



“Acciones efectivas sobre cambio en estilos de vida”

Dra. Ruth Depaux y colaboradores de Sociedad chilena de Medicina Familiar y General de Chile

Gran parte de los problemas que hoy demandan más atención y gastos en salud están relacionados con los estilos de vida y las decisiones que las personas hacen sobre sus propias conductas. Sobre esto, una de las preocupaciones centrales de los equipos de salud de Atención primaria, es cómo realizar intervenciones más eficaces, teniendo en cuenta que el Modelo de atención propuesto busca, entre otras cosas, generar un mayor protagonismo de las personas para la toma de decisiones hacia estilos de vida saludables.

Una relación concordante con este Modelo, requiere de equipos con herramientas, que le ayuden a situarse en el contexto de las personas, desde lo psicológico hasta lo social, de manera que sus intervenciones agreguen, a la eficacia otorgada por las evidencias, un clima de respeto en todos los ámbitos decisionales de los usuarios y familias.

Se espera que los profesionales y técnicos integrantes de los equipos de salud de diferentes centros de atención primaria, CESFAM u otros, adquieran las competencias necesarias para utilizar de manera práctica las recomendaciones sobre intervenciones en estilos de vida, incrementando, con las mejores selecciones, las probabilidades de éxito.

Rodríguez Marín (1995) dice: “el análisis de los estilos de vida debe hacerse desde un modelo que considere al ser humano como punto de corte entre sistemas sociales y microsistemas orgánicos. El comportamiento individual se produce en la intersección de los dos tipos de sistemas, de forma que los acontecimientos sociales y los acontecimientos biológicos tienen un impacto recíproco sobre tal comportamiento y, a su vez, sobre la integridad funcional de la persona”.

Entendiendo, por lo tanto, que el conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de las personas tienen un efecto importante en su salud y, que estos están ligados a un aumento en la prevalencia de múltiples enfermedades relacionadas con los malos hábitos comportamentales, se debe aceptar que uno de los objetivos fundamentales de la APS es contribuir a la modificación de conductas nocivas en individuos, familias y población en general, tanto para disminuir el riesgo como para mejorar la calidad de vida.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Definidos como “los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida”.

Desde que se han iniciado los estudios de promoción de la salud se ha elaborado un listado de estilos de vida y condiciones sociales que se consideran “saludables” o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y a mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables (incluye elementos individuales y sociales) son:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud
- Alimentación saludable
- Actividad física regular
- No fumar, no consumir drogas
- Consumo de alcohol moderado
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.
- En cuanto políticas de salud: control de los factores de riesgo tales como: obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.

El concepto de estilo de vida es, en la actualidad, un modelo transdisciplinar que integra perspectivas psicológicas, sociológicas, culturales y semióticas sobre la relación persona/sociedad, en el contexto de los nuevos marcos de relaciones sociales, estudiando las claves del proceso que va de la cultura colectiva a la personal y, de esta, de nuevo, a la vida social personal y colectiva¹.

Informes de la OPS sobre los Modos de Vida, reconocen que la eliminación de los factores de riesgo--alcohol, droga y consumo de tabaco, inactividad física, régimen alimentario indebido y estrés-- puede tener una repercusión positiva cuantificable sobre la salud individual así como sobre la población en su totalidad.

Existen evidencias suficientes de la influencia sobre la morbimortalidad de los siguientes aspectos componentes de los estilos de vida: consumo inmoderado de alcohol, tabaquismo, inactividad física, alimentación poco saludable, conductas sexuales de riesgo.

Existen evidencias suficientes que el cambio de conducta produce beneficios en la morbimortalidad por causas asociadas y en la

¹ <http://www.dste.ua.es/BibliotecaVirtual/textos/Sociologiadelacultura/LECCION11ESTILOS.PDF>



calidad de vida.

Existe una amplia variedad de teorías que explican las conductas de salud humanas y el porqué y el cómo se cambian. Es importante basarse en un marco teórico para las intervenciones y aprovechar los conceptos de las otras teorías que pueden complementarlo. El modelo organizativo de las 5 A's propuesto sobre todo en la literatura anglosajona se ha mostrado efectivo y útil en la consulta.

Existen pocas evidencias sobre la influencia de intervenciones para modificar conductas. Intervenciones con efectividad demostrada son las que se dirigen a disminuir el consumo de tabaco y de alcohol, y a promover una alimentación saludable en personas de alto riesgo; pero la magnitud del efecto es desde pequeña a moderada.

Los aspectos generales que explican el mayor o menor éxito de la intervención son:

- OPORTUNIDAD DE LA INTERVENCIÓN: grado de cercanía percibida por la persona respecto a la probabilidad de daño.
- PERTINENCIA DE LA INTERVENCIÓN: Consideración a aspectos culturales de la población objetivo, mayor o menor atención a las experiencias previas, a los factores que ayudan u obstaculizan el cambio, al nivel de motivación, etc.
- LUGAR: espacio físico utilizado para efectuar la intervención, intimidad, sin interrupciones.
- RELACIÓN PROFESIONAL PACIENTE: continuidad del vínculo, uso adecuado del lenguaje verbal y no verbal, calidad del vínculo.
- HABILIDADES COMUNICACIONALES, CAPACIDAD DE NEGOCIAR, CAPACIDAD DE INSTROSPECCIÓN del profesional que hace la intervención.

CAMBIO DE CONDUCTA: aspectos generales

Se sabe que para que las personas cambien sus conductas no es suficiente el conocimiento. Las percepciones, la motivación, las habilidades y los factores sociales también juegan un papel fundamental

Las acciones que realizan los profesionales para ayudar a las personas a cambiar hacia estilos de vida saludables se enmarcan en:

Consejos: el profesional expresa la conducta esperada y sugiere la adquisición de estilos saludables y abandono de la conducta nociva. Puede o no sugerir estrategias para lograrlo.

Asesoramiento o Consejería (counselling): Ayuda proporcionada para la toma de decisiones. Si bien se expresa la conducta esperada, el tipo de diálogo establecido busca empoderar al otro para la adquisición de una conducta saludable. El asesoramiento es un proceso orientado al logro de objetivos y que enfatiza un rol cooperativo entre el profesional sanitario y la persona asesorada. Aunque la persona que asesora necesita tener algunos conocimientos avanzados sobre la conducta sobre la que asesora, hay elementos fundamentales del proceso de asesoramiento que son comunes a todo cambio de conductas.

Intervenciones educativas: entrega de información respecto al factor en cuestión, que incrementa el nivel de conocimiento de las personas, ya sea sobre el probable daño, como sobre las acciones que se pueden realizar para eliminar el factor.

Todos pueden ser efectuados de manera individual o grupal en

intervenciones únicas o repetidas con intensidad, frecuencia y periodicidad variable.

Jackson describió ocho principios que pueden usarse como guía para las estrategias conductuales en promoción de la salud.

1. Las personas han de tener un papel proactivo en el proceso del cambio.
2. Adquirir una nueva conducta es un proceso, no un hecho puntual, que, a menudo, requiere un aprendizaje basado en aproximaciones sucesivas.
3. Los factores psicológicos, como las creencias y los valores, influyen en la conducta de las personas.
4. Las relaciones y las normas sociales también tienen una influencia sustantiva y persistente.
5. La conducta no es independiente del contexto en que ocurre; la gente influye y está influenciada por su entorno físico y social.
6. Cuanto más beneficiosa o gratificante es una experiencia, más posibilidades hay de que se repita; cuanto más perjudicial o displacentera, menos probable es que se repita.
7. Las conductas pueden influir en los valores y en la experiencia de los individuos.
8. La aplicación de las teorías sobre la conducta en situaciones prácticas debe estar guiada por métodos evaluativos y de investigación.

MBIO DE CONDUCTA:

- MODELO DE CREENCIAS EN SALUD
- DE LA ACCIÓN RAZONADA
- MODELO CONCIENCIA POR LA SALUD
- DEL APRENDIZAJE SOCIAL
- PRECEDE
- MODELO PRECEDE-PROCEDE²
- MODELO DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN POR EL CONSUMIDOR
- DE LAS ETAPAS DEL CAMBIO
- LA ESTRATEGIA DE LAS 5 A

MODELO DE CREENCIAS DE SALUD³

Se basa en el reconocimiento de que los aspectos cognitivos, aunque no suficientes, ayudan a la toma de decisiones y a la motivación.

Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model. El MCS fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades^{16,17}. Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad¹⁸, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas¹⁹, la práctica de autoexámenes exploratorios²⁰ o el uso de tabaco²¹.

El MCS es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa (value expectancy). En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso. En la actualidad, como resultado de la evolución experimentada por la teoría desde su aparición, se otorga a esa expectativa un sentido más ampliado, lo que facilita la aplicación práctica del MCS en educación de la salud.

² "Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice" National Institutes of Health, National Cancer Institute. Placed on the CILA site September 17 2001. Last Updated September 24 2007. Referencia: El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. Francisco Soto Mas, Jesús A. Lacoste Marín, Richard L. Pappenfuss y Aida Gutiérrez León.



La hipótesis del MCS se basa en tres premisas:

- La creencia -o percepción- de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración,
- La creencia -o percepción- de que uno es vulnerable a ese problema
- La creencia -o percepción- de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían conducentes a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir enfermedades. La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo. Aunque este aspecto es más que discutible y otras teorías sostienen que ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento, no por ello se debe postergar el MCS por poco razonable o práctico.

Percepción de importancia

Si se visualiza que el problema no contiene gravedad o existe tratamiento para el problema, no hay motivación para evitarlo. Al revés si el problema tiene alta gravedad o no tiene tratamiento, sería una motivación al cambio.

Intervenciones educativo/informativas enfocadas en aspectos relacionados con la evolución de la enfermedad, sus consecuencias, la necesidad de tratamientos "de por vida", podrían generar motivación a conductas preventivas.

Percepción de susceptibilidad o riesgo

Personas que tienen una percepción de que su probabilidad de daño es baja tenderían a perpetuar la conducta de riesgo. La percepción no tiene, necesariamente un fundamento real. Muchas veces es atribuida a "características no humanas" ("a mí no me va a pasar")

Percepción de coste-beneficio

Además de la percepción de gravedad y riesgo, el individuo debe creer también que es capaz de conseguir ciertos cambios o modificaciones de conducta, y que dicha iniciativa le producirá beneficios mayores que los posibles inconvenientes o perjuicios derivados del esfuerzo a realizar para alcanzarlos.

TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA⁴ :

Es un modelo interpretativo de las conductas humanas.

La Teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1980) es uno de los modelos que se ha aplicado con más frecuencia -y con mejores resultados empíricos- en programas de intervención psicosocial. El supuesto básico es que la persona toma decisiones de manera racional, haciendo uso de forma sistemática de la información disponible. El modelo presume cierta discrepancia entre intención y conducta, y propone dos factores cognitivos antecedentes: (1) la norma subjetiva, y (2) la actitud hacia la conducta. El esquema -relativamente simple- propone en su versión más reducida la siguiente lógica:

Actitudes hacia la conducta vs Norma subjetiva >> Intención de conducta >> Conducta

1. La norma subjetiva es la presión social que percibe la persona en su entorno para realizar determinado comportamiento. Este factor puede descomponerse en (a) las creencias que se atribuyen a las personas importantes del contexto, y (b) la motivación para cumplir con dichas personas.
2. La actitud hacia la conducta es la evaluación positiva o negativa que el individuo hace de la misma. También este factor

puede descomponerse en (c) los resultados que se atribuyen al comportamiento en cuestión, y (d) la valoración de tales resultados. La conducta de las personas está condicionada por su intención. Para entender una conducta primero hay que saber cuál es la intención de las personas, si desean o no hacerlo. Y la intención es una especie de balance entre dos cosas. Por un lado, nuestra actitud, es decir, lo que creemos que debemos hacer. Y por otro lado, lo que los autores llaman la Norma Subjetiva, que es algo parecido a lo que se podría llamar "la presión del grupo", esto es, la percepción que tenemos de lo que los otros piensan que nosotros debemos hacer. En síntesis, la Teoría de Acción Razonada establece que la intención de realizar o no realizar una conducta es una especie de balance entre lo que uno cree que debe hacer y la percepción que tiene de lo que los otros creen que uno debe de hacer.

De acuerdo a las teorías de Martín Fishbein para que una persona realice un comportamiento determinado de uno o más de los siguientes puntos debe ser verdadero:

1. La persona debe haber formado una intención fuerte y positiva (o haber hecho un compromiso) para realizar el comportamiento: debe estar motivada.
2. No hay impedimentos ambientales que hagan imposible la realización del comportamiento.
3. La persona tiene las habilidades necesarias para realizar el comportamiento.
4. La persona cree que las ventajas (beneficios, resultados positivos anticipados) de realizar el comportamiento son mayores que las desventajas (costos, resultados negativos anticipados).
5. La persona percibe más presión social (normativa) para realizar ese comportamiento que para no realizarlo.
6. La persona percibe que la realización del comportamiento es más consistente que inconsistente con su propia imagen o que su realización active las acciones negativas propias.
7. La reacción emocional de la persona que realiza el comportamiento es más positiva que negativa.
8. La persona percibe que tiene la capacidad para realizar el comportamiento en una circunstancia determinada.

La comprensión de esta teoría es útil para apoyar los modelos de cambio.

MODELO CONCIENCIA POR LA SALUD

Enunciado por Rosenstock y Becker.

Es un modelo aplicable a personas que se encuentran listas para la acción y posteriormente se agregó para aquellas que no estuvieran dispuestas todavía para el cambio.

Las personas adultas cambian las conductas poniendo en marcha mecanismos cognitivos (razonamiento) y no imitando el comportamiento de otras. Por ello previamente deben ser conscientes de la necesidad de cambiar, de los beneficios del cambio y de las pérdidas que conlleva. Existen cinco componentes en la percepción del cambio:

- Susceptibilidad: es la percepción que tiene la persona en cuanto a tener o no un problema de salud o tener riesgo de padecer una enfermedad.
- Riesgo: es la conciencia que tiene la persona de los riesgos que para su salud entraña la conducta que mantiene.
- Beneficios: es la conciencia que tiene la persona sobre los beneficios que le aportará la modificación de la conducta.
- Barreras: es la conciencia que tiene la persona de las barreras existentes para modificar su conducta, tanto las de índole personal como las externas.

TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL O TEORÍA SOCIAL-COGNITIVA

⁴ <http://ciudadesantelasdrogas.blogspot.com/2006/02/teora-de-la-accin-razonada.html> <http://www.comminit.com/en/node/150227/37>. Alfonso Contreras.



De Albert Bandura:

La teoría cognitivo-social es uno de los modelos teóricos más reconocido dentro de la intervención interpersonal.

Postula que los cambios de comportamiento son el resultado de la interacción de la persona con el medio ambiente; el cambio es bi-direccional. Involucra al individuo y a aquellas personas con las que interactúa; influye también en el medio en el que se desenvuelve.

Bandura considera que las personas tienen que identificarse con el modelo a seguir por medio de factores internos que afectan su comportamiento, ya sea imitándolo o recibiendo reforzadores externos. Parte del aprendizaje humano se realiza de modo vicario, al observar a otra persona que ejecuta respuestas habilidosas y tratar entonces de imitar la respuesta del modelo.

Bandura postula que los humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental. Pone de relieve como entre la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no, es decir que mediante un modelo social significativo se adquiere una conducta. "Una persona realiza una conducta y observa unos resultados". Según este autor, lo que condiciona la iniciación y el mantenimiento de una conducta está condicionada fundamentalmente, por dos variables.

- Una de ellas es la expectativa que uno tenga de resultados. A la hora de realizar o no una conducta, la persona va a considerar los incentivos o beneficios que resultarán tras la realización de la conducta. Éste es un condicionante muy importante, por lo que siempre deben presentarse los beneficios o ganancias para la persona y no sólo los perjuicios que evitará.

- Pero tal vez la mayor aportación de este autor ha sido debida a la descripción de una segunda variable: autoeficacia. La autoeficacia podría definirse como la percepción que uno tiene de si va a ser capaz o no de realizar esa acción. No solamente es importante que uno piense que realizar una conducta le va a reportar beneficios sino también, y casi más determinante, es que la persona se crea capaz o no de hacerlo. Ya hay suficiente evidencia que establece el valor de la autoeficacia como uno de los mayores determinantes de la conducta.

MODELO PRECEDE

El modelo PRECEDE es un modelo muy usado en Educación para la salud dado que resulta muy útil para identificar los factores que influyen en la conducta de una persona. En este modelo se distinguen tres tipos de factores:

- Factores predisponentes: son los factores internos que suponen una motivación para actuar en una persona o grupo. Incluyen conocimientos, creencias, valores, actitudes, sexo, edad, cultura, etc. Son los factores que conducen a intentar una nueva conducta, modificarla, mantenerla o abandonarla.

- Factores facilitadores: son los que preceden al comportamiento y que permiten modificar la motivación. Son los recursos personales, aptitudes, recursos sociales, que le permiten llevar a cabo la conducta que desea.

- Factores reforzadores: son los que se obtienen por el comportamiento elegido (recompensa, penalización o iniciativa). Pueden ser sociales, materiales, autorreconocimiento o felicitación.

MODELO PRECEDE-PROCEDE⁵

Modelo de planeación diseñado por Lawrence Green y Marshall

Kreuter para la educación en salud y para los programas de promoción de la salud. Se apoya en el principio de que la mayoría de los cambios de comportamientos son voluntarios por naturaleza. Ese principio se refleja en el sistemático proceso de planeación que intenta empoderar a los individuos con: comprensión, motivación y habilidades para que participen activamente en la resolución de los problemas de la comunidad con el fin de mejorar la calidad de vida. Es también práctico:

Varios estudios demuestran que los cambios en el comportamiento perduran más cuando las personas han participado activamente en estos y la toma de decisiones acerca del cambio se hace a lo largo del proceso. En este proceso, los individuos toman decisiones saludables a través del cambio de su comportamiento y a través del cambio de políticas que influyen en sus comportamientos.

Fases del Modelo Precede-Procede

Precede

Fase 1 - Diagnóstico social - Calidad de vida

Fase 2 - Diagnóstico epidemiológico -Salud

Fase 3 - Diagnóstico de comportamiento y del ambiente - Estilos de vida y comportamiento, medio ambiente

Fase 4 - Diagnóstico educacional y organizacional - factores de predisposición; factores de refuerzo; factores facilitadores

Fase 5 - Diagnóstico administrativo y de políticas - Promoción de la salud; educación en salud; políticas y organización

Procede

Fase 6 - Implementación

Fase 7 - Evaluación de proceso

Fase 8 - Evaluación de impacto

Fase 9 - Evaluación de resultados

MODELO DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN POR EL CONSUMIDOR (Consumer Information Processing CIP):

Postula que la información es una herramienta habitual en educación sanitaria y es esencial en las decisiones de salud. Por eso, aunque se sabe que es necesario pero no suficiente, debemos asegurarnos de que todas las personas poseen la suficiente información para tomar sus decisiones informadas. Las personas requieren información sobre tratamientos farmacológicos, opciones de pruebas diagnósticas o sobre la elección de menús para su alimentación, por ejemplo, y los profesionales sanitarios pueden y deben dársela.

La información puede aumentar la ansiedad de la persona dependiendo de las características del individuo y de la cantidad y tipo de información suministrada; también las propias enfermedades o tratamientos que está recibiendo una persona pueden interferir con su capacidad de procesar la información. La teoría CIP refleja una combinación de ideas racionales y motivacionales.

El uso de la información es un proceso racional por una parte, pero la motivación y la emoción dirige la búsqueda de la información y la atención que la gente pone en ella. Algunas asunciones centrales

⁵ "Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice" National Institutes of Health, National Cancer Institute. Placed on the CILA site September 17 2001. Last Updated September 24 2007



de esta teoría son que la capacidad de los individuos para procesar la información es limitada, que para aumentar la usabilidad de la información hay que combinar pequeñas cantidades de información en unidades un poco más amplias ("heuristics") que permiten establecer reglas de decisión; y que para que las personas usen la información esta debe estar disponible, ser vista como útil y nueva y tener un formato y una presentación agradables y atractivas. Un ejemplo de aplicación de esta teoría son algunas campañas que se han hecho en supermercados con información nutricional sobre los alimentos (point-of-purchase).

MODELO ETAPAS PARA EL CAMBIO⁶

Enunciado por Prochaska y DiClemente:

El cambio intencional es un proceso continuo, no necesariamente lineal, es decir no se pasa indefectiblemente de una etapa previa a otra más avanzada, sino que puede haber retrocesos en las etapas, convirtiéndolo en un proceso espiral.

Estas etapas son:

- Precontemplación: todavía no existen planteamientos para el cambio. Otras personas pueden inducirnos o motivarnos para dicho cambio.

- Contemplación: el sujeto advierte ya la existencia de un problema para su salud, se cuestiona sus conductas y está dispuesto a plantearse la posibilidad del cambio en un futuro próximo.

- Preparación: se empieza a planificar la acción, a recabar apoyo y se fija plazo para iniciar el cambio en un futuro inmediato. En este momento el educador debe alertar a la persona en el caso de que su planificación pueda llevarle a sustituir un problema por otro.

- Acción: trabaja activamente para modificar su conducta en relación al problema identificado. Asiste a algún curso de EPS, busca cambio de actividad, etc.

- Mantenimiento: la persona ya adopta de modo sistemático el nuevo hábito, pero puede ocurrir que no esté completamente arraigado todavía. Existe el riesgo de recaída en el viejo hábito, por lo que debe alertarse sobre este riesgo, detectar precozmente las recaídas y tomar acción de forma inmediata. En algún momento puede retrocederse, aunque siempre es posible realizar sucesivos intentos hasta lograr el éxito.

- Terminación del proceso: ocurre cuando el cambio se considera asentado. En algunos casos, dependiendo del deseo de cambio y de la persona, el problema del comportamiento o del hábito no concluye. En otros casos el riesgo de recaída en el viejo hábito cesa. La confianza en que uno ha logrado el cambio ocurre aproximadamente al año, pero la tentación en la recaída se mantiene durante uno o dos años más.

ESTRATEGIA DE las 5 A's⁷:

La estrategia de las 5 A's elaborada por el National Cancer Institute de Estados Unidos es una excelente herramienta para **ayudar al cambio de conducta** y puede ser utilizada en intervenciones de diferente intensidad dependiendo del tiempo disponible.

- **Averiguar** (assess) las prácticas relacionadas con la conducta que se quiere cambiar y los factores de riesgo relacionados.

- **Aconsejar** (advise) el cambio de las prácticas no saludables.

- **Acordar** (agree) los objetivos individuales del cambio.

- **Ayudar** (assist) a cambiar las prácticas o a afrontar las barreras

motivacionales.

- **Asegurar** (arrange) un seguimiento y apoyo regular o derivar a un recurso más intensivo

Comentarios:

Es preciso comprender que la mayoría de estos modelos son complementarios y contribuyen a dar claridad respecto a los elementos a considerar al momento de ayudar a las personas a tomar decisiones respecto a sus estilos de vida. Para ejemplificar, la Consejería individual y familiar como proceso de ayuda a la toma de decisiones se apoya en estos enfoques, en la entrevista relacional y motivacional y en el modelo biopsicosocial como comprensión del proceso salud enfermedad.

Todos estos modelos aportan a un enfoque desde la perspectiva del usuario, por lo que resultan absolutamente coherentes a un modelo holístico de la salud.

6. EVIDENCIAS EN INTERVENCIONES EN ESTILOS DE VIDA

La Dra. María del Carmen Cabezas Peña Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva y Salud Pública. Unidad de Investigación de la Fundación Jordi Gol I Gurina - Institut Català de la Salut. Grupo de Educación Sanitaria del PAPPs- semFYC, publicó en el 2007 una revisión de las evidencias sobre intervenciones en estilos de vida en cuyos resultados se apoya la mayor parte de este informe. Se agregan algunos resultados o comentarios, no presentes en su trabajo.

EVIDENCIAS EN INTERVENCIONES EN TABACO:

Tanto el consejo (intervención mínima o advice) del médico como de las (os) enfermeras (os) han demostrado su efectividad para ayudar a dejar de fumar.

- El Asesoramiento breve frente a ningún asesoramiento (o atención habitual): presenta aumento pequeño, pero significativo, en los odds de abandono (odds-ratio (OR) de 1,74, asociado al asesoramiento breve. Esto equivale a una diferencia absoluta en la tasa de abandono de aproximadamente el 2,5%.

- Asesoramiento mínimo frente al intensivo⁸ mostró mejores resultados para el asesoramiento intensivo (OR de 1,44; IC del 95% de entre 1,24 a 1,67). Un estudio determinó el efecto del asesoramiento del hábito de fumar sobre la mortalidad: A los 20 años de seguimiento, se produjo una disminución relativa de la mortalidad del grupo de intervención comparado con el de control de un 7% para la mortalidad total, un 13% para la enfermedad coronaria y un 11% para el cáncer de pulmón (diferencias no significativas).

La evidencia de la efectividad de los consejos de enfermería dentro de los exámenes periódicos de salud es más controvertida.

Según la revisión Cochrane correspondiente, el asesoramiento (counselling) individual por un terapeuta especializado se muestra superior a la intervención mínima.

Revisión de guías de práctica del US Public Health Service: (análisis de 58 ensayos): diversos formatos de intervención (autoayuda, asesoramiento individual con contacto personal, asesoramiento telefónico proactivo o asesoramiento en grupos), son mejores que ninguna intervención. OR: 1,7 (IC del 95% de entre 1,4 a 2,0).

Respecto a la intensidad del efecto vs intensidad de la intervención los resultados no son concluyentes (muy pocos estudios).

- Las intervenciones grupales han demostrado ser mejores que no intervenir o que los materiales de autoayuda, **pero no mejores que una terapia individual de igual intensidad.**

⁶ <http://www.medynet.com/elmedico/aula2003/tema3/salud3.htm> / ⁷ A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health "La cesación del consumo de tabaco". Manual para equipos de salud. MINSAL.2003. / ⁸ Se entiende como asesoramiento mínimo (con o sin folletos) una consulta única de 20 min o menos, más una sola visita de seguimiento. Se entiende como intervención intensiva una consulta inicial de más de 20 min, con apoyo de materiales adicionales con excepción de un folleto, o cuando se realizaba más de una visita de seguimiento.

- En la revisión Cochrane sobre intervenciones para prevenir recaídas, no se pudo detectar ningún efecto con significación clínica de los métodos existentes en la actualidad (estudios existentes con limitaciones metodológicas y de contenido).

- Se necesitan investigaciones de mayor tamaño y mejor calidad antes de poder llegar a conclusiones sólidas sobre el efecto del ejercicio para ayudar a dejar de fumar .

Revisión Cochrane sobre las intervenciones para dejar de fumar durante el embarazo:

- Hubo una reducción significativa del porcentaje de mujeres que fumaban en los grupos de intervención.

Las intervenciones para dejar de fumar redujeron el bajo peso al nacer (RR del 0,81; IC del 95% de entre 0,70 a 0,94) y el nacimiento de prematuros (RR del 0,84; IC del 95% de entre 0,72 a 0,98); y hubo un aumento de 33 g (IC del 95% de entre 11 g a 55 g) en la media del peso al nacer.

- Una estrategia de intervención, **recompensas más apoyo social** (dos ensayos), produjo una reducción del consumo de tabaco significativamente mayor que otras estrategias.

- Una revisión sistemática previa sobre el mismo tema mostró que una intervención breve de entre 5 y 15 min llevada a cabo por un profesional entrenado utilizando materiales de autoayuda específicos para el embarazo incrementa de forma significativa la proporción de embarazadas que consiguen dejar de fumar. El efecto es modesto, pero clínicamente significativo.

El consejo (en cualquiera de sus formatos) para ayudar a dejar de fumar es la intervención con mayor y mejor evidencia entre todas las actividades de consejo en atención primaria. Es una recomendación A para el USPSTF. Forma parte de las intervenciones sugeridas en el Examen de Medicina Preventiva en Chile. La mayor parte de las guías internacionales recomiendan seguir la estrategia de las 5 A's.

Algunos estudios han evaluado la eficacia de la recomendación de reducción progresiva del consumo de cigarrillos en personas que no desean tomar medicación y a los que presentan contraindicaciones. Se concluye que la **reducción progresiva del consumo de cigarrillos** puede ser un método útil de deshabituación tabáquica. Se comenta que conviene abordar la deshabituación tabáquica desde una perspectiva biopsicosocial. La motivación y el autocontrol son los dos pilares sobre los que se apoya el tratamiento. La reducción progresiva, según la opinión de los autores de este trabajo, es fácil de alcanzar hasta llegar a los 10 cigarrillos diarios, aunque es frecuente la tasa de abandonos a partir de esa cantidad.

Test de Richmond

- 1- Le gustaría dejar de fumar definitivamente?
0- no 1- si
- 2- Cuanto interés tiene en hacerlo?
0- nada 1- quizás 2- bastante 3- mucho
- 3- Va a intentarlo en las próximas dos semanas?
0- no 1- quizás 2- si 3- si definitivamente
- 4- Cree que habrá dejado en 6 meses?
0- no 1- quizás 2- si 3- si definitivamente

Muy motivado	9 a 10
Bastante motivado	hasta 6
Poco motivado	menos de 6

EVIDENCIAS EN INTERVENCIONES PARA REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL

Los equipos de atención primaria deberán centrar sus acciones en las personas con consumo de riesgo, para los cuales existe evidencia de intervenciones efectivas.

La recomendación actual es, en varones, no superar los 30 gramos de alcohol puro al día y en mujeres los 20 grs. (se refiere a personas sanas).

El contenido de alcohol etílico de las diversas bebidas fermentadas y destiladas es muy variable. Un grado corresponde a 1 ml de alcohol por cada 100 ml de la bebida, siendo 1 ml de alcohol equivalente a 0.9 gr de alcohol⁹.

Bebidas alcohólicas: grados y ml. de alcohol por l.

Bebida	Grados	ml. de alcohol por l.
Cerveza, sidra	4-8°	40-80
Vino corriente	12-15°	120-150
Vinos quinados y vermouth	15-18°	150-180
Vinos olorosos	20-28°	200-280
Anís, ron, coñac, vodka	40-45°	400-450
Alcohol Melisa, ginebra	50°	500

Esta tabla recoge los grados aproximados para las diferentes bebidas alcohólicas, pero se puede calcular con exactitud los gramos de alcohol para cualquier bebida de la que se conozca sus grados, con la siguiente fórmula:

$$\text{Gramos de alcohol} = (\text{Graduación} \times \text{ml} \times 0.97) / 100$$

Es recomendable que los equipos dispongan de tablas para cálculo automático o conversión desde ml y grado a gramos de alcohol puro.

Para el caso de los menores de edad y embarazadas ningún nivel de consumo de alcohol se considera seguro.

Según datos de CONACE los estudios señalan que el consumo semanal sobre los 280 gramos de alcohol en los hombres, y de 170 en las mujeres, está asociado a un incremento del riesgo de que se desarrollen problemas de salud.

En Chile se ha clasificado como bebedor de riesgo a los varones que consumen como mínimo 12 unidades a la semana y 10 unidades en el caso de las mujeres (se entiende como una unidad la cantidad de alcohol que contiene 10 gramos de alcohol puro)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve el mensaje: "Alcohol, cuanto menos mejor".

Independiente de la cantidad de alcohol que se consuma, se considera bebedor de riesgo a quienes consumen alcohol teniendo las siguientes características:

- Personas con antecedentes familiares de alcoholismo
- Embarazadas
- Personas que conducen vehículos o maquinarias peligrosas

⁹ http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=103895&RUTA=1-2-47-103895



- Jóvenes menores de 18 años
- Pacientes que usan fármacos que interaccionan con el alcohol.

Bebedor problema o con consumo peligroso es todo paciente que, independiente de la cantidad de alcohol consumido y de si existe o no dependencia, a causa de su consumo de alcohol, presenta algún problema físico, psíquico, familiar, social, legal o económico. Esta clasificación permite a los equipos de salud establecer aquellos grupos que requieren servicios especiales por el riesgo que conlleva su consumo.

- El examen de Medicina Preventiva propuesto por el Ministerio de salud, indica realizar AUDIT (10 preguntas) a toda persona que declara consumir alcohol, de manera de diferenciar si existe o no beber problema.

Recientemente se han propuesto formas más cortas como el audit-3 o el audit-4 con resultados comparables al formato largo.

No existiría evidencia de efectividad, que aconseje el cribado poblacional para detectar beber problema seguido de intervención breve (metaanálisis realizado en el 2003), sin embargo la revisión de la evidencia de la USPSTF encuentra que asesoramiento breve con seguimiento, en personas sin dependencia produce reducciones leves a moderadas por 6 a 12 meses. Es una recomendación B. Hay también alguna evidencia de que las intervenciones llevan a resultados positivos en la salud 4 años o más después de la intervención, aunque no encuentran evidencia de que se reduzca la morbilidad relacionada con el alcohol.

En los casos detectados en la consulta de APS, el consejo para reducir el consumo de alcohol se ha mostrado efectivo en diversos ensayos clínicos. La eficacia es moderada para la disminución del consumo de alcohol y pequeña para la disminución de bebedores excesivos.

Un ensayo clínico aleatorizado por clusters, ha mostrado que proporcionar los resultados de un cribado de consumo de alcohol (mediante cuestionarios de valoración del consumo, disponibilidad para el cambio y el test CAGE) de sus pacientes, así como recomendaciones para la acción, **puede aumentar la probabilidad de que en las consultas de atención primaria se trate del consumo de alcohol, se aconseje a los pacientes y pueda ayudar a que las personas disminuyan su consumo.** Estos efectos varían según el nivel de formación de los médicos.

¿Merece la pena hacer una identificación oportunista y un consejo breve en los pacientes con uso inadecuado de alcohol atendidos en un servicio de urgencias ¹⁰?

El estudio evalúa el beneficio de la detección y referencia para consejo, a pacientes bebedores problemas detectados en un servicio de urgencia del Hospital St. Mary de Londres. Se incluye 599 pacientes remitidos a un trabajador social para intervención breve sobre los problemas del abuso de alcohol. Se concluye que la intervención breve en pacientes que presentan uso inadecuado del alcohol y que frecuentan los servicios de urgencias, pueden reducir el uso de alcohol y la demanda de estos servicios.

- La evidencia de la efectividad del asesoramiento durante el embarazo es limitada; aunque sí parece ser efectivo en las mujeres en edad de procrear. El USPSTF concluye también que los beneficios del asesoramiento para reducir el consumo del alcohol sobrepasan cualquier posible perjuicio.

En España el Programa preventivo incluye el cribado de consumo de alcohol y recomiendan asesoramiento breve para reducir consumo.

EVIDENCIAS EN INTERVENCIONES PARA REDUCIR DE PESO

El sobrepeso y obesidad está asociado a múltiples problemas de salud entre los que destaca el riesgo aumentado de padecer Diabetes, Hipertensión arterial, dislipidemia, artrosis.

La Encuesta Nacional de Salud del año 2003 en Chile, mostró que el porcentaje de sobrepeso y obesidad alcanza a un 58,1%.

El análisis efectuado por el USPSTF en relación a la evidencia sobre las intervenciones de asesoramiento para promover una alimentación saludable concluyen que:

- Hay evidencia insuficiente para hacer una recomendación a favor o en contra del asesoramiento sistemático para promover una alimentación saludable en **pacientes no seleccionados** atendidos en atención primaria.

- Hay evidencia moderada de que una **intervención breve**, sobre casos detectados en APS, de intensidad desde baja a media, puede producir cambios desde pequeños a moderados en la ingesta promedio de componentes centrales de una alimentación saludable (especialmente grasa saturada, frutas y verduras). Sin embargo los estudios tienen defectos metodológicos que hacen que la USPSTF piense que los resultados no son concluyentes.

- La USPSTF recomienda el asesoramiento dietético intensivo en personas adultas con dislipemia u otros factores de riesgo cardiovascular o para enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación. Este asesoramiento puede ser desarrollado por profesionales sanitarios de atención primaria especialmente entrenados, o por derivación a otros especialistas como nutricionistas o dietistas. Es una recomendación B, basada en evidencia buena de **que, un asesoramiento de media a alta intensidad, puede producir cambios de moderados a importantes en la ingesta diaria de componentes centrales de una alimentación saludable.**

- En general, las intervenciones dietéticas efectivas se estructuran en el modelo de las 5 A. (averiguar, aconsejar, acordar, ayudar y asegurar)

- Según la revisión de la Cochrane las dietistas obtienen mejores resultados que los médicos en cambios en la alimentación relacionados con la disminución de la colesterolemia a corto y medio plazo. Los estudios sin embargo son escasos y su calidad no es buena.

- Intervenciones combinadas (estrategias conductuales, cognitivo conductuales, actividad física y recomendaciones dietéticas), presentan mejores resultados que intervenciones aisladas.

La frecuencia de sesiones variaba de diarias a mensuales. La duración de las intervenciones varió entre 4 semanas y 12 meses. La mediana de duración de las intervenciones fue de 12 semanas. El período de seguimiento postintervención varió desde 3 meses a 36 meses. La duración promedio ponderada del ensayo fue de 18,6 meses (rango de 3 a 36 meses).

En los análisis no se encontró datos sobre mortalidad, morbilidad o calidad de vida.

⁶ Screening and referral for brief intervention of alcohol misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial. Lancet 2004; 364: 1334-1339.



Otra revisión Cochrane muestra como no hay diferencias en la pérdida de peso a largo plazo conseguida mediante intervenciones que aconsejaban dietas bajas en grasas en relación a hipocalóricas en individuos obesos o con sobrepeso (19).

Por otro lado, los estudios en que las intervenciones intentan reducir o modificar la ingesta de grasa (**reduciendo las grasas saturadas y reemplazándolas parcialmente por insaturadas**) han demostrado una pequeña pero potencialmente importante reducción en el riesgo cardiovascular en los estudios que duran más de 2 años (20).

EVIDENCIAS EN INTERVENCIONES PARA MODIFICAR LA CANTIDAD DE ACTIVIDAD FÍSICA

La encuesta nacional de salud del 2003 en Chile muestra que un 89,4% de las personas encuestadas, no realiza actividad física de manera regular.

Estudios de prevención en Diabetes demuestran que la reducción de peso de al menos un 7% y la incorporación de actividad física son más efectivos que metformina en reducir el riesgo.

La efectividad de la reducción de peso en la disminución del riesgo cardiovascular está demostrada.

Hay estudios que demuestran que el consejo en personas asintomáticas mejora la actividad y la forma física a corto plazo (4-6 meses); pero hay pocos estudios que lo demuestren a largo plazo, así como los beneficios sanitarios ligados a ella.

Una revisión sistemática se centra en ocho estudios publicados entre 1988 y 1998 en que los profesionales sanitarios de atención primaria realizaban directamente el consejo. Cuatro de los estudios mostraban incrementos pequeños y a corto plazo de la actividad física.

Un metanálisis publicado en JAMA, 2007¹¹, analiza la relación entre el **uso de podómetro** (dispositivo que, instalado en la cadera, cuenta los pasos dados por la persona) y el incremento de actividad física. 26 estudios cumplían los criterios de inclusión (8 ensayos clínicos aleatorios y 18 estudios de observación). Los efectos medidos fueron: cambio en el número de pasos caminados al día, IMC, control glucémico, niveles séricos de lípidos y cifras de presión arterial: Los resultados sugieren que el uso de un podómetro se asocia con aumento de la actividad física y disminución del IMC y la presión arterial. Falta por determinar si estos resultados son duraderos a largo plazo. Sin embargo los comentarios de los autores del metaanálisis comentan que es un resultado con poco impacto sobre los niveles de actividad física y poco relevante desde el punto de vista clínico, ya que en los ensayos clínicos no encontraron cambios en los parámetros de salud.

Un ECA¹², realizado en 365 británicos con riesgo de Diabetes, estudió la relación entre una intervención conductual para incrementar la actividad física, comparando 2 estrategias muestra que el desarrollo de una intervención teórico-conductual de 1 año de duración para mejorar los niveles de actividad física (valorados objetiva y subjetivamente) en adultos jóvenes sedentarios no resultó más efectivo que el simple envío de un folleto con consejos para realizar actividad física. Los autores comentan que "los resultados del estudio parecen aconsejar que, en lugar de dirigir esfuerzos y gastos económicos a actividades sobre cambios conductuales a nivel individual, se realicen **más actividades de promoción de actividad**

física mediante estrategias de salud pública mantenidas en el tiempo y dirigidas a cambiar hábitos sociales y culturales en poblaciones amplias y desde edades tempranas".

¿Existen características específicas en las intervenciones de promoción de actividad física (AF) en niños y adolescentes que puedan determinar una mayor efectividad ¹³?

Revisión sistemática de ensayos clínicos controlados, que incluyen a niños y adolescentes menores de 18 años hasta el año 2006: Se recogieron 57 estudios: 33 en adolescentes y 24 en niños (< 12 años). Estos estudios empleaban un amplio abanico de métodos a la hora de evaluar la efectividad de las intervenciones y una gran variedad de instrumentos o escalas de medida de la AF. Las conclusiones fueron que **"las intervenciones más efectivas a la hora de aumentar el nivel de AF son aquellas de tipo multidisciplinar, desarrolladas en ámbito escolar en adolescentes y en las que se implica también a la familia y a la comunidad**. Las intervenciones meramente educativas no logran, sobre todo en niños, aumentos significativos de AF". Se comenta que los estudios no consideraron actividades informales de actividad física tales como el desplazamiento caminando o en bicicleta a su lugar de estudios.

Un estudio publicado en la revista Medicina Clínica¹⁴, analiza la efectividad del consejo sanitario en la promoción de la actividad física. El consejo se dio, de forma personalizada, mediante cita programada, en la consulta de enfermería. A los 12 meses se les pasó una encuesta de actividad física y hábitos saludables. Encuentra que el 69% de las personas bajo intervención, versus el 39% del grupo control, realizaba actividad física intensa a los 12 meses. Sin embargo, una revisión sistemática reciente¹⁵ sobre la efectividad del consejo sanitario para promover la actividad física, no llega a resultados concluyentes.

Un ensayo clínico aleatorizado por centros de atención primaria, realizado en Nueva Zelanda, con un año de seguimiento muestra que el grupo de intervención realiza 34 min más de ejercicio a la semana que el grupo control, y que la proporción del grupo intervención que hace 2,5 h a la semana de ejercicio en el tiempo libre es un 9,72% mayor. La calidad de vida relacionada con la salud mejoraba (varias dimensiones del SF-36 mejoraban significativamente más que en el grupo intervención), y se observaba una tendencia hacia la disminución de la presión arterial, pero no se detectaron cambios significativos en el riesgo cardiovascular.

El programa de prevención de Diabetes del Ministerio de Salud de Chile, ha demostrado resultados beneficiosos en la reducción de peso relacionada a actividad física dirigida por kinesiólogo (a) o profesor (a) de educación física, en grupos de riesgo.

En general:

- No existen suficientes evidencias sobre la efectividad del consejo sanitario para provocar cambio en la cantidad de actividad física, sin embargo se recomienda su realización por los beneficios potenciales en la reducción del riesgo.

- Tienen mejor efectividad las recomendaciones que utilizan estrategias adecuadas a la vida cotidiana de las personas: caminar, andar en bicicleta, evitar uso de ascensores, etc.

- Tienen mejor respuesta las intervenciones conductuales, multidisciplinarias y que utilizan variadas estrategias, que las

¹¹ Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, Gienger AL, Lin N, Lewis R, et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health. A systematic review. JAMA 2007; 298: 2296-2304. / ¹² Kinmonth AL, Wareham NJ, Hardeman W, Sutton S, Prevost AT, Fanshawe T, et al. Efficacy of a theory-based behavioural intervention to increase physical activity in an at-risk group in primary care (ProActive UK): a randomized trial. Lancet 2008; 371: 41-48. / ¹³ van Sluijs EM, McMinn AM, Griffin S. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. BMJ 2007; 335: 703-715. / ¹⁴ Herrera-Sánchez B, Mansilla-Domínguez JM, Perdigón-Florencio P, Bermejo-Caja C. Efectividad del consejo sanitario en la promoción de la actividad física. Estudio prospectivo aleatorizado. Med Clin (Barc) 2006; 126: 361-363. / ¹⁵ U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling in primary care To promote physical activity: Recommendation and rationale. Ann Intern Med. 2002;137:205-7.



aisladas y las meramente educativas.

- Es preciso evaluar el impacto de medidas de salud pública, como la obligatoriedad de actividad física sistemática en los colegios. O medidas de salud ocupacional, como la oferta de gimnasios para la población trabajadora.

- Ofrecer posibilidad de actividad física grupal a personas con sobrepeso y obesidad en riesgo de diabetes, dirigida por especialistas en actividad física.

EVIDENCIAS EN INTERVENCIONES PARA LA REDUCCIÓN DEL ESTRÉS

El estrés puede ser definido como una respuesta biológica, no específica, del cuerpo a una demanda que se le formula desde el exterior (el ambiente).

Si la situación de estrés es momentánea, los mecanismos biológicos innatos permiten la adaptación a las circunstancias y dar la respuesta adecuada para resolver la situación.

Si la situación de estrés se hace crónica, la propia respuesta biológica acaba siendo perjudicial para el organismo.

ESTRÉS ANTICIPATORIO ¹⁶

La respuesta biológica de estrés puede producirse también en ausencia de estímulos sensoriales reales. Estas respuestas, denominadas, anticipatorias, son generadas por la memoria condicionada o por predisposiciones innatas propias de la especie. La respuesta anticipatoria reactiva depende de la experiencia previa, es aprendida y se desencadena cuando se encuentra de nuevo el estímulo condicionado.

La respuesta anticipatoria está relacionada con el estrés psicológico, que se exacerba cuando no se ven salidas a la frustración y cuando la situación de estrés está fuera del control.

EFFECTOS:

Los efectos del estrés en el organismo están mediados por su influencia en la cadena hipófisis - hipotálamo - suprarrenal y la consiguiente liberación de corticotrofina, ACTH y glucocorticoides.

Los glucocorticoides ponen en marcha múltiples procesos catabólicos, que preparan al organismo para dar una respuesta rápida y eficaz a los requerimientos del entorno. Pero por su propia naturaleza esta respuesta no se puede sostener durante mucho tiempo, porque en caso contrario el organismo enferma y puede incluso morir (Sapolsky, 1996)¹⁷.

Está demostrada la influencia del estrés en variadas patologías tanto físicas como psicológicas (desde repetición de problemas agudos infecciosos o alérgicos, descompensaciones de patologías crónicas, accidentes, aparición o mala evolución de cánceres, depresión, etc.) y en general, en la calidad de vida, por asociarse a múltiples síntomas, tales como cefalea, dolores musculares, trastornos del sueño, problemas de concentración, dificultad en las relaciones interpersonales, etc.

Es relevante, frente a un modelo holístico, considerar el papel de los estresores sociales. Se ha sugerido una clasificación en ¹⁸:

- **Sucesos vitales:** cambios agudos que requieren reajustes drásticos durante un corto período de tiempo; por ejemplo, "estrés reciente",

- **Estrés de rol:** demandas persistentes que requieren reajustes durante períodos de tiempo prolongados; por ejemplo, "estrés crónico", y

- **Contrariedades cotidianas:** mini-eventos que requieren pequeños reajustes diarios; por ejemplo, los sucesos menores o "estrés diario".

El **afrontamiento del estrés** consiste en todos los esfuerzos cognitivos o conductuales que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas estresantes y/o al malestar emocional asociado a la respuesta del estrés (Lazarus y Folkman, 1984; Sandín, 1999).

Los equipos de salud de atención primaria, diariamente se enfrentan a la situación de individuos con distintos niveles de estrés afectando su calidad de vida. Estos equipos requieren estrategias que ayuden a los individuos y sus familias a:

Prevenir el estrés: reconocer las fuentes de estrés en su vida y adaptarse a ellas de manera armónica.

Reducir los efectos del estrés en su vida: personas que estando sometidas a altos niveles de estrés psicosocial presentan sintomatología.

EVIDENCIAS:

De acuerdo con Pearlin (1989), el afrontamiento del estrés, con independencia de cuál sea la naturaleza del estresor, puede actuar, cambiando la situación de la que emergen los estresores, modificando el significado de la situación para reducir su grado de amenaza, o reduciendo los síntomas del estrés.

Existe suficiente evidencia que sugiere un papel importante del apoyo social como factor protector de la salud en los individuos sometidos a situaciones de estrés social (Aneshensel, 1992; Cockerham, 2001; Menaghan, 1983; Thoits, 1995; Wheaton, 1985).

Entre los diversos modelos que buscan explicar la influencia del apoyo social sobre la salud, está el basado en el concepto de amortiguación del estrés (Aneshensel, 1992).

De acuerdo con el modelo de amortiguación el apoyo social actúa protegiendo al individuo durante los momentos de estrés, potenciando la adaptación del individuo. El apoyo social puede reducir el impacto del estrés

- (1) eliminando o reduciendo el propio estresor;
- (2) reforzando la capacidad del individuo para hacer frente al estresor, o
- (3) atenuando la experiencia del estrés una vez que se ha puesto en marcha.

La hipótesis de los efectos directos, por el contrario, presupone que el apoyo social ejerce efectos positivos primarios sobre la salud, siendo por tanto estos efectos independientes de los efectos del estrés (Belloch, Sandin & Ramos 1995, p. 33).

Un estudio multicéntrico caso - control, evaluó la importancia de los factores psicosociales en la producción de infarto al miocardio (52 países)¹⁹: Los casos reportaron una mayor prevalencia de todos

¹⁶ <http://www.neuroclassics.org/ESTRES/ESTRES.htm> / ¹⁷ <http://www.neuroclassics.org/ESTRES/ESTRES.htm> / ¹⁸ El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. Bonifacio Sandín. (Universidad Nacional de Educación a Distancia, España). http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-65.pdf



los factores estresores tenidos en cuenta en el estudio que los controles. Ver tabla 1. El PAR de las variables osciló entre el 8 y 16%, y colectivamente se observó un PAR del 33%. Conclusión: Los estresores psicosociales se asociaron de manera independiente y significativa con un incremento en el riesgo de infarto agudo de miocardio. Si esta asociación es verdaderamente causal, la importancia de factores psicosociales sería mucho más importante de lo habitualmente reconocido y contribuiría a una proporción sustancial de los IAM en el mundo.

Respecto al trabajo de los equipos de APS frente al estrés, las estrategias susceptibles de ser usadas han sido de tipo individual o grupal, educativas, cognitivo - conductuales.

Las estrategias cognitivas son variadas: aserción encubierta, solución de problemas, combatir los pensamientos autodestructivos, desensibilización sistemática, la visualización, etc.

Las estrategias conductuales abarcan desde ejercicios de respiración, respiración profunda - relajación.

Otras recomendaciones se centran en actividades placenteras tales como: lectura, hobbies, caminatas, actividad física y cultural, por nombrar algunas.

Combinación de estrategias y adecuadas a cada persona pareciera ser lo recomendable.

Las revisiones muestran que no hay evidencia científica de que educar y aconsejar a la población general sobre la identificación de la depresión, la ansiedad o el estrés, sea beneficioso o no lo sea. Sin embargo, se recomienda educar y asesorar sobre salud mental ya que estos problemas son muy prevalentes, se dispone de tratamientos efectivos, el diagnóstico puede ser difícil, a veces es ignorado tanto por el profesional como por el individuo y su familia, y se puede disponer de mensajes escritos con información clara y útil.

El programa Mindfulness based stress reduction (conocido como MBSR) fue propuesto por el Dr. Jon Kabat - Zinn y colaboradores en la University of Massachusetts Medical Center-Stress Reduction Clinic y ha sido aplicado en diversos problemas de salud, en su versión original y con algunas modificaciones. Su traducción es "meditación de conciencia plena" y es una práctica común de la Medicina Integrativa para la reducción del estrés y en consecuencia reducir los efectos de éste.

Una revisión sistemática²⁰ evaluó el efecto del "mindfulness-based stress reduction" sobre los trastornos del sueño, no encontrando suficientes evidencias que estos programas logren mejorar ni la calidad ni la cantidad de sueño.

Este estudio evaluó la evidencia de que el sueño puede ser mejorado a través de la técnica llamada "mindfulness-based" para reducir el estrés, la que se basa en una intervención psicoeducativa que ayuda a los individuos a la autoevaluación y reformulación

de pensamientos preocupantes e intrusivos. Se encontraron 38 artículos relacionados. 7 cumplieron los criterios de inclusión.

Concluye: A la fecha los estudios controlados no han logrado comprobar los efectos positivos de la técnica analizada (mindfulness-based). Sin embargo hay alguna evidencia que sugiere que una mayor práctica de este tipo de técnicas se asocia con mejorías en el sueño y que las personas que la practicaron experimentaron una disminución en los procesos cognitivos que interfieren en el sueño (por ej., preocupaciones). Se necesitan más investigaciones usando escalas estandarizadas del sueño con particular atención en la importancia de la práctica de la técnica mindfulness-based.

Otro estudio²¹ de tipo antes - después aplica la misma técnica incorporando relajación, meditación, yoga y práctica en el hogar, a pacientes con cáncer, con el objetivo de estudiar sus efectos en calidad de vida, síntomas de estrés y niveles de dehidroepiandrosterona, cortisol y melatonina, concluye que el programa de Mindfulness se asoció a una mejoría en la calidad de vida y disminución en los síntomas de estrés en pacientes con cáncer de mama y próstata y demostró posibles efectos positivos sobre el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal.

Este programa piloto es una investigación preliminar sobre la relación entre los programas de Mindfulness y los niveles hormonales, dejando en evidencia la necesidad de más estudios controlados al respecto.

Un tercer estudio²², usa la misma técnica, con un diseño controlado no randomizado para evaluar el efecto del programa sobre la función inmune y calidad de vida en mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama.

En la primera evaluación (antes de comenzar el programa mindfulness) se observó en ambos grupos un descenso en la actividad de las células NK (natural killers), en la producción de interferón gama junto a un aumento en la producción de las IL-4, IL-6 e IL-10 y en los niveles plasmáticos de cortisol.

A través del tiempo las mujeres del grupo intervenido (con el programa Mindfulness) re-establecieron sus niveles de células NK y niveles de citocinas. En contraste las mujeres del grupo control mostraron una reducción progresiva en los recuentos de células NK y en la producción de interferón gama, junto con un aumento progresivo de la producción de IL 4, IL-6 e IL-10.

Además las mujeres del grupo intervenido tuvieron niveles plasmáticos de cortisol más bajos, mejores niveles de calidad de vida y una mayor capacidad de enfrentar situaciones difíciles que las del grupo control.

En resumen el programa de Mindfulness es factible de realizar y efectivo en mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama en estadios tempranos.

¹⁹ http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=1547&vol=8&nr_bi=1&ano=2005 / ²⁰ Winbush NY, Gross CR, Kreitzer MJ. The effects of mindfulness-based stress reduction on sleep disturbance: a systematic review. / ²¹ Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. Department of Psychosocial Resources, Tom Baker Cancer Centre, Alberta Cancer Board, 1331 29 Street NW, Calgary, Alta, Canada T2N 4N2. icariso@ucalgary.ca / ²² Witek-Janusek L, Albuquerque K, Chroniak KR, Chroniak C, Durazo-Arvizu R, Mathews HL, Niehoff School of Nursing, Loyola University of Chicago, Maguire Center, Room 2840, 2160 South First Avenue, Maywood, IL 60153, USA. ljanuse@luc.edu



7. BIBLIOGRAFÍA:

1. CABEZAS PEÑA M. del CARMEN: Evidencias de las intervenciones sobre los estilos de vida (PARTE I y II) Unidad de Investigación de la Fundación Jordi Gol I Gurina - Institut Català de la Salut. Grupo de Educación Sanitaria del PAPPS- semFYC
2. DUNCAN, P. Estilos de Vida. En Medicina en Salud Pública. 1986.
3. GIRALDO Z., L.F. Familia y teorías de desarrollo. En Cuadernos de Familia (2). Universidad de Caldas. Manizales 1987.
4. MANFRED Max - Neff. Desarrollo a Escala Humana. Cepaur. Fundación Dag Hammarskjold 1986.
5. O.P.S. La Atención de los Ancianos: Desafío para los años noventa. Washington 1994.
6. PSZEMAROWER, N.P. y PSZEMAROWER S.N. Calidad de Vida y Desarrollo en la Vejez. En Revista Geriátrica, 1992; 8 (1): 33 - 37.
7. <http://www.paho.org/spanish/dd/pub/TopicHome.asp?TP=&KW=reviewedPublicationsULS&Lang=S&Title=Estilos%20de%20vida>
8. Canadian Task Force: <http://www.ctfphc.org>.
9. Versión interactiva de actualización periódica con recomendaciones basadas en evidencias: <http://pda.ahrq.gov>
10. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) Recommendation, Rationale Statements, Evidence Summaries, Systematic Evidence Reviews: www.preventiveservices.ahrq.gov
11. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Health Care Guideline. Preventive Counseling and Education. Nine edition. June 2004. www.icsi.org

Nota: gran parte de las referencias se encuentran a pié de cada página.