



# Actualización en Atención Primaria

## Modificación de Estilos de Vida en Pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

### *Changes in Life-Styles in Patients with Non Transmissible Chronic Diseases.*

Arturo Jurado-Vega Méd.Dr,  
MF.(1), Miguel A. Suárez-Bustamante Méd.Dr., MF, Mag.Sal.Púb  
(2)\*

#### RESUMEN

**Introducción:** El cambio en los estilos de vida (EV) es una pieza clave en el logro de un adecuado control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Es conocida la limitada efectividad de las recomendaciones médicas para lograr el cambio en los EV, tal vez en parte por no considerar suficientemente los modelos y técnicas desarrollados para el cambio de comportamiento.

**Objetivo:** Mostrar algunos elementos conceptuales e instrumentales de los modelos y técnicas más importantes desarrollados para conseguir modificaciones substanciales en EV con mayor efectividad.

**Temas abordados:** Orígenes y consecuencias del incremento de las ECNT. Relación entre los Estilos de Vida y las ENT. El cambio en el comportamiento sanitario. Modelos psicológicos para su aplicación práctica en el cambio en el comportamiento sanitario: modelo de Creencias Sociales y Auto-Eficacia de Bandura, el modelo del Marketing Social, el modelo PRECEDE-PROCEED, y modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente. La aplicación práctica de los modelos para el cambio de comportamiento: El enfoque TOPICs y la Entrevista Motivacional

**Descriptores:** Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Estilos de Vida, Modelos Psicológicos, Cambio de Comportamiento.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Changes in life-styles (EV) are a key-element to reach an adequate control of Chronic Non-transmissible diseases (ECNT). It is known the limited effectiveness of medical recommendations intending to modify EV. That could be originated because models and techniques to change behaviors are not enough considered.

**Objectives:** To present some instrumental elements of main models and techniques developed to reach changes in EV with an increased effectiveness.

**Reviewed topics:** Causes and consequences of ECNT epidemics. Relationship between EV and ENT. Psychological models to behavior changing: Bandura model, Social Marketing model, PRECEDE-PROCEED model, and Prochaska - Di Clemente Transtheoretic model. Change behavior models practical applications: TOPIC approach and Motivational Interview.

**Keywords:** Chronic Non-transmissible Diseases, Life-Styles, Psychological models, Change Behavior.

Documento de posición editorial no sujeto a arbitraje.

MPA e-j. med.fam.aten.prim.int. 2012. 6 (1): 19-27

Este artículo esta disponible en [www.idefiperu.org/mpa.html](http://www.idefiperu.org/mpa.html)

#### Filiación de los Autores:

Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Facultad de Medicina, Maestría de Medicina Familiar, Lima Perú (1, 2). Instituto de Desarrollo Familiar y Social del Perú (IDEFIPERU), Lima. (2). Policlínico JJ Rodríguez Lazo ESSALUD (1).\*

Méd.Dr.: Médico Titulado. Mag.Sal.Púb.: Magister en Salud Pública. MF: Especialista en Medicina Familiar.

Correspondencia para el Autor: [arturomh98sp@yahoo.es](mailto:arturomh98sp@yahoo.es)



En la reciente conferencia de la OMS denominada "Primera Conferencia Ministerial sobre Estilos de Vida Saludables y Control de las Enfermedades no Transmisibles (ENT)" se hizo público el dato de que el 63 por ciento de las muertes que se registran en el planeta son consecuencias de la diabetes mellitus, cardiopatías y cáncer, y además resaltó la relación directa entre estas enfermedades y los hábitos y conductas de las personas [1]. Estos datos colocan a las ENT como la más temible amenaza para la salud mundial [2].

Uno de los mayores aspectos que contribuye a esta creciente relevancia sería el aumento de la expectativa de vida. En la mayoría de los países de Latino América (LA) la tasa anual de crecimiento de la población mayor de 60 años es del orden del 3 al 4% mientras que en Estados Unidos no pasa del 0.5%. La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en menores de 30 años es menor del 5% y después de los 60 sube a más del 20%. [2] Algo semejante puede encontrarse en otras enfermedades como la Hipertensión Arterial (HTA) [3].

La prevalencia de DM2 varía entre 2 y el 5% de la población mundial [4,5]. En Estados Unidos, los casos diagnosticados de diabetes alcanzan al 5.9% de la población total, con predominio de la raza afro americana, mexicano americana e hispana [6]. mientras que en América Latina se calcula que existen aproximadamente 35 millones de afectados por esta enfermedad. En el Perú la prevalencia de diabetes es de 1 a 8% de la población general, encontrándose a Piura y Lima alrededor de 7,04% [4,7]. Por su lado la HTA afecta aproximadamente a 50 millones de personas en los Estados Unidos y a 1 billón en todo el mundo [8]. En el Perú, se ha propuesto que hasta 23.7% de la población pueden padecer HTA, con una distribución similar en costa, sierra y selva [9]. Con el envejecimiento poblacional, producto de la transición demográfica, este problema puede extenderse aun más.

La relación entre presión arterial y riesgo de eventos de enfermedad cardiovascular es continua, consistente e independiente de otros factores de

riesgo [3,10]. Por todo ello, las ENT representan un elevado costo para la persona, la familia y el sistema de salud, generando un impacto socioeconómico importante para la mayoría de países, debido a la gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad [5,9,11], sin considerar las serias repercusiones sobre la calidad de vida de quienes la padecen [12].

Todas estas consecuencias podrían atenuarse si se instauraran las prácticas adecuadas [13], algo que desafortunadamente no ocurre con frecuencia, por desconocimiento o un inadecuado manejo [14].

Probablemente, una de las principales causas de la falla en controlar las ENT devenga de que, a pesar de los grandes avances terapéuticos obtenidos en los últimos años, para lograr el éxito de obtener un control metabólico estable no basta con las medidas farmacológicas, sino que se requiere que el paciente acepte su enfermedad y se comprometa a introducir cambios y exigencias en el modo y estilo de vida. Ellos pueden incluir modificaciones en cuanto a la dieta, actividad física y otros hábitos, además de la adquisición de una rutina para un auto cuidado y control periódicos, para la cual debe estar convenientemente capacitado [15].

Para lograr estos estilos de vida y así reducir el nivel de riesgo cardiovascular global, se ha propuesto que la educación sanitaria es una de las estrategias de intervención más importantes. Por tal motivo, múltiples instituciones y autores afirman que resulta indispensable considerar a la educación en las ENT, como un elemento esencial de cualquier acción encaminada a la atención del paciente [16-20]. No obstante, diversos reportes muestran que tal como la educación sanitaria es tradicionalmente ofrecida, sólo tiene un limitado impacto sobre la población en riesgo al alcanzar solo una limitada influencia en la adopción de estilos de vida saludables [21-25]. Esto se refleja en los resultados de experiencias que brindaron educación sanitaria sin ninguna otra intervención, las cuales se han mostrado poco exitosas para



mejorar la adherencia y control de las ENT [26]. Igualmente, la distribución pasiva de material educativo impreso o audiovisual se ha mostrado inefectiva en modificar la práctica profesional o en mejorar los resultados en salud [27].

### Los Estilos de Vida y las ENT

Los estilos de vida se refieren a la manera típica o cotidiana de vivir de un individuo o grupo de individuos. La adopción de estilos de vida saludables o prácticas saludables por todos los individuos es imprescindible para prevenir la elevación de la presión arterial y es indispensable como parte del manejo de los sujetos hipertensos. Los cambios de estilo de vida que deberían ser recomendados para reducir la presión arterial y reducir el riesgo cardiovascular incluyen [28]:

- a. Reducción de la ingesta de sal (RECOMENDACIÓN A) [29,30]
- b. Dieta DASH, con restricción de sal (<2.4g de Na por día) e incremento de la ingesta de frutas, vegetales, calcio y potasio (RECOMENDACIÓN A) [29-31]
- c. Ejercicio aeróbico de modo regular (30 min de ejercicio aeróbico al día, por lo menos 4 veces por semana) (RECOMENDACIÓN A) [32-34]
- d. Reducción del consumo de alcohol (RECOMENDACIÓN A) [35]
- e. Disminución del peso corporal (RECOMENDACIÓN C) [36,37]
- f. Cese del consumo de tabaco (RECOMENDACIÓN A) [38]

La puesta en práctica de los estilos de vida mencionados, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular. Por ejemplo, efectuar ejercicio físico aerobio regular --actividad planificada que incrementa la frecuencia cardiaca y respiratoria y que puede hacer sudar a la persona-- como caminar rápido (al menos 30 minutos al día, casi todos los días de la semana) disminuye la presión arterial entre 4 a 9 mmHg. Combinaciones de dos o más cambios en el estilo de vida pueden, incluso, significar mejores resultados [39].

Igualmente la disminución de sal en la dieta reduce en 5 mmHg la presión arterial sistólica (PAS), la actividad física regular disminuye la PAS en 5 mmHg y la baja de peso la reduce en 3 mmHg.

Sin embargo no basta con hacer ejercicio, se requiere que sea aeróbico, de aproximadamente 40 minutos por sesión y que se efectúe la mayoría de días de la semana [13,40].

En Latinoamérica, si bien es cada vez mayor la fracción de personas que tienen el hábito saludable de consumir una dieta baja en sal o hacer actividad física, esta práctica no es prevalente. Así, según un estudio descriptivo efectuado el 2003, encontramos que la frecuencia de actividad física regular en los mayores de 15 años en Lima metropolitana es de sólo 10,6% [41].

### El cambio en el comportamiento sanitario

Más allá de los logros finales en reducir la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles o de sus complicaciones, los cambios informados en el denominado comportamiento sanitario [42] representa el resultado concreto cuya búsqueda debe guiar toda actividad en educación para la salud. Se define al comportamiento sanitario como: "aquellos atributos personales como creencias, expectativas, motivos, valores, percepciones y otros elementos cognitivos que se relacionan al mantenimiento o promoción (mejoramiento) de la salud, y a su recuperación" [43]. Como puede apreciarse, el comportamiento sanitario no solo incluye a las acciones en sí mismas, sino también a los eventos mentales y emocionales que se relacionan a estos y puedan ser evidenciables.

Desafortunadamente, la mayoría de personas tiende a resistirse a los cambios, debido a la inercia y a la necesidad de equilibrio homeostático de su organismo. La resistencia al cambio tiende a ser mayor en la medida que los objetivos, procesos y consecuencias del cambio fueran desconocidos, confusos, no comprendidos o impuestos arbitrariamente; y tienden a disminuir, en la medida en que aquellos a quienes afectará el cambio participen del diagnóstico, y/o proceso de decisión y/o planeación de las acciones derivadas de la decisión tomada [3]. Por todo ello, la psicología y la sociología ofrecen una perspectiva esencial para no sólo entender, sino principalmente



para influir sobre el proceso de cambio del comportamiento sanitario, y así lograr que las personas tengan prácticas saludables.

Se hacen los cambios de comportamiento sanitario por un proceso secuencial que según Kurt Lewin [44] son: descongelación, aprendizaje y recongelación. Se podría decir también que este proceso es de flexibilización (por choque y disonancia), práctica de nuevos hábitos, integración de los nuevos con los antiguos hábitos, e internalización o cristalización de una nueva gestalt de hábitos.

El individuo aprende lo que tiene significado para él (motivación) y lo que le resulta relevante (posibilidad de satisfacción de sus necesidades). Aprender y cambiar puede ser incómodo y doloroso, pues requiere modificación de hábitos, de comportamiento, en las maneras usuales de percibir, pensar y actuar. El desaliento, desazón, ansiedad, miedo a lo que vendrá con el cambio y lo que vendrá después del cambio, contrario a la economía del organismo, el principio de la inercia física, la necesidad homeostática de mantener o restablecer el nivel de equilibrio. Todo esto induce la existencia de una banda óptima de estimulación y de tensión en el organismo por debajo de la cual no hay movimiento o acción orgánica, y por encima de la cual se vuelve intolerable. Aprender y cambiar no es proceso ni solamente racional ni predominantemente lógico. Es sobre todo emocional y volitivo.

El cambio sólo puede comenzar cuando haya por lo menos un mínimo de insatisfacción, desaliento, tensión, dolor, falta de adaptación, conflicto o disonancia. Es dicho sentimiento, es esta sensación física o emoción, la que induce al individuo a la acción – y no la lógica de una idea ni la inteligencia de un raciocinio. La lógica, la idea o raciocinio y la inteligencia le dan dirección, contenido y soporte a la acción. Pero la acción, el cambio, el movimiento, se generan e impulsan por factores emocionales: lo mismo cuando aparente o inconcientemente, el actor o agente de la acción no demuestre o no reconozca su componente emocional, sus sensaciones y sus sentimientos. Sin embargo

la información y la comunicación son necesarias para que los actos y factores relevantes, en las decisiones a tomar o las ya tomadas, se conozcan, se tomen en consideración en el proceso de decisión y/o en los procesos de planeación y ejecución de las acciones que deriven de ello. [45]

De un modo esquemático podríamos decir que cuatro vectores generan fuerzas positivas y negativas para el cambio: a) la resistencia y motivación son los factores individuales; b) barreras y soporte son los vectores sistémicos. Las fuerzas positivas (saludables) del cambio ocurren cuando la motivación es mayor que la resistencia y cuando el soporte es mayor que las barreras. Inversamente ocurre con las fuerza negativas. El desafío fundamental es ayudar a los pacientes a reducir las fuerzas negativas e incrementar las fuerzas positivas para el cambio para lograr prácticas saludables. [46]

#### **Modelos psicológicos para su aplicación práctica en el cambio en el comportamiento sanitario.**

Durante los últimos años se han realizado una gran cantidad de estudios buscando profundizar en la teorización y en el desarrollo de lineamientos prácticos para el logro del cambio en el comportamiento sanitario, buscando así consolidar una educación para la salud que sea cada vez más efectiva. [47] Como consecuencia, se han identificado una diversidad de conceptos y principios, los cuales han conducido a la estructuración de teorías y enfoques los cuales finalmente han permitido formular modelos clínicos y psicológicos, los cuales permitan asimilar todo lo que sabemos y comprendemos actualmente en relación al cambio en el comportamiento sanitario, de modo que ello pueda aplicarse directamente en la planificación de la acción educativa.

Los modelos más frecuentemente aplicados a la Promoción de la Salud y a la Educación Sanitaria han sido el Modelo de Creencias Sociales y Percepción de la Auto-Eficacia de Bandura, el Modelo del Marketing Social propuesto en los años 80, el Modelo PRECEDE-PROCEED de Green e Kreuter, y por último el modelo Transteórico de Pro-



chaska y Di Clemente. A continuación desplegaremos brevemente las bases y algunas aplicaciones de cada uno de esos modelos.

El modelo de Creencias Sociales, desarrollado de manera pionera a fines de los años 50, parte de la concepción de que existen un conjunto de atributos ligados a la cultura y al pensamiento tanto colectivo como individual que, más que influir directamente en el comportamiento sanitario de las personas, actúan como reforzadores, influyendo en las expectativas individuales de alcanzar ciertos valores como estar bien o tener un adecuado nivel de salud. Según el modelo, para que una persona asuma un comportamiento sanitario debe, en primer lugar considerar que personalmente tiene algún nivel de riesgo de contraer la enfermedad o evento que el comportamiento evita (susceptibilidad percibida), que dicha enfermedad o evento tiene una gravedad suficiente como para ameritar tomarse un conjunto de molestias en controlar su aparición (Severidad Percibida), que el comportamiento promovido es realmente efectivo en la prevención de la enfermedad o evento (Beneficio Percibido) y finalmente que en las condiciones actuales la persona está preparada para asumir los cambios que dicha práctica preventiva propone (Auto-eficacia Percibida [48] y que financiera y materialmente no es tan complicado asumirla (Barreras Percibidas). Este modelo que fue inicialmente aplicado a la oferta de placas Roentgen para la prevención de tuberculosis en USA [49], puede en realidad ser aplicado a prácticamente cualquier evento. Por ejemplo, si el comportamiento sanitario a asumir es la actividad física regular para la prevención de enfermedades coronarias, veremos que esta dependerá en primer lugar de cuanto siente una persona que este tipo de enfermedades pueden afectarle (p.ej. si ha tenido familiares que la han desarrollado). En segundo lugar de los beneficios que percibo en dicho estilo de vida como un medio para evitar la amenaza de las enfermedades coronarias. Seguidamente influirá el nivel de auto-eficacia que el sujeto percibe en sí mismo para poder asumir una rutina de ejercicio diario. Finalmente tendrá un efecto también la cantidad de

barreras que percibe en la posibilidad de desarrollar el nuevo estilo de vida, por ejemplo dependiendo de si es hay lugares cercanos donde desarrollar ejercicio o no.

Otro modelo bastante empleado para la planificación de acciones educativas y en general preventivas a gran escala ha sido el del Marketing Social o Mercadeo Social [50]. En términos generales, el Marketing Social ha sido definido como "La aplicación de las tecnologías del Marketing comercial al análisis, planeamiento, ejecución y evaluación de programas diseñados para influir el comportamiento voluntario de audiencias objetivo, buscando mejorar su bienestar personal y el de la sociedad" [51]. Esta aplicación se expresa en la adaptación de diversos conceptos conocidos como por ejemplo la "definición del producto", valorizando otros aspectos ligados al comportamiento sanitario no directamente ligados al comportamiento. Por ejemplo, se puede promocionar la disminución del uso de cigarrillos, no sólo como un medio de prevención del cáncer de pulmón, sino también porque permite estar todo el tiempo cerca de sus amigos no fumadores. Igualmente puede adaptarse el concepto de "precios promocionales" empleado en marketing, como un modo de conseguir reducciones temporales en las barreras económicas, en la expectativa de que incluso cuando ellas se restablezcan el comportamiento se perpetúe. Por ejemplo, si se ofrecen subsidios durante la gestación para que las futuras madres participen de sesiones de actividad física en gimnasio con entrenadores personales, es posible que las gestantes incluso una vez tenidos sus hijos y acabado el subsidio, mantengan la rutina de ir al gimnasio, asumiendo así el comportamiento sanitario deseado. Lo mismo ocurre cuando se habla de "optimizar el tiempo y lugar", buscando que los productos saludables estén accesibles cuando más se necesitan o en los lugares donde las personas comúnmente desarrollan sus actividades. Un ejemplo de ello son los programas de prevención del VIH de los CDC de Estados Unidos, los cuales consiguieron por primera vez ofrecer condones para la venta en supermercados, lugares de encuentros de parejas como moteles



o bares de solteros, de gays y otros semejantes [52]. Igualmente es una estrategia de marketing la de desarrollar una "segmentación del mercado", en la cual, aunque un producto debe ser ofrecido a un público amplio, éste es ofrecido de manera diferente a cada sección del mismo. Un ejemplo sería el uso de estrategias diferentes para ofrecer el uso de métodos anti-conceptivos, ofreciéndolos como un modo de favorecer el logro de su plan de vida, entre las adolescentes, como una alternativa para planificar en que momento de su carrera desean tener sus hijos, en el caso de las mujeres adultas jóvenes, y como un medio para la prevención del síndrome de Down entre las mayores de 35 años.

Por su lado, el modelo PRECEDE, originalmente propuesto en los años 70 tomaba sus siglas de los términos en idioma inglés asumidos para sus constructos: Predisponentes, Reforzadores, y habilitadores (Enablers), para los focos de la acción: la Educación y el Entorno, y para los elementos de trabajo: Diagnóstico y Evaluación. Posteriormente fue complementado con la 2da parte del modelo denominado PROCEED por las siglas de los constructos adicionales: Políticas, Regulación, Organización, orientada siempre a: la Educación y el Entorno, y tomando como elemento de trabajo adicional al: Desarrollo. Al asumir esta nueva perspectiva más amplia pasa a denominarse el modelo PRECEDE-PROCEED. Este modelo plantea 9 etapas para el desarrollo de toda acción para el cambio en el comportamiento sanitario: Evaluación Social, Evaluación epidemiológica, Evaluación del comportamiento y el ambiente, Evaluación ecológica y educacional, evaluación de políticas y administrativa, Implementación, Evaluación de procesos, Evaluación de Impacto, Evaluación de Consecuencias.[53] Un aspecto especialmente interesante del modelo es que en su Evaluación ecológica y educacional incorpora la revisión de los Factores Predisponentes, Reforzadores, y Habilitadores (Enablers). Un ejemplo de dicho análisis se encuentra en el análisis realizado para un programa de prevención de accidentes en la infancia realizado según el modelo PRECEDE- PROCEED. Puede

apreciarse en dicha figura la interrelación entre los diferentes tipos de factores, los comportamientos que se desean prevenir y los resultados que se obtendrán.

Finalmente, el modelo transteórico desarrollado y probado por Prochaska y Di Clemente, además de precisar un marco que permite entender el desarrollo del cambio del comportamiento sanitario como un proceso gradual, establece la delimitación de estadios progresivos, lo que facilita su aplicación en la práctica [54]. Los 5 estadios del modelo son:

1. Precontemplación: este es el estadio en que las personas ni siquiera se plantean la idea del cambio.

2. Contemplación: en este estadio, las personas empiezan a pensar tanto en el riesgo para su salud como en las medidas necesarias para reducir ese riesgo. Consideran el tema, pero no hacen planes para actuar al respecto. Es posible que se establezca una acción en los 6 meses siguientes.

3. Preparación: en esta fase, la contemplación pasa a la acción, consistente en desarrollar un plan, unirse a una clase o grupo y obtener materiales (p.ej. nuevos alimentos, chicles de nicotina o folletos de autoayuda). Estos son considerados pasos preliminares para la acción, la cual será tomada en los siguientes 30 días.

4. Acción: esta etapa se caracteriza por cambios observables en el comportamiento sanitario. Puede haber recaídas, que deben ser tratadas como parte del proceso del cambio y no como excusa para retroceder a la contemplación. La fase de acción puede prolongarse hasta alrededor de 6 meses.

5. Mantenimiento: En este estadio, menos intenso, la nueva acción saludable debe ser consolidada con firmeza como parte permanente del estilo de vida. Es esencial prevenir las recaídas. La vuelta al tabaquismo, al abuso de alcohol o a los hábitos sedentarios puede borrar todos los progresos conseguidos en las etapas anteriores. La confianza y la sensación de la propia eficacia aumentan. Las tentaciones se enfrentan más sistemáticamente.

Según el modelo transteórico la estrategia de los profesionales de salud debe consistir en hacer que los grupos o personas adelanten un paso en el camino del cambio, esto es, ayudar al paciente a asumir un proceso que sea el del cambio planeado.

Por su relevancia para el Enfoque TOPICs, este modelo ha sido descrito en un artículo precedente [55].



La aplicación práctica de los modelos para el cambio de comportamiento: El enfoque TOPICS y la Entrevista Motivacional

El enfoque TOPICS propuesto por Rogers en el año 2004 [56], es el resultado de haber sistematizado el proceso de la atención médica, dando lugar a un modelo que se basa en el desarrollo de actividades o tareas de acuerdo al tipo de consulta por la que acude la persona que demanda una atención, sean estas por Problema nuevo, Enfermedades Crónicas, Chequeo, Problema psicosocial o Cambio de Conducta. En este caso, para la consulta "Cambio de Conducta", propone los pasos: 1) Recabar información previa relevante sobre el problema de conducta, 2) Evaluar el estadio de cambio de comportamiento según el modelo de Prochaska y Di Clemente previamente descrito y 3) Negociar un plan factible. Esta técnica es ampliamente descrita en otro artículo de este número especial [55], por lo que no se profundizará con más detalle en este artículo.

Otra herramienta que ha comprobado su utilidad durante esta tarea es la denominada entrevista motivacional. La entrevista motivacional es una aproximación terapéutica centrada en el paciente, que busca iniciar un cambio de conducta ayudando a la persona a resolver su ambivalencia. Un aspecto crítico de la metodología es que acepta que el cambio en el comportamiento sanitario no se consigue a través de simples consejos, sino que tiene que surgir de la reflexión del paciente al enfrentarse a su ambivalencia. Así, el profesional de salud tiene un papel facilitador que señala las contradicciones entre la conducta actual del paciente y lo que él considera como valores y bienes para su vida y su salud. El objetivo final es aumentar la motivación personal intrínseca para que así surja un cambio, más que imponerlo desde el exterior. La entrevista motivacional ha demostrado ser efectiva en el tratamiento del abuso de alcohol y en los cambios de hábitos relacionados con la dieta y el ejercicio. También sería efectiva para disminuir el índice de masa corporal, el colesterol total plasmático y la presión arterial sistólica. [57]

La entrevista motivacional se fundamenta en cuatro etapas:

- Expresar empatía. Implica una actitud de aceptación y respeto de la persona y la ambivalencia como un proceso normal. Utiliza la escucha activa y reflexiva para devolver al paciente los conceptos que ha intentado transmitir.

- Desarrollar las discrepancias. La motivación al cambio ocurre cuando las personas perciben la discrepancia entre dónde están y dónde les gustaría estar. Se intenta aumentar el nivel de conflicto entre sus creencias y su conducta actual. Esperando que sea el mismo paciente quien finalmente presente los argumentos para cambiar.
- "Rodar" con la resistencia. Evitar enfrentarse a sus declaraciones es el paso inicial. La actitud más adecuada es responder con empatía, no emitir juicios e intentar clarificar lo que quiere transmitir el paciente.
- Apoyar la autoeficacia. Creer en la capacidad que tiene el paciente para cambiar y transmitirse. Se debe fortalecer la idea de que es él quien debe iniciar el cambio y mantenerlo.

Como proveedores de salud somos activos solucionadores de problemas y motivadores de los pacientes en lo referente a la adquisición de programas de ejercicios, planes dietéticos y medicaciones, por todo ello es importante poder manejar estas herramientas adecuadamente, buscando alcanzar el mayor y mejor efecto posible.

### Conclusiones

Los conceptos aquí vertidos pueden aplicarse a casi cualquiera de los diferentes medios a través de los cuales puede brindarse educación al paciente en el entorno asistencial, incluyendo: consejería en el consultorio, soporte para emprender actividades físicas y alimentación adecuada, mediante charlas o sesiones informativas o demostrativas, conformación de grupos con actividades similares (p.e. para efectuar actividad física), entre otros. Asimismo los conceptos planteados por los modelos de abordaje del cambio en el comportamiento sanitario, pueden emplearse en las intervenciones en el entorno del paciente y la comunidad, integrándolos a medios informativos como afiches, folletos, videos, mensajes radiales, spots televisivos, empleando prensa escrita, entre otros. El tiempo promedio de intervención, para el caso de intervenciones individuales, es variable. En todos los casos debemos prever que las intervenciones conductuales para prevenir y tratar el sobrepeso se recomienda que no sean



menores a 6 meses.

No obstante, no debemos dejar de reconocer que para alcanzar acciones educativas eficaces, no solo basta con la adecuada aplicación de modelos y teorías, sino que es preciso conocer previamente las necesidades formativas de la población objetivo. Estas necesidades están en función de sus problemas de salud y de sus conocimientos, actitudes y hábitos de salud. Además se debe conocer los factores externos al individuo que se oponen a la adopción de hábitos positivos de salud por parte de los individuos y grupos de su comunidad. A nivel operativo se deben introducir programas de educación

sanitaria en los servicios asistenciales y de educación sanitaria en la comunidad. Los temas a abordar serán los de mayor interés para el auditorio, según sus características.

Implementando estas nuevas aproximaciones, esperamos que puedan alcanzar un mayor efecto en conseguir estilos de vida más saludables para los pacientes con ENT. Esto puede ser logrado a través de la organización de intervenciones más efectivas; del perfeccionamiento de los procesos de educación continua del personal de salud, y de la implementación de acciones institucionales en aquellos puntos que se muestren más débiles.

## REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Primera conferencia ministerial mundial sobre modos de vida sanos y control de las enfermedades no transmisibles. 2011. citado en: 10/05/2011. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2011/healthy\\_lifestyle\\_ncds/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2011/healthy_lifestyle_ncds/es/index.html).
- (2) Organización Mundial de la Salud. Las enfermedades no transmisibles ya son las que más víctimas causan en el mundo. 2011. citado en: 15/07/2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr14/es/index.html>.
- (3) Chobanian A. The Seventh Report of the National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The 7th Report. *JAMA*. 2003; 289 : 2560-72.
- (4) Villena J. Epidemiología de la diabetes mellitus en el Perú. *Rev Med Perú*. 1992; 64 : 71-5.
- (5) Epidemiología de la diabetes mellitus en el mundo. Manual de diabetes mellitus. Costa Rica: Pfizer; 1982. p. 13-28.
- (6) Harris MI, Flegal KM, Cowie CC, Eberhardt MS, Goldstein DE, Little RR, et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Diabetes Care*. 1998; 21 : 518-24.
- (7) Seclén S, Leey J, Villena A, Herrera B, Menacho J, Carrasco A, et al. Prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y obesidad como factores de riesgo coronario y cerebro vascular en población adulta de la costa sierra y selva del Perú. *Acta Med Perú*. 1999; 17 (1): 8-12.
- (8) Chobanian AV, Bakris GL, Black HL, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. and The National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*. 2003; 289 (19): 2560-72.
- (9) OMS. ¿Qué es la diabetes? *Salud Mundial*. 1991; (3): 4-5.
- (10) Diabetes (página web en internet). Genova: WHO; (update: 2011; citado en: 15/01/2011). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>.
- (11) Arbañil H, Valdivia H, Pando R. La diabetes mellitus en el Hospital Dos de Mayo. Aspectos epidemiológicos. *Rev Med Perú*. 1994; 66 : 6-9.
- (12) Mitchel GJ. Living with diabetes: how understanding expands theory for professional practice. *Canadian Journal of Diabetes Care*. 1998; 22 : 30-7.
- (13) ALAD. Guías ALAD 2006 de diagnóstico control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. 2006. citado en: 15/03/2011. Disponible en: [www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/dia-guia-alad.htm](http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/dia-guia-alad.htm).
- (14) Regulo-Agusti C. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. *Acta Med Peru*. 2006; 23 (2): 69-75.
- (15) García R, Suárez R. La educación al paciente diabético. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1991.
- (16) Gagliardino JJ, Etchegoyen G, and for the PEDNID-LA Research Group. A model education al program for people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2001; 24 : 1001-7.
- (17) Fernández-Fernández I. Atención sanitaria centrada en el paciente con diabetes: necesitamos incorporar las perspectivas/expectativas de los pacientes. *Aten Primaria*. 2003; 32 (4): 195-202.
- (18) García R, Suárez R. Diabetes education in the elderly: a 5-year follow-up of an interactive approach. *Patient Educ Couns*. 1996; 29 : 87-97.
- (19) Bolaños E, Sarrea-Santamaría A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2003; 32 (4): 195-202.
- (20) Norris SL, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2002; 25 : 1159-71.
- (21) Calfas KJ, Ong BJ, Allis JF, Ooten WJ, Ratt M, Atrick K. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. *Prev Med*. 1996; 25 : 225-33.
- (22) Mortsiefer A, Meysen T, Schumacher M, Lintges C, Stamer M, Schmacke N, et al. CRISTOPH - A cluster-randomised intervention study to optimize the treatment of patients with



- hypertension in General Practice. *BMC Family Practice* 2008, 9: 2008; 9 : 33.
- (23) Barrón-Rivera A, Torreblanca-Roldán F, Sánchez-Casanova L, Martínez-Beltrán M. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Publica Mex.* 1998; 40 (6): 503-9.
- (24) García-Rosas J, Lugarell-Godínez C. Nivel de estrés psicosocial en pacientes con diabetes mellitus 2 e hipertensión. *Atención Familiar.* 2009; 16 (Supp1): 3.
- (25) Steptoe A, Kerry S, Rink E, Hilton S. The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. *Am J Public Health.* 2001; 91 : 265-9.
- (26) Lustman PJ, Gavard JA. Psychosocial Aspects of Diabetes in Adult Populations. In: Harris MI, Cowie CC, Stern MP, et al, editors. *Diabetes in America.* Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2003. p. 507-17.
- (27) Arias-Castillo L, Alarcón G. *Medicina Familiar en la práctica.* Cali: Catorse editores; 1997.
- (28) Colleen K, Blacwell J. What lifestyle changes should we recommend for the patient with newly diagnosed hypertension? *The Journal of Family Practice.* 2006; 55 (11): 991-3.
- (29) Bray GA, Vollmer WM, Sacks FM, Obarzanek E, Svetkey LP, Appel LJ, et al. A further subgroup analysis of the effects of the DASH diet and three dietary sodium levels on blood pressure: results of the DASH-Sodium Trial. *Am J Cardiol.* 2004; 94 : 222-7.
- (30) He FJ, MacGregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. (Cochrane Review). In: *Cochrane Database System, Issue 3, 2004.* *Cochrane Database Syst Rev.*
- (31) Appel LJ, Champagne CM, Harsha DW, et. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA.* 2003; 289 : 2083-93.
- (32) Kelley GA, Sharpe K. Aerobic exercise and resting blood pressure in older adults: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *J Gerontol A.* 2001; 56 : 298-303.
- (33) Wexler R, Aukerman G. Nonpharmacologic Strategies for Managing Hipertensión. *Am Fam Physician.* 2006; 73 : 1953-8.
- (34) Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med.* 2002; 136 : 493-503.
- (35) Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension.* 2001; 38 : 1112-7.
- (36) He J, Whelton PK, Appel LJ, Charleston J, Klag MJ. Longterm effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension. *Hypertension.* 2000; 35 : 544-9.
- (37) Mulrow CD, Chilquette E, Angel L, et al. Dieting to reduce body weight for controlling hypertension in adults. (Cochrane Review). In: *Cochrane Database System, Issue 2, 2000.* *Cochrane Database Syst Rev.*
- (38) Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. (Cochrane Review). In: *Cochrane Database System, Issue 1, 2004.* *Cochrane Database Syst Rev.*
- (39) Campbell NR, Burgess E, Choi B, Taylor G, Wilson E, Cléroux J, et al. Methods and an overview of the Canadian recommendations. *J Can Med A.* 1999; 160 Suppl : S1-S6.
- (40) Noda-Milla J, Pérez-Lu J, Málaga-Rodríguez G, Aphamg L, Maylin R. Conocimientos sobre "su enfermedad" en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. *Rev Med Hered.* 2008; 19 (2): 68-72.
- (41) Bustos-Saldaña R. Glucemia de ayuno y postprandial en el control del paciente diabético. *Rev Med IMSS.* 2005; 43 (5): 393-9.
- (42) Glanz K, Rimer B, Lewis F. *Health behavior and health education. Theory, research and practice.* California: Jossey-Bass; 2002.
- (43) Gochman DS. *Health Behavior Research: Definitions and Diversity. Handbook of Health Behavior Research, Vo. I. Personal and Social Determinants.* New York: Plenum Press; 1997.
- (44) Heims S. Kurt Lewin and social change. *J Hist Behav Sci.* 1978; 14 (3): 238-41.
- (45) De Faria A. *Desarrollo Organizacional, Enfoque Integral.* Ed LIMUSA; 1983.
- (46) Botelho R. *Understanding Motivation. Motivational Practice.* New York: 2004.
- (47) Glanz K, Oldenburg B. Utilizing Theories and Constructs Across Models of Behavior Change. *Changing Patient Behavior: Improving Outcomes in Health and Disease Management.* San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
- (48) Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control.* New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
- (49) Hochbaum GM. *Public Participation in Medical Screening Programs: A Sociopsychological Study.* PHS publication N° 572. Washington, D.C.: Government Printing Office; 1958.
- (50) Rothschild ML. Carrots, Sticks and Promises: A Conceptual Framework for the Management of Public Health and Social Issue Behaviors. *Journal of Marketing.* 1999; 64 : 24-37.
- (51) Andreasen AR. *Marketing Social Change: Change Behavior to Promote Health, Social Development and the Environment.* San Francisco: Jossey-Bass; 1995.
- (52) Centro de Control y Prevención de Enfermedades (página web en internet). Atlanta: 2011; citado en: 16/05/2011). Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/acercaCDC/organizacion.html>.
- (53) Green L, Kreuter M, Deeds S, Partidge K. *Health Education Planning. A diagnosis approach.* California: Mayfield Publishing Company; 1981.
- (54) Prochaska J, DiClemente C. Stages and Process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1983; 51 : 390-5.
- (55) Suárez-Bustamante MA. *Construyendo Competencias Clínicas para la Atención Integral de Pacientes con Enfermedades Crónicas y Estilos de Vida no Saludables: El Modelo de los Procesos-Cuidados Orientados a las Tareas.* MPA e-Journal Med Fam & At Prim Int. 2011; 5 (2).
- (56) Rogers J, Corboy J, Huang W, Monteiro M. *Task\_oriented Processes In (TOPIC) Model in Ambulatory Care.* New York: Springer Publishing Company; 2004.
- (57) Rivera S, Villouta F, Ilabaca A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria? *Aten Primaria.* 2008; 40 (5): 257-61.