecto de la intervención (24, 72, 73). Los estudios relacionados con el consumo **de alcohol** no arrojaron evidencia alguna (74, 75).

En resumen, los atributos de los modelos teóricos que se pueden considerar asociados empíricamente con el cambio en alguna de estas conductas son:

- beneficios percibidos
- barreras percibidas
- red de apoyo social
- procesos o intención de cambio
- auto-eficacia percibida
- arrepentimiento anticipado
- conocimiento de recomendaciones
- control - autonomía individual
- dependencia

EFFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Se identificaron las siguientes estrategias de intervención, principalmente utilizadas en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables en APS (Anexo II):

- Estrategias centradas en el individuo, concretamente en la modificación de las actitudes, motivación y la planificación de un cambio de conducta:

1) consejo médico, a partir del marco de intervención de las 5 Aes: Assess (Averiguar), Advise (Aconsejar), Agree (Acoradar), Assist (Ayudar) and Arrange (Asegurar), (76)

2) entrevista motivacional (77)

- Modelo centrado en variables ambientales y contextuales:

3) Acercamiento interinstitucional y comunitario (78)

1) Consejo médico (ver Anexo III)

Existen evidencias sólidas que acreditan la efectividad del consejo breve, realizado por médicos o enfermeras, para lograr el abandono del **tabaco**, al que puede atribuírsele un 2,5% de éxitos. El consejo de los profesionales sanitarios también se ha mostrado efectivo para reducir el consumo de **alcohol**, con un efecto pequeño o moderado. En cuanto a la **dieta y actividad física**, las evidencias sobre la efectividad del consejo son insuficientes. El asesoramiento médico intenso produce pequeños cambios en el consumo medio de los principales componentes de una dieta saludable, especialmente grasas saturadas y frutas y verduras. Sin embargo, los estudios que prueban esto tienen problemas metodológicos. Tampoco se ha mostrado efectivo el consejo dietético para la reducción de peso en los obesos. En cuanto a la actividad física, el consejo obtiene resultados a corto plazo, que se diluyen en el tiempo y no logra que las personas superen de forma sostenida los niveles mínimos de actividad recomendados (19-22, 79-95).

En cuanto al abordaje de múltiples factores de riesgo, existen importantes lagunas de conocimiento, pero se ha mostrado efectivo en intervenciones de prevención secundaria de pacientes con enfermedad cardiovascular, diabetes o con alto riesgo de enfermedad (19, 96).

Las intervenciones muy breves o breves, son aquellas que con mayor facilidad y viabilidad

pueden incorporarse a las condiciones rutinarias de atención primaria. Las intervenciones con múltiples componentes, que combinan el consejo del médico de familia con intervenciones conductuales parecen ser los más prometedores. Dichas técnicas incluyen: técnicas de auto-monitorización, establecimiento de objetivos, prescripciones escritas, ayuda en forma de seguimiento con múltiples contactos, derivación a los recursos de actividad física de la comunidad, redes o fuentes de apoyo social, materiales de ayuda, medios interactivos de comunicación (correos electrónicos adaptados, consejo telefónico o sistemas telefónicos automatizados para la proporción de feedback). Las intervenciones de mayor intensidad muestran una efectividad superior (21, 22, 79, 85).

Los sistemas de ayuda en el centro o consulta de atención primaria como en lo referido a la evaluación inicial de los pacientes, algoritmos de consejo, mecanismos de aviso o recordatorios, utilización de equipos multi-disciplinares o programas basados en enfermería, han demostrado asimismo incrementar significativamente la provisión de consejo apropiado sobre los hábitos de salud en el contexto de atención primaria. (18, 83, 95).

Según el grupo de trabajo sobre intervenciones de asesoramiento y conductuales del US Preventive Services Task Force, las intervenciones eficaces y sus ingredientes activos, se adaptan perfectamente a la estrategia de intervención de las 5 Aes, y recomiendan la adopción de dicha estrategia para la ejecución de intervenciones conductuales y de consejo sobre los principales factores de riesgo (46).

La revisión de la literatura también ha revelado un desajuste significativo entre la práctica clínica y la evidencia sobre el manejo y abordaje de múltiples factores de riesgo. Asimismo destacan la importancia del impacto de los factores ambientales: El consejo en la consulta primaria será por tanto más efectivo en los entornos más favorecedores, aquellos en consonancia con los cambios promovidos (81).

2) *Entrevista motivacional*

Resulta difícil extraer conclusiones en cuanto a la verdadera efectividad de la entrevista motivacional (EM) en el ámbito de la atención primaria de la salud. Las revisiones consultadas incluyen estudios muy diversos, en los que es difícil valorar el grado de estandarización de la intervención con respecto a los principios de esta teoría o modelo de intervención (97-100).

La evidencia sobre la efectividad de la EM en el abordaje de los múltiples factores de riesgo en el contexto de atención primaria, por tanto, es equívoca. A pesar de ello, parece obtener buenos resultados en determinadas áreas como el abuso de sustancias y alcohol. Sin embargo, los resultados obtenidos en el tratamiento del tabaquismo, dieta y ejercicio son pobres.

El efecto global conseguido con la EM se muestra superior a la no intervención o al placebo, sin embargo no parece serlo en comparación con otro tipo de intervenciones. Dicho efecto, parece no disminuir a través del tiempo, lográndose mejores los resultados cuando otra intervención se suma a la EM. En cualquier caso, una conclusión generalizada es que el factor de riesgo sobre el que se interviene y la intensidad de la intervención influyen de manera importante en el resultado.

3) *Acercamiento comunitario*

Es complicado tratar de demostrar que el abordaje comunitario es eficaz de forma general como estrategia de promoción de la salud. Los conceptos y variables implicados son complejos y por tanto, es difícil definir indicadores apropiados. Además, los resultados se producen a medio y largo plazo, lo que dificulta el seguimiento de los individuos y el mantenimiento de las intervenciones.

Los metaanálisis vierten resultados contradictorios sobre la efectividad de las intervenciones comunitarias. Es probable que esto no sea debido a la ineficacia de las mismas, sino a la variabilidad en las propias intervenciones y en los resultados evaluados, lo que dificulta la comparabilidad y debilita las conclusiones obtenidas. No es posible, por tanto, generalizar sobre la efectividad del

modelo comunitario. Si se revisa la efectividad del abordaje poblacional de los principales estilos de vida, se consideran recomendables las siguientes intervenciones (101-103):

Actividad física: han demostrado ser eficaces las campañas comunitarias extensas y combinadas. Se consideran como tales las que incluyen información y publicidad en medios de comunicación, organización de eventos deportivos populares, educación e información grupal, adecuación de lugares e instalaciones para la práctica de ejercicio físico. También los programas de ejercicio físico escolar han mostrado de forma suficiente su efectividad en la promoción de la actividad física, como estrategia de promoción de la salud, tanto en etapas de educación primaria como secundaria.

Tabaco: las acciones que permiten la reducción del inicio del consumo, deshabituación y reducción de la exposición al tabaco y sus productos pasan por medidas legislativas encaminadas a aumentar el precio del tabaco, limitar los lugares de consumo permitido del mismo, subvencionar los tratamientos de apoyo para la cesación de hábito de consumo y realizar campañas de información e impacto en medios de comunicación.

Alimentación: la mejora de los hábitos alimenticios de las comunidades puede abordarse de forma probadamente eficaz, mediante campañas combinadas y extensas, que incluyan información y educación a población infantil y general. Es importante señalar que la información sola no es suficiente y que es necesaria la educación de la población y la mejora en el acceso a alimentos saludables, tanto en los ámbitos escolares y deportivos como en los comercios en general. Todo ello debe apoyarse en una legislación que priorice la producción y comercialización de alimentos saludables, en la línea de la legislación anti-tabaco.

Actualmente, diversos grupos de trabajo de reconocido prestigio en la valoración de la efectividad de actividades y programas de promoción de la salud a nivel comunitario, están llevando a cabo análisis de la efectividad de intervenciones en otras áreas temáticas claves en la promoción de la salud, como el consumo de

alcohol y otras sustancias, salud mental y ambiente social.

FACTIBILIDAD DE LA INTEGRACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN APS

Todos los participantes consideraron necesaria y potencialmente viable la integración de la promoción de la salud, en concreto la incorporación de los modelos de cambio de hábitos, dentro de las actividades a nivel de atención primaria. De las tres estrategias de intervención estudiadas, 5 Aes, entrevista motivacional y acercamiento comunitario, el grupo de expertos consideró el de las 5 Aes como el más factible en la situación actual, ya que se trata de un modelo estructurado, sencillo y simple, aplicable a nivel individual, que requiere relativamente poco tiempo, precisa poco entrenamiento y posee evidencia científica, que respalda su efectividad con resultados relevantes, aunque discretos (por debajo del 5% de éxitos) en población general y con una mayor efectividad en subgrupos motivados. Es decir, se trata de una estrategia menos exigente en cuanto a formación, tiempo y recursos, y con mayor respaldo científico que el modelo comunitario y motivacional. El grupo de expertos sin embargo consideró que para lograr una mayor efectividad de estas intervenciones, sería deseable estudiar la forma de integrar los tres modelos de intervención aludidos.

En cuanto a la manera de llevar a la práctica estas estrategias en la situación real de la APS, los expertos coincidieron en la necesidad de rediseñar, tanto la organización de los centros, como los modelos de intervención, para que ambos se adapten mejor al contexto de la APS. El grupo trató de identificar las principales barreras que dificultan su integración y encontrar soluciones realistas que la posibiliten, analizando diferentes componentes de la situación actual: 1) los recursos disponibles, 2) el diseño de los programas de intervención y 3) la difusión de estos programas.

1) Recursos

La principal barrera es la falta de tiempo. Para conseguir el mínimo tiempo necesario para la

promoción de la salud, son necesarios cambios organizativos, así como en la cooperación entre los profesionales para evitar el actual distanciamiento entre el personal en los centros de APS:

(a) El rediseño de las agendas de trabajo, tanto médica como de enfermería, abriendo las de ambos a la promoción de la salud.

(b) La reducción de la periodicidad de los controles de personas con patologías crónicas a través del fomento de medidas dirigidas a un mayor autocontrol y autonomía del paciente. Sobre todo si consideramos que no hay evidencia de que el aumento en la frecuencia de los controles mejore los resultados.

(c) La priorización expresa de las actividades de promoción de la salud y sus sistemas de recordatorio y registro, determinando la proporción de tiempo que los diferentes profesionales del centro deberían dedicar a la promoción de la salud.

(d) La revisión y actualización de los protocolos existentes para el control de los pacientes sanos, suprimiendo actuaciones que no se sustentan en evidencias científicas.

(e) Organizar un apoyo administrativo eficaz a las consultas, que reduzca el tiempo dedicado a tareas administrativas realizadas por el personal sanitario, que podrían ser encomendadas a personal no sanitario.

(f) Mejorar la coordinación, comunicación y apoyo mutuo entre el personal sanitario, especialmente entre el binomio médico-enfermería, con la consecuente redistribución de sus tareas, planteando con claridad la función de cada uno de ellos, así como el apoyo mutuo que deben prestarse.

También son necesarios otros recursos, tanto económicos como organizativos, para poder introducir nuevas actividades de promoción de la salud en los centros de APS:

(h) Las políticas de promoción de la salud, planificadas por la Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad, deberían definir el papel de la APS tanto a nivel individual como comunitario.

(i) el contrato-programa entre el Departamento de Sanidad y las direcciones de comarca de atención primaria de Osakidetza, debería concretar los objetivos a alcanzar en promoción de la salud, incluyendo la definición de los indicadores para su evaluación y los recursos necesarios para lograr dichos objetivos.

(j) es imprescindible la participación de los profesionales en la planificación de objetivos y criterios de calidad. Estos deberían ser discutidos, negociados y consensuados entre las direcciones de comarca y los centros de APS. Paso previo e imprescindible que permitiría su aceptación por parte de los profesionales y facilitaría la introducción de los cambios necesarios para su consecución.

(k) se precisa una actuación interinstitucional (consulta-entorno comunitario), con una apertura del centro a las instituciones próximas que realizan actividades de promoción de la salud, lo que implica cambios en la organización actual de los centros de salud. Para ello, se consideró la posibilidad de designar a un profesional que coordinase las actividades y proyectos comunitarios con los del centro de salud, y en ese sentido se valoró como más idónea la figura del trabajador social.

(l) Para todo ello se consideró imprescindible superar la barrera que supone la escasa comunicación actualmente existente dentro del sistema sanitario, intra-centro, con la dirección y entre los centros de salud. Es necesario trabajar en una misma dirección, con objetivos comunes de promoción de la salud a todos los niveles de la organización sanitaria, desde el aludido binomio de profesionales médico-enfermera, hasta la dirección de la organización, pasando por la cooperación entre los sanitarios y los propios usuarios de los servicios.

2) *Diseño de los programas de intervención*

Deben estar basados en evidencias científicas que acrediten su eficacia. Esto se planteó como exigencia ineludible, tanto para introducir nuevas herramientas en los centros, como para realizar cambios o modificaciones en las que ya se utilizan. Se enfatizó la conveniencia de posibili-

tar el intercambio y la difusión de los conocimientos adquiridos y experiencias entre los distintos centros de salud. La escasez de evidencias científicas disponibles sobre el abordaje de múltiples factores de riesgo, hace imprescindible el impulso de la investigación en promoción de la salud en APS.

La exigencia de trabajar con estrategias basadas en evidencias científicas, requiere también el empleo de instrumentos adecuados de medición, que permitan posteriormente la obligada evaluación de los resultados obtenidos por estos programas. Al evaluar los resultados de las intervenciones es importante considerar, además de la perspectiva poblacional, la posibilidad de dirigir las intervenciones hacia individuos seleccionados donde la probabilidad de éxito sea mayor.

La evidencia científica es necesaria pero no suficiente. Los programas de intervención deberán tener en cuenta el contexto en el que van a ser aplicados, las peculiaridades de la atención primaria, como la presencia tanto de individuos sanos como de pacientes con múltiples patologías, o la de los hiperconsultadores, que requieren un distinto manejo o planteamiento de la intervención. Los programas de intervención deberán ser por lo tanto, flexibles y adaptables a esta realidad. Se destacó la importancia de la participación coordinada de los distintos profesionales del centro en el desarrollo y aplicación de las estrategias de intervención.

En cuanto al empleo de nuevas herramientas, el grupo de expertos destacó la importancia de adecuados sistemas de registro y recordatorio en formato papel o informatizado, que no entorpezcan la labor de los profesionales sanitarios. Se apreció un escaso aprovechamiento de los recursos, tanto de información como de divulgación disponibles: empleo de la sala de espera como lugar informativo; uso de técnicas publicitarias y medios de difusión locales; empleo de folletos informativos y materiales de apoyo; optimización de las herramientas informáticas actuales, etc.

3) La difusión de los programas en atención primaria

Dentro de la atención primaria actual, parece difícil introducir nuevas tareas, ya que por un lado existe cierta resistencia al cambio por parte de los profesionales, renuentes a modificar las actividades rutinarias, y por otro, el sistema actual no facilita llevar a cabo muchos cambios. Sobre todo si se trata, como en este caso, de intervenciones complejas, que se alejan de otro tipo de intervenciones más sencillas, como las farmacológicas, dominantes en las consultas médicas de los centros de salud. El grupo de expertos consideró que el hecho de proponer intervenciones con evidencia científica podría facilitar la adopción de modelos o actividades efectivas de promoción y cuestionar la existencia de otras actividades que no han demostrado su efectividad. Con este fin, se propuso la investigación relacionada con la evaluación de resultados de programas en nuestros servicios de atención primaria, como método para proporcionar evidencia y facilitar la innovación en promoción de la salud.

El grupo de expertos destacó la necesidad de una formación planificada y programada para la práctica. Es decir, dirigida a la consecución de objetivos concretos de promoción de la salud, mediante el entrenamiento de equipos de profesionales que vayan a poner en práctica las intervenciones. En ese sentido se consideró conveniente disponer de programas de capacitación y ayuda a los profesionales, la necesidad de personal con mayor formación epidemiológica, en métodos de trabajo o en comunicación grupal entre otros, y la co-

recta identificación de las competencias necesarias para que los profesionales de atención primaria ayuden de forma eficiente a promover cambios de hábitos. La formación en las tres estrategias de intervención mencionados, debería estar orientada a su puesta en marcha, es decir, a posibilitar la formación conjunta de todo el equipo de profesionales encargado de llevar a la práctica las intervenciones. Esta formación debería extenderse también a los profesionales de la gestión sanitaria en atención primaria, pues aun con otro tipo de necesidades, tendrían que contar con la oportunidad de formarse en la importancia de este tipo de actividades y la forma de evaluar su calidad y sus resultados.

Se propuso la identificación de centros de atención primaria especialmente interesados en la integración de la promoción de la salud. En esta red de centros se podrían diseñar e implantar programas innovadores, tras un periodo de investigación formativa en el abordaje de múltiples factores de riesgo, facilitando su generalización posterior a otros centros. Se consideró la posibilidad de emplear mecanismos de incentivos para dichos centros, que tengan en cuenta las peculiaridades de la atención primaria, así como la importancia de que los profesionales más especializados en actividades de promoción de la salud, presenten sus propuestas en dichos centros de salud.

En cualquier caso, la necesidad de rediseñar la organización de los centros no justifica según los expertos el retraso en la tarea de implantación de nuevos modelos. Hay que investigar y actuar ya.

Fase II. percepción de los profesionales y usuarios (ver Anexo IV)

MEDICOS DE FAMILIA

Los médicos de familia participantes en los grupos de discusión, se muestran convencidos de los potenciales beneficios de las acciones de promoción de la salud. Tienen una actitud muy favorable hacia su integración en la práctica clínica de la APS. Se trataba de profesionales que participaron voluntariamente en proyectos de investigación dirigidos a evaluar intervenciones

sobre el tabaco y el sedentarismo. Estos proyectos les habían supuesto un trabajo extra, que asumieron por entender que repercutía favorablemente en la APS.

Los médicos diferenciaban el trabajo llevado a cabo como consecuencia de las investigaciones concretas en las que habían colaborado y su actividad cotidiana. Una vez finalizado el proyecto de investigación y probada la efectividad de las

intervenciones, no pudieron mantenerlas de forma sostenida y continuada en su práctica clínica diaria. Ellos valoran negativamente que los programas no se acompañen de la suficiente continuidad y retroalimentación, que el trabajo extra sobrepase lo esperado y que su aplicación se aleje de las condiciones reales de trabajo en APS.

Ponen el acento en la selección de aquellas actividades de efectividad probada, pero también consideran que las actividades de promoción de la salud son intrínsecas a la propia APS y por tanto, en cierta medida incuestionables. Incluso aunque no esté claramente probada la efectividad, se justificaría su adopción por los conocidos beneficios asociados a la modificación de hábitos y factores de riesgo.

La difícil sostenibilidad de las intervenciones no la achacan a falta de utilidad o efectividad, que ellos mismos habían probado. Comentan que los programas de intervención eran útiles y no critican los contenidos específicos de los mismos, sino algunos aspectos del proceso de la investigación, que son precisamente los que generan gran parte de la sobrecarga de trabajo. Tienen la percepción de que lo que hicieron servía para algo, de que se trataba de intervenciones bien diseñadas, que suponían una novedad respecto de lo rutinario y que conllevaban un componente de aprendizaje, que resultaba atractivo. De hecho, los proyectos les han dado herramientas y estrategias que siguen utilizando con las personas fumadoras y sedentarias, aunque no de manera sistemática.

En cualquier caso, la efectividad de las intervenciones que ellos realizan resulta incierta, ya que los hábitos están condicionados en su origen y también en su modificación por factores ajenos al propio profesional, considerados extra-sanitarios. La influencia de dichos factores extra-sanitarios se considera además creciente y vinculada a cambios en los contextos socio-culturales, que a su vez intervienen modificando el perfil de la demanda. En consecuencia, por un lado se reivindica el reconocimiento del trabajo realizado en promoción de la salud en APS, y por otro se reclaman cambios externos que contribuyan a dar coherencia a los mensajes emitidos. Trabajar de forma aislada de los niveles de influencia ex-

tra-sanitarios, genera la sensación de trabajar contra-corriente.

Una perspectiva ecológica, que considere los múltiples niveles de influencia sobre la modificación de hábitos, ayuda a readecuar las expectativas y objetivos a conseguir por parte de los profesionales sanitarios. Se trataría de asumir de forma explícita el carácter parcial de las intervenciones desde la APS, lo cual redundaría en una menor frustración y en una mayor correspondencia entre objetivos, esfuerzos y resultados.

La actividad comunitaria se valora también como necesaria a distintos niveles. Desde el más general - medidas políticas, como la Ley del tabaco- e institucional, a otros intermedios, vinculados sobre todo al campo educativo y de la enseñanza, y también a los más cercanos y más susceptibles de intervención directa por parte de los propios profesionales sanitarios. Sin embargo, y a pesar de que dicha vertiente cercana forma parte de la definición y del ideario inicial de la especialidad de los médicos de APS, en la realidad actual se considera muy difícil de llevar a cabo, dada la falta de medios y de interés político-sanitario en su desarrollo.

En cuanto al nivel individual de intervención, la práctica de las actividades de promoción de la salud se vive de modo inseparable de la relación singular entre médicos y pacientes, en el trabajo cotidiano en APS. Se trata de una relación iniciada por lo general por estos últimos y motivada por una pluralidad de problemas, entre los que la promoción de hábitos saludables, en general, no se presenta como prioritaria. En este contexto, determinados componentes específicos de la relación médico-paciente en APS cobran especial importancia. El conocimiento individual derivado de una atención continuada, la necesidad de contar con tiempos específicos para cada tipo de actividad o la conveniencia de la oportunidad en cuanto al momento y las circunstancias más propicias en cada caso, constituyen factores a ser tenidos en cuenta en la promoción de hábitos saludables. Por ejemplo, conectar la intervención con el motivo de consulta o considerar la necesidad de cambio percibida por el paciente.

El contexto de APS aparece como marco condicionante de la práctica de dichas actividades a nivel individual. Este se caracteriza por un exceso de demanda y por tanto de carencia de tiempo para poder desarrollar adecuadamente las diversas actividades de promoción de la salud, relacionadas con tabaco, ejercicio físico, alcohol y dieta.

El peso mayor de las valoraciones de los profesionales respecto del marco sanitario se sitúa en el terreno de los recursos e instrumentos existentes en la actualidad y se concretan principalmente en el soporte informático. Diseñados en principio para ayudar, evaluar e incentivar el desarrollo diario de las actividades de promoción de la salud, las herramientas informáticas pueden ser de gran ayuda y en algún caso se reconoce su utilidad como recordatorio. Sin embargo, el sistema actual se percibe en general como un recurso que no ayuda y que incluso puede llegar a desvirtuar el contenido de las propias actividades de promoción de la salud.

En la medida en que el programa informático se percibe como la principal herramienta de evaluación por parte de la dirección, aflora su posible componente perverso, derivado de considerar el registro como un fin en lugar de cómo un medio. Esto genera malestar, que se proyecta hacia dicho nivel de gestión, produciendo bien quejas, bien resignación.

Se reclama un modelo de trabajo en los centros de salud más conjunto y coordinado, modelo que se percibe alejado de los actuales esquemas organizativos. Existe un reconocimiento de la enfermería como sujeto activo de las actividades de promoción de la salud y de la necesidad de trabajar conjuntamente. Otros modelos organizativos podrían incluso contemplar la posibilidad de derivar a terceros aquellas actividades cuya rentabilidad se percibe como más costosa en cuanto a dedicación de tiempo.

PACIENTES

La participación de los pacientes en las intervenciones-investigaciones parte de la iniciativa del médico, poniéndose de manifiesto de nuevo la importancia al respecto de una relación médico-

paciente mantenida a lo largo del tiempo. Independientemente del resultado de la intervención, la participación en dichos programas se valora con agrado y sin aparentes interferencias en las relaciones habituales con sus médicos. Sin embargo, las motivaciones y expectativas del paciente no siempre coinciden con las del médico, sino que responden en gran medida a prioridades propias.

Por otro lado, la participación en un programa de intervención dirigido a la modificación de un determinado hábito no conlleva necesariamente el cuestionamiento de otros posibles hábitos considerados como no saludables. Dichos comportamientos representan una primera aproximación a la compleja red de factores que intervienen en los hábitos de los individuos en general.

Los participantes son conscientes de la influencia de determinados elementos que operan en un nivel macro-social, como es el caso de las leyes y también las modas, costumbres y pautas de comportamiento social relacionadas con las peculiaridades socio-culturales de cada época y de cada generación. En dicho marco socio-cultural es el nivel micro-social configurado por las redes de amigos, familia, trabajo, aficiones, y también roles de género, el que adquiere una especial importancia en la justificación tanto del mantenimiento como del cambio de hábitos.

La motivación para el cambio parece sustentarse principalmente en un temor a la enfermedad y a la muerte, vivido como algo más cercano y concreto, más que en un enfoque positivo de búsqueda de salud. En este sentido, los estímulos que inducen al cambio provienen de diversas fuentes: por un lado, el ámbito de lo sanitario, bien sea en la figura y mensaje reiterado del médico de familia o en el papel del médico especialista u otros profesionales, los cuales, en un momento determinado, despiertan dicho temor concreto. En estas situaciones, el rol del médico especialista presenta especial relevancia al vincularse la percepción de su autoridad como experto, a la amenaza del riesgo concreto (por ejemplo, cáncer); por otro lado, experiencias vinculadas a amigos o familiares, intervienen asimismo como factores, en ocasiones determi-

nantes, en la decisión de realizar el cambio o de persistir en el hábito.

Pero en todos los casos llama la atención la presencia de una constatación del «yo» por parte del paciente que se refleja en la reafirmación de su capacidad decisoria para mantenerse en el hábito o realizar el cambio. En este sentido, la auto-percepción tanto de la necesidad de cambio, como los conocimientos, creencias y valores, cobran especial importancia. En definitiva, el protagonismo del propio paciente como individuo vinculado a un contexto socio-cultural concreto, se advierte de modo notable en sus valoraciones, no sólo en el grupo de aquéllos que no respondieron a los objetivos de las intervenciones en las que participaron (PAT y PEPAF), sino también en el de los que modificaron sus hábitos.

Tal y como se viene constatando, el referente del médico de familia está presente en el entramado de factores relacionados con el cambio de hábitos, pero en una posición particular. En este sentido, la influencia del médico de familia en la modificación de hábitos se percibe en todo caso como complementaria al resto de condicionantes sociales, culturales e individuales. Los médicos de familia y demás profesionales de APS, son percibidos como una referencia importante en relación al cambio de los hábitos pero no necesariamente la más importante.

Consistentemente con esto, al médico se le reconoce la función y la autoridad moral para aconsejar, siendo está una función que se espera de él como proveedor de atención sanitaria. La mayor cercanía y confianza percibida por parte del paciente, le sitúa en una posición teóricamente ventajosa respecto de otros médicos especialistas en el desarrollo de las labores de promoción, pero a su vez, y quizás por ello, también se espera una mayor comprensión cuando el paciente continúa sin modificar sus hábitos.

La referencia a las circunstancias en que los médicos de APS desarrollan su trabajo aparece como un punto de encuentro de las percepciones de pacientes y profesionales. Los pacientes confirman la importancia de un contexto de mucha demanda, poco tiempo, y gran diversidad de tareas a llevar a cabo, que difícilmente resulta compatible con la dedicación que requerirían las tareas de promoción. Dicha constatación parece realizarse desde un tono más de comprensión y consuelo que de reivindicación de cambio. En este contexto, los profesionales de enfermería son percibidos como agentes importantes en el campo de la promoción de la salud, valorándose como muy positivo que médicos y enfermeras trabajen de manera coordinada. Sin embargo, parece advertirse una falta de claridad, e incluso de desconocimiento, respecto a las funciones y tareas de dicho colectivo.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Esta investigación pone de manifiesto las principales razones que explican la falta de integración sostenible de las intervenciones de promoción de la salud en los servicios de APS: la selección de estrategias que no se adaptan al contexto en el que van a ser implantadas, la dificultad de cambiar la práctica clínica y la organización de los servicios, la falta de un abordaje socio-ecológico que considere los múltiples niveles que influyen en los hábitos saludables y el uso inadecuado de los métodos de diseño y evaluación de las intervenciones (18,105-107).

Estos hallazgos son consistentes con las recientes iniciativas en el área de la traslación de evidencias científicas, basados en la optimización de la práctica clínica a través de la investigación (108,109). Según dichos modelos, la investigación debe utilizarse para optimizar la práctica clínica, en lugar de intentar utilizar el contexto de la práctica para mostrar la relevancia de estudios previos. En lugar de que los investigadores desarrollen las intervenciones preventivas y esperar después a que los clínicos las incorporen a su práctica respondiendo a un modelo lineal de traslación, las intervenciones deben ser diseñadas en el contexto en el que van a ser ejecutadas, con la participación activa de los agentes protagonistas y con el objetivo de adaptar las intervenciones a las necesidades y características de las consultas y los centros (108-111). Estas intervenciones deberían ser multifacéticas y combinar diferentes estrategias que se han mostrado efectivas, como la auditoría y el feedback, sistemas de recuerdo o reuniones educativas, a nivel del profesional de salud; intervenciones organizacionales, como la revisión de los roles de los profesionales, la creación de equipos multidisciplinarios, servicios de cuidado integrados, gestión del conocimiento o gestión de calidad. (112-115).

Ahora bien, la implantación sostenible de estas intervenciones requerirá cambios en los centros de APS, que respondan de modo flexible a las nuevas necesidades asociadas a la alta prevalencia de los hábitos de riesgo para las enfermedades crónicas y su prevención. Se trata de un proceso de adaptación mutua entre intervenciones

eficaces y funcionamiento de los centros de salud. Para esto es útil contar con modelos que sirvan de guía en los procesos de cambio dirigidos a mejorar la calidad del sistema y sus resultados. Las propuestas surgidas de las sesiones del grupo de expertos son consistentes con iniciativas desarrolladas en el ámbito internacional y las incluidas en el modelo de cuidados crónicos, que están ofreciendo resultados prometedores en el abordaje de los múltiples hábitos de riesgo en APS (116-120). Dicho modelo identifica los elementos esenciales para una prestación de servicios de salud de alta calidad: la reorganización de los cuidados de salud basada en una cultura de mejora de la calidad del conjunto del sistema, más que de los profesionales que trabajan en él; la provisión de apoyo y recursos para el autocuidado por parte de los pacientes; la organización de los centros; el diseño de los sistemas de información clínica; el apoyo a la toma de decisiones basadas en evidencias y la potenciación de las relaciones con los recursos de la comunidad (116). Esta última adquiere una gran relevancia ya que enfatizar la influencia de la comunidad más allá del contexto clínico es un aspecto crítico para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (121).

Pero quizás la mayor dificultad para implantar intervenciones de prevención y promoción de hábitos saludables en las condiciones reales de la consulta de atención primaria reside en que se trata de intervenciones complejas, compuestas por un gran número de elementos y dirigidas hacia varios niveles relacionados: el paciente como individuo, el profesional sanitario, en una organización y sistema de salud, que presta servicios a una comunidad determinada, dentro un contexto caracterizado por la sobrecarga de trabajo y la escasez de tiempo y formación (106,107). Existen muchos retos metodológicos en el diseño, evaluación y traslación de este tipo de intervenciones complejas que hacen imprescindible un marco de desarrollo riguroso y sistemático para mejorar la efectividad, impacto y eficiencia de dichas intervenciones, así como su factibilidad.

En este sentido, el grupo de trabajo del Medical Research Council del Reino Unido sobre servi-

cios sanitarios y salud pública definió en el año 2000 un marco teórico y metodológico para el diseño y evaluación de intervenciones complejas en el contexto clínico (106). Este marco, que utiliza simultáneamente técnicas cualitativas y cuantitativas, se desarrolla en una serie de fases, semejantes a las fases de la investigación clínica sobre fármacos, que puede ejecutarse de manera secuencial o iterativa: a) fase preclínica o fase teórica para el establecimiento de los fundamentos teóricos e identificación de los componentes activos en base a la evidencia; b) fase I o fase de modelado para la definición de los componentes, la identificación de las barreras potenciales al cambio y de los mecanismos a través de los cuales la intervención debe funcionar; c) fase II o ensayo piloto exploratorio para la evaluación de la factibilidad y optimización de la intervención; d) fase III o ensayo clínico, para la evaluación experimental controlada de la intervención; y, e) fase IV o fase de seguimiento post-implantación a largo plazo en las condiciones reales. Actualmente, varias son las experiencias que exitosamente están aplicación marco del MRC para el desarrollo y evaluación de intervenciones complejas en APS (122-125). Las conclusiones de los estudios coinciden en la utilidad del marco del MRC como herramienta para que los investigadores diseñen, planifiquen y evalúen intervenciones innovadoras de cuidados y promoción de salud en el contexto clínico.

Con el objetivo de diseñar, evaluar y transferir a la práctica rutinaria de APS nuevos instrumentos, técnicas y estrategias, factibles y eficaces para promover la actividad física, una dieta saludable, el abandono del tabaco y evitar el abuso del alcohol, el equipo redactor del presente informe ha diseñado el programa de investigación para acción denominado «Prescribe Vida Saludable».

RECOMENDACIONES

Se dispone de numerosos **modelos teóricos** explicativos del complejo proceso de modificación de estilos de vida. Estas teorías, que definen factores determinantes de la conducta, deben ser la base para la planificación de las intervenciones y programas de promoción de la salud (46,104). El modelo de Creencias en Salud se

ajusta muy bien a conductas como fumar o beber, es muy aplicable al diseño de intervenciones a nivel individual en APS y su uso está reforzado por el tiempo (47,48). Esta teoría refleja muy bien lo expresado por los pacientes: la auto-percepción de la necesidad de cambio, los conocimientos, creencias y valores, cobran para ellos especial importancia a la hora de responder a las intervenciones preventivas realizadas por los profesionales de APS. En especial, el temor a enfermar y morir.

Aunque los pacientes afirman responder en gran medida a prioridades propias y reafirman su propia capacidad de decisión, también reconocen la influencia de su entorno cercano. De acuerdo con esto, el grupo de expertos destacó también como especialmente apropiados los modelos de la Acción Razonada-Planificada (49-51) y el del Aprendizaje Social (58), que incluyen la influencia social y la influencia mutua entre individuo y entorno. Los modelos que describen el proceso de cambio por etapas fueron considerados muy interesantes a nivel teórico, didácticos y aparentemente sencillos, pero no tan fácilmente aplicables en la práctica. El grupo valoró muy positivamente iniciativas integradoras como la de Fishbein (20), que tratan de combinar en un sólo modelo muchos de los componentes de los modelos anteriores.

Los profesionales de APS están convencidos de los potenciales beneficios de las acciones de promoción de la salud y tienen una actitud muy favorable hacia su integración en la práctica clínica. Valoran positivamente participar en estos programas, ya que obtienen herramientas y estrategias de abordaje que les sirven para la práctica clínica. También los usuarios valoran con agrado y sin aparentes interferencias las intervenciones preventivas realizadas por su médico de familia. Entre las **estrategias de intervención** estudiadas, de acuerdo con los organismos internacionales de promoción de la salud, el consejo médico, siguiendo la estrategia de las 5 Aes (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar), es más factible y su efectividad ha sido probada de forma más clara en el contexto de la APS que la de otras como la entrevista motivacional o el acercamiento comunitario. Esta estrategia,

las 5 Aes, está claramente indicada para el hábito de fumar o el consumo de alcohol y se recomienda su extensión a la promoción de la actividad física y una dieta saludable, aunque la efectividad a largo plazo en las condiciones habituales de APS deba ser investigada (19, 82, 85, 88, 90, 94, 98).

La efectividad de estas intervenciones de promoción de la salud resulta incierta para los médicos, ya que consideran que los hábitos están condicionados en su origen y también en su modificación, por factores ajenos al sector sanitario. A su vez, los médicos y enfermeras de APS son percibidos por los pacientes como una referencia importante en relación al cambio de los hábitos, pero no necesariamente la más importante. Su influencia se percibe como complementaria al resto de condicionantes individuales, familiares, culturales y sociales, limitada además por un contexto de mucha demanda, poco tiempo y gran diversidad de tareas a llevar a cabo. Para que las estrategias de promoción de la salud tengan éxito, deberían enmarcarse en una **perspectiva socio-ecológica**, que considere de manera conjunta los múltiples niveles de influencia sobre las conductas saludables: individuo, familia, comunidad y sociedad.

Aunque las intervenciones hayan mostrado su efectividad, son difícilmente sostenibles de forma continuada. La situación actual de la APS, tanto en su organización como en los recursos disponibles, condiciona la práctica de dichas actividades. Se reclama un modelo de trabajo en los centros de salud más conjunto y coordinado: facilitar el trabajo coordinado con enfermería, contar con otros profesionales de apoyo y potenciar un enfoque comunitario. Este modelo se percibe alejado de los actuales esquemas organizativos. Las estrategias de intervención no son directamente implantables en nuestra APS, sino que deben ser rediseñadas y adaptadas a las condiciones de los centros de salud, a la vez que estos deben reorganizarse para dar cabida a la promoción de la salud.

A continuación se sugieren modificaciones que deberían darse no sólo en la consulta de atención primaria o en el centro de salud, sino a cualquier nivel del sistema sanitario o incluso en la

comunidad, para facilitar la implantación de programas de promoción de la salud, que aborden estos factores de riesgo en el contexto de la APS. Se trata de **áreas de innovación** que deberían ser evaluadas, mediante proyectos de investigación para acción:

(a) *Adaptación de las estrategias de intervención.* Las intervenciones deben estar basadas en evidencias científicas que muestren su eficacia, pero esta evidencia no es suficiente. Las intervenciones eficaces deben ser reelaboradas para que se adapten a las necesidades del centro, de tal manera que su implantación sea factible y sostenible. Para ello es necesario combinar programas de formación dirigidos a la práctica de la promoción de la salud en APS, con proyectos de investigación que rediseñen las intervenciones y evalúen su efectividad. Los agentes protagonistas, profesionales y directores de los centros de APS, deberían identificar las necesidades de sus centros, evaluar la prioridad, factibilidad y aplicabilidad de estrategias innovadoras o de efectividad contrastada, con el fin de adaptarlas a la realidad de los centros.

(b) *Mejora en la organización sanitaria.* Es imprescindible abrir las agendas de trabajo a la promoción de la salud, dar mayor prioridad a estas intervenciones y establecer objetivos comunes de promoción de la salud compartidos por todos los profesionales del centro. Para ello es necesario mejorar la comunicación, coordinación y apoyo mutuo entre los profesionales, así como dar al centro una proyección comunitaria. El personal implicado en la ejecución de estos planes de mejora deberá participar en su planificación, desarrollo y evaluación.

Una manera de integrar la promoción de la salud podría ser mediante el empleo de los contratos de gestión clínica (planes de mejora) vinculados a los contratos programa de APS, que deberían recoger los objetivos a alcanzar en cuanto a actividades de promoción de la salud de una manera clara y argumentada. Se consideró imprescindible superar la barrera que supone la escasa comunicación actualmente existente dentro del sistema sanitario, intra-centro, con la dirección y entre los centros de salud. Es necesario trabajar en una misma dirección, con objetivos comunes

de promoción de la salud a todos los niveles de la organización sanitaria. Se propuso la creación de una red de centros de atención primaria especialmente interesados en la promoción de la salud, con objetivos compartidos de integración de programas innovadores. Las nuevas intervenciones serían evaluadas en estos centros piloto o de excelencia, para posteriormente generalizarlas en función de los resultados.

En cuanto a la política de salud, el grupo subrayó que el modelo actual de atención primaria está básicamente orientado a la atención a la enfermedad, en detrimento de la promoción de la salud. En este sentido se destacó el importante papel que la Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, con sus servicios de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, podría jugar en el cambio de rumbo de la atención primaria hacia la promoción de la salud

(c) Consideración del entorno social. Es importante la evaluación de la situación de salud de la población que atiende el centro y sus necesidades,

para permitir así identificar tanto la actividad prioritaria a trabajar, como los recursos disponibles en la comunidad. Se destacó la importancia del trabajo simultáneo en promoción de la salud en distintos ámbitos, como la escuela, el centro de salud o el ayuntamiento, y se defendió la implantación de programas de una manera integral, sistemática y programada, con intervenciones a largo plazo en lugar de campañas rápidas y aisladas.

Estas recomendaciones son soluciones realistas para aprovechar las oportunidades de la APS en la promoción de estilos de vida saludables, considerando las dificultades para su integración en la práctica clínica rutinaria: (1ª) intervenciones a menudo diseñadas y evaluadas fuera de la práctica clínica habitual, (2ª) contexto de los centros y la organización sanitaria enfocada a la enfermedad, con escasa disponibilidad de tiempo y recursos para la promoción de la salud y (3º) ausencia de una perspectiva socio-ecológica de abordaje integrado en múltiples niveles, intra y extra-sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA* 2004; 291(10):1238-45.
2. WHO. The World Health Report. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Swedish National Institute of Public Health and Swedish National Food Administration. Background material to the action plan for healthy dietary habits and increased physical activity. <http://www.fhi.se/upload/2702/TheSwedishActionplan.pdf>
4. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Políticas de salud para Euskadi: plan de salud 2002-2010. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2002.
5. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Encuesta de salud de la C. A. del País Vasco 2002. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2004.
6. Galan I, Rodriguez-Artalejo F, Diez-Ganan L, Tobias A, Zorrilla B, Gandarillas A. Clustering of behavioural risk factors and compliance with clinical preventive recommendations in Spain. *Prev Med* 2006; 42(5):343-7.
7. Canadian Task Force Report . The periodic health examination. *Can Med Assoc J* 1979; 121: 1193-1254.
8. Canadian Task Force on Preventive Health Care. <http://www.ctfpchc.org/>
9. Council of Scientific Affairs of American Medical Association. Medical Evaluation of Healthy Persons. *JAMA* 1983; 249: 1626-1633.
10. U.S. Preventive Services Task Force. Recommendation, Rationale Statements, Evidence Summaries, Systematic Evidence Reviews. <http://www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm>
11. Royal College of General Practitioners. Combined reports on prevention. Reports from general practice 18-21. Royal College of General Practitioners: London; 1984.
12. PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. <http://www.papps.org/>
13. Blendon RJ, Jovell AJ, DesRoches CM, Navarro MD, Fleischfresser C, Fernández L, Benson JM, Weldon K. Confianza en el Sistema Nacional de Salud, 2005/2006. Harvard School of Public Health y Fundació Biblioteca Josep Laporte. http://www.universidadpacientes.org/aula-sa1/docs/trust_spanish_hcs.pdf
14. Coulter A, Magee H, Picker Institute Europe. The European Patient of the Future. Open University Press, McGraw-Hill House, Shoppenhangers Road, Maidenhead, Berkshire, SL6 2QL, UK; 2002.
15. Kottke TE, Solberg LI, Brekke ML, Cabrera A, Marquez M. Will patient satisfaction set the preventive services implementation agenda? *Am J Prev Med* 1997; 13:309-16.
16. Valente TW. Evaluating Health Promotion Programs. New York: Oxford University Press; 2002.
17. Valente CM, Sobal J, Muncie HL, Jr, Levine DM, Antlitz AM. Health promotion: physicians' beliefs, attitudes, and practices. *Am J Prev Med* 1986; 282-8.
18. National Cancer Institute. Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice (second edition). Washington, DC: US Department of Health and Human Services, National Institutes for Health, NIH Publication No. 05-3896; 2005. <http://www.cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf>
19. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple behavioral risk factors interventions in primary care: summary of research evidence. *Am J Prev Med* 2004; 27 (suppl 1): 61-79.
20. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. [Systematic Review] Cochrane Tobacco Addiction Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2005.
21. Eden KB, Orleans CT, Mulrow CD, Pender NJ, Teutsch SM. Does counseling by clini-

- cians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 137:208-15.
22. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 2004; 140(7):557-68.
 23. Ministerio de Sanidad y Consumo: Estrategia NAOS. *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
 24. Grandes G, Cortada J, Arrazola A, Laka JP. Predictors of long term outcome of a smoking cessation programme in primary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 101-107
 25. Grandes G, Cortada J, Arrazola A. Un evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br J Gen Pract* 2000; 50(459): 803-807.
 26. Riemsma RP, Pattenden J, Bridle Ch, Sowden AJ, Mather L, Watt IS, et al. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ* 2003; 326: 1175-1177.
 27. Lopez-de-Munain J, Torcal J, Lopez V, Garay J. Prevention in Routine General Practice: Activity Patterns and Potential Promoting Factors. *Prev Med* 2001; 32:13-22.
 28. Grandes G, Sánchez A, Torcal J, Ortega Sánchez-Pinilla R, Lizarraga K y Serra J, en representación del grupo PEPAF. Protocolo para la evaluación multicéntrica del Programa Experimental de Promoción de la Actividad Física (PEPAF). *Aten Primaria* 2003; 32(8):475-80.
 29. Callejo J. El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación. Barcelona: Ariel, 2001.
 30. Gendron S. Transformative alliance between qualitative and quantitative approaches in health promotion research. *WHO Reg Publ Eur Ser* 2001; (92):107-121.
 31. Rimer BK, Glanz DK, Rasband G. Searching for evidence about health education and health behavior interventions. *Health Educ Behav* 2001; 28(2):231-248.
 32. Coleman T, Wynn AT, Stevenson K, Cheater F. Qualitative study of pilot payment aimed at increasing general practitioners' anti-smoking advice to smokers. *BMJ* 2001; 323(7310):432-435.
 33. McLeod D, Cornford E, Pullon S, de Silva K, Simpson C. Can Quit Practice: a comprehensive smoking cessation programme for the general practice team. *N Z Med J* 2005; 118(1213):U1415.
 34. Brown I, Thompson J, Tod A, Jones G. Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *Br J Gen Pract* 2006; 56(530):666-672.
 35. Falk LW, Sobal J, Bisogni CA, Connors M, Devine CM. Managing healthy eating: definitions, classifications, and strategies. *Health Educ Behav* 2001; 28(4):425-439.
 36. Wormald H, Waters H, Sleaf M, Ingle L. Participants' perceptions of a lifestyle approach to promoting physical activity: targeting deprived communities in Kingston-upon-Hull. *BMC Public Health* 2006; 6:202.
 37. Ribera AP, McKenna J, Riddoch C. Physical activity promotion in general practices of Barcelona: a case study. *Health Educ Res* 2006; 21(4):538-548.
 38. Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study. *Prev Med* 2004; 38(4):473-478.
 39. Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *J Adv Nurs* 2002; 39(4):333-342.
 40. Alonso LE. La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa. Madrid: Editorial Fundamentos; 1998.
 41. Conde F. El análisis de la información en la investigación cualitativa. In: Calderón C,

- Conde F, Fernández de Sanmamed MJ, Monistrol O, editors. *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Máster de Investigación en Atención Primaria. Barcelona: semFYC, UAB, Fundació Dr. Robert; 2003.
42. Walker R. *Applied Qualitative Research*. Hants: Gower; 1985.
 43. Morse JM, Barret M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *IJQM* 2002; 1(2):Article 2-Retrieved from <http://www.ualberta.ca/ijqm>.
 44. Glanz K, Rimer BK & Lewis FM *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Fransisco: Wiley & Sons; 2002.
 45. Elder JP, Ayala GX, Harris S. Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *Am J Prev Med*. 1999; 17(4):275-84.
 46. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002; 22(4):267-84.
 47. Hochbaum GM. Public participation in medical screening programs: a sociopsychological study. PHS publication no. 752. Washington, DC: Government Printing Office; 1958.
 48. Rosentock IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs* 1974; 2:328-335.
 49. Fishbein M. *Readings in attitude theory and measurement*. New York: Wiley; 1967.
 50. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention, and behavior*. Addison-Wesley; 1975.
 51. Ajzen I. *Attitude, personality and actions: Dispositional prediction in behavior*. Chicago: Dorsey Press; 1988.
 52. Lewis MA, DeVellis BM, Sleath B. Social influence and interpersonal communication in health behaviour. In Glanz K, Rimer BK & Lewis FM (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey Bass, 2002: 240-64.
 53. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and procesess of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51:390-395.
 54. Weinstein ND. The Precaution Adoption Process. *Health Psychology* 1988; 7:355-386.
 55. Weinstein ND, Sandman PM. A model of the Precaution Adoption Process: Evidence from home random testing. *Health Psychology* 1992; 11:170-180.
 56. Skinner BF. *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan; 1953.
 57. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977; 84:191-215.
 58. Bandura A. *Social Foundation of Thought and Action*. Englewood cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
 59. Kanfer FH. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein MG, eds. *Helping People Change*. New York: Pergamon; 1975:309-16.
 60. Heaney CA, Israel BA. Social networks and social support. In Glanz K, Rimer BK & Lewis FM (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey Bass; 2002: 185-209.
 61. Minkler M, Wallerstein NB. Improving health through community organization and community building. In Glanz K, Rimer BK, & Lewis FM (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey Bass; 2002:pp. 279-311.
 62. Fishbein M. The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care* 2000; 12:273-278.
 63. Pinto BM, Lynn H, Marcus BH, DePue J, Goldstein MG. Physician-based activity counseling: intervention effects on mediators of motivational readiness for physical activity. *Ann Behav Med* 2001; 23(1):2-10.
 64. Steptoe A, Rink E, Kerry S. Psychosocial predictors of changes in physical activity in overweight sedentary adults following

- counseling in primary care. *Prev Med* 2000; 31(2 Pt 1):183-94.
65. Naylor PJ, Simmonds G, Riddoch C, Velleman G, Turton P. Comparison of stage-matched and unmatched interventions to promote exercise behaviour in the primary care setting. *Health Educ Res* 1999; 14(5):653-66.
 66. Perkins-Porras L, Cappuccio FP, Rink E, Hilton S, McKay C, Steptoe A. Does the effect of behavioral counseling on fruit and vegetable intake vary with stage of readiness to change? *Prev Med* 2005; 40(3):314-20.
 67. Steptoe A, Perkins-Porras L, Rink E, Hilton S, Cappuccio FP. Psychological and social predictors of changes in fruit and vegetable consumption over 12 months following behavioral and nutrition education counseling. *Health Psychol* 2004; 23(6):574-81.
 68. John JH, Yudkin PL, Neil HA, Ziebland S. Does stage of change predict outcome in a primary-care intervention to encourage an increase in fruit and vegetable consumption? *Health Educ Res* 2003; 18(4):429-38.
 69. Kristal AR, Hedderson MM, Patterson RE, Neuhaus M. Predictors of self-initiated, healthful dietary change. *J Am Diet Assoc* 2001; 101(7):762-6. Erratum in: *J Am Diet Assoc* 2001; 101(9):997.
 70. Steptoe A, Doherty S, Kerry S, Rink E, Hilton S. Sociodemographic and psychological predictors of changes in dietary fat consumption in adults with high blood cholesterol following counseling in primary care. *Health Psychol* 2000; 19(5):411-9.
 71. Beresford SA, Curry SJ, Kristal AR, Lazovich D, Feng Z, Wagner EH. A dietary intervention in primary care practice: the Eating Patterns Study. *Am J Public Health* 1997; 87(4):610-6.
 72. Pieterse ME, Seydel ER, DeVries H, Mudde AN, Kok GJ. Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: a randomized controlled trial. *Prev Med* 2001; 32(2):182-90.
 73. Senore C, Battista RN, Shapiro SH, Segnan N, Ponti A, Rosso S, Aimar D. Predictors of smoking cessation following physicians' counseling. *Prev Med* 1998; 27(3):412-21.
 74. Curry SJ, Ludman EJ, Grothaus LC, Donovan D, Kim E. A randomized trial of a brief primary-care-based intervention for reducing at-risk drinking practices. *Health Psychol* 2003; 22(2):156-65.
 75. Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, Conigliaro RL, Kelley ME. Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *J Stud Alcohol* 2001; 62(5):605-14.
 76. Goldstein MG, DePue J & Kazuira A. Models for provider-patient interaction: applications to health behavior change. In: S.A. Shumaker, E.B. Schon, J.K. Ockene and W.L. McBeem, Editors, *The handbook of health behavior change* (2nd ed.), Springer, New York; 1998: pp. 85-113.
 77. Minkler M, Wallerstein NB. Improving health through community organization and community building. In Glanz K, Rimer BK & Lewis FM (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey Bass; 2002: pp. 279-311.
 78. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
 79. *Guide to Clinical Preventive Services*, 3rd edition. *Clinician Counseling to Promote Physical Activity*. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. Available at: <http://www.preventiveservices.ahrq.gov>. Accessed April 4, 2006.
 80. Simons-Morton et al. Effects of interventions in health care settings on physical activity or cardiorespiratory fitness. *Am J Prev Med* 1998; 15(4):413-30.
 81. Lawlor DA, Hanratty B. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *Public Health Med* 2001; 23(3):219-26.
 82. Smith BJ. Promotion of physical activity in primary health care: update of the evidence on interventions. *J Sci Med Sport* 2004; 7(1 Suppl):67-73.

83. Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1): CD003180.
84. Tulloch H, Fortier M, Hogg W. Physical activity counseling in primary care: Who has and who should be counseling? *Patient Educ Couns* 2006; 64(1-3):6-20.
85. Pignone MP et al. Counseling to promote a healthy diet in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 2003; 24(1):75-92.
86. Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale. *Am J Prev Med* 2003; 24(1):93-100.
87. Guide to Clinical Preventive Services, 3rd edition. Counseling to Promote a Healthy Diet. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. Available at: <http://www.preventiveservices.ahrq.gov>. Accessed April 4, 2006.
88. Brunner EJ, Thorogood M, Rees K, Hewitt G. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, Issue 4. Art. No.:CD002128.
89. Priozzo S, Summerbell C, Cameron C, Glasziou P. Advice on low-fat diets for obesity. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, Issue 2. Art. No.:CD003640.
90. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148.
91. Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005; 165(9):986-95.
92. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med* 1999; 28(5):503-9.
93. Ballesteros J, Ariño J, González-Pinto A, Querejeta I. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol: Meta-análisis de estudios españoles en atención primaria. *Gac Sanit* 2003; 17(2):116-122.
94. Fiore M, Bailey W, Cohen S, et al. Treating tobacco use and dependence, clinical practice guideline. Rockville MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services; 2000.
95. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, Issue 1. Art. No.:CD001188.
96. Ebrahim S, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 4. Art. No.:CD001561.
97. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(5):843-861.
98. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001; 96(12):1725-1742.
99. Hettema JSJ, Miller W.R. Motivational Interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1:91-111.
100. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005; 55(513):305-312.
101. Nutbeam D, Harris E; Theories on change in communities and comunal action for health: Theory in a nutshell. Mc Graw Hill; 2004.
102. Hoffmeister H, Mensink GBM; Community-based intervention trials in developed countries: Oxford textbook of public health 4th edition. Oxford University Press; 2004.
103. The Guide to Community Preventive Services: What Works to Promote Health?. Task

- Force on Community Preventive Services. Edited by Stephanie Zaza, Peter A. Briss and Kate W. Harris. www.thecommunityguide.org
104. Green LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach* (3rd edition). McGraw-Hill; 1999.
 105. Van Bokhoven MA, Kok G, van der Weijden T. Designing a quality improvement intervention: a systematic approach. *Qual Saf Health Care* 2003; 12(3):215-20.
 106. Medical Research Council: *A framework for development and evaluation of complex interventions to improve health*. London: Medical Research Council; 2000.
 107. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F, Guthrie B, Lester H, Wilson P, Kinmonth AL. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ* 2007; 334(7591):455-9.
 108. Kottke TE, Solberg LI. Beyond efficacy testing redux. *Am J Prev Med* 2004; 27(25):104-5.
 109. Kottke TE, Solberg LI. Optimizing practice through research: a preventive services case study. *Am J Prev Med* 2007; 33(6):505-506.
 110. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362(9391):1225-30.
 111. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust* 2004; 180(6 Suppl):S57-60.
 112. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. BMJ* 1998; 15;317(7156):465-8.
 113. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, Grilli R, Harvey E, Oxman A, O'Brien MA. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001; 39(8 Suppl 2):I12-45.
 114. Shaw B, Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S, Robertson N. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (3):CD005470, 2005.
 115. Wensing M, Wollersheim H, Grol R. Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implement Sci* 2006; 22;1:2.
 116. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Q* 1996; 74:511-44.
 117. Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH. Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention? *Milbank Q* 2001;79(4):579-612.
 118. Hung DY. Improving the delivery of preventive care services. *Manag Care Interface* 2007; 20(5):38-44.
 119. Hung DY, Rundall TG, Tallia AF, Cohen DJ, Halpin HA, Crabtree BF. Rethinking prevention in primary care: applying the chronic care model to address health risk behaviors. *Milbank Q* 2007; 85(1):69-91.
 120. Cifuentes M, Fernald DH, Green LA, Niebauer LJ, Crabtree BF, Stange KC, Hassmiller SB. Prescription for health: changing primary care practice to foster healthy behaviors. *Ann Fam Med* 2005; 3 Suppl 2:S4-11.
 121. Emmons KM. Behavioral and Social Science Contributions to the Health of Adults in the United States. In *Promoting Health*, eds. B.D. Smedly and S.L. Syme, 254-321. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
 122. Bradley F, Wiles R, Kinmonth A-L, Mant D, Gantley M. Development and evaluation of complex interventions in health services research: case study of the Southampton heart integrated care project (SHIP). *British Medical Journal* 1999; 318(7185):711-715.

123. Byrne M, Cupples M, Smith SM, Leatham C, Corrigan M, Byrne MC, et al. Development of a Complex Intervention Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in Primary Care Using the UK Medical Research Council Framework. *Am J Manag Care* 2006; 12:261-266.
124. Murchie P, Hannaford PC, Wyke S, Nicolson MC and Campbell NC. Designing an integrated follow-up programme for people treated for cutaneous malignant melanoma: a practical application of the MRC framework for the design and evaluation of complex interventions to improve health. *Family Practice* 2007; 24(3):283-92.
125. Paul G, Smith SM, Whitford D, O'Kelly F, O'Dowd T. Development of a complex intervention to test the effectiveness of peer support in type 2 diabetes. *BMC Health Serv Res*; 2007 Aug 31; 7:136.

ANEXOS

ANEXO I. MODELOS TEÓRICOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y VARIABLES MEDIADORAS EN LAS INTERVENCIONES DE MODIFICACIÓN DE HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA

Basándose en Glanz et al (1,2), Elder et al (3) y Withlock et al (4), se identificaron los siguientes modelos o teorías de cambio de conducta aplicadas a la promoción de hábitos saludables. (Ver tabla resumen al final del anexo)

MODELOS AL NIVEL INDIVIDUAL

Modelo de Creencias en Salud

Este modelo fue desarrollado en los años 50 y 60 por Hochbaum y Rosentock (5, 6), con el objetivo de explicar las decisiones de las personas en torno a su participación en actividades de diagnóstico precoz, prevención y control de enfermedades. Según el modelo, la conducta saludable es consecuencia de la percepción que el individuo tiene acerca de su susceptibilidad a la enfermedad en cuestión, la severidad de la misma, los beneficios aportados por la conducta requerida para prevenir o manejar dicha enfermedad y la dificultad de las barreras que hay que superar para cambiar la conducta. Posteriormente, los autores extendieron el modelo con la inclusión de dos nuevos factores que predisponen hacia la conducta saludable: la exposición a estímulos que favorezcan la acción y la confianza personal en la capacidad de ejecutar la conducta exitosamente.

Teoría de la Acción Razonada / Planificada

La Teoría de la Acción Razonada, introducida a finales de los años 60 y principios de los 70 por Fishbein y Ajzen (7-9), está basada en la suposición de que las personas son seres racionales, los cuales hacen un uso sistemático de la información accesible y consideran las implicaciones de sus acciones. Según esta teoría, la intención de conducta es el principal determinante del cambio. Esta intención conductual viene determinada por la actitud hacia la ejecución de la conducta y por las creencias sobre la aprobación-desaprobación de la conducta por parte de las personas o grupos importantes para el individuo, denominada norma social. La actitud de conducta asimismo, viene determinada por creencias en torno a la conducta y la evaluación de sus consecuencias, mientras que las creencias sobre los estándares sociales y la motivación de compromiso hacia dichas normas, determinan la norma social.

La Teoría de la Acción Planificada introduce un tercer factor determinante de la intención de cambio, el control conductual percibido o percepción de la persona sobre su capacidad de control sobre la conducta.

Modelos de Comunicación / Procesamiento de la Información

Según los modelos de comunicación, la conducta viene influenciada por la capacidad de la persona de entender y reaccionar a las fuentes de información o comunicación (10). En este sentido, esta corriente teórica centra su interés en investigar cómo se crean los mensajes, cómo se transmiten, cómo son recibidos y asimilados, y en consecuencia, cómo influyen en las conductas saludables de la persona. Otras variables importantes tienen que ver con el tipo de información (de proceso frente a emocional o sensorial), su cantidad, profundidad y la capacidad de comprensión de la información por parte del individuo a quien va dirigida.

MODELOS A NIVEL INDIVIDUAL: DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE CAMBIO

Modelo Transteórico de la Etapas de Cambio

Desarrollado por Prochaska y DiClemente (11) con el objetivo de explicar el proceso de cambio de las personas cuando dejan de fumar, el Modelo Transteórico de las Etapas de Cambio es un modelo dinámico

mico, en el que el cambio de conducta es concebido como un proceso de maduración en el que se pasa por diferentes etapas, en vez de estados dicotómicos de adopción o no de la conducta en interés. En dicho proceso de cambio, el individuo progresa a lo largo de cinco etapas: precontemplación (no intención de cambio), contemplación (consideración del cambio a medio-largo plazo, durante los próximos seis meses), preparación (intención de cambio a corto plazo, en el próximo mes), acción (se ha efectuado el cambio) y mantenimiento (la nueva conducta persiste más de 6 meses después de iniciarse). El modelo sugiere que las intervenciones deben adaptarse a la etapa específica en la que se encuentra el individuo, dado que las necesidades de información y las estrategias de manejo son diferentes para cada etapa. También existen recaídas, en las que el individuo vuelve a etapas anteriores, que son parte natural del proceso de cambio y a las que también hay que adaptar el contenido de las intervenciones.

Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones

Según este modelo, cuya formulación por Weinstein y Sandman se remonta a los años 90 (12, 13), la adopción de una nueva conducta de precaución o cese relacionada con un comportamiento o factor de riesgo, requiere una acción deliberativa. El modelo, trata de explicar cómo las personas llegan a la decisión de realizar o no una acción, y cómo dicha decisión se traduce en acción, a través de siete etapas: falta de conciencia del problema o riesgo (etapa 1); toma de conciencia, sin sentirse implicado personalmente por la conducta de riesgo (etapa 2); toma de decisión (etapa 3), la cual puede derivar en dos posibles resultados; no actuar (etapa 4), que finaliza el proceso de adopción de la precaución; o decisión de actuar (etapa 5); iniciación de la conducta de precaución (etapa 6); mantenimiento de la acción (etapa 7). El modelo establece que aquellas personas que no son conscientes de la relevancia del posible problema de salud, riesgo o amenaza, (etapa 1), o no se ven implicados, (etapa 2) se enfrentan a diferentes barreras que aquellas personas que, siendo conscientes, han decidido no actuar (etapa 4). Las intervenciones deberían adaptarse a estas consideraciones.

MODELOS A NIVEL INTERPERSONAL

Modelo de Aprendizaje Operante

Desarrollado por B.F. Skinner (14) en los años 50 con el propósito de proporcionar un acercamiento experimental al estudio del comportamiento y una serie de principios para la modificación de conducta. El modelo se centra en las conductas y sus consecuencias observables, y establece que la conducta viene determinada por los eventos que le anteceden y suceden, es decir, estímulos (situación estimular previa a la ejecución de la conducta) y consecuencias positivas y negativas de la conducta (cambio en el ambiente o situación estimular inmediata a la ejecución de la conducta). Dichas consecuencias siguen una serie de principios a través de los cuales, la probabilidad futura de emitir la conducta, ante una situación ambiental o estimular similar, aumenta (principio de reforzamiento positivo o negativo) o disminuye (principio de castigo positivo o negativo; extinción). La modificación de la conducta se consigue a través de la manipulación de los determinantes ambientales que la estimulan y los asociados a sus consecuencias.

Modelo del Aprendizaje Social o Socio-cognitivo

El modelo Socio-cognitivo, desarrollado por Albert Bandura (15, 16), se caracteriza por describir un proceso dinámico y continuo de reciproca influencia entre la conducta del individuo, los factores personales (incluyendo las cogniciones) y los factores ambientales. Esta interacción dinámica, causa última de la conducta, es denominada por el modelo como «determinismo recíproco». Dentro de los factores personales que determinan la conducta o el cambio de comportamiento, toman especial relevancia la

capacidad del individuo para simbolizar la conducta, anticipar las consecuencias, aprender a partir de la observación de la conducta de otros y sus consecuencias, tener confianza en su capacidad de ejecución de la conducta, su capacidad de auto-regular la conducta, analizar y reflexionar sobre la experiencia.

Modelos Auto-regulación (Self-management)

Basados en un modelo de participación activa, el cual enfatiza la importancia de la responsabilidad del paciente sobre el cuidado de su salud, las técnicas de auto-manejo o auto-regulación son métodos prescriptivos para la modificación de las conductas individuales, cuyo éxito depende en gran medida del grado de control que la persona tiene sobre su proceso de cambio y su motivación para realizar dicho cambio (17). El entrenamiento y modelado de conductas, la auto-observación, el establecimiento de objetivos, aprender a analizar los problemas y a trabajar sobre su solución, ayudan a la persona a planificar y a utilizar la cognición y la conducta de manera más efectiva. Es decir, los métodos de auto-manejo ayudan al individuo a adquirir nuevas conductas encaminadas a prevenir o paliar la enfermedad. El proceso de cambio, en el que tanto el profesional de la salud como el individuo toman un rol activo, se fundamenta en un modelo de negociación: el profesional de la salud ejerce un rol de consultor y experto que negocia con la persona cuál es el objetivo del cambio y cómo producirlo. Con respecto a la conducta, el modelo de auto-manejo establece que viene determinado por tres fuentes de control: el entorno o ambiente, el sistema biológico del individuo y el repertorio cognitivo y auto-directivo de la persona. En este sentido, el entrenamiento en conductas de auto-manejo puede reducir el efecto de las variables biológicas y ambientales en la conducta, capacitando al individuo a ejercer control sobre su comportamiento.

Modelo del Apoyo Interpersonal / Social

Los modelos del apoyo interpersonal y social se centran en la influencia que las relaciones sociales tienen en la salud de la persona (18). La estructura de las redes sociales de la persona, el apoyo que reciben de otros, y la calidad y cantidad de las interacciones sociales son según este acercamiento teórico, determinantes importantes de la salud. Centrándose en el contexto clínico, la calidad de la relación entre médico y paciente, es un factor importante que determina emociones, actitudes de los pacientes y el cambio de conducta. Una relación positiva está caracterizada por sentimientos y actitudes positivas mantenidas por terapeuta y cliente de manera recíproca. Dentro de dicha interacción, adquiere especial relevancia la comunicación entre médico y paciente, y otra serie de variables como la credibilidad, empatía y el «calor emocional». Con respecto a las redes de apoyo a nivel informativo o emocional, la familia y los amigos, las redes de ayuda, voluntarios y otros recursos de la comunidad, juegan un papel importante en la salud de los individuos.

ACERCAMIENTO COMUNITARIO

Los modelos de perspectiva comunitaria se fundamentan en la suposición de que el bienestar colectivo puede favorecerse mediante la creación de estructuras y políticas que apoyen las prácticas y estilos de vida saludables, y mediante la reducción o eliminación de amenazas y barreras contra la salud en el entorno físico y social (19). El principal método de trabajo se centra en la denominada organización de la comunidad, definida como el proceso mediante el cual la comunidad es guiada en la identificación de problemas u objetivos comunes, la movilización de recursos, y el desarrollo y ejecución de las estrategias para alcanzar dichos objetivos colectivos. Los modelos comunitarios mantienen un enfoque ecológico, que reconoce la influencia de factores de múltiples niveles sobre la salud, abierto al mismo tiempo a la integración de estrategias basadas en otras corrientes teóricas. Los principales modelos teóricos que permiten analizar el comportamiento humano en su vertiente grupal, en lo que a hábitos y conductas

se refiere son la Teoría Socio-Cognitiva y el Modelo de Difusión de las Novedades. También permiten una lectura poblacional, teorías individuales, como la de Creencias de Salud, la del Procesamiento de la Información, el Modelo Transteórico de etapas de cambio, el de Adopción de Precauciones y la Teoría de Acción Razonada.

Teoría de la difusión de las innovaciones

La mayoría de los programas de promoción de la salud se diseñan para informar al público, modificar sus actitudes y promover cambios de conductas. Este modelo teórico describe cómo las nuevas ideas, opiniones, actitudes y comportamientos se introducen, diseminan y son aceptados por la comunidad (20). La difusión de una nueva idea entre los miembros de un sistema social es un proceso de comunicación, que se realiza a través de diferentes canales y lleva tiempo. Las personas pasan por sucesivas etapas en el proceso de adoptar estas nuevas ideas, y además, pueden modificar su conducta adoptándola, para posteriormente discontinuar su moda. Su adopción se ve influenciada por características de la innovación y características individuales. Este modelo teórico categoriza el proceso de cambio de conducta de los individuos y comunidades en cinco etapas consecutivas: (1) conocimiento, (2) interés y persuasión, (3) decisión sobre actuar o no, (4) ensayo-acción y (5) adopción en la vida diaria. Los individuos y las comunidades atraviesan estas etapas hasta lograr cambios en sus costumbres, y lo hacen con diferentes ritmos. El primer grupo en adoptar nuevas propuestas lo constituyen un pequeño porcentaje de innovadores o pioneros. Después, otra pequeña proporción de usuarios tempranos, la mayoría temprana, la mayoría tardía y finalmente los rezagados. Las principales variables que pueden verse modificadas en este contexto teórico son los cambios cognitivos, es decir, la información de que dispone la población, la disposición al cambio o la facilidad con que las personas van a cambiar sus hábitos o comportamientos y el apoyo social para con los que adoptan los cambios. Este modelo está claramente relacionado con los modelos de etapas de cambio, pero con una lectura y dimensión grupal o poblacional.

MODELO INTEGRADOR

Recientemente, Fishbein (21) ha desarrollado un modelo integrador para la predicción de la conducta, el cual incluye las variables clave de varios de los modelos teóricos revisados. La ventaja de este modelo reside en que refleja tanto la importancia de los factores personales e interpersonales, como la del entorno. Consecuentemente, el modelo ayuda a obtener una sencilla y rápida perspectiva de los diferentes factores que influyen en las conductas de salud. De acuerdo con dicho modelo, la probabilidad de que una conducta sea ejecutada es mayor si la persona tiene una fuerte intención de ejecutarla, si posee las necesarias habilidades y si no hay importantes barreras o dificultades ambientales, que tiendan a impedir la ejecución de la conducta. La intención de conducta, viene determinada a su vez por tres factores: la actitud hacia la ejecución de la conducta, la norma social percibida y la percepción de eficacia personal para llevarla a cabo. La importancia de dichas variables como determinantes de la intención dependerá de la conducta en cuestión y la población considerada. El modelo también establece que la actitud hacia la conducta, la norma social percibida y la eficacia personal percibida vienen a su vez determinadas por creencias subyacentes acerca de las consecuencias de ejecutar la conducta, las prescripciones normativas de los referentes importantes para la persona y las barreras y facilitadores percibidos sobre la ejecución de la conducta. Por último, el modelo reconoce la influencia de una serie de factores personales, como son las características socio-demográficas, de personalidad o variables culturales, que influyen en la conducta de manera indirecta a través de su influencia en la estructura de creencias (ver figura 1).

Modelo integrado de factores determinantes de la conducta

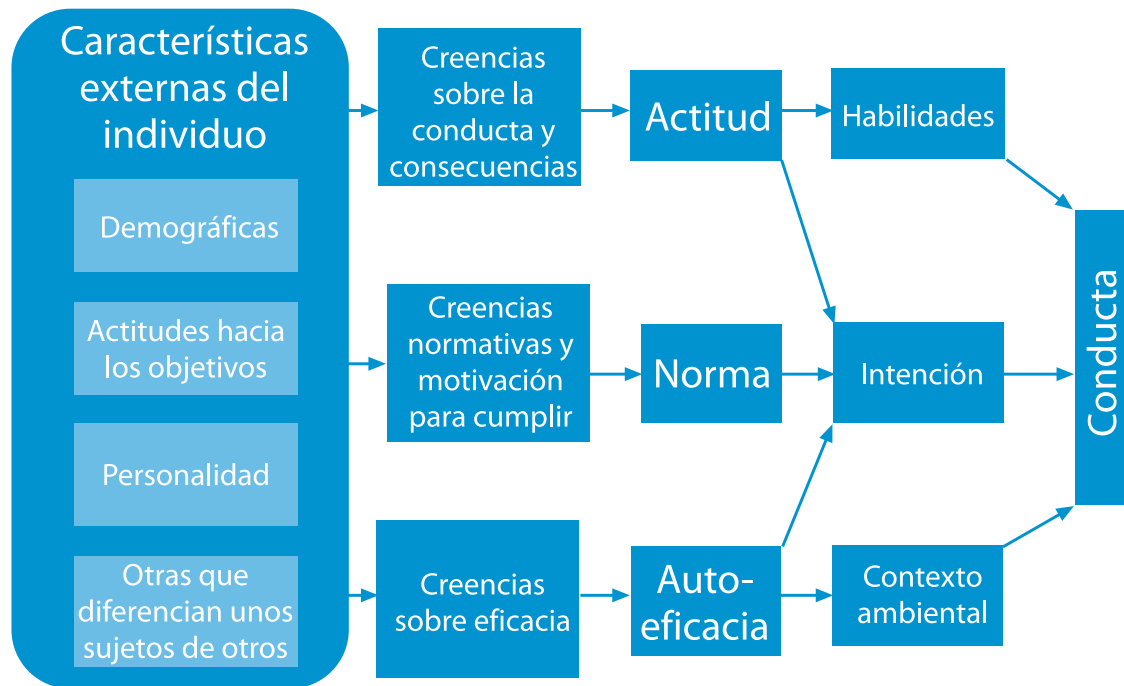


Figura 1. Fishbein M. The role of theory in HIV prevention. AIDS Care. 2000;12:273-278

VARIABLES MEDIADORAS EN LAS INTERVENCIONES SOBRE LA MODIFICACIÓN DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Los modelos del comportamiento humano previamente descritos, identifican factores personales, psicosociales y ambientales, que teóricamente pueden tener un efecto moderador o mediador en las intervenciones o programas de promoción de la salud, dirigidos a la modificación de hábitos de riesgo. A continuación se identifican aquellas variables que han mostrado empíricamente dicho efecto mediador, en intervenciones realizadas con personas adultas sanas, en las condiciones de práctica clínica rutinaria de atención primaria. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos MEDLINE sobre trabajos de investigación y revisión realizados en 1996-2006. Se utilizaron términos de búsqueda referidos a las conductas estudiadas (actividad física, dieta, consumo de alcohol y tabaco), el contexto de atención primaria de salud y las palabras clave determinante, mediador, moderador, correlato, predictor, barreras, teorías psicológicas, motivación, auto-eficacia, disposición al cambio, actitud hacia la salud, voluntad, conocimientos, actitudes y prácticas de salud, apoyo social, control interno-externo, factores socio-económicos, clase social, ambiente, entorno social, causalidad, estudio de intervención, consejo, educación del paciente, cambio de conducta y ensayo clínico aleatorizado. Se seleccionaron aquellos estudios en los que como parte de la evaluación de la efectividad de una intervención, se hubiera analizado el efecto del cambio observado en posibles variables mediadoras sobre el cambio en la conducta. Los estudios seleccionados analizan variables relacionadas con la Teoría de Acción Razonada, los modelos de Creencias en Salud, el Transteórico de Etapas de Cambio, el Socio-Cognitivo y el del Apoyo Social.

En el estudio de Pinto et al sobre actividad física, los cambios observados en la variable balance de decisión (pros y contras del cambio de conducta) y algunos procesos de cambio experienciales o conductuales mediaron el efecto de la intervención a las seis semanas, pero no a los 8 meses (22). En otro dirigi-

do por Steptoe, los incrementos producidos por la intervención en las variables de apoyo social, los beneficios y barreras percibidas, la auto-eficacia y la etapa de cambio a nivel basal tuvieron un efecto mediador sobre la variable de resultado: incremento en el nivel de actividad física (23). Sin embargo, en el estudio de Naylor et al, aunque todos los grupos de comparación aumentaron su nivel de disposición al cambio, dicho cambio no se asoció con incrementos en el nivel de actividad física (24). Estos autores concluyen que las intervenciones basadas en la etapa de cambio no fueron superiores a otros tipos de intervención de la misma intensidad en el contexto de la atención primaria (24).

Con respecto a la dieta, el aumento en eficacia percibida, apoyo social, arrepentimiento anticipado, beneficios percibidos y conocimientos sobre recomendaciones nutricionales, se asociaron con el incremento en el consumo de frutas y verduras y la disminución en el consumo de grasas, independientemente de la intervención recibida (25, 26). El control sobre la nutrición, operativizado como el grado de autonomía en la preparación de las comidas parece tener un papel mediador en la disminución del consumo de grasas (27). En cuanto a la etapa de cambio, en uno de los estudios seleccionados, el incremento en el consumo de frutas y verduras en el grupo de intervención ocurrió independientemente de la etapa de cambio del paciente (28). En otro, la etapa de cambio se asoció con el incremento en el consumo de frutas y verduras, especialmente en el grupo de educación nutricional (29). En un tercero, la etapa de cambio se asoció con la disminución del consumo de grasas, independientemente de la intervención (27). Por último, en un estudio de cohortes, la etapa de cambio y los conocimientos nutricionales (uso de etiquetas nutricionales) se asociaron a la disminución del consumo de grasas y la etapa de cambio y las creencias sobre la asociación entre el consumo de frutas y verduras y el riesgo de cáncer, se asociaron con un mayor consumo de frutas y verduras (30).

En el primero de los estudios seleccionados sobre alcohol, se midieron las siguientes variables como posibles factores mediadores: estrés percibido, apoyo social, etapa de disposición al cambio, balance de decisión y nivel de motivación intrínseca respecto a motivación extrínseca. Sin embargo, ninguna asociación mediadora fue detectada (31). Un segundo estudio evaluó el posible efecto mediador de la disposición al cambio. Dicho efecto, solamente fue encontrado en el grupo de breve consejo, y no en el grupo de fomento de la motivación, tal y como había sido hipotetizado (32).

En cuanto al tabaco, la abstinencia superior a 15 días, un intento previo o realizar un primer intento, un bajo consumo de cigarrillos, y haber podido dejar otros hábitos de riesgo, se asociaron positivamente con el éxito en el abandono del tabaco (33). En otro ensayo clínico un menor nivel de dependencia basal y la menor percepción de consecuencias negativas, se asociaron con una mayor probabilidad de éxito. (34) En un tercero, los intentos previos con abstinencia superior a 3 meses, un bajo nivel de dependencia y una mayor edad se identificaron como factores pronósticos del éxito para dejar de fumar. (35).

Debido al bajo número de estudios identificados y a la heterogeneidad de las variables mediadoras analizadas, no es posible extraer una conclusión clara sobre la efectividad de los constructos teóricos de cambio de conducta estudiados: actividad física, dieta, consumo de alcohol y tabaco. Con respecto a la actividad física, las evidencias sobre el efecto de la manipulación de dichas variables mediadoras son escasas y se reducen a las variables de apoyo social, beneficios y barreras y la auto-eficacia. En los estudios que abordan la dieta, se observa que un conjunto de variables psico-sociales parecen influir en el la adquisición de unos hábitos de nutrición más saludables, pero no hay evidencia de su papel mediador en el efecto producido por las intervenciones dirigidos a mejorar la dieta en atención primaria. Si lo tiene, el control sobre la nutrición. Por último, en el abordaje del consumo de tabaco en atención primaria, existe moderada evidencia de que el nivel de dependencia y las experiencias previas de intentos de abandono parecen mediar el éxito terapéutico.

De todos los modelos teóricos, el de etapas de cambio ha sido el más utilizado en los últimos años, sin embargo, la evidencia científica sobre su capacidad predictiva en intervenciones de modificación de hábitos de riesgo en APS es escasa (36).

REFERENCIAS

1. Glanz K, Rimer BK & Lewis FM. Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. San Fransisco: Wiley & Sons; 2002.
2. National Cancer Institute. Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice (second edition). Washington, DC: US Department of Health and Human Services, National Institutes for Health, NIH Publication No. 05-3896; 2005.
3. Elder JP, Ayala GX, Harris S. Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *Am J Prev Med* 1999; 17(4):275-84.
4. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002; 22(4):267-84.
5. Hochbaum GM. Public participation in medical screening programs: a sociopsychological study. PHS publication no. 752. Washington, DC: Government Printing Office; 1958.
6. Rosentock IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs* 1974; 2:328-335.
7. Fishbein M. Readings in attitude theory and measurement. New York: Wiley; 1967.
8. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior. Addison-Wesley; 1975.
9. Ajzen I. Attitude, personality and actions: Dispositional prediction in behavior. Chicago: Dorsey Press; 1988.
10. Lewis MA, DeVellis BM, Sleath B. Social influence and interpersonal communication in health behaviour. In Glanz K, Rimer BK & Lewis FM, (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey Bass; 2002: 240-64.
11. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and procesess of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51:390-395.
12. Weinstein ND. The Precaution Adoption Process. *Health Psychology* 1988; 7:355-386.
13. Weinstein ND, Sandman PM. A model of the Precaution Adoption Process: Evidence from home random testing. *Health Psychology* 1992; 11:170-180.
14. Skinner BF. *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan; 1953.
15. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977; 84:191-215.
16. Bandura A. *Social Foundation of Thought and Action*. Englewood cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
17. Kanfer FH. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein MG, eds. *Helping People Change*. New York: Pergamon; 1975:309-16.
18. Heaney CA, Israel BA. Social networks and social support. In Glanz K, Rimer BK & Lewis FM, (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey Bass; 2002: 185-209.
19. Minkler M, Wallerstein NB. Improving health through community organization and community building. In Glanz K, Rimer BK & Lewis FM, (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey Bass; 2002:pp. 279-311.
20. Valente TW. *Evaluating Health Promotion Programs*. New York: Oxford University Press; 2002.

21. Fishbein M. The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care* 2000; 12:273-278.
22. Pinto BM, Lynn H, Marcus BH, DePue J, Goldstein MG. Physician-based activity counseling: intervention effects on mediators of motivational readiness for physical activity. *Ann Behav Med* 2001; 23(1):2-10.
23. Steptoe A, Rink E, Kerry S. Psychosocial predictors of changes in physical activity in overweight sedentary adults following counseling in primary care. *Prev Med*. 2000; 31(2 Pt 1):183-94.
24. Naylor PJ, Simmonds G, Riddoch C, Velleman G, Turton P. Comparison of stage-matched and unmatched interventions to promote exercise behaviour in the primary care setting. *Health Educ Res* 1999; 14(5):653-66.
25. Steptoe A, Perkins-Porras L, Rink E, Hilton S, Cappuccio FP. Psychological and social predictors of changes in fruit and vegetable consumption over 12 months following behavioral and nutrition education counseling. *Health Psychol* 2004; 23(6):574-81.
26. Steptoe A, Doherty S, Kerry S, Rink E, Hilton S. Sociodemographic and psychological predictors of changes in dietary fat consumption in adults with high blood cholesterol following counseling in primary care. *Health Psychol* 2000; 19(5):411-9.
27. Beresford SA, Curry SJ, Kristal AR, Lazovich D, Feng Z, Wagner EH. A dietary intervention in primary care practice: the Eating Patterns Study. *Am J Public Health* 1997; 87(4):610-6.
28. John JH, Yudkin PL, Neil HA, Ziebland S. Does stage of change predict outcome in a primary-care intervention to encourage an increase in fruit and vegetable consumption? *Health Educ Res* 2003; 18(4):429-38.
29. Perkins-Porras L, Cappuccio FP, Rink E, Hilton S, McKay C, Steptoe A. Does the effect of behavioral counseling on fruit and vegetable intake vary with stage of readiness to change? *Prev Med* 2005; 40(3):314-20.
30. Kristal AR, Hedderston MM, Patterson RE, Neuhaus M. Predictors of self-initiated, healthful dietary change. *J Am Diet Assoc* 2001; 101(7):762-6. Erratum in: *J Am Diet Assoc* 2001; 101(9):997.
31. Curry SJ, Ludman EJ, Grothaus LC, Donovan D, Kim E. A randomized trial of a brief primary-care-based intervention for reducing at-risk drinking practices. *Health Psychol* 2003; 22(2):156-65.
32. Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, Conigliaro RL, Kelley ME. Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *J Stud Alcohol* 2001; 62(5):605-14.
33. Senore C, Battista RN, Shapiro SH, Segnan N, Ponti A, Rosso S, Aimar D. Predictors of smoking cessation following physicians' counseling. *Prev Med* 1998; 27(3):412-21.
34. Pieterse ME, Seydel ER, DeVries H, Mudde AN, Kok GJ. Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: a randomized controlled trial. *Prev Med* 2001; 32(2):182-90.
35. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A, Laka JP. Predictors of long-term outcome of a smoking cessation programme in primary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53(487):101-7.
36. Van Sluijs EM, van Poppel MN, van Mechelen W. Stage-based lifestyle interventions in primary care: are they effective? *Am J Prev Med* 2004;26(4):330-43.

Tabla 1. Resumen de las principales teorías sobre el cambio de conducta, aplicables en atención primaria de salud (APS)

Basada en Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. Am J Prev Med 2002; 22(4):267-84

Nivel individual: conocimientos, creencias, actitudes, rasgos de personalidad y experiencias pasadas			
Teoría	Enfoque	Variables	Aplicación
Creencias en Salud (Health Belief Model) (5, 6)	Percepción de la persona sobre la amenaza del problema de salud y la efectividad de la conducta recomendada para prevenir o manejar dicho problema	<ol style="list-style-type: none"> 1) Vulnerabilidad percibida 2) Severidad percibida 3) Beneficios percibidos 4) Barreras percibidas 5) Indicación para la acción 6) Confianza en uno mismo 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Indagar la vulnerabilidad y severidad percibida 2) Trabajar los pros y contras del cambio (beneficios y barreras) 3) Buscar estímulos asociados para facilitar la nueva conducta 4) Plantear estrategias de afrontamiento 5) Explorar la confianza en uno mismo
Acción Planificada y Acción Razonada (Theory of Planned Behavior) (7-9)	Las personas son seres racionales y su intención de conducta determina la ejecución de un determinado comportamiento, a través de la influencia de las creencias, actitudes, las normas subjetivas y el control percibido sobre la conducta	<ol style="list-style-type: none"> 1) Intención de conducta, influenciada por: 2) Norma subjetiva: creencias sobre la opinión de los individuos importantes en el entorno respecto a la conducta y el cambio 3) Actitud hacia la conducta: modelada por las creencias asociadas a la conducta y sus consecuencias 4) Control percibido sobre la conducta: facilidad o dificultad para realizar el cambio y capacidad percibida de lograrlo 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluación de la intención de conducta del individuo 2) Evaluación de la percepción del individuo sobre la opinión del entorno respecto al cambio 3) Subrayar los aspectos positivos y los apoyos sociales hacia el cambio 4) Explorar y fomentar la Autoconfianza
Modelo de Procesamiento de la Información (Cognitive/ Information Processing Model) (10)	La capacidad de la persona de entender y reaccionar a las fuentes de información o comunicación, influye en su conducta. Proceso clave y presente en cualquier intervención de modificación de las conductas	<p>Quién proporciona la información Cómo es creada, transmitida, recibida y asimilada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tipo de información: <ul style="list-style-type: none"> - Sobre el proceso de modificación de conducta - Sobre las sensaciones asociadas al cambio de conducta 2) Cantidad de información 3) Claridad 4) Profundidad y adaptación a conocimientos previos del receptor 5) Contenidos entendidos 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Asegurarse de qué información tiene la persona 2) Seleccionar la más relevante 3) Comunicando primero la más importante 4) De forma que sea clara y positiva (Proporcionar información escrita y en un lenguaje adaptado al lenguaje del individuo) 5) Adaptarla a los conocimientos previos del individuo 6) Comprobar que el paciente ha entendido la información dada

Nivel individual: modelos de proceso de cambio			
Teoría	Enfoque	Variables	Aplicación
Modelo Transteórico de las Etapas de Cambio (Transtheoretical Model) (11)	Modelo dinámico de cambio en el que los individuos progresan a lo largo de diversas etapas. La disposición o intención de cambiar una conducta, varía entre los individuos y en el individuo a través del tiempo. La recaída es un suceso común y parte del proceso de cambio	<ol style="list-style-type: none"> 1) Etapas de cambio: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento 2) Procesos de Cambio: cognitivos y conductuales 3) Auto-eficacia 4) Balance de decisión 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Adecuar las intervenciones al estadio de disposición al cambio, buscando que las personas avancen en el proceso de cambio 2) Utilizar estrategias motivacionales o informativas en las primeras fases 3) Utilizar estrategias de dotación de habilidades para realizar la nueva conducta y afrontar las barreras a aquellos en las fases posteriores
Proceso de adopción de precauciones (Precaution Adoption Process Model) (12, 13)	La adopción de una nueva conducta requiere un proceso, a través de 7 etapas o pasos, que van desde el desconocimiento del problema, hasta el cambio final de conducta, pasando por la decisión de realizar o no la acción.	<p>Etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) No es consciente del riesgo 2) Es consciente del riesgo pero no se considera susceptible al mismo o implicado por el problema 3) El individuo está en el proceso de toma de decisión que puede ser: 4) No actuar 5) Preparado para actuar 6) Acción 7) Mantenimiento <p>Se pasa por todos los estadios sin saltar ninguno y se puede retornar de los cinco últimos, pero no a los estadios 1 y 2, una vez pasados</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Incidir sobre las dos fases previas al proceso de toma de decisión, proporcionando buenas estrategias de información 2) Apoyar al individuo que opta por decidirse a actuar 3) Diferenciar las estrategias informativas para los estadios 1 y 2 de las dirigidas a los que han decidido no actuar.

Nivel inter-personal: papel del entorno y la red de apoyo social			
Teoría	Enfoque	Variables	Aplicación
Modelo Socio-Cognitivo o Teoría Social del Aprendizaje (Social Cognitive Theory) (14, 15)	El comportamiento viene determinado por la interacción dinámica de los factores personales, las influencias ambientales y la propia conducta. El individuo aprende no sólo de su propia experiencia sino de la conducta de los demás	1) Determinismo recíproco 2) Aprendizaje observacional 3) Expectativas de resultado 4) Auto-eficacia 5) Capacitación 6) Reforzamiento	1) Influir en el entorno para recibir de éste un estímulo beneficioso 2) Ofrecer conductas creíbles en los demás, que sirvan de modelo 3) Subrayar los beneficios y consecuencias positivas del cambio 4) Potenciar la auto-eficacia: - objetivos pequeños y progresivos - contrato conductual - Auto-monitorización y refuerzo de los resultados 5) Promover el aprendizaje de habilidades
Modificación de Conducta (Behavior Modification) (16)	La probabilidad de ejecución de una conducta viene determinada por los antecedentes (situación estimular previa a la ejecución de la conducta) y la historia de consecuencias (cambio en el ambiente o situación estimular inmediata a la ejecución de la conducta)	1) Estímulos antecedentes 2) Consecuencias 3) Principio de reforzamiento (refuerzo positivo o negativo) 4) Principio de Castigo (castigo positivo o negativo) 5) Control de estímulos 6) Contingencias culturales de refuerzo	1) Evaluar un déficit de habilidad o un déficit de voluntad. 2) Enseñar al paciente las habilidades necesarias 3) Eliminar las posibles consecuencias aversivas (negativas) que impiden la ejecución de la conducta 4) Eliminar el reforzamiento de conductas incompatibles 5) Incrementar las consecuencias positivas (refuerzo) 6) Facilitar e incrementar las situaciones que la favorecen
Autogestión Self-Management (17)	La efectividad en modificación de la conducta a largo plazo depende del grado de control que el individuo tiene sobre su proceso de cambio	1) Autogestión de habilidades 2) Auto-monitorización 3) Auto-evaluación 4) Auto-refuerzo	1) Plantearlo en una fase adecuada 2) Negociación con el proveedor sobre la autogestión del proceso (estrategias, medios o herramientas a utilizar...) 3) Apoyo externo (familia, amigos) 4) Empleo de diarios, contratos... 5) Empleo de señales externas e internas 6) auto-monitorización
Teorías del apoyo interpersonal y social (18)	La comunicación interpersonal efectiva entre el proveedor y el paciente teniendo en cuenta la importancia del entorno que rodea al individuo es fundamental para que se dé el cambio	1) Apoyo informativo 2) Apoyo emocional 3) Colaboración del entorno	1) El proveedor invita a la familia a ayudar en el cambio, comprometiéndose y comprendiendo la necesidad de cambio 2) La familia actúa de recordatorio y refuerzo 3) Transmitir empatía y comprensión en relación con las dificultades del cambio 4) Repetir y clarificar instrucciones y averiguar el grado de resistencia al cambio 5) Seguimiento para ver evolución y transmitir apoyo

Nivel comunitario			
Teoría	Enfoque	Variables	Aplicación
Acercamiento comunitario (19) Teoría de la difusión de innovaciones (20)	El bienestar de la comunidad puede favorecerse mediante la identificación de problemas u objetivos comunes, la movilización de recursos, el desarrollo y ejecución de estrategias para alcanzar dichos objetivos colectivos. Esto incluye la creación de estructuras y políticas que apoyen las prácticas y estilos de vida saludables y eliminen barreras del entorno físico y social. La adopción de nuevos hábitos y comportamientos sociales sigue un proceso por etapas a lo largo del tiempo, en el que cierta proporción de individuos van adquiriendo nuevos conocimientos, modifican sus actitudes y finalmente cambian sus conductas.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Contexto comunitario: <ul style="list-style-type: none"> - Localización geográfica, Población, Recursos, Necesidades 2) Modelos de trabajo comunitario (Modelos de participación comunitaria y Modelos de intervención comunitaria): <ul style="list-style-type: none"> - Intersectorialidad - Imposición o no, Capacitación de la comunidad, Participación de la comunidad 3) Instrumentos del trabajo comunitario: <ul style="list-style-type: none"> - Refuerzo de redes sociales, Marketing social, Empleo estratégico de los medios de comunicación de masas, Creación de interés, Modificaciones de la agenda 4) Modelos teóricos (teoría socio-cognitiva, modelo de difusión de las novedades, teoría de creencias de salud, modelo transteórico, teoría de acción razonada): Modelo de la difusión de las novedades: 5) etapas: Conocimiento, interés, persuasión, decisión, adopción 	<p>La dimensión comunitaria es imprescindible. A nivel de proyectos y programas, es importante disponer y utilizar el mapa de recursos de la comunidad local y movilizar a la comunidad con objetivos comunes de promoción de la salud.</p> <p>A nivel de políticas de promoción de la salud, es fundamental la coordinación intersectorial de todos aquellos departamentos, ministerios e instituciones que tengan competencias legislativas o ejecutivas relacionadas con la promoción de hábitos saludables.</p> <p>La difusión de nuevos hábitos en la comunidad requiere la utilización de múltiples canales de comunicación. Los programas diseñados con este fin pueden dirigirse a (1) transmitir conocimientos, (2) persuadir y promover el interés por el cambio, (3) catalizar la toma de decisión individual, (4) facilitar la realización de ensayos de cambio de conducta y (5) lograr la adopción de nuevos hábitos y costumbres.</p>

ANEXO II. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA MODIFICACIÓN DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN APS

INTRODUCCIÓN

La realización de actividades preventivas en la consulta primaria tiene por objetivo ayudar a las personas a llevar una vida más saludable. Los profesionales de salud juegan un papel de vital importancia a la hora de motivar y ayudar en el cambio de conducta relacionado con la salud, especialmente en la consulta de atención primaria, que se caracteriza por ser un contexto de continuidad de cuidados sobre un gran sector de la población; contexto que proporciona múltiples oportunidades para aconsejar e intervenir a lo largo del tiempo en el abordaje de los factores y conductas de riesgo.

Gran parte de las actividades preventivas en el contexto de la consulta de atención primaria se llevan a cabo mediante la emisión de consejo o asesoramiento clínico, con diferentes grados de intensidad y periodicidad. Las intervenciones de consejo o asesoramiento en el contexto de la atención primaria son aquellas acciones realizadas por los médicos de familia y el personal sanitario, con el objetivo de ayudar al paciente a adoptar, cambiar o mantener conductas o hábitos que afectan al estado de salud, incluyendo un rango amplio de actividades: valorar los conocimientos y la motivación, informar, modificar conductas inapropiadas, reforzar conductas deseadas y monitorizar el progreso a largo plazo.

Mientras dichos procedimientos de consejo y asesoramiento funcionan con muchos pacientes, en muchas ocasiones, y debido a que los cambios de conducta son difíciles y requieren tiempo, motivación y esfuerzo, es necesaria la utilización de procedimientos de asesoramiento centrados en el paciente, más intensivos, como por ejemplo la Entrevista Motivacional. Otra de las posibles actuaciones que los servicios de salud pueden realizar con vistas a promocionar y favorecer un cambio de conducta saludable es la toma de un acercamiento comunitario, mediante la generación o utilización de recursos dentro de la comunidad. No en vano, muchas de las causas subyacentes de los factores de riesgo son de carácter social, económico o ambiental, y la literatura científica documenta la importancia del apoyo del entorno para ayudar a los pacientes a modificar sus estilos de vida.

A continuación se describen estas tres principales estrategias de intervención.

ESTRATEGIA DE LAS 5 AES O CONSEJO MÉDICO

La estrategia de las 5 Aes, tiene su origen en las intervenciones para ayudar a dejar de fumar desarrollada por el National Cancer Institute (1) y constaba originalmente de 4 pasos: «Ask» (Averiguar), «Advise» (Aconsejar), «Assist» (Ayudar), «Arrange» (Asegurar el seguimiento). Posteriormente, esta estrategia ha sido propuesta por el US Preventive Services Task Force Counseling and Intervention Work Group para el manejo clínico de las conductas relacionadas con otros hábitos, como la dieta, la actividad física o el alcohol (2). Actualmente consta de los siguientes cinco pasos:

1. *Averiguar (Assess)*: Proceso de identificación de aquellos pacientes con necesidad de recibir una intervención conductual y de medición rápida de las características y factores claves a partir de los cuales poder personalizar o individualizar los objetivos y métodos implicados en el cambio comportamental, maximizando su efectividad y el beneficio en salud.
2. *Aconsejar (Advise)*: Proporcionar un consejo claro, específico y personalizado sobre cambio de hábitos o conducta, incluyendo información sobre los riesgos y el beneficio personal. El objetivo es poner de manifiesto la importancia de los hábitos para el cuidado de la salud, favoreciendo la motivación para el cambio de conducta del paciente.
3. *Acordar (Agree)*: negociar de manera cooperativa con el paciente los objetivos y procedimientos de intervención apropiados, basándose en los intereses y capacidad de cambio del individuo. Incorpora

ra una evaluación o consideración cooperativa de las preferencias del paciente, sus necesidades y disposición al cambio. Lo cual, a su vez, determinará los componentes y la intensidad de la intervención.

4. *Ayudar (Assist)*: Ayudar al paciente a conseguir los objetivos acordados, adquiriendo las habilidades y recursos que faciliten el cambio y aborden las barreras, mediante la utilización de técnicas de cambio conductual. Asimismo, puede complementarse con otro tipo de tratamientos, como los farmacológicos, psicoterapéuticos, etc.
5. *Asegurar el seguimiento (Arrange)*: Realizar contactos de seguimiento para proporcionar asistencia y apoyo continuado, con el objetivo de ajustar los planes terapéuticos. Dentro de esta fase, y como método de continuidad de cuidados, se incluye la derivación a consulta especializada o recursos externos.

Es de destacar que la aplicación de cada una de las etapas y el tipo e intensidad de las estrategias necesarias para la modificación de hábitos, puede variar en función de la complejidad del cambio y de los factores individuales de la persona. Para llevar a cabo una implantación eficaz del modelo, se recomienda: (3)

1. Sistemas de apoyo, como por ejemplo herramientas informáticas de recordatorio, evaluación, aviso, notificación, ayuda a la toma de decisiones, feedback.
2. Utilización de equipos multi-disciplinarios para el reparto de responsabilidades a la hora de realizar los diferentes pasos de la intervención.
3. Entrenamiento de los clínicos y del resto del personal, para optimizar la administración de intervenciones centradas en el paciente.
4. Coordinación de servicios, que posibiliten la derivación de ciertas personas a centros especializados o la ejecución de intervenciones más intensivas o basadas en cuidados escalonados y progresivos.
5. Utilización de los recursos de la comunidad.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional es una entrevista abierta, encaminada a obtener un cambio de conducta, ayudando al individuo a explorar y a resolver su propia ambivalencia (4). Esta estrategia incorpora entre otros, elementos teóricos del *Modelo Transteorético* (5), el modelo de las *Creencias en Salud* (6) y los *acercamientos centrados en el paciente de Carl Rogers* (7).

Bajo un clima de empatía, tolerancia y cooperación mutua, la entrevista motivacional se centra en la autoexploración, y la *resolución de ambivalencias* y resistencias respecto a una conducta (quiero dejar de fumar pero me da miedo engordar). Busca el compromiso del paciente con un proceso específico para lograr el cambio en su conducta o problema, pero admitiendo siempre que es el paciente en última instancia quien decidirá sobre el cambio y la forma de llevarlo a cabo. La labor del profesional es facilitar la expresión de ambos aspectos de la ambivalencia y ayudar al individuo hacia una resolución que provoque cambios. Entre los elementos fundamentales a la hora de que una persona se plantee un cambio, *la motivación* juega un papel importante. Se incrementa a medida que la persona toma conciencia de su problema. En este sentido, la labor del terapeuta es motivar al paciente para el cambio, facilitando la identificación y expresión de la actitud, los pros y los contras, ofreciendo una realimentación constructiva. Pero en cualquier caso la motivación para el cambio se tiene que obtener desde el propio paciente y nunca se debe intentar forzar desde fuera.

El otro elemento importante para la realización del cambio es la sensación de confianza en llevar a cabo la conducta o cambio requerido, es decir, la percepción de *auto-eficacia*. De hecho, la percepción del paciente del control de sus propias conductas y decisiones es el mayor incentivo para que se implique y responsabilice en el proceso de cambio.

La entrevista motivacional se estructura principalmente en tres fases:

1. *Fase de posicionamiento*: el objetivo es que la persona explique su percepción y preocupaciones respecto a la conducta.
2. *Fase de reflexión*: análisis por parte del paciente de su situación e implicación en el cambio, considerando las ventajas y desventajas de un determinado cambio.
3. *Fase de negociación para el cambio*: en ella se establecen los objetivos y las estrategias para lograr tanto el cambio como el mantenimiento de la nueva conducta.

Miller & Rollnick (4) describen cinco principios generales que subyacen a la entrevista motivacional:

1. *Expresar empatía*. Para ello se aconseja la utilización de la escucha reflexiva y el calor emocional durante el proceso de la entrevista. Este estilo incluye el uso de preguntas abiertas, la legitimación de los sentimientos del paciente, y la validación de sus decisiones sin realizar juicios.
2. *Desarrollar discrepancia*, aumentando la toma de conciencia por parte del paciente de las consecuencias de la conducta actual y las metas que se propone.
3. *Evitar las discusiones y la persuasión directa* sobre la necesidad de cambio, pues esto puede generar resistencia en el individuo.
4. *Prestar atención a las resistencias y manejarlas* invitando a la persona a considerar nuevas informaciones o perspectivas, *evitando la imposición*.
5. *Apoyar o fomentar la auto-eficacia*, reforzando a la persona por los éxitos en el pasado, y fomentando la sensación de control sobre su conducta.

Entre las técnicas usadas en la entrevista motivacional, destacan las siguientes:

Técnicas de acogida: En la fase inicial de la entrevista, y con el objetivo de crear un clima favorable mediante la empatía, la cordialidad, la escucha activa.

Técnicas de apoyo narrativo: Facilitan la expresión de percepciones y argumentos por parte del paciente. Elementos fundamentales son las preguntas abiertas, la escucha reflexiva y parafraseada, la comunicación no verbal y los silencios.

Técnicas para aumentar el nivel de conciencia para el cambio: Buscan reforzar la motivación del paciente, identificación del balance de decisión (pros y contras), técnicas de auto-observación de la conducta (diario de salud).

Técnicas de apoyo y consolidación: Tratan de fortalecer y acompañar el afrontamiento del cambio. Se utilizan técnicas de apoyo emocional, de reforzamiento de expresiones o conductas a favor del cambio, y técnicas de afrontamiento para prevenir recaídas en situaciones difíciles.

En resumen, la entrevista motivacional no es un conjunto de técnicas a aplicar, sino un estilo de relación que equilibra lo directivo y lo centrado en el cliente.

EL ACERCAMIENTO COMUNITARIO

Al hablar de modelo comunitario para el abordaje de la modificación de hábitos, en realidad, más que un modelo concreto, se hace referencia a un ámbito de trabajo con unas características que lo definen y que determinan los procesos que en él se desarrollan. Las variables que definen el contexto comunitario son: la localización geográfica, la población, los recursos y las necesidades. Es frecuente observar, tanto en bibliografía teórica como en comunicaciones de experiencias, asimilaciones del concepto comunidad o comunitario al concepto de grupo de intereses comunes. En lo que a este trabajo se refiere, el concepto de comunidad o comunitario, vendrá definido por las variables citadas anteriormente (8-11).

Las aproximaciones al contexto comunitario y a sus condicionantes son variadas y se fundamentan en diversas bases teóricas y conceptuales. Podemos encontrar referencias a la comunidad en temas de salud en las teorías de participación comunitaria, organización comunitaria, acción-investigación participativa, etc. Destacamos los modelos de intervención comunitaria (atención primaria orientada a la comunidad –APOC-, aproximación planificada a la salud comunitaria –PATCH-, etc) por ser los que aportan un modo de trabajo sistematizado que permite el registro y la evaluación de las actividades realizadas y el abordaje de las mismas desde las estructuras de atención primaria de salud.

La intervención comunitaria se inicia con la constitución de un grupo interdisciplinar de instituciones, organismos, asociaciones y miembros de la comunidad interesados e involucrados en la salud de dicha comunidad. Su trabajo se inicia con la valoración de las necesidades de la comunidad. Para dicha valoración se emplea información demográfica, socio-económica, dotación de servicios, estado de salud, mortalidad e información cualitativa sobre las necesidades de la comunidad. Esta fase ha de ser ágil, rápida y barata pues lo que pretende alcanzar es una aproximación al conocimiento de la comunidad que favorezca la toma de decisiones consensuadas y basadas en las necesidades reales de la población. Una vez recogida y analizada dicha información y formulados los problemas y las necesidades que de este análisis se extraigan, se procede, siempre de forma participativa y consensuada a la selección de aquellos problemas o necesidades que se consideran prioritarios. Tras esta selección, se procede a analizar a fondo dichos problemas o necesidades mediante la recogida y elaboración de la información que se considere pertinente y necesaria.

Tras el análisis y conocimiento en profundidad del problema priorizado, se decidirá el modo de abordarlo partiendo siempre de los recursos disponibles en la comunidad y en base a la evidencia existente sobre la efectividad de las intervenciones relacionadas con el problema. La puesta en marcha de programas o actividades para abordar los principales problemas o necesidades de salud de la comunidad siempre habrá de contemplar los necesarios métodos de evaluación para valorar la eficacia del programa y, en consecuencia, su continuidad e interés.

Las características que determinan los mayores niveles de eficiencia de cualquier modelo de trabajo comunitario son la inter-sectorialidad, la no imposición y la capacitación y participación de la comunidad. De todas ellas, la capacitación y la participación de la comunidad, constituyen el aspecto más complejo y a su vez enriquecedor del contexto comunitario.

REFERENCIAS

1. Glynn TJ, Manley MW. How to help your patients stop smoking: A National Cancer Institute manual for physicians. Bethesda MD: smoking, Tobacco, and Cancer Program, Division of Cancer Prevention and Control, National Cancer Institute; 1989 (NIH publication 89-3064).
2. Withlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002; 22:267-284.
3. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Planning Committee of the Addressing Multiple Behavioral Risk Factors in Primary Care Project. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am J Prev Med* 2004; 27(2 Suppl):61-79.
4. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
5. 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.
6. Rosentock IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs* 1974; 2:328-335.
7. Rogers CR. The Necessary and Sufficient Conditions for Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology* 1957; 21:95-101.
8. National Cancer Institute. Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice (second edition). Washington, DC: US Department of Health and Human Services, National Institutes for Health, NIH Publication No. 05-3896; 2005.
9. Nutbeam D, Harris E. Theories on change in communities and comunal action for health: Theory in a nutshell. Mc Graw Hill; 2004.
10. Hoffmeister H, Mensink GBM. Community-based intervention trials in developed countries: Oxford textbook of public health 4th edition. Oxford University Press; 2004.

ANEXO III. EVIDENCIA SOBRE LA EFECTIVIDAD DEL CONSEJO MÉDICO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA MODIFICACIÓN DE HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se efectuó una búsqueda de revisiones y metaanálisis relacionados con la evaluación de la eficacia y efectividad del *consejo médico* en la modificación de hábitos relacionados con actividad física, dieta, consumo de alcohol y tabaquismo, con adultos sanos y en las condiciones rutinarias de APS, realizada, sobre trabajos publicados en 1996-2006. Los términos de búsqueda utilizados fueron aquellos referidos a las conductas o hábitos estudiados (actividad física, dieta, consumo de alcohol y tabaco), el contexto de atención primaria de salud, y términos específicos como estudio de intervención, consejo, educación del paciente, cambio de conducta, revisión, meta-análisis. En este sentido, se excluyeron aquellos trabajos relacionados con guías o recomendaciones de práctica clínica en los cuales no hubiera un proceso búsqueda sistemática, revisión de estudios y consecuente análisis de evidencia, y aquellos trabajos de revisión que evaluaran una estrategia de intervención diferente al consejo médico en las condiciones reales de la consulta primaria (ej., ámbito hospitalario, intervención basada en materiales de autoayuda).

RESULTADOS

Tras la revisión de los resúmenes y teniendo en cuenta el objeto de la revisión y los criterios de inclusión-exclusión fueron finalmente seleccionados 22 estudios de revisión. Siete se centran en la promoción de la actividad física (1-7), cinco sobre la promoción de una dieta saludables (8-12), otros cinco en la reducción del consumo de alcohol (13-17) y tres en el abandono del tabaco (18-20). Por último, se incluyen dos revisiones centradas en la efectividad de intervenciones dirigidas de manera conjunta sobre los múltiples factores de riesgo (21,22).

Actividad Física

La evidencia en torno a la efectividad del consejo médico, realizado en las condiciones reales de la consulta de atención primaria para el incremento del nivel de actividad física es insuficiente.

Las revisiones realizadas en conjunto por el US Preventive Services Task Force (2) y la Agency of Healthcare Research and Quality (3), señalan que las intervenciones con múltiples componentes, que combinan el consejo del médico de familia con intervenciones conductuales para facilitar y reforzar niveles saludables de actividad física, parecen ser los más prometedores. Dichas intervenciones incluyen establecimiento de objetivos para el paciente, prescripciones escritas, regímenes de actividad física adaptados al individuo, y ayuda en forma de seguimiento a través del teléfono o correo, realizado por personal entrenado. Asimismo, vincular o derivar a los pacientes de atención primaria a los recursos de actividad física de la comunidad o a programas de ejercicio, puede incrementar la efectividad del consejo proporcionado por el médico de familia.

En otra revisión sistemática, se identificaron 12 estudios que evaluaban la educación o el consejo terapéutico en atención primaria (4). Atendiendo a los resultados derivados de los estudios revisados, los autores concluyeron que el consejo terapéutico en atención primaria para la promoción de la AF es relativamente efectivo a corto plazo, pero el efecto disminuye o desaparece a largo plazo. Tras revisar la eficacia de las diferentes intervenciones, concluyen que es necesario intervenciones a largo plazo con múltiples contactos, y que, el ejercicio supervisado, la provisión de equipamiento y las estrategias conductuales parecen incrementar el éxito.

En la última de las revisiones de evidencia seleccionadas sobre la efectividad del consejo médico en el incremento de la actividad física (5), los autores concluyeron que existe poca evidencia de que el con-

sejo médico sea efectivo para el incremento del nivel de actividad física. Según los autores, el impacto de los factores ambientales en la efectividad del consejo médico ha sido escasamente estudiado, y la mayoría de las intervenciones se centran en un enfoque individual. Dichas intervenciones están determinadas a fracasar pues tratan de promover un cambio en los individuos en entornos que son hostiles hacia las actividades que se están promoviendo. El consejo en la consulta primaria será por tanto más efectivo en los entornos más favorecedores, aquellos en consonancia con los cambios promovidos.

Las revisiones más recientes (6-8) coinciden en las conclusiones y sugieren que las intervenciones de consejo sobre la actividad física producen efectos pequeños a corto plazo en la actividad física auto-informada y en la forma física, pero no en alcanzar un nivel predeterminado de actividad física.

Dieta

Con respecto a la efectividad del consejo breve sobre la dieta en el contexto de atención primaria, existe cierta evidencia de que el consejo o asesoramiento médico de intensidad media produce cambios de pequeños a moderados en el consumo medio de los principales componentes de una dieta saludable en pacientes no seleccionados, especialmente grasas saturadas y frutas y verduras. Sin embargo, existe evidencia insuficiente para determinar con claridad la significación y magnitud del beneficio del consejo rutinario en la promoción de una dieta saludable.

El US Preventive Service Task Force ha realizado una extensa revisión de la evidencia del asesoramiento o consejo sobre la modificación de la dieta (8, 9). En el primero de los trabajos, se llevó a cabo una revisión de ensayos clínicos para la evaluación de la efectividad del asesoramiento para la promoción de una dieta saludable, en el contexto clínico (8). En cuanto a los resultados, se encontraron efectos al menos moderados en todos los nutrientes estudiados (consumo de grasas, frutas y verduras y fibra).

Con respecto a las características de las intervenciones, los autores de la revisión concluyeron que las intervenciones en el contexto de la atención primaria, obtuvieron efectos pequeños o medios. Las intervenciones que utilizan materiales de ayuda y medios interactivos de comunicación (correos electrónicos adaptados, consejo telefónico) conjuntamente con un breve consejo del médico de familia, producen efectos medios, superiores a los obtenidos exclusivamente con el consejo, y parecen ser viables para el uso en el contexto de la atención primaria. Las intervenciones de mayor intensidad (6 o más contactos de 30 minutos), como por ejemplo aquellas realizadas en clínicas especiales de investigación, produjeron mayores efectos. Sin embargo, dichas intervenciones intensivas no representan las condiciones reales de la consulta de atención primaria. Asimismo concluyen que las intervenciones que utilizan un mayor número de los componentes evaluados obtienen mayores efectos en el cambio de la dieta.

En el segundo de los documentos, el USPSTF se centro exclusivamente en la efectividad de las intervenciones de consejo en el contexto de atención primaria (9). La revisión concluye que las intervenciones más efectivas generalmente combinan educación sobre nutrición y dieta, con consejo conductual, con el objetivo de dotar al paciente con la motivación y las habilidades necesarias para realizar exitosamente los cambios en la alimentación y en las prácticas de preparación de la misma. Ejemplos de estas intervenciones conductuales serían enseñar técnicas de auto-monitorización, entrenamiento para superar las barreras en la selección de alimentos sanos, ayudar a los pacientes a establecer sus propios objetivos, proporcionar guías de adquisición y preparación de alimentos, y crear redes o fuentes de apoyo social. Los sistemas de ayuda en el centro o consulta de atención primaria como los algoritmos de consejo, mecanismos de aviso o recordatorios, han demostrado asimismo incrementar significativamente la provisión de consejo apropiado sobre la dieta en el contexto de atención primaria. En general, estas intervenciones pueden ser enmarcadas en referencia al modelo de las 5 Aes. Las intervenciones más intensivas, aquellas realizadas con pacientes a riesgo o realizadas en clínicas de investigación especiales, parecen producir cambios consistentes y relevantes.

Por su parte, la agencia Agency of Health Research and Quality (AHRQ) realizó una revisión sistemática de ensayos clínicos que evaluaran la eficacia de intervenciones de consejo sobre el cambio de dieta (10), incluyendo el consejo realizado por miembros del equipo de atención primaria (médicos de familia, enfermeras o asistentes) en el curso de la consulta rutinaria. En la línea de lo establecido en las anteriores revisiones, los autores concluyen que las intervenciones ejecutadas en el contexto de atención primaria obtuvieron efectos pequeños o moderados. Las intervenciones de baja intensidad tendieron generalmente a ser más viables y a tener mayor validez externa que las de mayor intensidad, reflejando intervenciones que han sido ejecutadas en las condiciones reales de atención primaria. Aún así, algunas estrategias de intervención han alcanzado altos niveles de intensidad sin perjudicar a la viabilidad mediante el uso de estrategias innovadoras y eficientes: utilizar el personal del centro para realizar intervenciones a nivel grupal o llamadas telefónicas o correos de seguimiento, boletines adaptados generados por ordenador o sistemas telefónicos automatizados para la proporción de feedback, establecimiento de objetivos y refuerzo, que requieren poco tiempo del personal. En la línea de las conclusiones de la revisión del USPSTF, aquellas intervenciones que incluían 3 o más ingredientes activos eficaces, obtuvieron efectos más grandes.

Por último, en las recientes revisiones Cochrane sobre ensayos clínicos para la evaluación del efecto de consejo para lograr cambios en la dieta o disminuir el riesgo cardiovascular en pacientes adultos sanos (11) y efecto del consejo de dieta baja en grasas sobre la pérdida de peso (12), concluyen que las intervenciones en el contexto clínico tienden a obtener mejores resultados en el consumo de grasas, frutas y verduras que las intervenciones en otros contextos. Las intervenciones de mayor intensidad, con más de 3 contactos, obtienen mejores resultados.

Alcohol

Actualmente, existe una fuerte evidencia de la efectividad del consejo médico en contexto de la consulta primaria sobre la disminución del consumo de alcohol.

El US Preventive Services Task Force realizó una revisión de estudios (aleatorizados y no aleatorizados) y revisiones de evidencia anteriormente realizadas, sobre la eficacia del consejo terapéutico en atención primaria para la reducción del consumo del alcohol, con consumidores adultos no dependientes (13). Los estudios que obtuvieron mejorías estadísticamente significativas en las variables de resultado de consumo de alcohol, independientemente de la intensidad, además de múltiples contactos, incluyeron 2 de los siguientes 3 componentes de intervención: feedback, consejo y establecimiento de objetivos. Según los revisores, las intervenciones eficaces y sus ingredientes activos, se adaptan perfectamente a la estrategia de intervención de las 5 Aes. A pesar de que todas las intervenciones requieren de algún tipo de apoyo a nivel del sistema, sobre todo en lo referido a la evaluación inicial de los pacientes, y en algunos casos sistemas de recordatorio o aviso, consideran que las intervenciones muy breves o breves, son aquellas que con mayor facilidad y viabilidad pueden incorporarse a las condiciones rutinarias de atención primaria. Dichas intervenciones obtendrán efectos pequeños o moderados. Las intervenciones de mayor intensidad, con múltiples contactos, con el objetivo de incrementar el efecto, necesitan de una mayor reestructuración del equipo o centro de atención primaria y los sistemas de apoyo.

Recientemente, en una revisión sistemática y meta-análisis para la evaluación de la evidencia sobre la eficacia de intervenciones breves en la consulta de atención primaria para la reducción del consumo de alcohol de pacientes que acuden a consulta rutinaria, sin estar buscando ayuda relacionada con el consumo de alcohol (14), se revisaron 24 trabajos pertenecientes a 19 ensayos fueron seleccionados. De ellos, dos estudios fueron realizados en España. Los autores concluyen que una intervención breve consistente en una consulta de asesoramiento o consejo de 15 minutos de duración, acompañada de materiales escritos, y con posibilidad de seguimiento, es efectiva tanto para hombres como mujeres, para la reducción del consumo de alcohol a los 6 y 12 meses y parecen mantenerse más allá del año.

Los resultados del meta-análisis realizado por Poikolainen et al. (15) indicaron que las intervenciones extendidas, con varias sesiones de consejo por parte del médico de familia, son efectivas para la reducción del consumo de alcohol en mujeres (-51 gramos de alcohol a la semana). Las intervenciones de intensidad muy breve, muestran algo de efecto, pero la variación en los resultados de los estudios en cuanto a magnitud y dirección del efecto, y la heterogeneidad de las intervenciones evaluadas no permiten establecer una conclusión clara en cuanto a su efectividad.

El último de los estudios seleccionados para la presente revisión de evidencia es una búsqueda sistemática y meta-análisis para evaluar evidencia sobre la eficacia del consejo médico en la reducción del consumo de alcohol, sobre ensayos aleatorizados realizados en España (16). En este trabajo, fueron seleccionados 5 estudios, todos ellos realizados en atención primaria con varones que consultaron por motivos distintos al consumo de alcohol. Se produjo un incremento significativo de la probabilidad de éxito de un 11% en el grupo de intervención sobre la condición de control. Los resultados apoyaron la eficacia de la intervención breve realizada en atención primaria en la disminución del consumo de alcohol, si bien su efecto es moderado.

Por último, mencionar que los resultados y conclusiones de las anteriores revisiones se ven confirmados en la reciente revisión Cochrane sobre efectividad del consejo médico para reducir el consumo de alcohol en atención primaria (17).

Tabaco

Existe una sólida evidencia de que el consejo médico, en las condiciones reales de la consulta de atención primaria, es efectivo para ayudar a dejar de fumar. En el análisis de los 17 ensayos realizado en la revisión Cochrane (18), la cual evaluaba intervenciones de intensidad mínima, se obtuvo un efecto combinado significativo en la probabilidad de dejar de fumar, superior a la condición de control (OR de abandono = 1.74; Intervalo de confianza al 95%, 1.48-2.05). El efecto de las intervenciones de mayor intensidad en comparación con la condición de control fue aún mayor, pero al mismo tiempo con un mayor índice de heterogeneidad. En la comparación directa de ambas intensidades, realizada con 15 estudios, sugirió un efecto significativo a favor de las intervenciones de mayor intensidad (OR= 1.44; IC al 95%, 1.24-1.67).

A tenor de los resultados, la revisión Cochrane concluye que el consejo del médico de familia es efectivo sobre el abandono del consumo de tabaco. El efecto combinado en el abandono del consumo de tabaco de una intervención de consejo breve realizada por el médico de familia es 2.5% superior al obtenido sin consejo. Las intervenciones de mayor intensidad se muestran ligeramente más efectivas que las de menor intensidad, mientras que la ejecución de un seguimiento del paciente produce beneficios adicionales. Sin embargo no existe suficiente evidencia para concluir sobre la superioridad del consejo motivacional o de ciertos estilos de emisión del consejo. Asimismo, las intervenciones realizadas en atención primaria por el personal de enfermería también han mostrado ser efectivas (19).

La tercera gran revisión sobre la efectividad del consejo médico sobre el abandono del tabaco está incluida en la Guía de práctica clínica promocionada por el servicio de salud pública de Estados Unidos (US Public Health Service) (20), la cual basa sus conclusiones y recomendaciones en una extensa revisión y meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados publicados desde 1975 a 1999. Aproximadamente 6000 artículos fueron revisados de los cuales 180 fueron incluidos en los meta-análisis.

Los resultados del metaanálisis indicaron que la ejecución de sistemas clínicos para el incremento de la evaluación y documentación de fumadores, aumenta la tasa de intervención médica sobre los pacientes fumadores.

Con respecto al formato de las intervenciones efectivas, los análisis realizados indicaron que, a pesar de existir una relación dosis-respuesta entre la duración de la sesión de contacto individual y resultados de éxito, las intervenciones mínimas, de menos de 3 minutos de duración, incrementan la tasa global de abstinencia. Asimismo, existe un alto grado de evidencia de que el consejo telefónico, el consejo grupal

y el consejo individual son efectivos en el incremento de las tasas de abstinencia, siendo el consejo individual el formato que más porcentaje de abstinencia logra. En cuanto a las técnicas de intervención, los resultados mostraron que tres tipos específicos de asesoramiento o estrategias de intervenciones resultaron tener un efecto significativo en el incremento de la tasa de abandono: 1) consejo práctico relacionado con la resolución de problemas, entrenamiento en habilidades, prevención a la recaída y manejo del estrés; 2) proporcionar apoyo en el contacto del fumador con el clínico; 3) intervenir en el entorno del fumador para incrementar el apoyo social.

Basándose en la revisión de evidencia realizada, los expertos recomiendan, a modo de guía práctica, para el abordaje del tabaquismo en la consulta de atención primaria:

1. Con aquellos pacientes motivados para dejar de fumar, recomiendan un acercamiento de intervención basado en el modelo de las 5 Aes.
2. Con aquellos pacientes no preparados, se recomienda desarrollar la motivación para dejar de fumar a través de intervenciones motivacionales breves, como por ejemplo aquellas basadas en la estrategia de las 5Rs: relevancia, o destacar la importancia personal de dejar de fumar; riesgos, o identificación de consecuencias negativas del uso del tabaco; refuerzos, o identificación de beneficios asociados a dejar de fumar; identificación de barreras (roadblocks) para dejar de fumar y sus posibles soluciones; repetición de la estrategia cada vez que el paciente acude a consulta.
3. Con aquellos pacientes que han dejado de fumar, los expertos recomiendan la ejecución de estrategias de prevención a la recaída, bien a través de una intervención breve o más intensiva.

Múltiples Factores de Riesgo

Dos trabajos fueron seleccionados en la presente revisión de la evidencia en el que se evalúa la eficacia o efectividad del consejo o asesoramiento médico en el contexto de atención primaria sobre los factores de riesgo de interés de manera conjunta (21, 22), Goldstein et al. (21), tras repasar los hallazgos y conclusiones de las revisiones realizadas por la principales agencias sobre la eficacia de las intervenciones en atención primaria en cada uno de los factores de riesgo por separado, establecen que los componentes de intervención asociados con resultados positivos sobre la salud son: 1) Evaluación de las características y necesidades del paciente, y consiguiente adaptación de los elementos de la intervención en base a dicha evaluación; 2) Intervenciones conductuales, especialmente aquellas que incluyen auto-monitorización, establecimiento cooperativo de objetivos y resolución activa de problemas; 3) Intervenciones en las que se combinan los fármacos y los procedimientos conductuales, especialmente en el tabaco; 4) Elementos de apoyo, dentro y fuera de la intervención; 5) Múltiples contactos; 6) Inclusión de elementos en el sistema, para favorecer el aviso o notificación a médicos y pacientes.

Con respecto a las intervenciones sobre los múltiples factores de riesgo en el contexto clínico, los autores establecen que aunque todavía existen lagunas en la evidencia de la eficacia de las intervenciones de abordaje de los múltiples factores de riesgo en atención primaria, existe evidencia sobre la eficacia de las intervenciones sobre los múltiples factores de riesgo en los estudios y ensayos realizados en pacientes con enfermedad presente, por ejemplo, enfermedad cardiovascular (21, 22). Atendiendo a los hallazgos generalizables a las condiciones de atención primaria, establecen que las estrategias de intervención efectivas son: 1) evaluación y adaptación de la intervención al paciente.; 2) educación interactiva y el fomento de habilidades; 3) auto-monitorización, establecimiento de objetivos, identificación de barreras y resolución de problemas; 4) utilización de equipos multi-disciplinarios o programas basados en enfermería; 5) múltiples contactos de seguimiento.

Por último, basándose en las recomendaciones del US Preventive Services Task Force Counseling and Behavioral Interventions Work Group, recomiendan la adopción de la estrategia de las 5 Aes para la ejecución de intervenciones conductuales y de consejo basadas en la evidencia sobre los múltiples hábitos de riesgo.

REFERENCIAS:

1. Eden KB, Orleans CT, Mulrow CD, Pender NJ, Teutsch SM. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 137(3):208-15.
2. Guide to Clinical Preventive Services, 3rd edition. Clinician Counseling to Promote Physical Activity. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. Available at: . Accessed April 4, 2006.
3. Simons-Morton et al. Effects of interventions in health care settings on physical activity or cardiorespiratory fitness. *Am J Prev Med* 1998; 15(4):413-30.
4. Lawlor DA, Hanratty B. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *Public Health Med* 2001; 23(3):219-26.
5. Smith BJ. Promotion of physical activity in primary health care: update of the evidence on interventions. *J Sci Med Sport* 2004; 7(1 Suppl):67-73.
6. Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (1):CD003180.
7. Tulloch H, Fortier M, Hogg W. Physical activity counseling in primary care: Who has and who should be counseling? *Patient Educ Couns* 2006; 64(1-3):6-20.
8. Pignone MP et al. Counseling to promote a healthy diet in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 2003; 24(1):75-92.
9. Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale. *Am J Prev Med* 2003; 24(1):93-100.
10. Guide to Clinical Preventive Services, 3rd edition. Counseling to Promote a Healthy Diet. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. Available at: . Accessed April 4, 2006.
11. Brunner EJ, Thorogood M, Rees K, Hewitt G. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; Issue 4. Art. No:CD002128.
12. Prioizzo S, Summerbell C, Cameron C, Glasziou P. Advice on low-fat diets for obesity. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002; Issue 2. Art. No:CD003640.
13. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J; U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004; 140(7):557-68.
14. Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005; 165(9):986-95
15. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med* 1999, 28(5):503-509.
16. Ballesteros J, Ariño J, González-Pinto A, Querejeta I. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol: Meta-análisis de estudios españoles en atención primaria. *Gac Sanit* 2003; 17(2):116-122.

17. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Apr 18;(2):CD004148.
18. Fiore M, Bailey W, Cohen S, et al. Treating tobacco use and dependence, clinical practice guideline. Rockville MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services; 2000.
19. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, Issue 4. Art. No.:CD000165.
20. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, Issue 1. Art. No.:CD001188.
21. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J; Planning Committee of the Addressing Multiple Behavioral Risk Factors in Primary Care Project. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am J Prev Med* 2004; 27(2 Suppl):61-79.
22. Ebrahim S, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 4. Art. No.: CD001561.

ANEXO IV. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA SOBRE LAS PERCEPCIONES DE MÉDICOS Y PACIENTES ANTE LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

INTRODUCCIÓN

Con el objetivo de conocer las percepciones de profesionales y pacientes en cuanto protagonistas de cualquier estrategia de promoción de hábitos saludables que se prevea llevar a cabo en Atención Primaria de Salud (APS), se consideró la utilización de la metodología cualitativa como especialmente idónea para analizar en profundidad las perspectivas de los principales agentes implicados. La utilidad de los métodos cualitativos en el ámbito de la promoción y prevención de la salud ha sido repetidamente constatada, tanto en el debate teórico sobre su diseño y evaluación en general, como en relación a las intervenciones concretas en tabaco, dieta, ejercicio y alcohol.

En nuestro caso se partió de dos experiencias previas en las que habían participado médicos de APS y pacientes a propósito de dos proyectos realizados por la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia: la evaluación de la efectividad del Programa de Abandono de Tabaco (PAT) en el año 1996-1998, y la evaluación del Programa Experimental de Promoción de la Actividad Física (PEPAF) en los años 2003-2004.

Aún conscientes del carácter selectivo de dicha aproximación, entendimos que nos podía proporcionar información de especial riqueza, no solo en cuanto a la valoración de las dos experiencias en particular, sino sobre todo en relación a las percepciones de médicos y pacientes sobre la incorporación de las actividades de promoción y prevención de la salud (PPS) como componente cotidiano de la labor asistencial en APS. El área de estudio comprendía por tanto el abandono del tabaco y la promoción del ejercicio físico, pero también incluía las actividades de prevención del abuso de alcohol y de la obesidad.

OBJETIVO

Profundizar en el conocimiento de las percepciones de médicos de familia y pacientes acerca de la promoción de estilos de vida saludables en APS a partir de su participación en intervenciones sobre tabaco y ejercicio físico.

PARTICIPANTES Y MÉTODOS

Desde una metodología cualitativa y con un propósito inicialmente exploratorio, se consideró como técnica idónea para la obtención de información la realización de grupos de discusión en cuanto que permiten una enriquecedora síntesis de las dimensiones individuales y grupales en la configuración de las diferentes posiciones discursivas.

Se convocaron dos grupos de médicos y dos de pacientes con el objeto de contrastar los hallazgos y poder valorar el grado de saturación alcanzado, para lo cual miembros del equipo de investigación contactaron telefónicamente con los médicos participantes en los proyectos PAT y PEPAF. Tras explicarles el objetivo y circunstancias del estudio, se solicitó su participación, a la que accedieron 5 de los nueve médicos del primero (M1) y 8 de los nueve del segundo (M2), que conformaron sendos grupos de discusión. En total fueron 7 hombres (H) y 6 mujeres (M), de entre 47 y 53 años de edad, y con un rango de tiempo de trabajo en APS entre 15-27 años (*Tabla 1*).

Teniendo en cuenta el objeto y diseño del estudio, estudio y, aunque no es habitual en los métodos cualitativos, se optó en primera instancia por un muestreo aleatorio para la selección de los pacientes participantes. Esta muestra se estratificó por médico, grupo de edad, sexo y modificación o no del hábito en cuestión, identificándose 260 candidatos de entre los pacientes que participaron en dichos programas, es decir, 20 por cada uno de los médicos colaboradores. Cada médico realizó una segunda selección que priorizó a aquellos pacientes que hubieran recibido todos los componentes de los programas evalua-

dos. Los pacientes seleccionados (48 pacientes del PAT y 77 del PEPAF) recibieron una carta firmada por su médico y elaborada de acuerdo con el equipo investigador, en la que se explicaba el objetivo del estudio y se les invitaba a colaborar, subrayando la independencia del estudio respecto a su vinculación asistencial y la garantía de confidencialidad.

Finalmente, en uno de los dos grupos de discusión (P1) participaron 9 pacientes que habían cambiado sus hábitos (5 del PAT y 4 del PEPAF), y en el segundo (P2) 6 pacientes que no lo habían hecho (3 del PAT y 3 del PEPAF), todos ellos adultos de entre 45 y 80 años, 8 hombres (H) y 7 mujeres (M), de diferentes niveles de estudios (5 estudios universitarios, 6 secundarios y 4 primarios) y actividad (7 activos, 4 jubilados y 4 amas de casa) (*Tabla 2*). La participación previa de los pacientes en las mencionadas intervenciones y los criterios de homogeneidad/heterogeneidad seguidos en el proceso de selección permitían presumir el predominio de una actitud favorable a participar, junto a una deseable diversidad de perfiles. En este sentido, la existencia de diferencias en cuanto a nivel de estudios entre los participantes conllevó una atención especial por parte de los investigadores ante posibles interferencias/bloqueos en la comunicación entre los participantes de los grupos, de los que finalmente no hubo constancia.

Los grupos se reunieron durante los meses de octubre y noviembre de 2006 en los locales de la UIAP de Bizkaia. Tuvieron una duración aproximada de 90 minutos con participación de dos investigadores con experiencia previa al respecto, de los cuales uno moderaba el grupo y el segundo, en un plano secundario, anotaba las observaciones principales de su desarrollo. Las reuniones se iniciaban con una breve presentación y el reparto de una hoja de recogida de datos sociodemográficos básicos, insistiéndose sobre la confidencialidad de la información y solicitándose permiso para su grabación.

Se siguió como referencia un breve guión semiestructurado (*Tablas 3 y 4*) que se readecuó de modo flexible a los nuevos temas y dinámicas de debate que surgieron en los distintos grupos, finalizándose una vez que los participantes consideraron que el tema se había agotado. Tras la despedida y compromiso de hacerles llegar los resultados del informe final, los dos investigadores elaboraban conjuntamente las anotaciones complementarias finales acerca de los principales hallazgos generados y del desarrollo y posibles incidentes habidos en los grupos.

El análisis se llevó a cabo a partir de las transcripciones de los cuatro grupos y las notas de campo, conforme al modelo de análisis sociológico del discurso con la ayuda de mapas cognitivos para la ordenación y codificación de los textos. Como procedimiento de validación se utilizó la triangulación entre los tres investigadores que participaron en la obtención y análisis de la información.

RESULTADOS

La ordenación de los resultados se ha llevado a cabo a partir de los principales ejes temáticos que surgieron del análisis de los textos, con el referente permanente de los objetivos de la investigación.

En este sentido, en su exposición se han diferenciado dos apartados: el primero, correspondiente al colectivo de profesionales, y el segundo al de pacientes. En cada uno de ellos, los principales componentes configurados a partir de los hallazgos analizados interactúan entre sí de modo dinámico en el seno de áreas entrecruzadas, tal y como queda representado en las *Figuras 1 y 2*.

También en ambos casos se ha considerado oportuno señalar un primer subapartado orientado específicamente a las valoraciones relativas a las intervenciones concretas PAT y PEPAF, para a continuación dedicarle una mayor atención a aquellos aspectos relacionados con la práctica de la promoción de estilos de vida saludables que mayor repercusión pueden tener cara a su desarrollo futuro en nuestra APS.

Finalmente, se ha llevado a cabo un intento de síntesis de las principales dimensiones derivadas del análisis de los dos subapartados que se expone de modo provisional en el correspondiente apartado de Discusión/Conclusiones.

1. Los médicos y la PPS

Los médicos entrevistados diferenciaban el trabajo llevado a cabo como consecuencia de las intervenciones/investigaciones concretas y su actividad cotidiana en el ámbito de la PPS. En ambos casos el contexto de APS aparece como marco condicionante de la práctica de dichas actividades, las cuales se viven de modo inseparable de su relación singular con los pacientes. Pacientes, cuyos hábitos son percibidos como consecuencia en gran medida de la influencia de factores considerados como extra-sanitarios (Figura 1).

1.a. Intervenciones-investigaciones → Práctica cotidiana de la PPS

Las percepciones de los médicos respecto de las intervenciones-investigaciones en las que tomaron parte (PAT y PEPF) conllevan diferencias derivadas tanto del distinto momento en que tuvieron lugar, como de las exigencias propias de cada uno de los protocolos. Sin embargo sí es posible advertir determinados aspectos compartidos que merecen ser tenidos en cuenta, tanto por lo que pueden aportar para futuras experiencias similares con médicos de APS, como para interpretar más acertadamente el significado de sus vivencias respecto de la práctica de la PPS.

En primer lugar es importante tener en cuenta que se trataba de profesionales dispuestos a participar voluntariamente en actividades que les suponían un **trabajo extra**, pero que las asumieron por entender que habrían de repercutir favorablemente en la APS, y también porque la convocatoria procedió de otros **profesionales a los que conocían** y en principio les generaban confianza.

Las referencias a dicha **sobrecarga de tiempo y trabajo** aparecen más explícitas en el grupo que participó en el PEPAF, mientras que en el grupo del PAT la **novedad** que supuso formar parte activa de un proyecto de investigación desde y para la APS se hace más patente:

«- Bueno, yo el recuerdo que tengo, primero, de la captación, fue durísima..la captación..porque pasó coincidiendo con los meses de octubre, noviembre y diciembre, y fue muy dura la captación de los 100 pacientes...M1M2

-... a mi el trabajo sí me pareció costoso en su momento, pues era incrementar la carga de trabajo... todo el mundo siempre cuando participas en algo te dice que es muy sencillito..Sencillito, no»M2M2

... y la sensación es esa, que aquellos primeros meses fueron auténticamente de locura, sobre todo lo que decíamos, el periodo de captación...H3M2

...el tener conciencia que participas en un estudio de investigación, un poco pues porque crees en la historia y por coleguismo, ¿no?, sabiendo que va a ser un coñazo no?...o sea que..vas a tener que aumentar tu carga de trabajo todos los días, y tienes las listas hasta las narices, y que bueno, que tenías que hacer una actividad extra....H2M2

«-...me pareció una idea buena..., y el tema del tabaco además era un tema que para mi era muy importante... por muchas cosas. Yo estaba un poco ya harto en aquella época de los protocolos...y ésto supuso pues, eh...una actividad diferente,...y luego yo aprendí mucho...» H1M1

-... la minuciosidad con la que preparamos aquello..a mi me encantó. Vinimos mucho, trabajamos mucho pero...yo desde luego me sentí super a gusto..y era una época en la que por supuesto que sí estábamos interesados en qué hacer con el tabaco...»M2M1

-... venía a cuento de las cosas que hay que hacer ¿no?..y aprendimos casi lo que sabemos hoy, todo lo que sabemos lo hemos aprendido ahí pero debimos acabar muy cansados, porque yo realmente cuando acabaron los dos años, que fueron dos años, si que hubo un decalaje impresionante ¿no?... Yo, yo al año siguiente creo me daba un poco de miedo decir «¿quiere usted que le ayudemos?»...joder, como diga que sí...mañana a las 8.30, de 8.30 a 9 ya tengo tarea...H2M1

-... Entonces apareció (el responsable del estudio) por allí pues ofreciendo participar en un curso y tal, y bueno pues de allí surgió la cosa ¿no?...yo de entrada encantadísimo de poder participar en un trabajo de investigación...eh...pues eso, que respondiese a los propios intereses profesionales de la atención primaria y no lo que te venga vendiendo la industria y cosas de esas y tal...bueno, pues es un placer, totalmente ¿no?...y eso...aprendimos...H3M1

La percepción de que lo que se hace **sirve para algo**, de que se trata de una intervención **bien diseñada**, de que supone una **novedad** respecto de lo rutinario, y que conlleva un componente de **aprendizaje**, son por tanto aspectos valorados como positivos. Pero a su vez las propias intervenciones pueden generar sensaciones negativas en aquellos casos en que no se acompañan de la suficiente **continuidad** y **retroalimentación**, si el **trabajo extra** sobrepasa lo esperado, o si se percibe que su **aplicación** se aleja de las condiciones reales de trabajo en APS:

«...habría que ver si somos capaces de estar 20 años a ese ritmo que aguantamos nosotros, creo que no...H2M1

«...Pero sí he echado un poco en falta esa especie de poca capacidad que hemos tenido de hacer un seguimiento, un seguimiento más o menos objetivo no?,H3M2

«...en aquel momento sí llegué a pensar, si el trabajo pretende demostrar que la prescripción del médico consigue mayores cosas, ejercicio, y tal, va errado, porque es imposible incorporarlo a la práctica diaria, de exceso de trabajo que da...Es verdad que fue eso y luego se acabó, porque poco trabajo nos ha dado...que en parte también da pena porque todo aquel terrible esfuerzo que hicimos y luego...M3M2

...Es repetir un poquito lo que se ha dicho. A mi me gustó eh..a mi por ejemplo, bueno me pareció costosísimo, pero la preparación que nos dieron... , me pareció que fue una cosa bastante seria y formativa, que estaba bien hecho.. Luego, lo que ha dicho H3, por un lado encantada de que no nos haya dado más trabajo, por otro lado con la pena de que ha habido una interrupción de aquellos que captamos y que no sabemos qué ha pasado y qué hacen, ¿no?. Y luego también lo que dice H2 ¿no?, que estas a merced de los investigadores y que a veces eso no...o sea...unos se llevan la gloria y otros que nos llevamos aquí la estaca...pero bueno...si estamos aquí, yo por lo menos si estoy aquí es porque me supongo que me ha gustado...M4M2

1.b. Práctica cotidiana de la PPS ↔ Relación médico-paciente

La práctica de las actividades de PPS se vive principalmente vinculada al tipo de **relación singular entre médicos y pacientes** que tiene lugar en el trabajo cotidiano en APS. Se trata de una relación **iniciada por lo general por estos últimos** y motivada por una **pluralidad de problemas** entre los que la promoción de hábitos saludables en general no se presenta como prioritaria.

«...en la fase en la que estamos, ya no estamos como entonces que dedicamos todo, en cuerpo y alma al tabaco...ahora ya va saliendo la hipertensión, la diabetes, las enfermedades de transmisión sexual...lo famosos 10 mandamientos, el primero no fumaras, segundo no beberé, el tercero controlar el colesterol, cuarto la diabetes.....eh...un paciente no es una consulta, un paciente puede ser 7 consultas, y entonces la pobre Residente me decía, es nuestro gran problema para retocar las otras cosas, «¿por qué no antes de que entren pongan los motivos de consulta?», por que si no 10 minutos no da para nada, porque una vez de que empiezan, uno, vas a ver si resuelves uno, y al final igual son 5 o 6, en el mejor de los casos 3...es que con 30 pacientes al final son 90...si quiero resolver los temas...si dices, bueno, hoy voy a dedicarme a este en vez de al otro no vamos a hacer nada..ese dolor que tienes en el hombro aquí, porque si te lo tomas en serio lo del hombro, después resuelves el otro y el otro, pues no son 10 minutos...Entonces tenemos un po-purri de cosas, en preventivas yo personalmente tengo mis cuatro elementitos, H2M1

«...Bueno, el tiempo..yo también, yo tengo una dificultad...igual es personal, eh?...es la sistemática de trabajo, quiero decir, a mi en una consulta, el salirme de la consulta y utilizar un anexo sistemático para ver....A mi me cuesta mucho hacer actividades preventivas, no porque no crea...es que no puedo, se me ol-

vida...yo me acuerdo de que tengo que hacer el PAPS cuando sale el paciente por la puerta...me cuesta mucho...pero probablemente sea algo personal eh...Para mi la consulta es algo que me engancha mucho, el motivo de consulta de ese día, me meto en el tema y cuando, cuando acabo eso, eso..se acaba la consulta y me cuesta mucho.»y ahora, voy a preguntarle... salgo mal en las gráficas...eh... si están integradas en la patología del día, por ejemplo, entonces si que puedo prescribir ejercicio, que deje de fumar a un bronquítico, pero sistemáticamente a la gente sana que aparece por uno o por otro motivo de consulta, hacerles el PAPS me cuesta mucho...»H1M2

«... una característica de nuestro trabajo es que la gente viene cuando quiere, no cuando nosotros le llamamos...en general...Entonces, si viene alguien diciendo, «mira yo creo que para ti lo del ejercicio físico estaría bien.....aquí ya sabes que tenemos esto....piénsatelo y tal»....O sea, yo creo que eso iría bien...más que prescribirlo no?...darle una receta de ejercicio ¿no?...eso ya no me gusta....H2M2

En este contexto, determinados componentes específicos de la relación médico-paciente en APS cobran especial importancia. El **conocimiento individual** derivado de una **atención continuada**, la necesidad de contar con **tiempos específicos para cada tipo de actividad**, o la conveniencia de la **oportunidad** en cuanto al momento y las circunstancias más propicias en cada caso, constituyen factores a ser tenidos en cuenta en la promoción de hábitos saludables .

«...y luego supongo que también hay factores pues de cada cosa especial, pues no es lo mismo... el obeso que el tabaco,...hay peculiaridades ¿no?...y al final de todo, pues entra la cultura y la sociedad como estamos, y que empatía tienes tu con tus pacientes en general....es decir, si te enganchas muy bien, lo que hablábamos antes, con un paciente, tienes mas posibilidades de cambiar sus hábitos...si te llevas muy bien con alguien, te hacen más caso...H1M1

«... luego si que es verdad que para eso necesitas un poco más de relajo... el poder dedicarle después a cada uno el tiempo que necesita, porque nosotros igual lo teníamos muy «estanquizado» lo que le dedicábamos a cada uno....lo que si veo yo ahora con el tabaco y con cualquier cosa, cada uno necesita la suya propia, cada paciente....y si sí tienes eso para darle, supongo que podrás conseguir más...más...más éxitos...M2M1

«...Yo la verdad creo que nosotros atendemos a la gente muchas veces, en muchas ocasiones, entonces si que te permite meterte y también te permite identificar el de gran riesgoentonces....bueno, pues hay momento que viene alguien porque ha oído algo o ha pasado algo en casa, demandándote....las intervenciones en tabaco, muchas veces, la motivación es externa, es decir, que le has podido decir mil veces que tienen un problema en casa, y ese es el momento de entrar...Entonces yo creo que la ventaja es que nosotros estamos siempre... M2M2

«...Yo creo que sabemos mucho de las formas, pero sabemos poco de fondo...o sea, a mi por ejemplo, me sentaría mal, «¿sigues fumando?», y digo ahora has venido con el dolor de garganta... o sea, me produce mucho estrés atender a un paciente que te ha venido porque pierde peso y tiene un ganglio aquí,...y vas a preguntar «¿y bebe?»...o sea,...no sé... a mi me preocupan otras cosas más que los datos macro, ¿no?...»H2M2

1.c. Práctica cotidiana de la PPS ↔ Factores extra-sanitarios

Ante los numerosos problemas de salud planteados por los pacientes y a los que el médico ha de dar respuesta en primera instancia, las intervenciones en PPS se perciben como especialmente costosas en esfuerzo personal en cuanto que no pueden reducirse a la prescripción de una «receta» más. Y por otra parte, la efectividad de las mismas resulta incierta ya que se entienden como hábitos condicionados en su origen, y también en su modificación, por factores ajenos al propio profesional.

La influencia de dichos **factores extra-sanitarios** se considera además creciente y vinculada a cambios en los contextos socio-culturales que a su vez intervienen modificando el perfil de la demanda. En consecuencia se genera un **campo de tensión** en el que por un lado se reivindica el **reconocimiento del tra-**

bajo invertido en PPS, y por otro se reclaman **cambios externos** que contribuyan a dar coherencia a los mensajes emitidos y a favorecer una labor percibida como **contra corriente**.

«... yo he visto un cambio bastante grande, en la receptividad de la gente... y quiero pensar que el trabajo que hice no es ajeno a ese cambio...pero el cambio ha venido después, eh, costó muchísimo, o sea yo por ejemplo, yo creo que durante todos los dos años de intervención dentro de lo que es el estudio, yo creo que no conseguí que nadie se pusiese los parches de nicotina... Poco a poco la gente fue aceptando el que le recetara parches y después incluso venían directamente solicitándome que le recetaras parches ¿no?... porque bueno, es que ha habido muchas cosas no?, porque primero era yo solo, el del tabaco, en el centro, y luego ha habido mas gente que se ha empezado a ocupar de lo del tabaco, pues luego los legisladores también se han ocupado del tabaco etcétera, etcétera ¿no?... Pero es muy difícil, es muy difícil solamente cambiar y yo creo que hace falta, bueno pues eso, que aparte de una labor individual, hace falta el crear cultura o sea, que el mensaje te venga de diversos...de diversas fuentes, se repita y etcétera...H3M1

«...el tabaco igual es un ejemplo que ya está muy bienvenido.pero en cualquier cambio de hábito, nos planteamos un problema semejante no?...con el sobrepeso, con la obesidad, con el sedentarismo, con el diabético, con el pre-diabético, con cantidad de cosas...con los trastornos de personalidad o de...no sé...malos tratos y demás que hay por ahí no?...Pero todas esas historias que suponen cambiar cómo van en su vida o no?...eh...pues es un poco ir siempre contracorriente... M1M1

«... yo creo que si hemos ido de alguna manera inculcando a los pacientes que la actividad física es importante..... y luego, yendo a la calle, a la gente, por ejemplo, yo cuando salgo a las noches voy a pasear o doy una vuelta, si hace cuatro o cinco años apenas veía gente por ejemplo que se dedicaba a esta actividad en el entorno donde vivimos, pues ahora me encuentro, no sólo con pacientes míos, sino con pacientes de otros cupos que antes no les veía pasear y ahora, pues con sus sesenta y tantos años incluso más, pasean...¿qué porcentaje es? No tengo ni idea; ¿Qué haya sido esto? Pues probablemente no todo haya sido esto, sino lo que hemos dicho, probablemente hemos cambiado un poquito también nosotros y hemos ido también influyendo... H3

- Que haya viejas ahí en chándal, ¿eso es por el estudio de investigación? Será por otros motivos, no? H2

-No, se va incorporando...(H3)

-Igual es por el efecto de las marcas comerciales que anuncian por televisión con ropa deportiva.. (H2)

-Pues también...también influirá (Varios)

-Seguro que si..ahora, ¿en qué grado? Pues bueno..(H3M2)»

«...Yo tengo la sensación de que la gente hace más ejercicio también, creo que lo que dice es cierto, que no depende de nuestra información sólo, yo creo que culturalmente se vende el ejercicio por todos los lados.. H1M2»

«...Yo voy a insistir otra vez, no.....Igual queremos hacer promoción y prevención, pero tenemos que saber que es absolutamente frustrante, que efectivamente, el hábito individual, si ya está hecho hábito es muy difícil de cambiar, no?...Entonces la labor del médico y la enfermera de atención primaria, yo si creo que es importante y que tenemos que estar en ello, pero desde luego, la educación sanitaria es una cosa muchísimo más social y de, o sea, pues el ministerio de sanidad tiene que hacer una serie de campañas y tiene que hacer una serie de controles alimenticios y de todo, y de medios de comunicación, y que es una cosa, bueno, mucho..de mucho más arriba que la atención primaria, no?...Si, del ministerio de sanidad supongo que sería, pero junto con el de industrial, economía, y el de todos, no?... M2M4

En el seno de este campo de tensión las respuestas por parte de los profesionales se sitúan en dos niveles entremezclados. En el primero se advierte una necesidad, en gran medida compartida, de **readecuación de expectativas** y de metas a conseguir. Se trataría de asumir de forma explícita el carácter par-

cial de las intervenciones en PPS desde la APS, lo cual redundaría en una menor frustración y en una mejor correspondencia entre esfuerzos y objetivos.

«... creo que muchas veces perdemos el norte del objetivo en ese sentido ¿no?, es decir, a veces creemos que objetivos buenos son siempre más del 50% y en algunos casos, un objetivo bueno en nuestro caso era un 10%, era un objetivo buenísimo, y sin embargo, perder 9 de cada 10, lo piensas fríamente, y dices: qué mal ¿no?.. qué mal lo estamos haciendo... Pero, yo creo que, más importante para mi era tener algo que ofrecer e intentar hacer algo bien, que sirva...me entendéis ¿no?. A veces nos metemos a hacer cosas que no están validadas o que no tienen resultados e igual estamos haciendo una barbaridad, ver a los hipertensos cada 3 meses, o no sé...»H1M1

«... la cosa es complicada no?, o sea, los mecanismos epidemiológicos son muy cabrones.. y bueno, pues claro, te habla que entonces el gran poder de la medicina preventiva, claro no está en manos de los médicos, sino de los ministros de obras públicas y esas cosas.....y que lo potente es la intervención a nivel poblacional y no a nivel individual, y los médicos tenemos que tenerlo asumido, porque claro, sino tenemos una frustraciones horribles....H3M1

«...Y luego otra cosa es el objetivo a conseguir, no?...es que igual pensamos que todos tienen que dejar de fumar, que todos tienen que hacer ejercicio, que todos los obesos tienen que adelgazar, igual pequeñas variaciones en la aguja ya es un logro terrible, porque la obesa con que no engorde más ya es la leche, con que baje 2 o 3 kilos ya le estás cambiando el riesgo cardiovascular a medio-largo plazo...En promoción de la salud, ¿cuál es el objetivo?...Eso nos mata, porque nosotros la neumonía sabemos cuál es el objetivo, la hipertensión sabemos la cifra a conseguir y tal...pero en el tabaco, pero ¿cuántos se supone que van a dejar de fumar con nuestra ayuda?...no?...o ¿cuántos van a dejar de beber? Bueno yo ya el alcohol ni lo toco, me da pavor el alcohol, no sé a vosotros.... M3M2

En el segundo de los niveles la homogeneidad de las respuestas es menor, advirtiéndose en todo caso dos posibles polos de referencia, no necesariamente incompatibles, pero que sí parecen reflejar énfasis diferentes respecto de las tareas que le correspondería desempeñar al profesional de APS en el ámbito de la PPS. En unos casos, como ya hemos visto, el acento se pone en la **selección de aquellas actividades factibles y de efectividad probada**, llegándose incluso a contemplarse su posible derivación a terceros.

«...yo creo que debería de haber un instrumento que te ayude a filtrar para que tu luego decidas quien puede beneficiarse, o si hay alguna persona que solicita esto, que se haga eso bien, entonces tenía que haber gente formada en los centros que ayudase a que esa actividad fuese beneficiosa, y sobre todo para la gente motivada...H2M2

- A mí decir eso de todas formas tampoco me sirve...es como decir que en los centros de salud tiene que haber un dietista....pues hombre, de puta madre...si hubiera un dietista y se pudiera encargar de prescribir dieta a todos los pacientes...pero eso no es real, quiero decir, eso no va a ocurrir...eh....Decir que, como no hay un experto, nosotros no podemos hacer nada, a mi me parece que es ser muy radical. Yo creo que la intervención de los sanitarios en cambios de conducta está estudiado..H1M2

- Y pequeñas intervenciones son válidas..M1M2.

- Y pequeñas intervenciones, por ejemplo, en el tabaquismo, está demostrado que es eficaz, y no hace falta que sea un experto en la lucha anti-tabaco...Yo creo que en esto pasa un poco lo mismo no?...Yo creo que tener un instrumento es útil, el instrumento siempre es útil, si el instrumento está validado y ha demostrado que es eficaz...H1M2

«... por ejemplo, yo con el asunto este del tabaco,... el tema estaba muy clarito no?, era un problema muy grande, muy tal, se mostraba cosas que habían demostrado ser eficaces, bueno pues demostrar nuestra efectividad en nuestro terreno....de hecho, se demostró no?, ...y creo que lo dices con unos resultados que bueno, que aunque pudieran parecer pobres, pero bueno, de pobres nada no?, o sea..multipli-

cabas por 3 o por 4 la tasa de tal...bueno, pues estupendo, no podías esperar mucho más no? o sea...entonces bueno, pues, pues..yo creo que eso anima a seguir efectivamente preguntando si fumas o no fumas y ofreciendo ayuda, y si quieres dejar, y ofreciendo ayuda al que tal y demás...En cambio, por ejemplo, con el tema de la obesidad, me cuesta muchísimo hacerlo, ¿por qué?, porque carezco totalmente de fe en que verdaderamente yo conozca ninguna intervención eficaz para que la gente adelgace, no?...no sé si estoy equivocado, si soy un ignorante, la verdad es que no conozco... H3M1

-Yo comparto (M2)

-Entonces yo tengo una tendencia enorme a quitármelo de encima y mandárselo a la enfermera, «no, en esto de las dietas te ayuda mucho mejor ella» y tal ¿no?, ¿por qué? Porque verdaderamente no veo...pues eso,...no veo yo la eficacia del tema...entonces bueno pues no..H3M1

«...Yo creo que no es el tiempo, yo creo que es que en los cambios de hábitos son muy difíciles, quiero decir, que nosotros tenemos todo el tiempo que queramos para un obeso, porque lo tenemos y se lo dedicamos, porque no es un día, estos vienen muchísimas veces... , lo que pasa es que no tenemos un arma que haya resultado efectivo para controlar M2M1

Mientras que en otros, se parte de considerar las actividades de PPS como **intrínsecas a la propia APS** y por tanto en cierta medida incuestionables.

«...Yo creo que no hay que fijarse tanto en porcentajes de éxito...por lo menos a corto plazo...es un tema, que independientemente que consigamos el 10% o el 20%, es un tema que tenemos que hacer porque creemos en ello, ya está...no?, nos parece bueno que la gente no fume, porque nos parece bueno que la gente mantenga un índice de masa corporal normal, que en la diabetes se controle tal, y el deporte tal y cual, o sea, porque creemos en ello...como una ideología tiene que haber detrás de esto...(M1M1)

-Pero tenemos que saber si funcionan, eh, las cosas o no eh, eso también es peligroso...quiero decir que igual hacemos cosas y..algo de medición tiene que ver, ahora, que sean objetivos reales...a mi me parece un objetivo muy real un 10%...H1

-Es peligroso ahora leche si, leche no, cuando hay esta dinámica entre unos cuantos compañeros, si fuera leche, rallando ahí...pero cosas gordas, no?, tabaco, peso, hipertensión....H2

-Pero en ejercicio....M2

-En la cosas que está ya constatado, hay que pelear por ellas» H2M1

«...Hombre no sabes hasta que punto vas a influir pero, ...si tengo tiempo, no esta semana desde luego, ..., si me gusta tocar tabaco, alcohol...que luego eso se vaya a traducir en que tu cupo, tu población haga más ejercicio y tal, hombre, pues eso, igual es ciencia a ficción pero, desde luego nuestro trabajo, a mi me parece que lo es eh....además es salud, es un poco lo que decía, no?...es trabajar más con la salud...que en general nos gusta mucha más, aunque no lo hacemos, pero..yo desde luego prefiero trabajar con eso que con patología.... M3M2

- A mi me parece que es un trabajo nuestro, de la atención primaria, ese tipo de cosas, ese tipo de intervención, me parece que eso es nuestro, sobre todo de la enfermería de atención primaria, no?.....y....me parece que eso es nuestro...pues creo que tenemos un papel importante...M1M2

1.d. Práctica cotidiana de la PPS ↔ Contexto sanitario de la APS

En la medida en que tanto las intervenciones concretas relativas al PAT y PEPAF, como las valoraciones de los médicos acerca de la práctica cotidiana de la PPS en general, se contemplan en y desde la APS, resulta en gran medida lógico que el contexto sanitario en el que la APS se desarrolla, adquiera un **protagonismo predominante** en dichas valoraciones.

Conviene recordar en este sentido el **perfil de edad y de años trabajados** en APS de los participantes ya que ello nos explica el **marco temporal** de sus percepciones, lo cual reviste especial interés, ya que permite captar determinadas tendencias evolutivas incluyendo algunas impresiones respecto de futuro.

En los subapartados anteriores ya se ha hecho referencia a las condiciones vividas de **exceso de demanda** y por tanto de **carencia de tiempo** para poder desarrollar adecuadamente las diversas actividades de PPS y en particular las relacionadas con tabaco, ejercicio físico, alcohol y dieta.

Las referencias al respecto son numerosas, como también lo son las que subrayan las diferencias en relación a cada **tipo de actividad** y a la **difícil evaluación de su efectividad**, habida cuenta no solo de la existencia de factores externos, sino también de las propias peculiaridades de la relación médico-paciente sobre las que necesariamente se apoya.

«...el sistema es el sistema, joder, de estar con una carencia de tiempo tremenda...H3M1

-...bueno es que el tiempo, carencia de tiempo...es que es eso, como se valora el tiempo...porque yo por que le haga el destrostis y le diga, «oye Juanita, que seguimos con los 10 kilos de más».....con eso que...los hábitos, llegar a porque esa persona no es capaz de controlar su vida, su sobrepeso, su historia, es un tema que está fuera de la consulta...porque es hablar de su vida, es hablar de qué le pasa, por qué...cómo cocina, de muchas historias...de sus frustraciones, de su...M1M1

-... Entonces tenemos ahí ese pequeño problema, grande problema no?, tenemos una gran accesibilidad en la cual nos cuentan todo, a veces tienes que hacer un esfuerzo terrible en la situación de cuál de todo lo que me ha contado me quedo con ello, posiblemente todo en el área afectiva, posiblemente el dolor de hombro sea afectiva pero quien te dice que no lo sea..entonces hay tienes un buen cupo...encima tienes el PAPPS asfixiando por detrás, con el tabaco, la obesidad, con la hipertensión, con el alcohol, con las drogas.....»H2M1

Pues bien, el peso mayor de las valoraciones de los profesionales respecto del marco sanitario se sitúa precisamente en este terreno, es decir, en el de los **recursos e instrumentos** existentes en la actualidad y diseñados en principio **para ayudar, evaluar e incentivar el desarrollo diario de las actividades de PPS**, y que se concretan principalmente en el soporte informático aportado por el programa Osabide y sus repercusiones en la evaluación de los profesionales.

El sentido de las mismas es predominantemente **crítico**. En algún caso se reconoce su utilidad como recordatorio, pero en general se percibe como un recurso que no ayuda, y que incluso puede llegar a desvirtuar el contenido de las propias actividades de PPS.

«...el Osabide solamente te enseña el sí has cumplido con la actividad. Entonces te dice: sí, has cumplido....pero para ver si efectivamente fumaba y en que fase estaba la última vez que le viste, tienes que andar hurgando en diversas tal ¿no?, entonces bueno, pues si tienes el día tonto, joder, y tarda un minuto cada vez que das un clic de ratón como pasa casi todos los días ¿no?, se te quitan las ganas....H3M1

«... este sistema te permite un seguimiento peor, cuesta más...H2M1

-Si esta bien hecho te ayuda, si está mal hecho tiene inconvenientes....yo creo que no es ni bueno ni malo... (actualmente usuario de otro sistema en otra Comunidad Autónoma) H1M1

-...te meten la parte, pero es que cuando entras ya está hecho, entonces lo tienes que indicar todos los días, y no te permite saber lo que dices, que ha contestado en que, si te acuerdas bien, si no te acuerdas, no...H2

-..sí, porque está mal diseñado el...tal...porque estará diseñado por gente que no está pasando consulta, creo yo, me parece a mi.....Es malo, joder, el rollo ese es malo...el Osabide...ya lo cambiaran..a lo mejor..al-gún día H3M1

«...Bueno, ahora nos influye también un poco...en la historia que tenemos ahora, es un recordatorio que está allí...o sea, quiero decir que ahora se ha hecho muy generalizado que se pregunte, no solo a nosotros

porque teníamos más o menos inquietud, o porque..es que ahora lo pregunta todo el mundo, que tienes allí un aparatito que te está...y que esta mucho más... entonces, es que se lo preguntan mucha gente, se lo preguntamos nosotros, se lo pregunta la enfermera si es que va por otra cosa, sino, porque, aquello es algo que está allí insistiendo ¿no?...oye, que no le has preguntado por el tabaco, y yo supongo que como sí debe influir el que la gente se le recuerde, a no ser que lo hartes ¿no?.. M2M1

«-...Yo hablo desde otro sitio...a mi me parece que un sistema de registro bueno es de mucha ayuda...Y un sistema de registro malo, empeora todo, o sea, no sólo no es de ayuda, sino que va para atrás...negativiza,...¿por qué? Porque el ritmo que llevamos, yo por lo menos, es muy rápido entonces vas muy mecánico, en ciertas cosas..y una es la de rellenar lo que te piden porque luego vienen las...auditorias y las evaluaciones....Si eso está bien diseñado te va a ayudar, aunque a veces puedas parar y hacer otras cosas....Si está mal diseñado, te va a ir para atrás...esa es mi opinión eh, eso lo tengo clarísimo, además comparando lo de allí con lo de aquí, y lo de allí de hace unos años a ahora....».H1M1

«-...El sistema informático dices, no, se va a convertir en eso, en rellenar papeles, yo no creo que valga para mucho... hombre igual si no tienes el sistema informático igual ni le pesabas...puedes decir, es que antes ni me pesaba, ahora por lo menos me pesa...lo cual ya se están preocupando por mi peso, y me dice «oiga usted está...unos kilitos»...pero eso sólo...ahora... , yo no creo que sea el trabajo fundamental de la medicina, tachar ventanas...Como lo de la calidad ahora, todo es quitar puertas....a mi es que me parece, me da, me da repelus.... H2M1

-..Hay cosas que no se podrán diseñar en el ordenador...H1M1

«-...el pagano de toda esta historia es la palabra, la palabra y la relación, o sea que, y que es uno de los puntos fuertes por los que nosotros decidimos coger esta profesión,...ayudar a la gente y tal, todas las cosas un poco utópicas y bonitas ¿no?.....Pues eso yo creo que ahora ...el método es más fragmentario, la inmediatez ésta, las condiciones son distintas...Y es lo que ha pasado, el tiempo es oro y nosotros no tenemos ninguna capacidad de gestión sobre nuestro tiempo, muy poca....hombre, si te quedas a la tarde, pero igual tampoco tienes sitio porque esa consulta igual se ocupa...H3M2

«-...Nada, que tenemos un sistema informático donde están todas las actividades preventivas...está fatal....M3M2

-...Y solo se valora lo que se puede registrar.....y solo se puede registrar lo que se puede registrar...entonces, todo lo demás no existe...H1M2

-...Hay que sobrevivir...H3M2

-...Pero si da igual, para qué se lo preguntáis....tú con tal de que marques?...H1M2

-...Porque esa pregunta no tiene cosa y eso se va a quedar en azul y no en rojo, hasta dentro de 6 meses....M2M2

-...Pero pon lo que quieras...pero tu ponles ahí, «que fuma», «sí»..y a la vez siguiente dices, «no»...H1M2

-...O sea, que lo único que importa es rellenar, no?...M1M2

«-...Tú estás acostumbrado a otro esquema a otra forma de pensar, y eso no es productivo, entonces tienes que cambiar el lenguaje, no te deja...tienes que renunciar a parte de ti profesionalmente, y actualizarlo al lenguaje digital....Nosotros a veces, yo creo, tenemos cara de tecla de ordenador, no?...El paciente ya te ve como una especie de engranaje al servicio del sistema informático, no?...no como algo que está en intimidad con él... H2M2

-...Eres un periférico más, no?...teclado, ratón, y periférico..H1M2

-...Si, si...Yo es que a veces me siento así....H2M2

En la medida en que el programa informático se percibe como la principal herramienta de evaluación por parte de la gestión, aflora el posible componente perverso derivado de considerar **el registro como un fin** en lugar de cómo un medio, con lo cual el malestar se proyecta hacia dicho **nivel de gestión**, generando bien quejas, bien resignación, o bien cierta resistencia a creer en que ello es posible.

«... Si, si, si... tu te pones delante de la pantalla, no has visto un paciente ni has hecho absolutamente ningún trabajo, pero tienes unas historias rellenas de campeonato, hasta inventadas puedes tenerlas no?...»este no fumará»...H2M1

-... Ahora nos está pasando con los malos tratos eso, eso lo acaban de poner allí lo de los malos tratos, y es no, no, no, no, o bueno preguntar si tu padres tal...y nos está pasando como pasaba con el tabaco, lo que tu contabas, es decir, estoy deseando que no... H1M1

- Porque que le digo luego, no?...cualquiera pregunta eso M2M1

- Como diga que sí, otra vez a citar, media hora, no se qué, un tema difícil, un problema además que ha venido coordinado con la asistente social, te tienes que poner de acuerdo, entonces miras a ver...el tabaco...va a decir que no.....si, si, si, y no....ya está, cumplido...Ahora va a venir la auditoria...jode, como habéis trabajado...500 que habéis preguntado...H1M1

«... Pero la dificultad que tiene eso es la dificultad de hacer cualquier tipo de actividad en la empresa que estamos trabajando, en el sistema que estamos trabajando, que es que no interesa, en el fondo no interesa....Yo la experiencia que tengo en mi centro de trabajo es que lo que interesa a los que están por encima mío es que yo esté en la consulta desde las 8 hasta las 3, que vea a todo Dios, en el momento que se presenta, sin ningún tipo de problema, no importa que a mi me joda el trabajo o que no me permita hacer sesiones, o que no me permita estudiar....da igual..., decidme que eso es buena calidad....eso no es buena calidad,.... También estoy esperando que alguien de OSABIDE se acerque a mi consulta o a mi centro, a preguntarle a alguien qué pensamos del programa que estamos usando desde hace 3 años o 4....si nos parece que está bien, si nos parece que está mal, que dificultades estamos teniendo..H1M2

«... A mi estas cosas si prefiero yo un poco ¿no?, porque imagínate, o sea, sobre todo porque se cuenta además, yo creo que, no es solo, o sea, cuando preguntas se desprende de eso de que si tu a uno si le tomas la tensión y tiene 20/10 vas a hacer algo...lógicamente. Quiero decir, que éso está puesto por algo, no está puesto sólo para.. está puesto porque se nos supone...supongo que para algo debe de servir...no sé...más nos vale, porque en esa ahora estamos, más nos vale que si que sirva....M2M1

En un plano más secundario, los médicos hacen referencia a dos ámbitos tradicionalmente vinculados con las actividades de PPS y que como tales forman parte de la APS: se trata de los **profesionales de enfermería** y de las actividades comunitarias.

Respecto del primero, anteriormente ya se ha hecho alguna mención a propósito de una posible tendencia a derivar a terceros aquellas actividades cuya rentabilidad se percibe como más costosa en cuanto a dedicación de tiempo. En cualquier caso sí existe un reconocimiento de la enfermería como sujeto activo de las actividades de PPS. En este sentido, se considera por un lado necesaria una **homogeneidad de mensajes**, pero también se reclama un **modelo de trabajo más conjunto y coordinado**, modelo que se percibe alejado de los actuales esquemas organizativos de dicho colectivo.

«...yo creo que lo suyo es primero, que haya mensajes, o sea, que realmente sean unánimes ¿no?, o sea, si todos los profesionales del centro...o sea, si vas al médico y ...»que tienes que dejar de fumar», y vas a la enfermera y te dice,... «ya te hemos dicho que tienes que dejar de fumar», y vas al otro y «...ya estás fumando otra vez y tal», y...llegará un momento en que..., joder, al final dices, ostia, dejare de fumar, ¿no?...La enfermería en mi centro esta organizada de modo especializado, uno hace curas, el otro hace no sé qué, el otro hace avisos, y nadie lleva crónicos...entonces bueno...me gustaría poder trabajar en conjunto pues con una enfermera o el enfermero, que más o menos se llevara mis mismos pacientes y una media de horas parecidas no?...seguro que da mejor resultado que estar haciéndolo solo...H3M1

«...A mi me parece que es una labor muy de enfermería la de promoción de la salud...todas estas medidas de hábitos, de dieta, de ejercicio, de alcohol, del tabaco...Me parece que la enfermería tiene ahí un papel de primer orden, no?..M1M2

-...Sí, lo que pasa es que no sé cómo será en otros centros...en nuestro centro eso no está organizado, quiero decir, la enfermera tiene fundamentalmente patología crónica, control de diabéticos e hipertensos como patología crónica, y después se dedica a labores de curas...en domicilios y tal...H1M2

- En mi centro tiene su consulta...y con su cita diaria...M3M2

- Entonces quiero decir que la enfermera ve 6 pacientes un día, o 10, no lo sé, controles de crónicos, pero tu ves 30 o 40 ¿no?...y tu ves a la gente sana entre comillas y ella sólo ve a los...Yo creo que a los crónicos y a los diabéticos les dan el coñazo más que nosotros. Probablemente también, sin ninguna sistemática, además..de lo que yo conozco..y sin ninguna formación... , y no es que la enfermera sea poco trabajadora, que es muy trabajadora, pero no está integrado en su sistema... lo que pasa es que, enfermería yo creo que ha perdido en atención primaria un papel fundamental, que era de hecho la promoción de la salud,...H1M2

- Eso ha sido la mayor tragedia que ha habido en atención primaria lo de poner a la enfermería por tareas, que están como en una cadena de montaje, nosotros, una enfermera atiende a 4 consultas, a demanda...o sea...entonces están en una cura, un vendaje, un inyectable, en un no se qué, como para decirle tu....O sea que los cuidados de enfermería creo que sería una cosa muy bonita y gratificante....A nosotros igual nos agobia más el diagnóstico, ¿no?..H2M2

La **actividad comunitaria** se valora también como necesaria a distintos niveles, desde el más general de las medidas políticas -como es el caso de la Ley del Tabaco- e institucionales, a otros más intermedios vinculados sobre todo al campo educativo y de la enseñanza, y también a los más cercanos y más susceptibles de intervención directa por parte de los propios profesionales.

Sin embargo, y a pesar de que dicha vertiente cercana forma parte de la definición y del ideario inicial de la especialidad de los médicos de APS, en la realidad actual se considera muy **difícil de llevar a cabo** dada la falta de medios y de interés político-sanitario en su desarrollo.

«...Yo creo que habría una cosa que todo el mundo sabe, y no es echar balones fuera, es una intervención comunitaria, ¿no?.....yo creo que, bueno, se habla ya en muchos foros, y tiene que intervenir los ayuntamientos y tal, porque son hábitos de salud...y...si se hacen circuitos, si se hace otra serie de actividades paralelas pero dirigidas a la comunidad en las que no estamos nosotros solos....es lo mismo que ahora lo bien que nos ha venido la legislación anti-tabaco, ¿no?...es un empuje impresionante...H2M1

- Hay experiencias positivas pues con las amas de casa, ¿no?... ellas por su lado estaban organizando todo esto, entonces bueno, pues un día me dicen «oye, entonces tu ¿no vendrías un día a dar una charla sobre el tema del cáncer y tal y no se qué y tal?», entonces bueno, pues eso, el tener experiencias también comunitarias y tal, yo creo que rinde mucho no?, o sea, de...que bueno, en el fondo pues en la consulta, pasa de ir a la consulta, pero en cambio pues le llega el mensaje por allá, y luego cuando le ofrecen una cosa de que va a venir una no sé quién tal y cual a dar un cursillo a las 7 de la tarde, pues a lo mejor le viene mejor que venir a la consulta a las 12 de la mañana...H3M1

-...Es difícil intentar integrarlo eso en el horario eh?, porque cada vez que pasan los años las disposiciones voluntarias son cada vez menores, me parece a mi...Quiero decir, no es lo mismo que tu vayas a dar una charla a las 7, que organice tu gerencia y te diga «tu, te libero 3 horas y das la charla cuando sea», o, no sé, antes hablabais de cosas novedosas o tal...Imaginaros que un día, en vez de pasar consulta, lo que tenemos que hacer es ir a pasear con gente, explicando cosas y tal, con un grupo de 20 o de 30, yo, la enfermera, no sé quién y se explica....igual no da resultado, pero igual es un tema investigar y saber, pero claro, hace falta tiempo, dinero para que...porque vienen los agudos, vienen los catarras, que esos no los dejamos.....H1M1

-...En el exterior hay mucha gente que parece que quiere colaborar...tu vas a los ayuntamientos, cuidado que no lances la onda y el ayuntamiento te agarre y luego tu no tengas tiempoporque luego no estas dispuesto....H2M1

«...De hecho eso se ha quedado, porque había unos consejos de salud cuando acabamos nosotros la especialidad, que estaban integrados por varias partes..ayuntamientos, pacientes, organizaciones de pacientes, médicos, algún representante, y aquello fue....H2M2

-...Todos los meses nos reuníamos, se hacían actividades en centros escolares..Yo me acuerdo de haber ido con pediatría, charlas sobre dietas, institutos...oye, una cosa..de la noche a la mañana no le importaba a nadie, no le interesaba a nadie, nadie quería saber nada...de un plumazo «flas».. desaparecía, la siguiente legislatura, cuatro años duro, una legislatura, cuando empezamos, y luego en la siguiente «pum», ni se montaron...H3M2

-...Desde luego la parte nuestra de comunitaria se queda, no queda ni bien, porque hace un título demasiado largo, yo creo que no es práctico a la hora de poner... «¿Qué eres», «Especialista», «¿Y en qué?», «En medicina familiar y comunitaria»...muy largo..queda mejor medicina familiar...y la realidad es que somos médicos de familia y aún así, lo de familia, a veces, hasta la «l» eh..H1M2

-...Nosotros yo creo que somos un catalizador, o sea, que estaríamos muy bien ahí, como una especie de bisagra en lo que es la enfermedad y la salud y tal....administrar recursos sanitarios, poner en contacto los recursos sanitarios con la población, ese es un trabajo bonito....lo que pasa que claro...que es una utopía, no?...H2M2

-...Pero es complicado, desde luego ahora no se puede hacer...H1M2

-...Ahora, ponerlo otra vez en marcha.....hombre....todo depende del interés que haya por arriba, claro, y de los recursos que vayan metiendo, pero cómo estamos en este momento, cualquiera se pone a montar una película de estas...H3M2

-...Y conseguir médicos de atención primaria que formen parte de eso ahora es muy complicado...H1M2

-...Y de hecho cuando nosotros elegimos esta especialidad yo creo que en buena parte estábamos un poco inspirados en esa teoría no?, o sea, bueno en ese marco de trabajar un poco la familia, la sociedad, la enfermedad y tal, no?... , yo creo que son tiempos distintos, o sea, que cuando empezamos nosotros la especialidad eran otros tiempos, los tiempos de cambio,... y ahora son otros tiempos, no sé que tiempos, pero hay que adaptarse...H2M2

Finalmente merecen señalarse algunas valoraciones de los médicos participantes relativas a medidas complementarias en el campo de la PPS, como es el caso de la **formación**. Como se vio a propósito de las intervenciones PAT y PEPAF, la formación era considerada como una de las ganancias obtenidas en dichas experiencias, y de hecho las referencias a la formación se repiten puntualmente en los discursos de los profesionales. Sin embargo, las percepciones acerca de su papel en la práctica cotidiana de la PPS difieren según los casos, en ocasiones se remarcan determinadas **áreas concretas** como objeto de posibles acciones formativas, y en otras se relativiza el papel de la formación como tal en comparación con el peso de las **actitudes de los profesionales**. Actitudes que se entienden como variables en el seno del colectivo y que en el caso de los participantes se acompañan de un cierto pesimismo cara al futuro.

«...Y luego hay otra cosa, es la falta de formación ¿eh?...nosotros en la carrera no nos han enseñado técnicas de entrevista clínica, y...empatía....desculpabilizar....entonces no tenemos ni idea....y no sé si ahora se hace algo de eso en la facultad, pero me parece que.....»M1M1

-...Si, por ejemplo, el curso del tabaco también lo hemos hecho casi todos eh...y yo creo que no es solo cuestión de...Hombre, es que la formación tampoco puede ser un curso de una semana....y depende de para qué...Es que yo creo que también aquí hay que hacer apartados, quiero decir, si lo que pretendes es

dar un mensaje sencillo y pequeño a la gente que viene a hacer consulta, yo creo que cualquiera de nosotros estamos capacitados para dar normas lógicas, y de hecho, no nosotros, el 95% de los pacientes ya se saben esas normas..., para situaciones recalcitrantes..., pues probablemente esa persona necesita una intervención especial, en alguien más especializado, que tenga más conocimientos que yo...Pero para la población normal de nuestras consultas, yo no creo que haga falta una formación específica difícil...cursos hemos hecho todos, de todo, llevamos 20 años en esto, si hemos hecho cursos de todo....H1M1

«...Que luego también hay una cosa, nosotros por ejemplo formación en cambio de hábitos y educación sanitaria tenemos muy pequeña, para mi, me parece...O sea, los hábitos a mi me parecen que es casi como las ideas o las creencias, ahí tienes que andar con pies de plomo no?, bueno, el terreno ese donde lo tocas...y consigues muchas veces el efecto contrario, le dices a uno, «¿sigues bebiendo?», igual no te vuelve... H2M2

«...respecto a la formación o no formación nuestra, bueno yo si creo que es importante, pero yo creo que tan importante como eso es la disposición nuestra, no?...O sea, yo por ejemplo soy pesadísima, creo que a todos los que entran les nombro el tabaco...¿y sigues fumando?»...solamente que sepan que yo sé que fumo... M4M2

«...Eso, lo que estaba hablando....De aquí a 10 o 15 años, a dónde vamos.....A mi me da terror. Yo por ejemplo, me ponga a pensar en los estudiantes que vienen, o que vayan a ser médicos de familia y digo...pero bueno, pues a lo mejor como entran dentro del pool ese de funcionamiento, pues, está claro que nosotros de alguna manera vamos a quedar desfasados, y probablemente funcionen con el estilo que estamos diciendo, con lo cual, nosotros cada vez estamos más desfasados en todo este sistema,...lo que hemos dicho...sobrevivir...Yo por lo menos...siempre, sobrevivir....sobrevivir, con mis pacientes y punto...H3M2

-...Pero no....sobrevivir en el buen sentido de la palabra. Yo creo que nosotros seguimos manteniendo en nuestro...círculo de trabajo nuestras creencias..., y cada vez con más dificultad también...H1M2

-...Es lo que decíamos, ¿no?, de hace pues 20 años, de cuando empezamos trabajando de una manera, ver lo que ha evolucionado en estos 20 años, es que nos hemos quedado....echamos la mirada atrás, de las reuniones, de los consejos, esto...es una especie de sueño...que ni se te ocurra plantear nada de eso...dicen.. «este está loco,...dónde va este tío»... «dónde vas a ir tu por ahí con comisiones de docencia y comisiones de no se qué y comisiones de lo otro...venga...déjate de gaitas y vete aquí a sacar, lo que dices, de 8 a 3, da el callo y sácanos aquí las castañas de fuego, venga»... Las castañas del fuego es eso, todo el que viene, que no proteste ninguno...H3M2

-...Desde luego la gente que viene por detrás poca promoción va a hacer eh?...muy poquita, eh?...yo como veo como trabajan, están acostumbrados a pasar dos cupos a la vez.....trabajan a una velocidad de vértigo...a mi me llama mucho la atención....M3M2

-...No, pero es lo que dice el, se adaptan....se adaptan...H1M2

-...Más rápido que nosotros.....Se han adaptado...M3M2

-...Son jóvenes y les han exigido, ¿no?...M1M2

-...Lo que pasa es que tienen la ventaja de que se van a frustrar menos que nosotros....H1M2

-...Nada, mucho menos, claro...M3M2

-...Estamos filosofando mucho aquí, ¿era para esto?...Por eso te digo, que yo...cuando nos juntamos gente de distintos centros yo creo que el mensaje es siempre el mismo, es generalizado, no es tampoco de que en este centro se está amargado o este centro funciona mal, no, no...es generalizado....H1M2

2. Los pacientes, la intervención y la PPS

Las perspectivas de los pacientes sobre la PPS se sitúan en marcos más abiertos y plurales que en el caso de los médicos (Figura 2). Tanto éstos como los demás profesionales vinculados a la APS son percibidos como una de las referencias -pero no necesariamente la más importante- a las que aluden en relación al cambio de los hábitos que nos ocupan. El protagonismo del propio paciente como individuo vinculado a un contexto socio-cultural concreto, se advierte de modo notable en sus valoraciones, no sólo en el grupo de aquéllos que no respondieron a los objetivos de las intervenciones en las que participaron (PAT y PE-PAF), sino también en el de los que modificaron sus hábitos. Las razones y las circunstancias que le llevan a dicho cambio difieren frecuentemente en cuanto a prioridad y oportunidad, de las del médico de APS, incluso cuando exponen los motivos que les llevaron a participar en las mencionadas intervenciones.

2.a. Intervenciones-investigaciones → PPS / Individuo-Paciente

La participación de los pacientes en las intervenciones-investigaciones parte obviamente de la iniciativa del médico, poniéndose de manifiesto de nuevo la importancia al respecto de una **relación médico-paciente** mantenida a lo largo del tiempo.

«...Simplemente porque me lo dijo el de cabecera, no fue por otra cosa. Yo fui al de cabecera y me dijo 'no querrás participar en unos programas que hay', ah, pues no me importa. Como tenía tiempo y eso, pues fui.»M1P1

Pero a su vez sus motivaciones y expectativas **no siempre coinciden** con las de aquél, sino que responden en gran medida a prioridades propias. En algún caso será el deseo de controles analíticos más frecuentes, en otro un seguimiento más estrecho de la función cardiaca, e incluso por solidaridad con su pareja.

«...Yo entré en el programa este por mi médico de cabecera. Me propuso entrar en las pruebas estas cada 6 meses, me parece que eran, y bueno le dije que sí, pero yo no soy fumador tampoco... hacía deporte habitualmente, hago bastante montaña, y natación por problemas de espalda, sigo haciendo natación dos o tres veces a la semana... antes del programa este, había hecho alguna prueba de esfuerzo mediante la federación de montaña... Y como hacía tiempo que no había hecho ninguna prueba de estas, y como seguíamos haciendo montaña a un nivel bastante, bueno, un poco exigente también, quería ver cómo andaba con el corazón, no vaya a ser que me estuviese pasando de vueltas...»H3P1

«...Yo entré en el programa este porque me animó mi médico de cabecera. Hacía un seguimiento periódico de colesterol, tengo el colesterol algo alto. Me animó también a hacer ejercicios y me dijo que llevarían un control las veces que estaría haciendo el seguimiento por parte de este programa y que me informarían de en qué situación estoy y todo eso. Cuando me dijo eso pensé pues esto fenomenal, porque a parte de cuando vengo aquí... a ver cómo estoy en este tema del colesterol, encima me completan más en el seguimiento con esto otro, pues fenomenal... ya hacía yo por mi trabajo bastante ejercicio porque estaba en muchas obras y andando mucho y haciendo ejercicio, pero el colesterol ahí seguía. Con todo esto que me animaron pues al final el colesterol he llegado a bajarlo, lo he llegado a bajar por el ejercicio, por las comidas que también hacen mucho... y ahora tengo pues de pasar de 285-290 de colesterol, estoy en 230-240, por ahí...Ahora ya son cada año y entonces ya cada año, un año es muy largo. Como también el médico mío me lleva el control del colesterol eso es lo que de momento tengo.»H4P1

«...yo fue lo del ejercicio, de la marca muscular. Empecé a hacer bicicleta y he estado yendo durante un año, iba primero cada tres meses, he estado yendo y esta última vez no he ido porque no podía ya la última que me llamaron pero yo... la verdad es que para mí ha sido una cosa como que me encontraba muy bien y me ha dado un empujón... yo iba a la piscina y a andar y así pero me ha venido muy bien...»M1P2

«... yo dejé de fumar por solidarizarme con mi marido y con mis hijos... Porque como le quitaron radicalmente, pues dije tengo que dejarlo porque en mi casa era un follón con mis hijos ya con los dos. Si ya

me quedaba yo sola fumando, pues poco más o menos lo que ya ten dicen a tí. Me costó, y lo pasé mal. Este se puso parches, yo no me puse parches y poco a poco, poco a poco no he vuelto a fumar.»M5P1

Por otro lado, la participación en un programa de intervención dirigido a la modificación de un determinado hábito no conlleva necesariamente el **cuestionamiento de otros posibles hábitos** considerados como no saludables. Así, es posible participar en el programa de ejercicio físico y seguir fumando, dejar de fumar y llevar una vida sedentaria, amén de la frecuente interrelación entre abandono del tabaco y aumento de peso.

«... Estuve en el programa este de los 6 meses, porque soy hipertensa y porque mi médico me apunta a todo y yo a todo lo digo que sí, entonces fui. No tengo problemas de colesterol, lo único que me dijeron es que procuraría hacer más deporte, con lo cual me apunté a clases de baile, no aprenderé a bailar nunca, pero me lo paso muy bien... sudas, te mueves, haces amigos y bueno a mí sí que me gustaría dejar de fumar, porque yo soy fumadora y a mí me encanta fumar, pero lo he intentado dos veces y no puedo, no tengo fuerza de voluntad.... Entonces pues eso. Lo demás, la tensión ahí sigue, tomo medicación y la tengo más o menos controlada, y de momento problemas de gordura o tal no he tenido.» M4P1

«... Además, así como he dicho antes que por otras sitios me costó, pero a la hora de ir al monte, a la hora de subir, lo he notado lo de dejar de fumar, joé me cuesta más el subir. Lo que pasa que es por los kilos que he engordado... H1P1

«...yo al dejar de fumar, las horas muertas, el picoteo, o sea, que he cogido, cada vez que voy al médico y me dice de pesar me sube hasta la tensión. De abril a aquí otros 3 kilos y digo bueno, sí también tengo que hacer ejercicio, tengo que hacer una dieta porque yo de colesterol también he llegado hasta 303, soy de colesterol altísimo...M2P1

Dichos comportamientos representan una primera aproximación a la **compleja red de factores** que intervienen en los hábitos de los individuos en general, y por tanto también en quienes participan en intervenciones-investigaciones cuyos diseños pueden correr el riesgo de no tenerlos suficientemente en cuenta.

En general la participación en las intervenciones, tanto en el grupo de los que modificaron sus hábitos como en el de los que no lo hicieron, se valora con **agrado** y sin aparentes **interferencias** en las relaciones habituales con sus médicos. Cabría señalar en algún caso posibles **deficiencias** percibidas de coordinación y de trasvase de información entre éstos y los profesionales externos encargados del seguimiento, lo cual es vivido con sorpresa por parte de los afectados.

«...en el tema del ejercicio físico, deporte y tal, yo no sé si el médico de cabecera programaba a las personas que han ido a estos controles, si programaba algún tipo de ejercicio físico o algo. En mi caso no, no ha programado nada, porque yo ya fui haciendo deporte y he seguido haciendo deporte cuando he acabado. Pero si por ejemplo ha ido alguna persona, como yo tengo algún amigo que ha ido y ha entrado en este programa y que yo sepa no le han dado un programa para que siga haciendo un tipo de ejercicio, deporte o algo. Simplemente le han mandado volver a los 6 meses (H3P1)

- A mí no me ha dado nada (M4P1)

- A mí tampoco me ha dado nada (M2P1)

- A ver....a mí no me ha dado pero si es cierto que a consecuencia de eso yo ya empecé a hacer algo más de lo que hacía...(M4P1)

-...Yo he seguido haciendo deporte por mi cuenta, cuando volvía me decía estás tal o cual, pero por iniciativa propia, no porque me hayan dado un....ha sido el seguimiento en dos años (H3P1)

-...En mi caso por ejemplo,... mi médica me llamó, me habló de él, me tenía registrada y tal y cual, pero yo tengo una amiga que la llamaron para este programa y su médico de cabecera no se enteró. (M3P1)

2.b. Los individuos-pacientes ↔ la PPS

Tal y como avanzábamos al comienzo, desde la perspectiva de los pacientes entrevistados el ámbito de los factores y de las actividades relacionadas con los hábitos no saludables y saludables, se sitúa en un marco muy amplio que sobrepasa el referente parcial de la APS.

En primer lugar los participantes son conscientes de la influencia de determinados elementos que operan en un **nivel macro-social**, como es el caso de las leyes y también las modas, costumbres y pautas de comportamiento social relacionadas con las peculiaridades socio-culturales de cada época y de cada generación.

«...Hombre, el tema del alcohol yo entiendo que es difícil que un señor vaya a decir yo soy alcohólico por el rechazo social que conlleva. El fumador no tiene ese problema H3P1

-...A mi me han llamado la atención por fumar en mitad de la calle...en mitad de la calle eh!...» M4P1

«...yo también creo que... hacer ejercicio en este momento está muy bien visto socialmente... hay mucha gente que se apunta a los gimnasios, tanto municipales como privados, y que no se habían apuntado a un gimnasio en su vida, si la presión social que hay sobre la estética, la salud etcétera no les habría empujado...Yo me creo que dejar de fumar es más difícil...» H2P2.

- Y tampoco se nota tanto porque el que es borracho, pues seguro que se encuentra de puta madre y lo nota... pero el que fuma tampoco lo nota tanto...H4P2

- El que consume otro tipo de drogas, normalmente es un excluido social, se va excluyendo él sólo... con el tabaco todo el mundo... los grandes puros se los ha fumado siempre la gente que tenía dinero y un estatus social...» H1P2

El efecto de dichos factores no es unidireccional, sino que paradójicamente puede generar reacciones de rechazo que vendrían a reforzar los propios argumentos para mantenerse en la misma situación.

«... pero la ayuda por ejemplo no es la ley antitabaco, prohibir el fumar en todas partes con lo cual consiguen que todo el mundo salga a fumar a la calle. M4P1

- Pero la ley antitabaco yo creo que es para proteger a los que no fuman, yo lo veo desde ese punto de vista. H3P1

-Pero tenemos que curarnos primero... M4P1

- Ya, pero, si no hubiera una ley que restrinja el uso del tabaco, tú imagínate que aquí la mitad están fumando y a la otra mitad no nos gusta un pelo fumar, eso crea un problema yo creo que importante, porque yo he visto en el trabajo...H3P1

- Claro, pero yo lo que quiero decir es que primero, antes de crear una ley, cuando saben que en este país hay un montón de adictos, porque somos adictos, porque yo por lo menos me considero una adicta al tabaco, lo mismo que a los drogadictos les han dado metadona, yo creo que lo que tenían que haber hecho es a los que tenemos un problema de tabaquismo es proporcionarnos unos medios o un tratamiento o unos grupos de apoyo para convencernos de que dejemos de fumar y no simplemente plantar una ley ahí, ... M4P1»

«... la verdad que esto de que te dicen ahora 'no se puede fumar en los trabajos' para mí yo veo que es peor porque yo antes bajaba en el descanso del trabajo, me tomaba un cafecito, un cigarrillo y volvía a trabajar... ahora en el descanso me fumo tres...» M2P2

«...Lo que pasa es que en este caso lo que no haces es sentirte culpable, el enfoque mío es ese más que nada hoy en día... te sientes un poco mal, cuando fumas te sientes mal... no fumas...yo conozco gente que si estoy con gente no fumo...H4P2

-...Vamos a ver. Si eso a mi me sirviera para dejarlo sería una motivación tan buena para dejarlo como cualquier otra pero es que yo no sé, igual soy un poco individualista pero eso de que te estén todo el día machacando lo malo que es el tabaco te dan ganas de soplarle el humo a los ojos..... también es malo comer pasteles, y el cochinitillo es horroroso, y como vayas a Segovia y no comas eres un apestado ¡Coño, vamos a ser un poco lógicos!.. vamos a ser serios, vamos a apuntar con el dedo a todos... no sólo a mí...H2P2.

-...A mí no me vas a decir que ahora de momento se preocupan por nosotros, no se han preocupado nunca... para qué te vas a preocupar de la gente que fuma.. joer, pues preocúpate de la gente que se muere de hambre que a cuatro mil kilómetros de aquí se están muriendo de hambre, preocúpate de esos...»H4P2.

En dicho marco socio-cultural es el **nivel micro-social** configurado por las redes de amigos, familia, trabajo, aficiones, y también roles de género, el que adquiere una especial importancia en la justificación tanto del mantenimiento como del cambio de hábitos.

«-...A mí el programa del ejercicio físico me convenció de que algo tenía que hacer, y después de 2 años estoy más convencida todavía, porque yo padecía mucho de dolores de espalda y supongo que se debían bastante al sofiing, esto de que terminas de comer, recoges y tal, te sientas en el sofá y te levantas para hacer la cena, poco más o menos, o sales a dar una vuelta con tus amigos y tomas dos vinos... Entonces empecé a bailar, que no sé por qué empecé porque nunca me ha gustado bailar, y me animaron unos amigos y yo reconozco que a mí no me ha vuelto a doler la espalda. M4P1»

«-...Nosotros, al menos nuestra generación, hemos sido de tomarnos los chiquitos, dos o 25 no lo sé, no quiero poner límites.... De sí.... monté en el autobús y no había nadie, vamos a celebrarlo, son vicios que tenemos y tenemos que tenerlos porque todas las civilizaciones los han tenido... tenemos una cultura del comer y cuando nos aburrimos, que nos aburrimos, y no sabemos que hacer comemos y bebemos y cuando no nos aburrimos porque vamos de chufra, comemos y bebemos... H1P1

- Yo pienso que no, que cada uno, yo como ama de casa es totalmente distinto, yo tengo muy poquito tiempo para salir porque no puedo, tengo que atender lo mío y demás, pero para mí lo mío es una ansiedad la que tengo... o que estoy estresada porque últimamente las cosas no te vayan bien o que te pasan cosas en la familia. Y es todo ansiedad. M2P1

-O porque estás muchas horas en casa....por que yo es donde lo noto, yo también soy ama de casa...M4P1

- A ver....Yo trabajo fuera limpiando casas y eso, y llego a mi casa y sigue y sigue y es una rutina que a lo mejor la rutina también quizás te pueda llevar M2P1»

«-...pero bueno, si ejercicio estoy todo el día, estoy desde que me levanto toda la mañana, cuando no es el trapo es la fregona, cuando la escoba, cuando no son los niños, cuando no tienes que correr detrás de la perra... o sea estoy todo el día corriendo» M2P2

«-...a mí, mi mujer me influye porque fuma más que yo y ha fumado siempre entonces.. es difícil tener a alguien que fuma y que entiende que tener un cigarro en los dedos no es una cosa negativa entonces fumas más o tienes más motivación para fumar...»H2P2

«-...- Es que para cuidarse hace falta tiempo.M3P2

- A mí eso es lo que más me agobia ... si vas pronto y te unes a un grupo y es más entretenido y dices 'bueno estamos cotilleando o lo que sea' y estás a una hora decente en tu casa, a tus casas y demás... pero a las 11:30 ¿a quién engañas para ir a andar contigo dos horas?...» M1P2

Por supuesto el **ámbito de lo sanitario** se reconoce asimismo como importante, y de hecho es de dicho ámbito desde donde proceden algunos de los estímulos que inducen al cambio. Pero en este sentido, la motivación para el cambio no parece sustentarse tanto en el enfoque positivo de promoción de la salud

o de prevención desde un punto de vista general, sino sobre todo de un **temor a la enfermedad y a la muerte** vivido como algo más cercano y concreto.

«... empecé fumando a los 12 años... Lo dejé con el embarazo, pensando que era malo para el niño y dejé de fumar pero una vez nació el niño, aguantaría un año, y ya volví a coger el tabaco. Mi problema era que estaba continuamente con bronquitis... y así estuve igual 8 o 10 años más. Mi hijo empezó a decirme 'ama, deja de fumar, el tabaco es malo para ti', y yo seguía fumando. Pero un día dije bueno, voy a dejar de fumar, así estuve 7 años sin fumar, hasta que un día en una fiesta pues todo el mundo sacó el cigarro, se ofreció, te apetece, coges el tabaco y fumas un cigarro... empecé a fumar de nuevo y de nuevo las bronquitis... Tantas bronquitis tenía que mi médico estaba hasta las narices... Estuve fumando durante igual 15 años más hasta que un día dije, bueno pues esto no puede ser, me parece que esto va camino del cáncer y hay que dejar de fumar... Fui a comprar el paquete de tabaco, con bronquitis, a punto de coger un cáncer, porque esto va a ser camino del cáncer porque tanta bronquitis no es normal, y bueno me guardé el paquete de tabaco en el bolso... Y con el miedo al cáncer dejé de fumar y un día vine donde mi médico y me dijo 'qué, ¿ya has dejado de fumar?', 'pues sí ya he dejado, llevo casi un año sin fumar'.M3P1

«... Yo he estado fumando durante 56 años o 58 años y la verdad es que últimamente notaba que respiraba mal, no podía ir al monte porque me quedaba a la zaga de todos, de los hombres de mi edad, de las mujeres de mi edad y de todo pichichi y todo era así... tuve que dejar de jugar, porque no llegaba, el corazón empezaba a decir cosas, dejé de fumar porque también tenía un motivo y es que mi salud estaba resquebrajándose...»H1P2

Por dicha razón llama la atención el papel determinante que en algunos casos ha jugado el **médico especialista** u **otros profesionales** distintos de su médico de APS que en un momento determinado les despiertan dicho temor concreto, aún a pesar de haber tratado el tema con éste casi de forma rutinaria durante largo tiempo.

«... la médica de cabecera mía, amiga y conocida de toda la vida, llevaba toda la vida intentando que dejase de fumar... no me afectaba el tabaco en mi actividad física, ... es más, cuando subía una cumbre me fumaba un cigarro y me lo fumaba más a gusto que la pera. La médica insistió e insistió e insistió porque es una pesada y lo intenté. Bueno, pues estuvimos a punto del divorcio. Duré dos meses, los hijos por un lado, la mujer por otro y yo por otro, y los amigos por otro. Volví a caer, volví a fumar, hasta que un día pues me dolía la garganta, el típico catarro que dices... Y fui donde mi médica, me mandó al especialista y me metieron miedo, me metieron un miedo del copón de la baraja. Me dijeron que me iban a hacer un agujerito, el especialista, y desde aquel día el paquete de tabaco, día del Carmen, 9.30 de la mañana fue el último cigarro que me fumé.» H1P1

«... mi problema desde un principio ha sido la ronquera. Desde hace muchísimos años tenía la voz siempre ronca,... Y me lo repetían y me lo repetían, Y mi médico de cabecera por supuesto me aconsejó dejar de fumar. Yo la verdad, me resistí, le decía que era incapaz. El se preocupó de llamarme por teléfono a casa, una y dos veces, y si hacía falta tres, tres. Cómo vas, pues no puedo, pues sigue, pues ánimo. O sea, con todo y con eso con lo que pudo hacer ese hombre por mi no lo he conseguido. Así pasaron los años, ... Total, que fui al otorrino, al final tuve que operarme de cuerdas vocales... Y aún así seguía fumando... Y un día se le ocurrió también el tema de lo del agujerito, vamos a terminar con el agujerito. Yo no sé si es que me dio tantísimo miedo o me pilló en un buen momento, nunca se sabe y fui a dejar de fumar, me puse fecha. Va a hacer un año M2P1

«... Yo la bronquitis y los 3 paquetes que fumaba de tabaco diarios, ... incluso a veces ronquera también. Al final fui al otorrino, torció un poco el morro y le dije ¿no será cáncer ¿no? Y me dijo 'no, pero si sigues fumando será'. Y entonces 3 paquetes me parecía excesivo, pero era cuestión nerviosa. ..Me planté, bueno ni siquiera me planté, porque me vi tan sumamente mal que dije aquí se ha terminado el tabaco... Mono alguna vez si que tuve...Y al final lo dejé».M3P1

La influencia del temor cercano se manifiesta también a través de experiencias vinculadas a **amigos o familiares**, lo cual introduce un componente que parece alejarse del **mensaje rutinario** y acercarse más a **lo fortuito**, aunque muy posiblemente ambas dimensiones estén presentes en la pluralidad de factores intervinientes.

«...Lo mío, antes lo he explicado, me animé porque tenía ya los controles y aparte de eso me ha animado el médico a hacer ejercicio... pero el colesterol era un tema que lo tenía grabado aquí y cuidado... Dos compañeros míos de trabajo murieron de infarto y el último que murió me metió mucho miedo y desde entonces, hace dos años, he dejado de fumar. Fumaba muy poco una cajetilla a la semana y todavía me sobraban cigarros. Y cuando se acabó la cajetilla, si alguno de los que estaban alrededor mío fumaba le invitaba también. Quiere decir que he fumado muy poco, pero fue suficiente el desenlace del compañero para decir vale. H4P1»

«... Lo mío han sido factores que han intervenido que yo dejé de fumar han sido varios, no sólo uno, han sido pues las hijas y la mujer... los amigos, etcétera... y tuve también una infección pulmonar y 'que tenía que dejar de fumar, que tal'... el doctor me dijo y le prometí que iba a dejar de fumar y yo pues no cumplí, me llamaron por teléfono y les tuve que decir pues que seguía fumando. Y después pues ciertamente empecé a pensar y un buen día, sin más, estando en el ambulatorio una doctora me dijo un comentario que creo yo que fue bastante determinante, me paso revista y no tenía nada así... y entonces: 'no necesitas ninguna medicina, la única medicina que tú necesitas es dejar de fumar'. Y bueno, entre eso, las hijas, la mujer, los amigos, pues un buen día a las cuatro de la tarde se me acababa el paquete de cigarros y dije «éste es el último» y en esa ocasión parece que sí, llevo tres años y medio y parece que sí...

... tengo un amigo que tiene 88-89 años y que lleva tres años sin poder salir de casa y con respiración artificial... todas esas cosas, esos cúmulos de cosas es lo que me ha llevado a mí a dejar... ahora ¿cuál de ellas? Quiero decir que también conviene conocer los casos extremos y conviene ver en qué televisión unos pulmones de fumador y todo eso te va marcando y a veces va bien dejar de fumar y que no dejen de dar la lata... » H1P2

El **ejemplo de lo cercano** también puede cobrar importancia como argumento de resistencia al cambio.

«...no es defendible pero... yo lo he visto en mi padre, que era fumador y vivió 85 años y mi suegro es fumador y tiene 91 y no se ha muerto... entonces no tengo ejemplos claros de gente que se muere de joven y que me haya servido para valorar que tengo que dejar de fumar mañana.» H2P2

«...Yo conozco a un cura, amigo mío, que dejó de fumar y 15 kilos engordó en poco tiempo, antes de un año 15 kilos y por él mismo hizo por volver a fumar para bajar kilos... fumaba un poquito menos pero fumaba, y bajó de peso...» H3P2

Pero en todos los casos llama la atención la presencia de una **constatación del «yo»** por parte del paciente que se refleja a veces en la resistencia a lo que se percibe como impuesto, en otras ocasiones como reafirmación de su capacidad decisoria, y en otras como cuestionamiento de los criterios que le llegan por parte de los profesionales. Dicha constatación tiende a hacerse más patente en aquéllos que persisten en sus hábitos pero no sólo en ellos.

«... Al final dejé de fumar, pero dejé un día que llevaban un tiempo sin darme la lata, dije 'ahora' Lo había dicho 15-20 veces antes también, pero seguí fumando...» H1P2

«...yo me siento mal, cuando fumas y hay gente que no fuma al lado me siento hasta mal y más estando como está que te están diciendo todo el día que es malo y tal que molestes... Pero yo por dentro no me siento mal, estoy a gusto conmigo mismo, si es que no tengo grandes defectos.» H4P2

«...Pero mira, él mismo ha dicho antes que cuando dejó de fumar fue cuando ya no le estaban dando la lata. Cuanto más te «pun-pun-pun»...M2P2

- Eso es un ciclo, te dan la lata.. eso es un ciclo... y de repente tienes un constipado y es porque fumas, tienes no sé qué y es porque fumas... todo es porque fumas.H1P2

- Te lo dicen los demás que es porque eso, ahora hace falta que tú te creas que es por eso o no...»M2P2

En este sentido, la **auto-percepción** tanto de la necesidad de cambio, como de los efectos de los resultados (en ocasiones contradictorios) desde las propias coordenadas de **conocimientos, creencias y valores**, cobra especial importancia.

«...yo también soy deportista y entonces claro... cuando mi médico me comentó para dejar de fumar, no tenía intención de dejar de fumar, como ahora que tampoco es que tenga intención de dejar de fumar, al final hay que tener algún vicio, tampoco es que tenga grandes vicios ni en comidas, ni bebidas... luego suelo ir mucho al monte a mucha altura y entonces tampoco veo que me siente mal... luego, funciono bien... pero yo es que ando mejor que los que no fuman,...» H4P2

«...Soy muy fumadora, el paquete no me lo quita nadie, a veces me paso. Igual un día me sobran dos y al otro me faltan cinco. Hay veces que digo «voy a dejar de fumar» y entonces voy y hablo con Maite que me dice «tú cuando te lo pienses en serio, me lo dices y yo te hago marco las pautas y tal...» y luego digo 'si es que no quiero dejar de fumar, ¿para qué le voy a hacer que pierda tiempo conmigo si es que realmente no me siento motivada?» M2P2

«...Yo no soy gran fumador, me suelo fumar seis o siete cigarros al día cuando más y no he tenido presión para dejarlo ni tampoco me he sentido disminuido para hacerlo... aunque yo no defenderé nunca el tabaco ¿eh? No lo voy a defender pero... me han hecho una espirometría hace un año y pico y tenía el 100%, tenía un 98 y pico de capacidad pulmonar, lo cual no quiere decir que defienda nada, simplemente que no he notado ninguna...» H2P2

«...Mira yo estuve tres meses sin fumar y me comí una caja de tomates cherry al día. Yo ponía encima del mostrador de la cocina entre el fregadero y la cocina plantaba mi caja de tomates cherry, los ponía en un plato y los partía en cachos, y yo iba y cogía uno, ... y cogía otro y no hacía más que comer tomate cherry como una mema. Claro, cuando se me acababa el tomate abría la nevera, el chorizo, el jamón, el queso...»M4P1

«...Yo creo que el cuerpo humano puede aceptar una cierta cantidad, lo que pasa es que si te pasas de esa cantidad puedes sufrir graves consecuencias incluso H1P2

- Ahí está la cosa, en el equilibrio. Si al final todo es bueno y todo es malo.» H4P2

«...Depende de la cantidad, si yo creo que sobre todo es la cantidad...H4P2

- Y de la fuerza de regeneración que tiene cada humanidad... hay gente que puede aguantar 30 cigarros diarios... Yo he tenido compañeros, grandes fumadores, que cuando éramos jóvenes no tenían nada que hacer conmigo y de mayores me ganaban.. ¿Por qué? Porque ellos podían estar todo el rato del partido a pleno... y yo iba bajando, los pulmones de cada uno...o a otros es igual las venas... o las arterias o el corazón, pero desde que no es bueno el tabaco H1P2

- En eso estamos todos de acuerdo. H2P2

- Tampoco es bueno trabajar no sentado sino con un pico y en una cantera o en una mina, pero hay que trabajar... Claro que es muy eso, lo de bueno y malo...»H4P2

2.c. Los pacientes ↔ El médico de familia-AP-la PPS

Tal y como se viene constatando, el referente del médico de familia está presente en el entramado de factores relacionados con el cambio de hábitos, pero en una posición particular. Al médico se le reconoce la **función** y la **autoridad moral** para aconsejar, pero dicha función se percibe en todo caso como **complementaria** – si no como secundaria- tanto en lo que respecta al resto de condicionantes, como en cuanto a lo que se espera de él como proveedor de atención sanitaria.

«...El médico de cabecera te puede orientar para conseguir que lo que tienes puedas reducirlo o lo que sea, o cualquier cosa que tengas de enfermedad que te pueda no curar, sino evitar que vaya a más. El médico de cabecera lo que si te hace, yo tengo mucha confianza en el médico de cabecera, la verdad, yo cuando tengo algún problema voy donde mi médico y no digo 'bueno esto ya se me pasará mañana'. No, si lo tengo hoy y puedo ir hoy voy hoy. Lo que pasa es el problema que después el puede acertar o no puede acertar... Yo creo que el médico de cabecera cuando uno continúa con los mismos problemas, inmediatamente lo que tiene que hacer es olvidarse de las medicinas y las recetas y mandarte a un especialista, que son reacios, mandarte a un especialista, de lo que sea. Y el especialista te dirá, igual también se confunde el especialista, y también te sigue mandando medicinas. Pero bueno, pero ya eso es a otros niveles y el especialista estará especializado en este tema, que igual es la dolencia que tienes que puede ser que él te de la solución. H4P1

«... En mi caso por ejemplo, que el problema es el de la obesidad, decirme oye un poco más de ejercicio, plantéate, que ya me lo ha dicho pero no hago caso ninguno, el pasear todos los días un par de horas, empieza con una hora... para bajar kilos. Es lo único que puede hacer, darme un consejo. Otra cosa podría ser decirme qué es lo que comes, o toma esto y no me comas más esto. Eso es otra cosa que puede hacer...M3P1

«...El papel de cabecera es ese, el de apoyarte, el de ser el que está allí encima de ti y cada vez que vas ahí el decirte '... Llevas 6 meses sin pasar por aquí, pásate por aquí'. Mi médica te dice, ven, qué va a hacer ¿obligarme? No... pues darme el coñazo y al final por peste voy y digo a ver qué quieres. No tiene otro....H1P1

- No, yo creo que el médico de cabecera tampoco influye mucho, somos nosotros los que tenemos que....por mucho que te diga.... te puede ayudar algo pero nada más.M1P1

- Hombre si que ayuda porque él te dice lo que tiene que ser, luego que tú hagas caso a lo que te está diciendo o que puedas hacer lo que te está diciendo...M4P1

- Psicológicamente sí te puede ayudar a mentalizarte a que tienes que hacer esto por tu salud. M2P1

- Si, pero si tu no quieres....M1P1

-...El te puede exponer los peligros a los que estas expuesta, pero tú tienes luego que ver que efectivamente eso es lo que te conviene, pero como no te salga a ti de aquí lo mismo te da que te diga una cosa u otra. M3P1

- Lo único que te puede hacer es aconsejar, y bien además, pero lo demás tiene que salir de uno mismo...o meterte miedo en el cuerpo...H2P1»

«...A mi los médicos, por lo menos mis médicos, me pueden decir que no fume porque están cuidando de mi salud pero mi vecino del tercero no, que me va a decir él ¿qué **autoridad** moral tiene? Y el Estado ¿ qué autoridad moral tiene para decírmelo? cuando está permitiendo todo tipo de corrupciones...»H2P2

La mayor **cercanía y confianza** percibida por parte del paciente, le sitúa en una posición teóricamente ventajosa respecto de otros médicos especialistas en el desarrollo de las labores de promoción, pero a su vez, y quizás por ello, también se espera una mayor comprensión cuando el paciente continúa sin modificar sus hábitos.

«...El especialista está muy lejos del paciente, o sea, no tiene poder para hacer un seguimiento, tiene que ser el médico de cabecera el que te puede aconsejar. El especialista va, te hace la radiografía, te manda el análisis te pone en tratamiento y fuera. Tiene además, miles de pacientes, supongo que los pacientes de muchos médicos de cabecera y no tiene nada que hacer en ese campo, a menos que sea un endocrino y si es por un problema de obesidad, ese si que puede hacerte algo, pero para un problema de cambio de hábitos... No, yo pienso que es el médico de cabecera el único que puede hacer algo en eso porque tiene un seguimiento mayor del paciente M3P1

- Está más en contacto. H4P1

-...Yo creo que volvemos ahí con lo que hemos hablado al principio. Yo cuando voy donde mi médica es porque me duele algo y ya sé que comer una chuleta con un trozo de grasa así que rebose y me he bebido casi la botella de vino, ya sé... Mi médica para qué está o el médico de cabecera para qué está, como de confesor.. 'padre me he equivocado', y te absuelve, porque te dice el camino bueno es te hijo, vete por aquí, yo creo que es por eso y luego darte el consejo de decirte coño pues una chuleta cómetela una vez al mes, y los callos uno cada dos....no se cual es la.....pero eso sería, yo lo veo por ahí...H1P1»

En cualquier caso sí se reclaman determinadas condiciones en cuanto al **contenido**, la **forma**, y la **oportunidad de la información**, señalados en el apartado anterior también por algunos de los médicos, y que aquí reaparecen de nuevo, esta vez, desde la perspectiva de los pacientes.

«... Cuando me operó el doctor X que para mí fue una excelente persona, le pregunté, puedo beber vino y me dijo, 'bueno'. Y le dije, 'bueno qué', 'que sea bueno' (risas). Yo es que al principio no le entendía lo de bueno, poco pero bueno. H2P1»

«- Yo conocí... en cierta ocasión un médico de cabecera que, a una persona que tenía 85 años ya, se fumaba 4 cigarros al día, era su único vicio, estaba ya a punto de pasar a la historia, le dijo usted fuma, si cuatro, pues deje de fumar. Con todos los respetos por las personas es como para decirle deja la profesión y vete al Sahara y muérete allí, porque no me parece lógico. H1P1»

«-... tenía que llegar, los 20 minutos de andar a paso ligero y luego tomarme las pulsaciones y notas que el corazón va tranquilo y relajado..si es que no voy a llegar nunca a las pulsaciones...se me acaba la carrera, al principio hombre, empiezas a andar y pues lo que hoy te cuesta media hora, mañana son doce minutos y así, y al final se me terminaba el recorrido y lo volvía a hacer y decía 'si esto es un rollo' y encima no me sube este aquí.. no me palpita.. 'pues nada, lo dejo» M2P2

«-...seguramente, yo no puedo defenderlo... yo creo que el que aconseja sobre un tema tiene que tener una cierta autoridad moral para hacerlo me refiero a que si tú vas a un médico es porque está capacitado para que apoye tu salud, entonces si te dice 'no debes de fumar' de forma clara pero no todos los días que vas allí... «es que me duele la espalda' 'sí, pero no debes de fumar»... (risas) H2P2

- Una cosa que hacen mal los médicos es los porcentajes: «porque el 20 % de no sé cuál y no sé qué».... Eso no es verdad, no es así. Estudiad bien cuando habláis de problemas de tabaco... los porcentajes, las esto las no las empleáis correctamente. No hacéis bien la comparación. La comparación hay que hacer una cosa con otra y no 'esto el 20%, esto el 40%'...¿Que se mueren un 10 % de los fumadores? y de los no fumadores también, no te fastidia.... No decir que los fumadores se mueren... ¿y los otros no se mueren o qué?... Hay que comparar esto con esto y todos los estudios tienen que ser comparativos.» H1P2

- Y luego está que tú le hagas caso, porque te puede decir lo de las dos horas o lo de la comida, porque igual los primeros días te manda lo de las acelguitas que digo yo, lo digo por experiencia porque se lo mandaron a mi madre y a poco se me muere de tristeza. Entonces te mandan una dieta que no es precisamente lo que más te gusta a ti o lo que más te apetece y día tras día, pues hoy te cambio las acelgas por vainas, y mañana por espinacas y pasado te pongo una ensalada y pescado a la plancha y sin sal y todo igual. Y al final un día dices, bueno, parece que he bajado medio kilo y va por un día que me pase...y el día que te pasas coges tres de golpe. Te comes el helado y en vez de 100 gramos te engorda 3 kilos de satisfacción. M4P1

La referencia a las **circunstancias** en que los médicos de APS desarrollan su trabajo también aparece como un punto de encuentro de las percepciones de ambos agentes. Los pacientes confirman la importancia de un contexto de **mucha demanda, poco tiempo, y diversidad de tareas** a llevar a cabo, que difícilmente resulta compatible con la dedicación que requerirían las tareas de promoción, si bien dicha constatación parece realizarse desde un tono más de comprensión y consuelo que de reivindicación de cambio.

«...El médico de cabecera en principio con los dos o tres minutos que tiene para dedicarte en la consulta, pues hombre te puede marcar algunas directrices a parte de recetarte los medicamentos en cada caso, pero poco tiempo te puede dedicar. Y si tienes la suerte de estar con un médico de cabecera como es mi caso, que es una buenísima persona, te sirve para marcarte directrices y como cierto apoyo, pero a partir de ahí tienes que ser tú, porque si no, si te manda unos hábitos o te manda una medicación y no le haces ni caso, pues el hombre poco puede hacer, aparte de esperar unas colas tremendas que tiene la consulta y ventilarlas en dos o tres minutos cada una. H1P1

- Ese es el problema, que no tienen tiempo M2P1»

«...Yo creo que el médico de cabecera con más tiempo, tiene más tiempo para informar que a veces igual es lo que hace falta, informar, y para dedicarte ese tiempo para orientarte e informarte mejor. Yo creo que más tiempo si que me parece que se necesita, más en esta comunidad, que parece ser que se dedica menos tiempo al paciente que en otras comunidades... H3P1

- Lleva media hora de retraso y no puede estar pasando el tiempo, claro...H2P1

-...H3: Yo creo que estresados H3P1

-...Yo a la mía la veo doña paciencia, te lo digo en serio. Es una doctora, para mí es maravillosa, porque todos en esta vida tenemos temporadas mejores o peores y para mí en un momento de mi vida que fue justo cuando la conocí hace 7 años casi, casi fue mi confesor, cuando yo lo estaba pasando muy mal. Para mí es una doctora que cuando tiene que estar contigo dos minutos, porque vas a decirle 'oye dame las pastillas para la tensión que no tengo', te suelta la receta y sales por la puerta, pero tu vas porque tienes esto y lo otro, claro que también ármate de paciencia para ir al médico porque como te de a las 10 y media sabes que sales a la una. Nos quejamos pero estamos esperando en el banco y hay gente que empieza 'es que lleva un cuarto de hora con esta señora', pues será porque lo necesita. Cuando tú estás dentro y ese cuarto de hora lo necesitas tú, lo agradeces. Entonces para mí, yo cuando voy donde mi médico ya sé que me lo voy a tomar con calma y punto...» M4P1

En este contexto, a los **profesionales de enfermería** se les identifica asimismo como agentes en el campo de la promoción, aunque parece advertirse por un lado una notable variedad de situaciones y por otro una falta de claridad respecto de las funciones de este colectivo, valorándose como muy positiva la percepción de que su trabajo y el de los médicos se lleven a cabo de manera coordinada.

«... (las enfermeras) Podrían ayudar M3P1

- Echarían una mano a los médicos, a mí desde luego me dan la chapa las dos, Lourdes cuando voy donde ella y Edurne que voy cada tres meses, que me pesa, que me mide, que me hace las recetas, que me tome la tensión.... las dos me cuentan lo mismo M4P1

«... yo si lo he notado porque él siempre me está recordando, los enfermeros, me están recordando que tal día tienes que venir a esto y a esto y lo otro, llevan un control en el ordenador, que si te toca la vacuna del tétanos, ahora cuando he ido a por recetas, la de la gripe te toca, la última del tétanos, te tienes que tomar la tensión, no te preocupes que ya te cogeré la cita. Llevan un control en este tema tremendo, pues le quita trabajo también al médico de cabecera M2P1

- En mi Centro todavía yo no conozco a la enfermera del médico de cabecera mío. No le conozco. Yo en mi Centro voy al mostrador, pido la hora para el médico mío, a mí me atiende el médico de cabecera y yo no he visto a ninguna enfermera por ahí. H4P1

- Aquí no tienen tampoco, los médicos te atienden H2P1

-...Si, pero es que hay centros en los que la enfermera o enfermero está con su médico. El médico habla y la enfermera está. M2P1

- Pero ahora ya no...cada uno tiene su habitación y pides horas distintas..M4P1»

«-...Es un apoyo muy importante, para quitarle, para darle tiempo al médico que tenga para otro paciente, que lo necesite... le tiene que quitar ese trabajo, pues lo que ha dicho... '¿Haces monte, paseas, has comido esto, has tomado las pastillas?...H1P1

- Si, si...Y yo creo que desde luego lo hacen, eh...M4P1

- Si, si, si.....Yo ahí no tengo ninguna queja en absoluto H1P1

- Son muy competentes además M3P1»

«-...Puede llegar a conocer al paciente igual que el médico...y bueno además ahora con la tecnología le dan a la teclita y sale allí tu historial desde el principio y yo voy y me dicen 'sigues fumando lo mismo, fumas más, fumas menos, comes más, comes menos, te has quitado la sal'...pues hombre hoy me he comido la ensalada sin sal y luego me he comido jamón a media tarde, con lo cual lo he terminado de arreglar. A fin de cuentas ella sabe tu vida poco más o menos como el médico....M4P1

- Están muy coordinados...M3P1

- Y que aparte de eso, si ahora tu vas al médico, te han encontrado cualquier cosa, te dan un tratamiento, porque tienes un catarro, el día que vuelves donde la enfermera le que tú tuviste un catarro el mes pasado y que la doctora te dio esta medicación o te dió la otra...»M4P1

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

A partir del análisis de los resultados previamente expuestos es posible identificar un marco de discusión desde el que poder avanzar en el desarrollo de propuestas concretas de actuación en promoción de la salud (PPS) en el contexto de la APS.

Tal y como se representa de modo esquemático en la *Figura 3*, las actividades de promoción de la salud en APS se asientan necesariamente en el **eje de interrelación profesionales sanitarios ↔ pacientes**. Dicho eje conlleva determinadas particularidades como son la continuidad en el tiempo, la pluralidad de contenidos (asistencia, consejo, acompañamiento,...) y los efectos derivados de los condicionamientos sociales y sanitarios. De éstos, los primeros intervendrían de forma más directa sobre los pacientes, tanto en el nivel general como en el más próximo y cotidiano, mientras que en el caso de los profesionales sanitarios el tipo de organización de los servicios se interpone actuando de modo más cercano y determinante. La diversidad e importancia de los agentes y factores que intervienen en cada uno de los ámbitos conlleva la imposibilidad de concebir cualquier tipo de diseño de actividades en PPS al margen del referente social y del contexto sanitario concreto en que se sitúan.

De modo imaginario podría establecerse un segundo eje referido específicamente a dichas **actividades en PPS**, situado perpendicularmente al anterior y que se movería entre sendos polos de referencia que se han identificado como **PPS + y PPS -**. Dichos polos no se corresponden con ningún modelo concreto, sino que representan el sentido de las tendencias presentes en los discursos de los pacientes y de los médicos en función de cómo, por qué y para qué se perciben los cambios en los hábitos considerados como no saludables (tabaco, sedentarismo, alcohol y sobrepeso). El polo inferior apuntaría a concepciones de la PPS más biomédicas, parcelares y más próximas a la enfermedad, mientras que el polo superior lo haría hacia visiones más integrales y orientadas hacia la salud.

Como resultado del cruce de ambos ejes se configuran cuatro campos que en la realidad carecen de solución de continuidad pero cuya visualización esquemática nos sirve para comprender mejor el significado de los comportamientos de médicos y pacientes respecto de la PPS.

Así, en la **vertiente orientada hacia los pacientes**, el recorrido en sentido positivo nos delimitaría unos perfiles de mayor autonomía y corresponsabilidad, que se acompañarían en ocasiones de actitudes rei-

vindicativas de mayor coherencia en las políticas y en los mensajes relacionados con la PPS. Los comportamientos son en general favorables a conocer el alcance de los riesgos relacionados con los hábitos considerados como no saludables, pero a su vez dicha información es contextualizada en la realidad de las vidas cotidianas, optando en cada caso por lo que se considera más conveniente. Las opciones pueden no coincidir con lo recomendado por el profesional, pero tanto si se decide modificar los hábitos como si no, se tiende a asumir la propia responsabilidad, sin dejar de mostrar por ello críticas para lo que consideran incoherencias o simplicidades por parte de las políticas sociales o sanitarias involucradas.

Sin embargo, si nos desplazamos en sentido negativo nos encontramos con posicionamientos de mayor dependencia respecto de los factores externos y de pasividad en las respuestas, junto con demandas de intervenciones y controles crecientes desde el exterior. Las responsabilidades en este caso tienden a situarse fuera del individuo, y las actitudes son menos activas y más demandadoras no ya de información y políticas coherentes sino a ser posible de «soluciones» por parte de los referentes sociales o sanitarios. Los temores a la enfermedad y a la muerte actúan más fácilmente como palanca de cambio, y la solicitud repetida de pruebas diagnósticas y de cribado sin una clara justificación formaría parte asimismo de este perfil más proclive a la medicalización de la PPS.

En la vertiente de lo sanitario, por su parte, los perfiles orientados hacia el polo negativo de la PPS centrarían su atención principalmente en los requerimientos de los propios servicios. La PPS tiende a ser considerada como un listado de actividades que hay que cumplir como parte del trabajo profesional y cuya mayor o menor justificación y efectividad quedarían fuera de su incumbencia. En la medida en que los modelos de gestión centren su atención en la consecución de objetivos y metas basadas asimismo en la cuantificación formal de «actos», las consecuencias lógicas serán de reforzamiento mutuo, con un predominio de lo formal o lo aparente respecto del valor de lo conseguido en realidad. El papel de la informática como instrumento de gestión adquiere en este sentido un papel importante que requiere de un seguimiento y adecuación permanentes, ya que de lo contrario puede fácilmente derivar en una herramienta legitimadora de este perfil de comportamientos.

Por el contrario, la centralidad del paciente, la importancia de los contenidos, y la necesidad de diseñar instrumentos evaluadores que se correspondan con la complejidad de las prácticas en PPS, configurarían algunas de las características de orientación positiva en este campo. Centrarse en el paciente conlleva un esfuerzo mantenido de comunicación y de empatía imprescindible para captar su situación de partida y el contexto desde donde habrá de plantearse los cambios de hábitos. Esfuerzo que se traduce en actividades cuantificables, pero que ha de ser evaluado sobre todo en función de resultados más o menos parciales conseguidos y mantenidos, lo cual requiere de tiempo, complicidad, sentido de la oportunidad, y también de trabajo de equipo lo cual no siempre es tenido en cuenta en las políticas de evaluación.

En general dichos perfiles no convergen de modo uniforme y estático en la realidad de los individuos sean éstos pacientes o profesionales de la salud, sino que en cada caso variará el peso y la orientación de cada componente en función de factores derivados de la interacción de dichos individuos con los contextos sociales y sanitarios a los que pertenecen. Pero en todo caso será responsabilidad del medio sanitario definir las políticas y los programas relacionados con la PPS en una dirección de apoyo hacia lo que hemos considerado como tendencias positivas y de rectificación respecto de las negativas. La función del marco-resumen propuesto no sería por tanto la de reemplazar la necesaria implementación de dichas medidas, instrumentos y modelos concretos, sino en todo caso la de contribuir a reclamarles sentido y efectividad acordes con las peculiaridades de nuestra APS.

Así, se necesitaría contar con diseños coherentes, continuados, factibles y asentados en la relación entre profesionales sanitarios y pacientes, no sólo en las intervenciones/investigaciones puntuales, sino como requisito de partida en todos los casos. Dichos diseños habrían de acompañarse de soportes de ayuda y evaluación rigurosos, flexibles y abiertos, en correspondencia con las características complejas

del trabajo en el ámbito de la PPS. Su idoneidad requerirá asimismo de una valoración continuada en función de los objetivos y necesidades detectadas en dicho ámbito y no a la inversa.

Apostar por la autonomía y corresponsabilidad de los pacientes en las tareas de PPS no significa abstraernos de la realidad cotidiana, ni olvidar que los avances en dicha dirección no dependen sólo –ni principalmente– del campo de lo sanitario. En este sentido, probablemente resulte necesario por parte de los profesionales de APS asumir la importancia de la labor continuada, individualizada y oportuna, a sabiendas de que los resultados –necesariamente evaluables, aunque no de forma simple y fácil se sitúan en la mayoría de los casos en el largo plazo.

Pero para ello, el sistema sanitario ha de comprometerse en la provisión, motivación y formación de dichos profesionales, dotándoles del tiempo y recursos necesarios para que la PPS pueda ser considerada como una de sus prioridades, sin olvidar el riesgo latente de escepticismo y desánimo en su seno.

Y como última reflexión, entendemos que la coordinación, colaboración y el trabajo en equipo entre los diferentes colectivos profesionales, especialmente de medicina de familia y enfermería, constituyen asimismo un área no resuelta adecuadamente, y que junto con las actividades comunitarias, necesitarían ser repensadas en la actualidad también desde la perspectiva de la PPS.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Gendron S. Transformative alliance between qualitative and quantitative approaches in health promotion research. *WHO Reg Publ Eur Ser* 2001; (92):107-121.
- 2 Rimer BK, Glanz DK, Rasband G. Searching for evidence about health education and health behavior interventions. *Health Educ Behav* 2001; 28(2):231-248.
- 3 Coleman T, Wynn AT, Stevenson K, Cheater F. Qualitative study of pilot payment aimed at increasing general practitioners' antismoking advice to smokers. *BMJ* 2001; 323(7310):432-435.
- 4 McLeod D, Cornford E, Pullon S, de Silva K, Simpson C. Can Quit Practice: a comprehensive smoking cessation programme for the general practice team. *N Z Med J* 2005; 118(1213):U1415.
- 5 Brown I, Thompson J, Tod A, Jones G. Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *Br J Gen Pract* 2006; 56(530):666-672.
- 6 Falk LW, Sobal J, Bisogni CA, Connors M, Devine CM. Managing healthy eating: definitions, classifications, and strategies. *Health Educ Behav* 2001; 28(4):425-439.
- 7 Wormald H, Waters H, Sleaf M, Ingle L. Participants' perceptions of a lifestyle approach to promoting physical activity: targeting deprived communities in Kingston-upon-Hull. *BMC Public Health* 2006; 6:202.
- 8 Ribera AP, McKenna J, Riddoch C. Physical activity promotion in general practices of Barcelona: a case study. *Health Educ Res* 2006; 21(4):538-548.
- 9 Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study. *Prev Med* 2004; 38(4):473-478.
- 10 Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *J Adv Nurs* 2002; 39(4):333-342.
- 11 Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br J Gen Pract* 2000; 50(459):803-807.
- 12 Grandes G, Sanchez A, Torcal J, Ortega Sanchez-Pinilla R, Lizarraga K, Serra J. Protocolo para la evaluación multicéntrica del Programa Experimental de Promoción de la Actividad Física (PEPAF). *Aten Primaria* 2003; 32(8):475-480.
- 13 Fernández de Sanmamed MJ, Calderón C. Investigación Cualitativa en Atención Primaria. In: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editors. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier, 2003: 224-249.
- 14 Marshall C, Rossman GB. *Designing qualitative research*. 3rd ed. Thousand Oaks CA: Sage; 1999.
- 15 Callejo J. *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel; 2001.
- 16 Alonso LE. *La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa*. Madrid: Editorial Fundamentos; 1998.
- 17 Conde F. El análisis de la información en la investigación cualitativa. In: Calderón C, Conde F, Fernández de Sanmamed MJ, Monistrol O, editors. *Introducción a la Investigación Cualitativa. Máster de Investigación en Atención Primaria*. Barcelona: semFYC, UAB, Fundació Dr. Robert; 2003.
- 18 Walker R. *Applied Qualitative Research*. Hants: Gower; 1985.
- 19 Morse JM, Barret M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *IJQM* 2002; 1(2):Article 2-Retrieved from <http://www.ualberta.ca/ijqm>.

Tabla 1. Características de los médicos colaboradores en los grupos de discusión

Grupo Tabaco (n=5)	Sexo	Edad	Años APS	ejercicio
	Hombre	45	17	
	Hombre	53	27	
	Hombre	49	27	
	Mujer	50	15	
	Mujer	49	15	

Grupo PEPAF (n=8)	Sexo	Edad	Años APS	ejercicio
	Hombre	52	25	
	Mujer	47	21	
	Mujer	49	21	
	Hombre	50	21	
	Mujer	51	20	
	Hombre	51	25	
	Mujer	48	19	
	Hombre	51	23	

Tabla 2. Características de los médicos colaboradores en los grupos de discusión

Cambio de hábito	Sexo	Edad	Estudios	Profesión
	Hombre	80	secundarios	pensionista
	Mujer	46	primarios	ama de casa
	Mujer	59	primarios	ama de casa
	Hombre	64	universitarios	ingeniero industrial jubilado
	Mujer	55	secundarios	
	Hombre	58	universitarios	prejubilado
	Hombre	54	secundarios	almacenero
	Mujer	61	universitarios	profesora
	Mujer	51	secundarios	ama de casa

Mantenimiento en el hábito de riesgo	Sexo	Edad	Estudios	Profesión
	Hombre	45	secundarios	comercial
	Mujer	44	primarios	limpiadora
	Hombre	73	secundarios	comercial
	Mujer	56	primarios	ama de casa
	Hombre	54	universitarios	funcionario
	Hombre	71	universitarios	ingeniero técnico jubilado

Tabla 3. Guión para los grupos de discusión de médicos

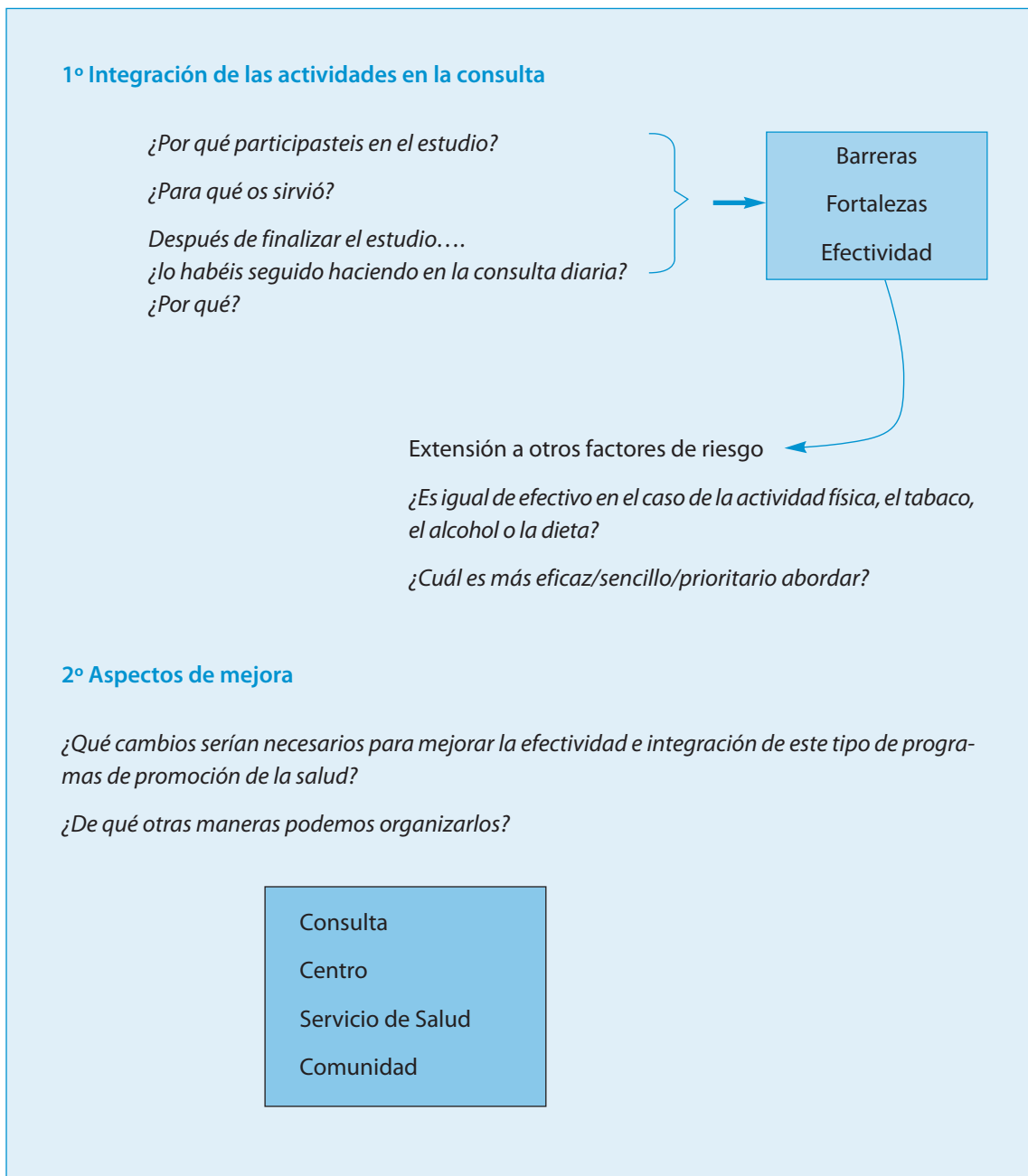


Tabla 4. **Guión para los grupos de discusión de usuarios**

I. Algunos de vosotros participasteis en un programa para dejar de fumar, y otros lo habéis hecho en otro programa para fomentar el ejercicio físico. Para comenzar os agradecería que nos comentarais

- Por qué participasteis
- Qué supusieron para vosotros esas experiencias
- Cuáles son las razones por las que creéis que
 - seguís fumando o sin hacer ejercicio o, (*Grupo no cambio*)
 - habéis dejado de fumar o empezado a realizar ejercicio (*Grupo cambio*)
- Cómo vivíais en cada caso el hecho de fumar o de no hacer ejercicio
- Cómo os encontráis ahora

II. Cambiar los hábitos en general no es fácil,

- En qué medida la experiencia en la que participasteis os influyó
- Qué aspectos de la experiencia fueron los que más podrían ayudar a cambiar los hábitos (en función de las respuestas, profundizar en posibles aspectos relacionados con
 - cómo se hicieron las cosas en el programa
 - el profesional (médico, enfermera) y la relación con él
 - el propio individuo y su contexto familiar-social
- Qué aspectos pensáis que podrían haber sido mejores o que se deberían cambiar

III. Estamos hablando del tabaco y del ejercicio físico,

- Creéis que en cuanto a lo que supone cambio de hábitos es lo mismo una cosa que otra, o son diferentes. Si son diferentes, cuáles serían las diferencias
 - Y en relación por ejemplo, a la dieta y al alcohol
 - Por qué creéis que a la gente le cuesta cambiar

IV. Siguiendo con el cambio de hábitos, qué pensáis del papel de los médicos y las enfermeras

- Creéis que deben ocuparse de estos temas, o que es una cuestión más de cada cual, o de las instituciones, y que ellos deberían ocuparse en tratar las enfermedades
- Si pensáis que es una cuestión también de ellos, qué deberían hacer
- Cómo veis el trabajo de los médicos y las enfermeras en general

Figura 1. Los médicos, la intervención y la PPS

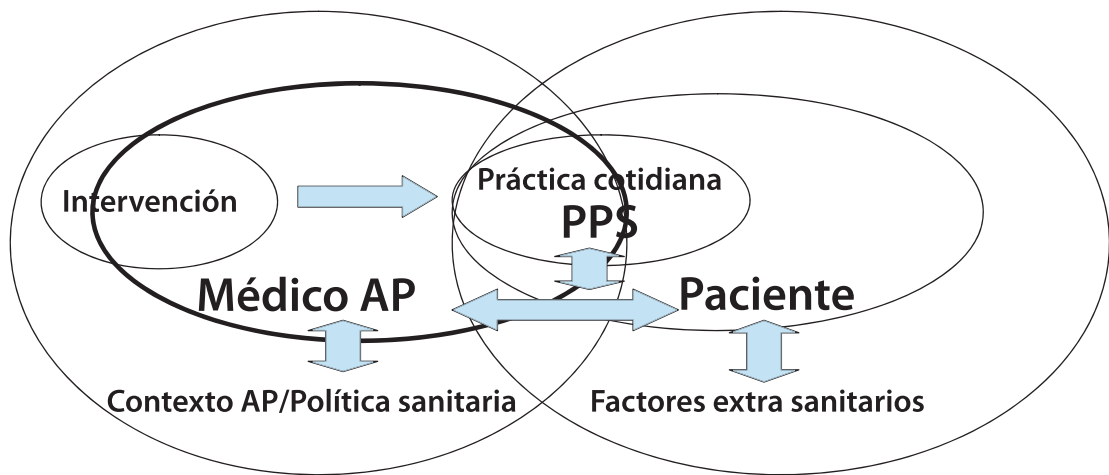


Figura 2. Los pacientes, la intervención y la PPS

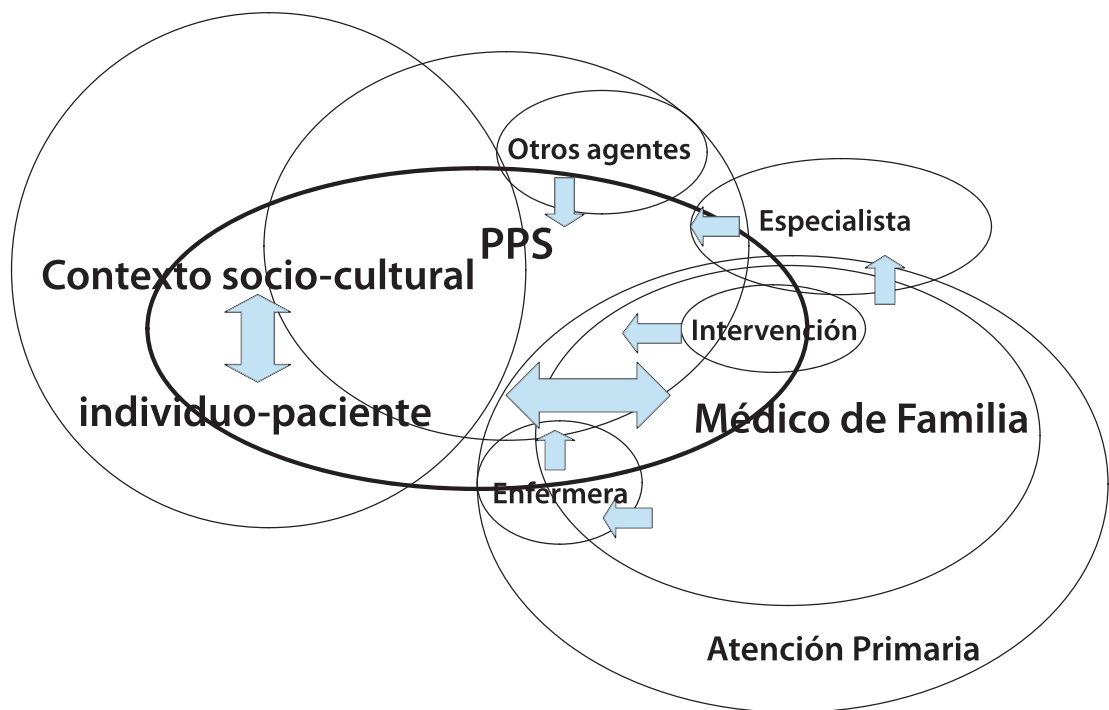


Figura 3. Médicos, pacientes y la PPS

