

**4.2. ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN
DE LAS DEFICIENCIAS EN ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD**

María Isabel SERRANO GONZÁLEZ
Doctora en Medicina
Presidenta de ALEZEIA
Asociación de Educación para la Salud.
SEGOVIA

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) es el primer escalón del Sistema Sanitario donde acude el mayor porcentaje de pacientes, donde encontrará un médico, enfermera o matrona, como mínimo, que realizan su tarea en instituciones que se llaman Centro de Salud, y a través de esta organización entran en contacto con el Sistema Sanitario. Se denomina Centro de Salud porque la filosofía de APS en los años 80, daba un peso específico de enorme interés a las tareas de promoción de salud y a las tareas de prevención que se realizan en estos centros. Así se crean programas específicos de Prevención y Promoción de Salud dirigidos a mujeres, niños, ancianos, etc.

En parte, estos centros recogen la tarea preventiva que los médicos titulares venían realizando con sus campañas de vacunaciones y reconocimiento escolar obligatorio y tareas de vigilancia epidemiológica, funciones que aún conserva la APS. Estas tareas y otras que se incluyeron a las que tuvieron que adaptarse los y las médicos y enfermeras titulares, se han visto enriquecidas con un desarrollo conceptual sin precedentes y una acción certera que la investigación, que también se ha incorporado a la APS, ha demostrado ser eficaz. A este desarrollo han contribuido de forma importante, los médicos de familia, la especialidad creada en los años 80 con una preparación específica, contribuyendo a modernizar la APS. La reforma contempló la incorporación de la enfermería con un claro papel de cuidados del enfermo/a y promoción de la salud, cuya actividad ha dado un impulso importante, así como la incorporación de la pediatría en APS del mundo rural. Se reconoce la Participación Comunitaria, cuya aplicación real no ha sido suficientemente desarrollada. El desarrollo e implantación de programas preventivos ha supuesto un gran cambio del modelo asistencial de AP. La implantación del nuevo modelo asistencial de APS ha conducido a un profundo cambio en el escenario sanitario del área de salud.

Veinte años después de esta gran reforma, la APS se enfrenta a nuevos cambios y nuevas redefiniciones en su tarea preventiva por los cambios de la morbilidad que se están produciendo desde finales de siglo.

1. LOS GRANDES CAMBIOS EN LOS COMIENZOS DEL SIGLO XXI

1.1. CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Hoy se habla de una transición epidemiológica. Este término ha sido acuñado por OMRAN¹ que habla también de una transición de riesgos. Entre las causas de esta transición podemos señalar las variables socioculturales. El descenso de causas de muerte de hace 50 años, aumento de la esperanza de vida, siendo nuestro país uno de los primeros con esperanza de vida más larga. Es una consecuencia de los cambios. Lo más destacable de estos cambios es la caída de las enfermedades infectocontagiosas clásicas.

¹ OMRAN, AM. *The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change*. Milbank Men Foundation, 1971; 509-583.

Algunos de los cambios culturales que se han operado en el mundo en las últimas décadas, ocio, viajes, cambios frecuentes de pareja son responsables del aumento de la tasa de incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, situación que se ha visto acentuado por los cambios de valores. RUIZ OLABUÉNAGA² plantea que hay nuevas formas de entender el ocio y que la incorporación a él de diferentes sectores etarios produce importantes cambios que también tienen su influencia en el nivel de salud. Es paradigmático de este cambio la expansión de la pandemia del SIDA. No es frecuente pero sí sorprende encontrarte con algún anciano/a con la enfermedad. En el marco de estos cambios están los adolescentes que inician sus relaciones sexuales a edades más tempranas, a veces asumiendo riesgos innecesarios y otras veces impregnados de alcohol y sin ninguna protección. El alcoholismo juvenil y adolescente es un fenómeno preocupante. Las drogas que son inseparables de la diversión de los jóvenes con una accidentalidad y con unas consecuencias cuya importancia es bien conocida.

El daño medioambiental, desarrollo de la industria química y su relación con enfermedades crónicas y el cáncer.

Los accidentes de tráfico provocan muertes y personas con deficiencias. Son la primera causa de muerte en jóvenes de 18 a 25 años, lo que es un fenómeno nuevo.

La irrupción de las enfermedades de los estilos de vida, primera causa de mortalidad en adultos. Enfermedades cardiovasculares. Enfermedades cerebrovasculares con sus secuelas de deficiencias y demencias.

El aumento de la prevalencia de obesidad, la diabetes y las enfermedades mentales completan un cuadro de patologías que requieren respuestas nuevas desde el campo de la APS y de la prevención.

1.2. CAMBIOS MIGRATORIOS

Fenómeno sociodemográfico nuevo en España, que constituyen minorías socio-culturales económicamente débiles, caldo de cultivo de procesos morbosos. El fenómeno es tan importante que recientemente se ha tenido que legislar desde el punto de vista sanitario en relación con la asistencia a inmigrantes.

De cara a las actividades preventivas y de promoción de la salud tiene un enorme peso su cultura a la hora de incorporarse a programas de prevención a la maternidad y al parto. No es infrecuente que presenten calendarios de vacunaciones deficientes en niños. Lo que requiere un esfuerzo organizativo de adaptación y de atención importante. El idioma es una dificultad muy importante para llevar adelante la atención a los inmigrantes.

1.3. CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

Cambios en nuestras formas de vida dentro de una cultura que “segrega” los factores de riesgo. Estos factores de riesgo forman parte del modo de ser y de relacionarse del hombre y de la mujer actual.

² RUIZ OLABUÉNAGA, *Ocio y estilo de vida..* En: V Informe FOESSA; p. 1883.

Como son el alcohol, el tabaco, la alimentación rápida y alto consumo de grasas. Otro factor que está cambiando los estilos de vida de los jóvenes es el acceso a Internet, con nuevos retos y oportunidades preventivas y también con nuevos factores de riesgo.

1.4. PATOLOGÍAS DEL “CULTO” AL CUERPO

Irrumpen en el siglo XXI con una importante prevalencia de enfermedades muy graves e incapacitantes en los tramos más jóvenes. Son los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA). La adolescencia es un periodo donde más arraigan estas enfermedades. Incluso se ha adelantado la enfermedad y se han descrito casos a los 6 años.

Se han producido cambios en la forma de comer que afectan a las relaciones, produciéndose una disminución en la costumbre de la comida en familia y la sobremesa y se observa que disminuye la comida familiar, crece la tendencia a comer solos, tendencia a comidas rápidas, aumento del ejercicio compulsivo, drogas anabolizantes asociadas al desarrollo muscular selectivo y el incremento de potencia muscular, con la aparición de graves problemas como la vigorexia.

El contenido nutritivo de los alimentos ha cambiado e influye en una mala calidad de la alimentación. Proliferan “comidas basura”: hamburguesas, golosinas, bolsas de contenido diverso, aumento del consumo de bollos y derivados etc., de alto valor calórico y escaso valor nutritivo, y alto contenido de grasas saturadas, produciéndose situaciones de **Hipernutrición** con el aumento de obesidad tanto en adultos como en niños/as que además tienen la costumbre de comer continuamente frente al televisor, potenciando la inactividad.

El problema de las formas de alimentación influye también en la evolución de enfermedades crónicas, por ejemplo, los diabéticos, mucho más los adolescentes y niños, tienen grandes problemas para seguir una dieta. Sabemos que chicos y chicas sometidos a dietas, aunque sean un tratamiento, tienen alta probabilidad de desarrollar TCA.

Otro problema de salud que surge de las formas nuevas de comer es la **Hiponutrición**. Generalmente autoimpuesta por presión medioambiental, las dietas y el hiperejercicio. Esta forma de comer está influenciada por modelos estéticos, culturales antinaturales, con fuerte influencia en la adolescencia, que se convierten en MODELOS de conducta alimentaria y estética corporal, y aparecen patologías, entre las que están la Anorexia y la Bulimia. Aún no tenemos estadísticas fiables pero si hacemos caso a lo que leemos y conocemos, la tasa de incidencia y prevalencia del problema es alta.

Por otro lado crece el consumo de hormonas “sin control” por parte no sólo de los deportistas de élite para desarrollar musculatura, potencia, velocidad, resistencia, sino también en escolares que frecuentan gimnasios e incluso a través de sus propios entrenadores y se inician en esas prácticas, creando una subcultura de pastillas e ingesta de hormonas y ejercicio físico muy selectivo que les aleja a los adolescentes y jóvenes de un crecimiento y desarrollo adecuado y de un merecido disfrute del ejercicio.

Todas estas formas de vida generan un conjunto de **problemas de salud que se pueden prevenir**, y son con los que se encuentra la APS actual y, dadas las características, habrá que revisar y enriquecer sus métodos preventivos para hacerse más eficaz. Porque hay una gran diferencia con los problemas de salud de los años 50 que eran producidos por un agente infeccioso, y que se han visto resueltos por

una acción eficaz de prevención como son las vacunas en unas enfermedades, y en otras enfermedades de origen hídrico por las obras de saneamiento público y tratamiento de aguas que se han acometido en los últimos 40 años.

La característica de las enfermedades actuales con más incidencia, prevalencia y morbilidad son las que no las produce un agente biológico sino que se producen por un conjunto de factores de riesgo que practican los individuos. Muchas de las enfermedades actuales podemos decir que **se aprenden**.³

2. NUEVOS PROBLEMAS, NUEVOS CONCEPTOS

Dos conceptos nuevos que se tienen que incorporar a la terminología de la APS, que tienen que ver con el desarrollo de la enfermedad: el concepto de Factor de Riesgos (FR) y el concepto de Estilos de Vida. Esto tiene implicaciones prácticas, que ya veremos a la hora de la intervención de la APS con programas de Prevención y Promoción de la Salud.

2.1. CONCEPTO DE FACTOR DE RIESGO (FR)

En 1961, el Grupo Framigan, investigando la importancia del alto consumo de grasa y su relación con cardiopatía isquémica, acuña el término de Factor de Riesgo para denominar a un conjunto de actividades que realizan las personas y que se correlaciona positivamente con la producción de enfermedad. El FR combina una hipotética causa de enfermedad y un predictor significativo de riesgo futuro de enfermar.

2.2. EL CONCEPTO DE ESTILO DE VIDA

Se impone cuando se objetiva que es nuestra forma de vivir la que segrega los FR y que éstos están inextricablemente unidos a nuestra cultura actual. Está demostrado que son diversos aspectos del comportamiento humano algunos determinantes de las enfermedades que son hoy las primeras causas de muerte y de discapacidad, como son:

- El tabaquismo
- El alcoholismo
- Sedentarismo
- Conducción irresponsable, entre otros.

Se aprende a vivir desarrollando conductas de riesgos como es el fumar. La APS ha perfeccionado notablemente programas preventivos en el campo de la salud infantil y maternal. Ha desarrollado otros para el control de enfermedades de los estilos de vida y para eliminar prácticas de riesgos. Perfeccionar sus métodos es una tarea pendiente.

³ SERRANO, G. M.I. *Educación para la Salud del siglo XXI: Comunicación y Salud*. 2.^a edición. Díaz de Santos, Madrid, 2002.

3. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE DEFICIENCIAS QUE DESARROLLA LA APS.

Factores de Riesgo que se pueden prevenir

Alcohol:	<ul style="list-style-type: none">- Patología digestiva- Patología neurológica- Cáncer- Patología psiquiátrica- Patología social: violencia, malos tratos...- Patologías cardiovasculares- Fetopatía alcohólica. Retraso mental
Tabaco:	<ul style="list-style-type: none">- Conducta adictiva- Enfermedades crónicas respiratorias- Cáncer de pulmón- Enfermedad cardiovascular: ECV, CI, aterosclerosis
Alto consumo de grasas:	<ul style="list-style-type: none">- Aumento del colesterol, principal FR de CI e infarto- Arteriosclerosis
Sedentarismo:	<ul style="list-style-type: none">- Obesidad
Riesgos laborales:	<ul style="list-style-type: none">- Aumento de accidentalidad laboral
Enfermedades psicósomáticas:	<ul style="list-style-type: none">- Primer motivo de consultas
Estrés.	
Problemas propios de adolescencia:	<ul style="list-style-type: none">- Tac, droga alcohol, tabaquismo, a. de tráfico y domésticos, embarazo adolescente.
Vulnerabilidad y fragilidad de la población anciana	

En la APS se desarrollan programas de prevención y promoción de la salud, en todas las edades. Estos programas se desarrollan en el sentido de adoptar las medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (programas escolares materno – infantiles, vacunaciones) y otros van a incidir o impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

- **Programa: Salud del niño sano**
 - Salud escolar
 - Salud maternal
- **Programa de Educación para la Salud escolar y maternal**
 - Prevención accidentes de tráfico
 - Prevención accidentes domésticos
 - Prevención caries
 - Aprender a nutrirse
 - Prevención alcohol y drogas
 - Programa de jóvenes
- **Programa del joven**
- **Programa del hipertenso ECV.** Prevención de deficiencias
- **Programa de tabaquismo.** Prevención cáncer. Patologías respiratorias
- **Programa de diabetes.** Detección precoz de retinopatías. Trastornos vasculares en miembros inferiores con amputaciones
- **Programa de obesidad.** Prevención cardio - vascular
- Recientemente se ha incorporado el **Programa del anciano** que contempla:
 - Detección precoz de demencias
 - Detección precoz de E. depresivos
 - Prevención de accidentes en ancianos

3.1. PROGRAMA DEL NIÑO SANO

El niño ya llega a la APS después de haberse realizado las pruebas de metabopatías. Detección precoz de errores congénitos del metabolismo. Estas pruebas se hacen en el hospital en los primeros días de vida del niño o niña.

Programa del niño sano comprende seguimiento programado de:

- Alimentación
- Hábitos de cuidados. Higiene, sueño
- Crecimiento, peso, talla
- Detección precoz de déficit neurosensoriales y motores: 0 a 3 años
- Programa de reconocimiento escolar: 3 a 14 años
- Programa de captación y seguimiento de embarazada y detección precoz de embarazo de alto riesgo.

Lo que trata el Programa es detectar a tiempo una deficiencia para que no progrese a discapacidad o minusvalía. Nuestros protocolos contemplan la detección precoz de deficiencias psíquicas, físicas y sensoriales.

Se aplica el test de Denver simplificado, método de screening que no requiere adiestramiento especializado para realizarlo sino sólo adiestramiento personal, y nos permite detectar precozmente las alteraciones o retrasos en las principales áreas de desarrollo del niño desde su nacimiento hasta los seis años⁴. Se explora:

- Área motora gruesa y fina
- Área de lenguaje
- Área personal y social.

Nos sirve para tomar decisiones, que son dirigir al niño al correspondiente especialista o equipo multidisciplinar. Se establece contacto con los equipos de atención temprana, servicios de rehabilitación, logopedia, estimulación precoz.

Otro método de screening:

- Detección precoz de hipoacusia
- Detección precoz de trastornos visuales.

El 80 % de las hipoacusias infantiles se presentan en el nacimiento o en la primera etapa de la vida. Tienen su origen en factores genéticos y perinatales, donde poco podemos hacer más que su detección precoz para que las consecuencias sean mínimas. No es infrecuente que sea la madre la que insista que su hijo/a de 1 año no habla porque no oye.

Dependiendo del momento de la instauración de la hipoacusia y de la precocidad del diagnóstico, el significado y consecuencias serán algo distintos. La hipoacusia adquirida tiene causas como:

- Secuela de otitis media serosa
- Fármacos ototóxicos. Aminoglucósidos, aspirina,
- Infecciones víricas, sarampión.

Una buena intervención clínica sobre estos problemas disminuye notablemente la incidencia de déficit auditivo, con consecuencias personales y sociales importantes. Acuden con una periodicidad establecida a las revisiones, donde también se hace un seguimiento de la alimentación y cuidados higiénicos y relaciones sociales.

No está documentado cuantitativamente el seguimiento de los inmigrantes en estos programas. Se observa una creciente participación y desde el sistema sanitario se hacen esfuerzos.

En este seguimiento está contemplada la vacunación. Existe un calendario vacunal que desgraciadamente varía según la Comunidad Autónoma. En este Programa participan pediatras de APS, médico de APS y enfermero.

3.2. PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

Seguimiento del estado de salud del niño de 3 a 14 años. Revisiones al año según etapa formativa. Varía la edad y el tipo de intervención según la Comunidad Autónoma (en Castilla y León actualmente es desde los 6 años a los 14).

⁴ CORRAL, M.I. *Prevención de deficiencias en la edad infantil*. En TU SALUD, n.º 26, 8-14, 1999.

- Detección precoz de malformaciones esqueléticas. La escoliosis es el paradigma de esta exploración con el retraso estatural ponderal que se observa a través de las curvas de peso y talla de cada niño.
- Detección precoz de alteraciones metabólicas adquiridas o congénitas que no se han visto antes. Se estudia y descarta problema metabólico y, si los hubiera, se derivan a la atención especializada.
- Se estudia, en la edad prepuberal, el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios para la detección de este tipo de trastornos.
- Se realiza también un screening sobre capacidad visual. (Una de las primeras causas del fracaso escolar es el déficit de la agudeza visual).
- Screening sobre capacidad auditiva a través del diapason.
- Exploración cardiopulmonar en todas las edades del programa.

Se estudian y se derivan a la Atención Especializada todas las anomalías observadas. Este Programa abarca desde los 6 años a los 14 y participan médico de APS, pediatra y enfermero. Se realizan programas de EpS adaptados a las necesidades de los escolares según edad y problemática.

Recientemente se ha incorporado en la práctica de APS el programa de atención y educación al joven que abarca desde los 15 a 18 años.

3.3. PROGRAMA DEL JOVEN

El protocolo recoge los principales problemas de salud en esta edad, y es obligatorio preguntar por:

- Hábito tabáquico, consumo de alcohol u otras drogas, conductas de riesgo en tráfico, hábitos alimentarios, ejercicio físico.
- Detección de situaciones de vulnerabilidad: Fracaso escolar, ambiente sociológico, autoconcepto, autoestima, detección de signos y síntomas de alarma de TCA, rendimiento escolar o laboral, presencia o ausencia de malos tratos, valoración socio familiar.
- Orientación y EpS sobre anticonceptivos y utilización correcta de la anticoncepción post coital.
- Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Se recomienda el uso del preservativo.
- Detección precoz de situaciones de riesgo y plan de actuación.
- Accidentes de tráfico.
- Consejo y EpS sobre los principales FR.
- Se recomienda el ejercicio físico.

3.4. PROGRAMA DE CAPTACIÓN DE LA EMBARAZADA

Lo realiza el médico y/o la matrona (no está instaurada ni realizada en todos los centros de salud) (PIÑUELA⁵). Con test de embarazo positivo se pide consulta al obstetra y, mientras se recibe a la madre gestante, se realizan pruebas que llevará la gestante al especialista.

⁵ PIÑUELA, M. D. y RODRIGO, R. *Programa de atención al embarazo en APS*. Curso de Prevención del Real Patronato y ALEZEIA; Segovia, marzo, 1999.

Protocolo con pruebas para detectar infecciones que producen alteraciones embrionarias tempranas. Rubéola. Toxoplasmosis. VIH. Sífilis. Sistemáticos de sangre y bioquímica.

Se pregunta sobre exposición a Teratógenos: Alcohol y otras drogas; tabaco. El alcohol es la causa principal de retraso mental congénito. Ingesta de fármacos: Ácido retinoico, anticonvulsivantes, etc.

Captación de personas con alteraciones anteriores a la concepción de errores innatos del metabolismo, para enviar a consejo genético.

Detección precoz de gestante de riesgo

- Pacientes con hepatitis, diabetes, hipo e hipertiroidismo.
- Gestantes con epilepsia.
- Gestantes con medicación potencialmente teratogena.
- Con toxicomanías.
- Con SIDA.

Detección precoz de enfermedades infecciosas que causan alteraciones embrionarias y malformaciones congénitas: varicela, citomegalovirus.

La matrona organiza la preparación al parto y educación maternal y lleva el control del peso y la TA de la paciente. **Completado el estudio, se deriva al obstetra que se encarga de llevar el embarazo.** También se constata con buena acogida una mayor afluencia e interés por los programas de educación maternal.

3.5. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DEL ANCIANO

El envejecimiento es un proceso caracterizado por un declive fisiológico general que lleva a una pérdida progresiva de capacidad de adaptación a las demandas del medio⁶. Esto lleva a muchos individuos mayores sanos a que a pesar de que muchas funciones se mantengan normales, en su estado basal, al someterse a un estrés de cualquier tipo se revele la pérdida de su reserva funcional. Hay que tener en cuenta la alta frecuencia de morbilidad, las presentaciones atípicas de la enfermedad, la lenta respuesta al tratamiento y la necesidad de soporte social.

En este documento, Isidoro Ruipérez documenta ampliamente el tratamiento integral de las personas ancianas. Sólo me voy a centrar en el Programa de Prevención de factores de riesgo en ancianos en APS.

El objetivo principal de los programas de prevención en los ancianos debe ser tratar de mantener y mejorar su calidad de vida, mantener un grado de autonomía tal que le permita la integración social en su medio. La meta es prevenir la declinación, la fragilidad y la dependencia evitables.

Se debe de empezar en etapas tempranas de la vida, evitando enfermedades infecciosas, hábitos tóxicos y conductas de riesgo, promover estilos de vida saludables⁷. Siendo los ancianos un grupo

⁶ SERRANO, F. y CARBONELLA, A. *Principales cambios con la edad y su significado clínico*, En *La salud del anciano*. En JANO, 31.mayo,2002, vol. LXII, n.º 1435.

⁷ GONZÁLEZ GUERRERO; J.L. y JARAMILLO, E., *Medicina Preventiva en las personas mayores*. The British Geriatric Society. Definition of the Speciality.

muy heterogéneo deben programarse las intervenciones de forma individualizada pues debemos asumir la tecnología de “valoración integral del anciano, componente principal del proceso de actuación geriátrica”⁸.

En cualquier programa es imprescindible la detección precoz de ancianos de alto riesgo. Aspectos muy incapacitantes que se deben prevenir en el anciano son:

- Caídas. Constituyen uno de los prototipos más característicos de los síndromes geriátricos. No son inevitables y tienen sus factores de riesgo perfectamente identificables⁹.
- Medidas para mantener un buen estado físico global.
- Ejercicio físico se asocia a la mayor capacidad cardíaca y muscular, y reducción de la pérdida de masa ósea; los más beneficiosos son de equilibrio y coordinación.
- Dieta: baja en grasa y colesterol, sin excesiva cantidad de proteínas.
- No consumo de alcohol. Algunas caídas son producidas por el consumo de alcohol por efectos sobre órganos del equilibrio y la marcha.
- Medidas de seguridad en el entorno: alfombras, sillas, cables, etc.

Otro aspecto muy incapacitante es el deterioro funcional en el anciano que le va impidiendo adaptarse a los problemas de la vida diaria y que surgen como resultado de su interacción con el ambiente y su participación en la sociedad. El principal factor capaz de modificar el estado funcional del individuo que envejece es la enfermedad.

Para mantener la independencia del anciano, objetivo que persiguen todos los ancianos, va a ser fundamental el mantener las fuerzas físicas y mentales.

El objetivo de la prevención primaria será dilatar la autonomía durante el mayor tiempo posible, mediante actividades individuales o colectivas. Las estrategias de prevención van dirigidas a disminuir la fragilidad, retrasar la evolución del estado funcional del sujeto. Si está presente, aminorar sus consecuencias.

La actividad física es una de las mejores estrategias preventivas para aumentar la proporción de ancianos independientes.

Otro aspecto importante en el anciano es la ingesta de fármacos. Con el envejecimiento se producen una serie de modificaciones en la fármaco-cinética y fármaco-dinamia de los medicamentos que condicionan una mayor sensibilidad a éstos y aumenta en la presentación de reacciones adversas que puede desencadenar una cascada de problemas. Es muy importante la interacción fármaco enfermedades –se puede precipitar alguna–, exacerbación de una enfermedad por fármacos, como la HPP de próstata o enfermedad de Alzheimer por fármacos anticolinérgicos

4. PROGRAMAS PREVENTIVOS EN ADULTOS: ACTUACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO

Lo que pretenden estos programas es que no se desarrollen enfermedades que son incapacitantes, y se puedan evitar, controlando el FR. Estos programas también contemplan la intervención, una

⁸ Id.

⁹ Ham R.J *Características del anciano enfermo*. En HAM R.J. editor. Atención Primaria en Geriatria. Doyma. Madrid, 1995. p.41-65

vez adquirida la enfermedad, para evitar sus complicaciones con consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

4.1. FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (ECV)

La ECV es la responsable del 40% de todas las muertes, y la primera causa de minusvalía en adultos mayores.

Los estudios epidemiológicos han demostrado la relación en Cardiopatía Isquémica (CI) y Estilos de vida. Los FR de ECV se clasifican en no modificables, es decir, los que no podemos cambiar (historia familiar de enfermedad), y FR modificables, es decir, aquellos que se pueden cambiar y que dependen de la conducta del individuo. Ya se ha referido Miguel Ángel Ortega a ellos en su capítulo, por lo que no los voy a transcribir.

De todos los FR vamos a desarrollar la **hipertensión**, el **tabaquismo**, **obesidad** y **diabetes**, para poder hablar de EpS de tres cambios de conducta que pedimos a los pacientes: **Dieta**, **Ejercicio** y **Abstinencia de tabaco**.

4.1.1. La hipertensión

La HpT arterial afecta al territorio vascular, macro y micro. Origina unos cambios estructurales y funcionales en estos vasos, y da lugar a patologías en distintos órganos: cerebro, corazón, grandes y pequeños vasos, riñón. El progreso de estas lesiones conlleva a la muerte o a minusvalías importantes.

El FR modificable por excelencia de enfermedad cardio-vascular es la HPT. Se sabe que sólo se desarrolla cuando a una predisposición genética se añaden factores ambientales. Son los que hemos llamado modificables.

El J N C VII informe aporta directrices a la APS desde la Medicina basada en la evidencia. He entresacado, únicamente, aquello que nos interesa para apoyar nuestros mensajes de EpS y realizar la intervención donde más eficaz se sea.

Uno de los aspectos más importantes de este informe de cara a la Prevención es que profundiza en el concepto de riesgo cardiovascular absoluto individual. Y habla de la estratificación de riesgo cardiovascular ya que no depende sólo de las cifras de TA, sino que se ve potenciado por la coexistencia de otros factores en presencia y/o ausencia de lesiones en otros órganos.

Lo que nos dice es que el trabajo preventivo se debe hacer sobre la base de su riesgo CV personal y no sólo en base a sus cifras tensionales. La HpT es el principal FR independiente de accidente cerebro vascular (ACV). La hemorragia cerebral, atero-trombótico, provoca graves minusvalías.

En una investigación con meta-análisis se revisa a más de 37.000 pacientes y se demuestra que un buen control arterial actuado sobre los FR modificables, reduce en un 42 % ACV y un 14% CI. También se demuestra que las 2/3 partes de complicaciones CV en HpT se dan en pacientes en estadio I o HTA leve. Además, demuestra que el comienzo de los síntomas de la ACV ocurre en las primeras horas de la mañana porque tiene un pico de TA.

Nos está dando una orientación a los que trabajamos en EpS de con qué población tenemos que trabajar, es decir, cuál va a ser la población diana, y la importancia de dirigir esfuerzos hacia la detección, tratamiento y control de la TA. Al existir riesgo de ECV dentro del rango de cifras consideradas casi normales, hay que llegar antes de que se produzca el accidente, e intervenir en la población general para que consiga abandonar los hábitos de riesgo.

Factores modificables de la HpT

(Remito al lector al capítulo de Miguel Ángel Ortega).

Otro problema de la HpT es su aumento de la resistencia de la insulina y se asocia con diabetes M II. Se asocia también con frecuencia a otro FR como obesidad y dislipenia y se conoce como síndrome plurimetabólico. En estos problemas se demuestra que la lesión de la pared arterial aparece en estados muy precoces, por lo que requiere una rápida modificación de sus estilos de vida. E. Renal con fracaso renal que termina en Diálisis. Embarazo y HTA, riesgos de eclampsia, tienen repercusiones en el feto, y en la embarazada.

Conclusión: La Hipertensión es un FR de enfermedad muy incapacitante, que con cambios de estilo de vida podemos disminuir objetivamente.

4.1.2. La diabetes como factor de riesgo y, a su vez, producida por otros FR

La diabetes por sí misma es un importante FR de diferentes discapacidades y minusvalías, porque deteriora muchos órganos. El estudio Diapasón demuestra cómo influye la HTA en la diabetes, y concluye que existe aumento en riesgo de ACV, mayor riesgos de demencia, infarto, amputación de miembros, y aumenta más el riesgo si se asocia a tabaco y dislipemias.

Los riesgos de deficiencias y discapacidades de esta entidad vienen dados por su efecto en relación con insuficiencia renal (IR) - diálisis. En relación con la afectación de la retinopatía diabética que terminan en ceguera en el adulto joven. En relación con enfermedad vascular, ECV, demencia, ictus, EV periférica, arterosclerosis, riesgo de aterogénesis, amputación y CI, son las otras complicaciones graves de esta enfermedad.

Lo que confiere especial importancia a la enfermedad son sus complicaciones, por macroangiopatía diabética. Entre un 60 y un 80% de diabéticos van a morir por un problema CV por su mayor riesgo de presentar aterosclerosis en vasos de mayor y mediano calibre.

En el estudio de UKPDS se definió la presencia de los principales factores de R. C (FRCV) responsable de la lesión de las arterias coronarias en los diabéticos y por orden de importancia.

↑ LDL ↓ HDL ↑ HBA1C ↑ %TA sistólica Tabaquismo

La ateromatosis se circunscribe a territorios concretos, miembros inferiores y coronarias y troncos supracórticos, arteria renal.

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es un proceso grave en los diabéticos, suelen ser de naturaleza trombótica con una creciente mortalidad precoz, alta incidencia y frecuentes recaídas con secuelas muy importantes. Es tres veces más frecuente que en la población no diabética.

Es mucho más frecuente la enfermedad vascular periférica, es decir, la afectación de las arterias de los miembros inferiores. Se presenta en uno de cada 5 diabéticos. Habitualmente se asocia con otras formas de macroangiopatía (CI, ACV) y un mayor riesgo de amputación. Se produce una isquemia crónica que puede evolucionar desde la claudicación intermitente, dolor en reposo, a la gangrena seca que puede sobreinfectarse. La evolución clínica de la gangrena puede terminar en amputación. El pie diabético que puede evolucionar a gangrena y amputación ocurre en el 2 % de diabéticos. Es el resultado de una Neuropatía y Vasculopatía.

La arteriopatía diabética debe evitarse mediante la reducción de los FRCV (cese de tabaquismo, buen control glucémico, someterse a un buen control tensional y lipídico). El enfermo debe conocer el riesgo al que se somete si sigue fumando, no controla su glucemia, permanece sedentario o sigue obeso.

La microangiopatía es otra complicación, y es muy frecuente en la retina produciéndose Retinopatía Diabética, afectación de la microvascularización retiniana. Hasta el 20 % de los diabéticos tipo II puede presentar lesiones en el momento de su diagnóstico. La prevalencia se estima en 35 – 39% de los diabéticos y hay diversos grados de severidad. Es una de las causas más frecuentes de ceguera y de pérdida de agudeza visual en los países occidentales.

Se ha observado una clara relación de su prevalencia y severidad con los años de evolución y con el grado de control glucémico, por lo que se impone un control glucémico adecuado. Por ello en la Educación Sanitaria (ES) se tendrá que incidir en este importante problema que aumenta su gravedad con la HTA y el tabaquismo.

La práctica preventiva más importante, además de la ES, es la exploración al menos cada seis o doce meses del fondo de ojo y control de glucemia con valores HbA1c < 7%. Si hay signos de retinopatía, se deriva al oftalmólogo para fotocoagulación focal o para tratamiento con láser si encontramos lesiones retinianas.

Por último, control y prevención de las nefropatías diabéticas con un buen control de microalbuminuria en la orina. No hay que olvidar que meses antes de que se establezca la nefropatía se pueden detectar cifras de proteinuria debido al daño del glomérulo por cifras crecientes de glucemia.

No obstante, el factor más importante para la progresión de insuficiencia renal (IR) en DMI es la HTA. La progresión a IR viene marcada por mal control de cifras glucémicas TA y tabaquismo, y fármacos nefrotóxicos, por lo que en las pautas de ES habrá que añadir el control del consumo de fármacos.

En las neuropatías diabéticas la sintomatología varía desde dolor y parestesias hasta parestesia en cualquier grupo neural con déficits sensitivos y motores: alteración de sensibilidad térmica con importantes deficiencias, neuropatías autonómicas importantes.

Los principales FR son el tiempo de duración de la diabetes, el mal control metabólico, la edad avanzada, el tabaco, HTA alcohol, colesterol y la macroangiopatía asociada. La ES deberá contemplar:

- Estricto control glucémico
- Supresión total de tabaco y alcohol
- Aliviar el dolor
- Dieta para reducir el colesterol
- Control de TA.

Educación alimentaria, ejercicio físico, control glucémico y cumplimiento terapéutico, higiene y cuidados de la piel son la base de una buena educación diabetológica.

- **Diabetes gestacional**

- Prevalencia 1-3% embarazos
- Aumento mortalidad perinatal 3-5 %
- Aumento incidencia de anomalías congénitas 6-12 %
- Introduce una secreción fetal excesiva de insulina que puede producir macrosomias y riesgo de traumatismo en parto.
- HpT embarazo aumenta mortalidad prenatal, riesgo de retraso en crecimiento.
- La HpT gestacional en obesa va a desarrollar HpT crónica en adelante.

4.1.3. El tabaquismo desde la Educación Sanitaria

Hay evidencias actuales sobre el consumo del tabaco. El tabaquismo es un grave problema de salud pública. Es un FR de CI, y de arterosclerosis porque contribuye a formar la placa de ateroma en las arterias, aumenta el fibrinógeno circulante, y las obstruye, produciéndose la enfermedad cardiovascular. Aproximadamente el 50% de muertes en España se relacionan con el consumo de tabaco.

El tabaquismo, demostró HALBROOK, es la principal causa de enfermedad incapacitante y de muerte prematura evitable, y demostró que dejar de fumar se asocia a una disminución del 19% en las tasas de mortalidad. Son muy elevados los costos sociales derivados del tabaquismo. El tabaco supone el 18% de la ECV. Sabemos que la ECV produce demencias, ictus, alteraciones vasculares en piernas y amputación:

- arterosclerosis obliterante que suele conducir a amputación de miembros,
- arterosclerosis que puede producir demencia,
- eventos trombóticos que producen ECV con hemiplejías.
- HTA + tabaco:
 - riesgo de HpT maligna
 - enfermedad pulmonar
 - causa principal de EPOC + incapacidad

Tabaco y embarazo

- Niños de bajo peso + vulnerables.
- Muerte súbita en lactancia.
- Puede afectar al crecimiento físico y al desarrollo intelectual del niño.
- El RR del tabaco es mucho mayor para los AC V cuya secuela principal contribuye a la más importante minusvalía adquirida en la edad adulta.

- El tabaquismo produce mayor porcentaje de incapacidad laboral debido a enfermedad crónicas y mayor absentismo laboral.
- El tabaco disminuye la eficacia del sistema inmunitario. Se sabe que con una disminución del consumo del tabaco exclusivamente, se disminuye la mortalidad por cáncer en un % importante. De aquí la importancia que tienen actuar sobre este FR.

Tabaquismo en mujeres. Prevención específica

En el campo sanitario el enfoque de género permite un mejor diagnóstico, y por ello mejor abordaje de las circunstancias concretas que afectan a la salud y/o a la enfermedad, a la manera de enfrentarse a ellas y a las consecuencias que de ellas se deriven. El enfoque de género es especialmente relevante en los trastornos conductuales, entre los que se incluyen los diversos trastornos adictivos como es el caso del tabaquismo, ya que es en la conducta donde se suelen observar mayores diferencias entre mujeres y varones. (MARÍN, D.¹⁰)

El impacto del tabaquismo es distinto en los varones que en las mujeres. En el caso de **la toxicidad** se ha demostrado la relación del tabaquismo y osteoporosis (implica fracturas espontáneas). El mayor impacto del tabaquismo es en la ECV post menopáusica, los trastornos de la maduración de los ovocitos y la reserva ovárica.

En el caso de **la adicción**, la mujer fuma por muy diferentes motivos que lo hacen los hombres y deja de fumar también por razones diferentes. Hay una influencia hormonal en las características de la adicción. La mujer acude más al tabaco en relación con estados de ánimo negativos, ansiedad, angustia, soledad, abandono. La asociación de los deseos de fumar con el apetito es también importante y diferencial. Hay unos determinantes sociales que inducen a la mujer al tabaco. Todo ello son formas de fumar que requieren un abordaje distinto.

Para realizar una auténtica prevención del tabaquismo en la mujer, ésta debe estar inmersa en políticas de Salud Pública diseñadas hacia la comprensión de los mecanismos complejos y psicológicos que persuadan a las chicas y a las mujeres a fumar y mantenerse fumando.

Ha de tener en cuenta estos aspectos cualquier campaña de prevención y redibujar la identidad de la mujer en sus vertientes biológica, psicológica y social como persona con identidad propia, valorada y respetada íntegramente, y atraer a la mujer hasta este horizonte (MARÍN, D.)¹¹. Pues la publicidad sobre al tabaco une la emancipación de la mujer con la costumbre de fumar, y esto es una imagen que no es acorde con los horizontes de vida de las mujeres, y es una manipulación que si no se tiene en cuenta es difícil el trabajo preventivo.

Con adolescentes. Desde el punto de vista educativo ¿qué nos interesa saber?

En los chicos, los problemas de prevención del tabaquismo se han de orientar a las necesidades evolutivas del adolescente, poner énfasis en las consecuencias físicas y sociales del tabaco a corto y lar-

¹⁰ MARÍN, D. *Tabaquismo en mujeres*. En A TU SALUD, n.º 35-36, p. 17-24, 2001.

¹¹ MARÍN, D. Id.

go plazo, y las destrezas necesarias para evitar la iniciación a fumar. Prevención del hábito, del consumo del 1.º cigarrillo y del abandono¹².

Las chicas que se han iniciado y aún no tienen el hábito, discutir con ellas los efectos inmediatos del tabaco, tales como el olor a ropa, aliento, color de uñas y dientes, y reducción de la capacidad de esfuerzo físico.

En adolescentes hay que aprovechar la ventana de oportunidad que se crea entre el inicio y el establecimiento del hábito de fumar, y poner énfasis en las intervenciones que interrumpen esta progresión. Tienen que ofrecerse destrezas para resistir la presión social que les empuja a fumar. La salud es una preocupación para dejar de fumar entre los jóvenes¹³. Debe desarrollarse un plan de abandono del tabaco que sea realista. Fijar una fecha tope. Identificar obstáculos al abandono. Analizar el ejemplo real de los padres fumadores. Proporcionar asesoramiento anticipatorio a las / los adolescentes que no consumen y prepararles para las presiones sociales a las que tendrán que enfrentarse. Pero no puede abordarse un programa de ES sobre tabaquismo sin incluir el tema de la publicidad.

Los anuncios sobre cigarrillos influyen de manera decisiva en las adolescentes ofreciéndoles un sinnúmero de caminos que para que su proceso de adultización sea más fácil. El mensaje general es: “ con un cigarrillo puedes ser y hacer todo lo que quieras”. Lo que se intenta vender a las adolescentes, dice E. DE LA CRUZ¹⁴, es el efecto que produciría el consumo del tabaco: ser libre, independiente, atractiva / o sofisticada, aventurera / o, la aceptación en el mundo adulto, el éxito social, alivio de sus decepciones, trasladarse a paisajes idílicos (Marlboro: La fuerza tranquiliza). Obtener –exigir– más placer, hacer la vida menos dura, rozar la ilegalidad de una forma simpática. Personalidad rebelde, y adolescente, y que fuma 3-4 cigarrillos. No se puede acentuar el mensaje FR cuando se trabaja con él, porque ama y le atrae el riesgo, porque fumar es de adultos y causa atracción, y se vive como beneficio y algo atractivo. En el fondo el mensaje subliminal que le enviamos es que se adhiera al riesgo.

Alternativa: Factores que desarrollen una personalidad arriesgada, aventura y deporte, montañismo. Está claro que el abordaje preventivo del tabaquismo en las / los adolescentes requiere un trabajo sobre la publicidad. Si lo hacemos, podemos constatar lo que hay en el spot que se dirige a la población femenina y qué imagen de mujer transmiten. Se debe crear en la población adolescente y preadolescente una conciencia crítica. De qué va el anuncio, qué quiere de mí. ¿Qué me sugiere? ¿Qué quiere que yo haga? ¿Adónde me quiere llevar? ¿Cuáles son los beneficios de ellos, los productores y vendedores? ¿Dónde quedan mis beneficios? ¿Cuánto me cuesta fumar?

Pistas para la prevención del tabaquismo

La lucha contra el tabaquismo, hoy, tiene 3 frentes:

- 1.º Trabajar en la escuela, de 10 años en adelante, antes de que se inicie el consumo.
- 2.º Con los niños y niñas fumadores esporádicos.
- 3.º Terapia de intervención psicológica para tratar la adicción.

¹² STONE, S.L. KRISTELLER J.L. *Attitudes of adolescents toward smoking cessation*. Am J Rev Med 1992.

¹³ ELSTER, B. A. y KUZUETS N. *Guía de la AMA para actividades preventivas*. Díaz de Santos, Madrid, 1992.

¹⁴ DE LA CRUZ, E. *Publicidad y tabaco: Prevención*. En SERRANO G, M.I. Educación para la Salud del siglo XXI: Comunicación y Salud, 2.ª edición.

El niño que ha llegado a los 18 ó 20 años sin fumar es infrecuente que se inicie en el consumo. Mayor riesgo cuando disminuye la edad de inicio. Aumenta con los años de consumo. Con más dosis de tabaco.

El riesgo de adicción parece que establece a partir de los 2 años de habitual consumo. Para iniciar la deshabitación tabáquica es preciso:

a) Estilo de vida y personalidad del fumador:

- El uso del tabaco es una conducta compleja aprendida, entrelazada con la vida diaria y vinculada con la forma con que el fumador se relaciona con el mundo.
- Numerosas actividades, pensamientos y emociones de la vida diaria, actúan como poderosas señales para fumar.
- Estos vínculos condicionados se unen a los efectos neuroreguladores de la nicotina para reforzar el proceso adictivo.

b) Conocer los factores determinantes del uso del tabaco:

- características personales
- nivel educativo
- fe en la propia capacidad de cambiar
- capacidades de afrontamiento
- ambiente familiar
- nivel de exigencia

Se sabe que el 90% de adolescentes que fuma 2-5 cigarrillos, por razones psicosociales, se convierten en fumadores.

c) Conocer los efectos beneficiosos y perjudiciales para el que fuma para poder apoyar en ellos nuestros mensajes.

Se sabe que el cigarro proporciona una serie de estímulos sensoriales y motores que actúan como un potente reforzador. Hay que encontrar alternativas a esto. El condicionamiento, es una de las causas más importantes de recaídas.

d) El factor aprendizaje. Todas las conductas relacionadas con drogas, se aprenden y el consumo se va asociando con efectos reforzadores de la droga. La capacidad del tabaco para producir adicción es mayor que la del alcohol, y el deseo urgente de fumar persiste meses o años después de haberlo dejado.

Importante: conocer todo el problema para actuar sobre los mecanismos más influyentes.

e) Los programas de expertos.

Grupos de expertos para ayudar a dejar de fumar.

Los planes de salud diseñan estrategias para la detección de fumadores y se actúa a través del consejo. Esto es eficaz, pero en diversos tipos de fumadores hay que acudir a métodos grupales. La inter-

vención del profesional varía según el tipo de fumadores que sea, y en la etapa de adicción en que se encuentra. En fumadores poco dependientes, el consejo médico es fuerte motivador. Consejo breve y plan de ayuda. La evidencia científica sobre el consejo es clara. Pero el que tiene una dependencia física y psíquica necesita programa de ayuda con intervención psicológica.

El problema del tabaquismo es un proceso psicológico que atraviesa varias etapas, según la etapa se diseñará la intervención y el mensaje educativo. Para saber con qué tipo de fumador nos encontramos y mejor diseñar la estrategia, los investigadores han diseñado unos cuestionarios para valorar a cada grupo de pacientes, y descubrir aquellos elementos que nos van a ayudar en la intervención educativa.

- Cuestionario para valorar la motivación. Richmon, de 1993
- Cuestionario para valorar la dependencia. Horn-Russell 1996
- Cuestionario sobre la tolerancia. Fagestron 1996

Todos dicen e insisten en que hay que saber pasar los cuestionarios, pues muchos encuestadores inducen la respuesta y no sirve para nada la información que se obtiene.

Pautas antitabaco. Programa de autoayuda de Internet. Guía práctica para dejar de fumar CCAA. **Rompe por lo sano** del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Objetivo: Disminuir la prevalencia global del hábito en la población adulta.

Dificultades para el éxito de estos programas anti tabaco

Hay colectivos de personas para los que el fumar quizá sea una de las pocas estrategias personales disponibles para afrontar el estrés aunque tenga efectos negativos sobre su salud, individuos desvalidos y con poco control sobre su vida. Y habría que mejorar su calidad de vida desde el punto de vista social y relacional.

Una de las dificultades más importantes es que los programas de tabaquismo no diferencian por género y las razones por las que las mujeres fuman son diferentes a las de los hombres, y la publicidad se dirige sobre todo a la mujer, y los programas preventivos se dirigen al hombre. Por lo que en deshabituación de mujeres hay que tener en cuenta lo que ya hemos reflexionado.

4.1.4. La obesidad como problema multifactorial

Obesidad que se define como un estado físico de excesiva grasa corporal. Las consecuencias circulatorias y metabólicas del llamado síndrome plurimetabólico, del que forma parte la obesidad central, son en buena medida la causa en diagnóstico del riesgo de mortalidad asociado a esta patología. Se dice que un enfermo posee una obesidad si su IMC > 30. La obesidad exacerba un número importante de problemas de salud, tanto independientes como en asociación con otras enfermedades DM2 Enfermedades coronarias, HTA. Mayor incidencia de ciertas formas de cáncer. Complicaciones respiratorias (apneas del sueño). Osteoartritis de pequeñas y grandes articulaciones que conlleva graves deficiencias en estos enfermos con evolución a minusvalías. Es una enfermedad multifactorial de gran complejidad patogénica. Su prevención o la intervención terapéutica una vez establecida es muy compleja.

- El 99% de obesos es producido por factor exógeno.
 - FR de arterosclerosis. Para muchos autores es independiente y actúa sinérgicamente con tasas de colesterol altas.
 - FR más importante para la aparición de diabetes. Está presente en el 50% de las artrosis.
 - FR alteraciones psicológicas debido a la presión social sobre los obesos.
- Me voy a extender en este problema a continuación al hablar de las dietas.

5. OBSERVACIONES PARA UNA EPS EFICAZ EN LOS CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA

El comité americano para la prevención de la ECV dice que el primer eslabón de la cadena de la prevención es modificar los estilos de vida. Como hemos visto, los FR generalmente actúan de forma sinérgica, es decir, potenciándose la acción unos a otros, e intervienen en las enfermedades incapacitantes más importantes. Por ello hay que dirigirse a un manejo global de los FR. Plenamente de acuerdo con la propuesta, nuestro método educativo se adapta a esta necesidad. Desde la APS se trabaja desde:

- el consejo médico
- la educación en la relación terapéutica y/o con la enfermería
- educación sanitaria en grupos.

De todo lo dicho hasta aquí, observamos que los FR suelen estar asociados. Si profundizamos en uno de ellos y tiramos de él salen enzarzados como las cerezas, y además, que muchos de ellos son “la sustancia de la vida y de las relaciones humanas” y para influir sobre ellos, tiene que colaborar el individuo, por lo que se impone en EpS los cambios de estilos de vida.

Pues todo eso, que lo conocemos, que muchos de los hábitos de riesgo que desarrollamos son formas de relación y de estar en la sociedad (el comer, el beber, el fumar), lo olvidamos totalmente cuando aplicamos un programa de EpS. Lo que quiero expresar y subrayar es que el problema al que nos tenemos que enfrentar no es exclusivamente el cambio de hábitos.

Para trabajar eficazmente la EpS, tenemos que cambiar sobre todo nuestra mentalidad o, como dicen ahora, cambiar de chip. Un estilo de vida de riesgo es más que un hábito. Una patología, por ejemplo la obesidad, es más que una conducta. Voy a traer un texto de Francois Mallet Joris Divine, que nos va a iluminar los errores que cometemos con frecuencia cuando llega un enfermo y le recomendamos una dieta, un plan de adelgazamiento, le aplicamos un protocolo y comprobamos la dificultad de que se operen cambios en el enfermo, y los pocos resultados que obtenemos. Dice la autora, hablando de la protagonista, una gorda espléndida, profesora de instituto, con mucho gancho estudiantil: “Qué sabiduría física, paz extraña la ilumina como un astro discreto que desciende sobre ella, y ¡qué segura está de sí misma y del universo”. Después de un problema físico, prueba todas las dietas de adelgazamiento del mercado. No consigue perder peso. Y dice la protagonista, reflexionando consigo misma, “en estos problemas de peso, siempre se dice PERDER. Perder peso, y esto es una forma negativa de pensar. ¿Quién va a querer perder? Por eso no se consigue rebajar kilos. Hay que pensar de otra forma. No se pierde peso. Se gana ligereza, se gana voluntad, se gana flexibilidad, se gana rapidez. ¡SE GANA!

Lo primero que ponen en cuestión estos textos son nuestros mensajes y actitud pedagógica, condenando y subrayando su deficiencia. No plantear el perder, sino el ganar. Por fin, Divina empieza a adelgazar y no acaban sus dificultades. Y dice la autora: “y para su sorpresa el mundo cambia a su alrededor. Poco a poco el régimen dietético irá convirtiéndose en una confrontación consigo misma. Un intento de recolocar en el mundo esos desórdenes esenciales que son el hambre y el deseo de amor”.

Esto lo he traído a colación para que nos ilumine y veamos que lo que pedimos a los enfermos no es un problema sólo de voluntad y de estar bien informados.

La relación con la comida es para todo individuo fundante de la relación con el cuerpo; y el alimento es regulación del goce y de la satisfacción.

Un estudio de Salud Pública de la Comunidad de Madrid sobre las dificultades dietéticas de la población adulta diabética de Madrid, hace unas reflexiones muy en consonancia con el texto de la autora francesa. La forma en que cada individuo come no es un hábito o conducta, sino una relación adquirida con los alimentos y con el entorno. Esto se está poniendo en evidencia, y se está investigando, con el problema de la anorexia.

Así, el diabético, el obeso, tiene, no ya que cambiar los hábitos alimenticios, sino que tiene que rehacer la relación con los alimentos que es una relación nueva con su propio cuerpo. Tiene que hacer una confrontación con la Renuncia y confrontación consigo mismo, que decía la autora. Volver a aprender a comer no es simplemente establecer ciertas distinciones entre alimentación. Tiene que luchar contra la dependencia a la que aboca esta regresión infantil. La prescripción dietética limita el campo de las relaciones sociales de los enfermos. Esto lo saben bien los diabéticos. La comida es una herramienta que modela el entorno social. La comida penetra en la mente y en el estómago de las personas. Este doble carácter de los alimentos, necesidad psíquica, social y fisiológica es inseparable. Un tratamiento dietético que pretende tal separación está condenado al fracaso.

El argumento de la salud como razón de un cambio en las prácticas alimentarias por lo que vemos en nuestras consultas no reporta grandes éxitos. Los hábitos alimentarios regulan comportamientos fisiológicos y sociales que están anclados en las personas. Elegir entre un régimen habitual y otro nuevo. Es decir, un tratamiento dietético, es una transformación de un modo de vivir. No olvidemos el enorme “peso” psicológico que soporta un obeso. Fijaros que nuestra cultura actual nos obliga a desarrollar una dinámica en busca del “**cuerpo que tenga que ser**”, que no duela, eternamente joven, y no se nos enseña a aceptar, a estar, a dialogar con “**el cuerpo que realmente es**”.

Los mensajes de la sociedad nos cierran las vías de comunicación con nuestro cuerpo. Cuerpo que, muchas veces, ni es tan ágil ni es tan bello. Esto va minando el psiquismo del enfermo al que aparcamos entretenidos con los 120 gramos que ha adelgazado, el índice de masa muscular, y mientras, se va cronificando el daño.

¡¡El cuerpo!! Vivimos en la cultura del cuerpo, y la “presión” que hay sobre él se ha convertido en un problema de Salud Pública, porque la Sociedad nos plantea unas exigencias de un cuerpo “que tenga que ser”, y no nos enseña a trabajar y disfrutar con “el cuerpo que somos”.

Es importante comprender estos mecanismos intra psíquicos y culturales y tender un puente al enfermo para que aprenda una nueva relación con su cuerpo, con los alimentos y su propio horizonte de vida.

El objetivo de una dieta no es perder sino ganar. La actitud del personal sanitario determina en parte el cumplimiento de la dieta. Sólo así tendrá sentido una dieta para luchar contra la obesidad y tener éxito.

6. EL DEPORTE, EL EJERCICIO, UNA PROPUESTA DE VIDA SALUDABLE

Decíamos que había estilos de vida de riesgo que había que prevenir, y estilos de vida saludable que había que promover. De cara al deporte y el ejercicio, hay que romper la asociación entre ejercicios y estética. Ofrecer modelos, no marcados por la servidumbre de la estética, sino sacarle partido al cuerpo que somos. Enfatizar beneficios emocionales, placer de competir.

Actividad y movilidad. Con el cambio de estilo de vida, una nueva identidad está gestándose que desarrolla mejor lo que somos y mejora nuestra calidad de vida. Mejorar la relación con el entorno doméstico. No plantearse el adelgazamiento como objetivo sino que vamos a:

- mejorar el tono muscular,
- ... la agilidad,
- ... los dolores por sobrecarga, lo cual no deja de ser también una manera de mejorar la figura.

Componer un rango de beneficios emocionales amplios y flexibles. Y esto es lo que revisamos con ellos, y no si adelgazan o no. Y al año han ganado salud y han perdido peso.

La actividad y el ejercicio físico hay que realizarlo como una manifestación expresiva de la vida personal, considerado como una de las bases fundamentales del buen estado de salud. Desarrollar actitud crítica ante los factores socio culturales y modelo de belleza imperante. El peso está determinado por factores de diferentes tipos, incluidos los genéticos. Es una importante responsabilidad como profesionales cuidar el no relacionar el peso con la estética, para no acentuar modelos conductuales en la adolescencia por el problema de la anorexia.

Subrayar y acentuar los beneficios del ejercicio físico:

- dinámico
- aeróbico

Físicos:

- Descenso global de las resistencias periféricas vasculares
- Mejora la sensibilidad periférica a la insulina
- Mejora salud funcional
- Sensación de bienestar general
- Descenso del peso disminuye la TA, aumento HDL (Colesterol bueno)
- Rehabilitación de enfermedad coronaria
- Descenso osteoporosis
- Menos obesidad
- Pueden mejorar o modificar la apariencia física.

Psíquicos:

- Aumenta la autoestima. Combate depresión porque influye en los neurotransmisores.
- Sentimientos positivos respecto a uno mismo
- Desciende el hábito depresivo
- Mejora el conocimiento de su cuerpo

- Cambio de relaciones con su propio cuerpo
- Descenso de la reactividad al estrés
- Libera las tensiones
- Aumento de endorfinas - Factor de bienestar
- Descenso del dolor
- Mejora la relación con el entorno doméstico
- Favorece el desarrollo de la dimensión social.

En todas las patologías hay un trasfondo psicológico. A muchas de ellas se las llama patologías psicosomáticas. De lo que acabamos de decir, deducimos que el esfuerzo físico produce beneficios en la esfera de lo psíquico. También conocemos que procesos patológicos psíquicos causan daño orgánico. Me permito insistir en que no es únicamente sobre el cuerpo sobre lo que tenemos que actuar. Importantes investigaciones apuntan que el manejo y clarificación de las emociones, a lo largo de nuestra vida, tienen gran interés, pues pueden estar en la causa de importantes patologías que conllevan a mucho sufrimiento.

Los trastornos de conducta alimentaria son una muestra de lo que estoy diciendo en los que el psiquismo manda sobre el cuerpo. Paul Valery en su obra *El Arquitecto* dice “este cuerpo es un instrumento admirable, del que los humanos que todo lo tienen a su servicio, no usan en su plenitud. Ignoran las relaciones universales que contienen en si mismos... Pero este cuerpo y este espíritu operan al unísono. Tendrán salud y disfrutarán de él cuando hayan descubierto su verdadera relación”.

7. PISTAS PARA MEJORAR EL TRABAJO PREVENTIVO. AYUDAR A ABANDONAR CONDUCTAS DE RIESGO

Se necesita una actitud nueva en la práctica de la enfermería y la medicina para prevenir. Tomar medidas positivas y no impositivas. Y al ser los problemas de salud producto de determinantes culturales y sociales, además de factores biológicos, la APS se tiene que abrir a colaborar con otros profesionales como son los psicólogos y los farmacéuticos. Por lo que es necesario profundizar la formación sanitaria en el campo de la comunicación y las relaciones humanas, y en el desarrollo de métodos y estrategias de EpS adaptadas a las necesidades del hombre y la mujer actuales.

La APS viene realizando programas específicos de EpS con grupos, tanto de enfermos como con colectivos vulnerables, y programas de EpS que vienen exigidos por la propia Administración. Desde mi experiencia constato que no se han desarrollado adecuadamente estas intervenciones y no se ha valorado el instrumento preventivo que realmente es. Se ha primado más cumplir unos objetivos administrativos que la reflexión sobre la oportunidad o idoneidad de los programas con sus métodos y contenidos.

RETOS DE LA APS PARA SER EFICAZ

- Mejorar la comunicación
- Desarrollar métodos adecuados de EpS.
- Adaptarse e incorporar los cambios tecnológicos sin perder su esencia humanista

Por lo que me parece importante que los equipos de Atención Primaria planteen en sus centros programas de EpS que tengan en cuenta unas exigencias acordes con el momento que vivimos y los conocimientos actuales y puedan articularse y ser complemento de la actividad asistencial. Para que los programas de EpS sean instrumentos de prevención acordes con las demandas actuales de la APS, habría que considerar y revisar sus métodos, sus contenidos y la propia programación.

El conjunto de formas de enfermedad actuales, que intentamos prevenir, hemos dicho que **se aprenden** a lo largo de la vida porque se **practican conductas de riesgo**, y nos encontramos que para cambiar estas conductas se necesita la máxima colaboración del sujeto, tiene que tomar él la **decisión** que significa abandonar hábitos de riesgo que, en ocasiones, son **adicciones** y aprender conductas saludables.

Esta complejidad requiere una **nueva relación médico-paciente, y sector sanitario y comunidad, y mejorar nuestros métodos de Educación Sanitaria. Sus metas:**

- 1.º Ayudar a conocer la enfermedad/su conducta de riesgo.
Aprender a convivir con la enfermedad / suprimir el riesgo.
- 2.º Alcanzar el grado de autonomía en su cuidado.
Crear conciencia de autocuidado.

El individuo educado sanitariamente recibe el título de “actor”. Debe tener claro que su salud depende de sus acciones y de su modo de vida, de forma que el enfermo se responsabilice de su estado.

- 3.º Integración del enfermo y personal sanitario/social.
Que se establezca una relación de mutua responsabilidad y confianza a fin de que el paciente logre su independencia y cambie el estilo de vida fuera del sistema sanitario y social, que no sea una persona hiper demandante¹⁵.

Para lograr la respuesta del paciente es necesario tener en cuenta aspectos importantes de la relación terapéutica y educativa.

7.1. ACTITUDES QUE TIENE QUE DESARROLLAR EL PERSONAL SANITARIO

7.1.1. La escucha es la mejor motivación

Maslow¹⁶, el investigador más importante de la motivación, dice que para modificar el comportamiento hay que conocer las necesidades, y para ello hay que escuchar al otro.

- Tenerle en cuenta
- Conocer cómo vive

¹⁵ SERRANO G, M.I. *La EpS con enfermos crónicos*. En A TU SALUD n.º 5, 1994

¹⁶ MASLOW, A. *La personalidad creadora*. 3.ª edición. Edit. Kairós, Barcelona, 1987.

- Conocer sus hábitos
- Personalizar el consejo y/o el tratamiento con cariño y pedagógicamente
- Darle protagonismo
- Afrontamiento integral de su problema.

7.1.2. Garantizar una buena comunicación

Para ello debemos establecer **una comunicación honesta**.

“Si no mejoras al hombre, dándole atención, escuchándole, encendiéndole la esperanza, no esperes mejorar su salud” (Johan Kaspar Lavater)

Pensar y sentir con el paciente. A veces hay que llamar la atención sobre aspectos negativos de la conducta del paciente. Corremos el riesgo de pasarnos de una conducta autoritaria a “*el cliente siempre tiene razón*” y esto no es educativo ni terapéutico. Los pacientes más cronificados son los que más demandan asistencia, y el estereotipo perjudica la relación terapéutica.

La cronificación de problemas no es infrecuente que sea responsabilidad nuestra por un rechazo del paciente. Y tenemos que tener en cuenta que pacientes con diabetes, hipertensos obesos, han de frecuentar mucho la consulta. La adhesión al tratamiento o abandono de hábitos de riesgo, están muy en relación con el trato que seamos capaces de ofrecerles a ellos. El mensaje debe ser asimilado por el paciente, por lo que habrá que utilizar sus códigos verbales. Se debe adoptar para que lo escuche y lo entienda y lo adquiera, que ilumine el efecto distorsionado de otros canales de información. (Abuso de folletos, entorno social). La publicidad marca pautas y emite consejos que sólo buscan vender determinados productos.

La clave de un proceso educativo es establecer una comunicación bidireccional. Este proceso educativo nos plantea cuestiones y exigencias en nuestro propio trabajo. La mirada médico sanitaria habrá de alterar su *enfoque*, pues ese individuo en cuyo cuerpo no se puede ejercer la curación, es un sujeto al que hay que educar para que se corresponsabilice de su enfermedad. Dicho de otro modo, para que el enfermo pueda hacerse cargo de su cuerpo, la medicina debe hacerse cargo de **un sujeto**, esto quiere decir que **proponemos, no estamos prescribiendo**, y el sujeto tiene que decidir.

7.1.3. Integrar la responsabilidad del sujeto

Es aquí, en el paso de la curación a la educación, donde se encuentran los principales obstáculos. **Un sujeto que se resiste** a tomar las riendas de su enfermedad, prefiere píldoras y analíticas, y le cuesta mucho más, sin tener síntomas, hacer esfuerzos personales.

Y **una institución**, la Medicina, que encuentra dificultades para desentrañar las razones del sujeto, porque no sabe comunicar con el enfermo. Donde el saber médico exige al sujeto, lo ignora como tal. “Tenga, tómese dos cada ocho horas; pínchese antes y después de cada comida...”. El saber médico requiere un planteamiento nuevo de relación con el enfermo.

El esfuerzo del sanitario es fundamental para el entendimiento y cumplimiento terapéutico. El profesional tiene que saber que de lo que se trata es de aproximar los dos modos de vida delimitados por el momento. Diagnóstico y Tratamiento. Hay un antes y un después, mediado por un esfuerzo disciplinar muy grande. El enfermo tiene que dar un gran salto en su vida, a veces un abismo, para llegar al objetivo propuesto. El profesional tiene que tender puentes para que esto ocurra. A través de una comunicación eficaz y constructiva, y una actitud de apoyo.

Para trabajar en EpS tenemos que creer en las posibilidades de la gente, que es más complejo (no más difícil) que dar refuerzos positivos. Ello pasa por creer en nosotros mismos.

7.1.4. Creer en las posibilidades de la gente

Para trabajar la EpS tenemos que creer en las posibilidades de la gente, que es más complejo (no más difícil) que dar refuerzos positivos. Ello pasa por creer en nosotros. Aceptación del paciente que nos exige una relación no evaluativa, y no estereotipar al paciente.

Otra actitud que debemos aprender es la **empatía** que es la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta otra persona y comunicar esta percepción, en un lenguaje acomodado a los sentimientos de ésta.

La efectividad de la empatía como condición terapéutica no depende de “su tecnificación” (disimular o representar una actitud), sino de la profundidad y autenticidad de la comprensión. La actitud del sanitario debe expresar de forma taxativa que el sanitario está a favor del enfermo.

La investigación parece constante en afirmar, que la empatía y cordialidad son características de los encuentros humanos que cambian a la gente de una manera positiva.

Pero la relación interpersonal no es suficiente si se quiere un cambio tangible. Hay que proponer metas, hay que solicitar el cambio. Debe trabajar los puntos fuertes o potencialidades del paciente y hacer emerger sus conductas distorsionadas por falta de información y malos aprendizajes. Ayudar al paciente a encontrar los recursos que tiene para cambiar, y pedirle ese cambio. Ofrecer esperanza de cambio. El método será explorador, preguntar más que responder.

Esto requiere dedicarle tiempo a escuchar los problemas y, por supuesto, desburocratizar la consulta.

7.1.5. Un proceso educativo educa tanto al educando como al educador

Es un aprendizaje continuo que no nos debe echar para atrás. Todos los días hacemos mejor medicina, mejor enseñanza y mejor trabajo social, mejor enfermería. El repertorio de habilidades que se demandan en un médico o profesional de la enfermería en el área de la prevención y la relación clínica debería ser:

- Destreza de atención
- Destreza de observación
- Destreza de escucha

- Destreza para resolver problemas
- Destreza para transmitir información
- Disposición para emplear tiempo y energía con los pacientes.

Estas actitudes y habilidades también se pueden aprender y se desarrollan con la práctica. Igual que hemos aprendido a identificar los tonos cardíacos, los soplos, y relacionarlos con las patologías valvulares, hemos de aprender una nueva relación con los pacientes si queremos ser efectivos y obtener cumplimientos terapéuticos y que desarrollen conductas preventivas.

7.2. CAMBIOS CON RESPECTO A LOS MÉTODOS¹⁷

7.2.1. Aprendizaje significativo y experiencial

Las relaciones del hombre con la naturaleza están mediadas por su conciencia, por su capacidad de percibir el mundo que le rodea, de desarrollar concepciones, valores y hábitos de organizarse y expresar su sentimiento. Esta riqueza debe estar presente en cualquier programa de EpS.

Me he extendido en detallar las claves, algunos aspectos metodológicos, y en las pistas de lo que tiene que ser un programa de EpS. Pero todo con el convencimiento de que así llevada y entendida, la EpS es un recurso de primera calidad para prevenir deficiencias. Cambiar estilos de vida que son verdaderos FR por otros más saludables, es Prevenir.

Promover que las personas ante su salud sean sujetos y personas protagonistas de su vida, es acrecentar la responsabilidad en esas personas y hacerlas más conscientes de lo que les favorece y les perjudica, ayudándoles a tomar decisiones más saludables para ellos y para sus comunidades. Animar grupos y colectivos que se sepan comunicar, ejerciendo la crítica y las decisiones, favorecedoras de la vida más saludables, facilitará estos avances.

En síntesis, la EpS es una herramienta para toda comunidad que disminuirá sin duda las deficiencias y, en medio de ellas, será una ayuda para que sean menos incapacitantes.

Nuestros métodos de trabajo deben de estar animados por:

- Pedagogía activa y participativa
- Construir sobre lo positivo. Subrayar los logros
- Alentar y animar en vez de regañar
- Preguntar más que responder
- Plantear compromisos de cambio.

Un esquema de trabajo puede ser: ¿Qué me pasa?
 ¿Por qué me pasa?
 ¿Qué voy a hacer para evitarlo?

¹⁷ SERRANO, G, M.I. *Educación para la Salud y Participación Comunitaria*. Díaz de Santos, Madrid, 1989.

Sobre estas tres simples preguntas, se puede desarrollar la pedagogía más exitosa para desarrollar cambios basados en **el aprendizaje significativo**¹⁸.

- Mucho protagonismo del sujeto para promover su autonomía
- Potenciar las relaciones
- Suscitar procesos de reflexión.

7.3. CAMBIOS CON RESPECTO A LOS CONTENIDOS

- Trabajar sobre aspectos de la psicología humana que se deteriora con la enfermedad, y que son factores importantes que facilitan el aprendizaje y el mantenimiento de conductas positivas. Autoestima, autoconcepto, habilidad de relación, etc.
- Adaptar los mensajes a la edad y a la cultura del sujeto. No sirve la misma charla de alimentación para un enfermo con diabetes que para un adolescente sano o con otra dolencia, aunque se le hable de Principios Inmediatos.
- Partir siempre de la realidad que viven los grupos con los que trabajamos.
- No separar las conductas de riesgo de su medio cultural y social donde se producen. A la hora de trabajar la dieta con diabético, no podemos olvidar que la comida no es sólo un alimento, y tenemos que ser comprensivos con las renuncias a las que enfrentamos a los enfermos.
- No separar las conductas de riesgos de los rasgos psicológicos que predisponen a las conductas, como es el estrés en el hábito de fumar.
- Dar mensajes positivos: “Ganar más que perder”. (A obesos hablarles más de ganar agilidad, rapidez, energía, flexibilidad, que de perder peso). En definitiva, promover el sentimiento de autoeficacia en resolver sus problemas de salud.

7.4. CAMBIOS CON RESPECTO A LOS PROGRAMAS

- Partir de la realidad y de las posibilidades de la gente. No es infrecuente prescribir dietas en poblaciones que no tienen accesibilidad a determinados alimentos.
- Que se establezca un proceso progresivo en las tareas y no sea simplemente una simple suma de actividades.
- Dejar abierta la posibilidad, y ofrecer recursos, para que sean los sujetos los que evalúen sus logros, y permitir que sean ellos quienes saquen sus conclusiones.
- Hacer diseños de programas para adolescentes donde se contempla y se trabaja con su vulnerabilidad y el gran potencial humano que se despliega en esa edad. Y teniendo muy en cuenta su reactividad a toda actividad impuesta.
- Contemplar en el diseño del Programa las aportaciones de los destinatarios. Que los adolescentes puedan además desarrollar y expresar su sentido de ser agentes de cambio de una sociedad más saludable, porque tienen mucho que aportar en la construcción de su propia salud y la de los demás. Esto dará sentido a los programas preventivos que desarrollamos con ellos.

¹⁸ SERRANO, G, M.I. La Educación para la Salud del siglo XXI: Comunicación y Salud. 2.ª edición. Díaz de Santos, Madrid 2002.

Para terminar quiero subrayar que ningún esfuerzo que hagamos desde la prevención en la APS es baldío o carente de importancia. Tomo las palabras de Emmanuel Laborit que testimonian el esfuerzo de integración social y servicio a la sociedad que cualquier ser humano, sea cual fuere su minusvalía, con empuje puede llevar a la práctica. Una chica sordomuda que fue Premio Goncourt de Teatro en 1990, en Francia, dice en su libro:

*Veo como podría oír,
Mis ojos son mis orejas,
Escribo igual que puedo hacer signos,
Mis manos son bilingües,
Os ofrezco mi diferencia,
Mi corazón no es sordo con respecto a nada en este doble mundo*

E. LABORIT "El Grito de la gaviota"

BIBLIOGRAFÍA

- CORRAL MUÑOZ, M.I.: "Prevención de deficiencias en la edad infantil". En *A Tu Salud*, n.º 26, 8-14, 1999.
- INE: *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías*. Madrid, 1987.
- MARÍN, D.: En *A Tu Salud*.
- OMRAN A.M.: "The epidemiologic transition a Theory of the epidemiology of population change", en *Milbank Men Foundation*, 1871; 509-583.
- PIÑUELA M. D. y RODRIGO, R.: "Programa de Atención al embarazo en APS". Curso de Prevención del Real Patronato y ALEZEIA. Segovia, Marzo, 1999.
- RUIZ OLABUENAGA: "Ocio y estilos de vida", en *V INFORME FOESSA*. Madrid, 1993.
- SERRANO GONZÁLEZ, M.I.:
La Educación para la Salud del siglo XXI. Comunicación y Salud. Edit. Díaz de Santos, Madrid, 1998.
La Educación para la Salud y Participación comunitaria. Edit. Díaz de Santos, Madrid, 1989.
"Prevención de deficiencias en enfermedades no transmisibles". Curso de Prevención del Real Patronato y ALEZEIA, Segovia, Marzo, 1999.
"La EpS con enfermos crónicos. El hombre y la mujer que sufren" en *A tu Salud*, n.º 5, 7, 1994.