

Educación Sanitaria en Enfermedades Crónicas.

Autores: Verónica V. Márquez Hernández, Ana Belén García Castillo, Amor M^a Márquez Hernández, Fernando Magaña Mañas.

La importancia y prevalencia de las enfermedades crónicas en nuestra sociedad actual es innegable. Las principales acciones realizadas para el control y manejo de estas enfermedades se basan en la educación y el autocuidado del paciente. Estos dos términos, “educación de paciente” y “autocuidado”, están estrechamente relacionados (Coster y Norman, 2009). Así entendida, la educación ayuda al paciente a aprender y desarrollar numerosas competencias, y a obtener una mejora en los diferentes parámetros de la salud, además aumenta la satisfacción personal y disminuye la ansiedad con un menor número de complicaciones y costes. (Lagger, Pataky, Golay, 2010; Midhet y Al-Mohaimed, 2013)

- Implicaciones de las intervenciones educativas.

El objetivo principal de las intervenciones dirigidas a la educación del paciente es capacitar a las personas para el manejo de su propia salud. El manejo de las enfermedades crónicas, al igual que las intervenciones preventivas, precisa de un modelo de actuación basado en guías de actuación que se sustenten en las evidencias científicas (Córdoba García, 2003). En esta línea, los hallazgos encontrados en una revisión sistemática indicaron que las estrategias de prevención pueden tener un efecto más inmediato y visible sobre la salud que aquellos programas que tienen un enfoque más global (Coster y Norman, 2009). Autores como Barlow *et al.* (2002) y Warsi *et al.* (2004) indican que los programas de autocuidado, donde las metas objetivas de la terapia son fáciles de entender pueden ser más eficaces que aquellos en los que los objetivos de la educación son más difíciles de definir y donde la enfermedad puede ser menos sensible a los tratamientos actuales.

Los programas de educación actuales van más allá de la mera transmisión de conocimientos y buscan la implicación y empoderamiento del paciente, a través de su participación. Se ha demostrado que los programas encaminados a la participación activa del paciente tienen un mayor efecto que la simple provisión de información (Coster y Norman, 2009).

Para que el individuo pueda participar de forma activa debe tener acceso a una información de calidad, contrastada y suficiente. En consecuencia, el profesional de la salud debe contribuir con el uso de sus habilidades comunicativas y de sus conocimientos para que el ciudadano reciba una necesaria educación sanitaria que le permita tomar mayor conciencia de su estado de salud (González Mestre, 2014).

Bodenheimer *et al.* (2002) establecieron las diferencias entre la educación tradicional ofrecida al paciente, y la que éste último desea. (Tabla 1)

Tabla 1. Diferencias entre la educación tradicional y la deseada por el paciente con enfermedad crónica.

Elementos que se enseñan	
Enseñanza tradicional: Información y habilidades técnicas acerca de la enfermedad.	Educación deseada: Habilidades acerca de cómo actuar ante el problema.
Enfrentamiento al problema	
Enseñanza tradicional: Se formulan los problemas pero se refleja el control inadecuado de la enfermedad.	Educación deseada: Los pacientes identifican los problemas, así como, sus experiencias relacionadas con la enfermedad.
Relación educación con enfermedad	
Enseñanza tradicional: Educación sobre la enfermedad de forma específica.	Educación deseada: La educación provee habilidades para solucionar problemas relevantes.
Meta a alcanzar	
Enseñanza tradicional: Obediencia con los cambios de conducta enseñados al paciente para mejorar sus resultados clínicos.	Educación deseada: Incrementada la autoeficacia para mejorar los resultados clínicos.

Fuente: Modificado de Bonal Ruiz (2012)

- Educación Individual versus Educación Grupal

Uno de los debates que se encuentran actualmente vigente es la elección entre educación individual o educación grupal.

La educación individual se basa en la comunicación interpersonal, en preguntar y escuchar e interpretar, para poder obtener una evaluación del paciente en todos los aspectos. En cambio la educación grupal favorece el intercambio de experiencias y

problemas cotidianos y ayuda a los pacientes a sentirse parte del grupo compartiendo dudas y conocimientos con otros enfermos y sus familiares. (Dalmau Llorca, García Bernal, Aguilar Martín y Palau Galindo, 2003)

En la revisión realizada por Duke et al. (2009) en la que se evaluó la eficacia de la educación individual en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se observó que no existían diferencias significativas entre aquellos participantes que recibieron el tratamiento habitual y aquellos que recibieron educación individual.

Estudios como el de Aguilera Flórez et al. (2012) indican que utilizar la educación grupal puede presentar ventajas e inconvenientes. Entre las ventajas se encuentra las inquietudes y dudas que puedan surgir a un individuo y que a otros no se le han presentado. Además, el grupo favorece la interacción entre personas en un estadio similar de enfermedad y fomenta el cambio de hábitos (Ramón-Cabot, Fernández-Trujillo, Forcada-Vega, Pera-Blanco, 2008). Entre los inconvenientes, destaca el posible aumento de la ansiedad entre las personas participantes en las sesiones grupales.

Sin embargo, Dalmau Llorca et al. (2003) establece que no hay diferencias significativas entre los dos tipos de educación, individual y grupal, y ambas mejoran el nivel de conocimientos de los participantes sobre la enfermedad. Pero es en concreto la educación grupal la que optimiza la utilización de recursos sanitarios y debe promoverse en los centros de atención primaria. Resultados similares encontraron autores como Torres *et al.* (2009) en un estudio realizado en pacientes con diabetes. Estos autores observaron que las dos estrategias del programa educativo (individual y grupal) fueron efectivas, sin embargo, la educación en grupo presentó mejores resultados de control glicérico en comparación con la individual.

Auba et al. (1997) establece que las principales dificultades de la educación grupal son, entre otras, las siguientes:

- Déficit de formación metodológica en educadores.
- Recursos humanos y materiales insuficientes.
- Definición inadecuada de los objetivos educativos.
- Asistencia variable a las diferentes sesiones por parte de los pacientes.

- Dificultades de evaluación del proceso y de los resultados.
- Insuficiente colaboración de la administración sanitaria.

Finalmente, otros autores resaltan que no tiene por qué entenderse la educación grupal e individual como elementos aislados sino que una estrategia complementa a la otra, en concreto se entiende la educación grupal como complemento de la educación individual (González Marco, Perpinya, Mir, Casellas, Melció, García, 2005).

- **Resultados obtenidos en relación a las intervenciones educativas**

La mayoría de los estudios indican una mejora significativa de la salud cuando se aplican intervenciones educativas. En una revisión llevada a cabo por Lager *et al.* (2010) en el que se analizaron 360 estudios sobre enfermedades crónicas, se observó que la intervención educativa tuvo una significación positiva en el 64% de los casos. En un 30% de estos estudios no se observó ningún efecto, y el 6% informaron de un empeoramiento en los parámetros de salud.

En cuanto a los programas llevados a cabo para el desarrollo de la figura del paciente activo destacan:

- Self-Management Program de Stanford (EE.UU.)
- Expert Patient Program (Reino Unido)
- Programa paciente experto Catalunya (España)
- Escuela de pacientes de la Junta de Andalucía (España)
- Escuela Gallega de salud para ciudadanos de la Xunta de Galicia (España)

Todas estas iniciativas han desarrollado actividades de mejora en los procesos de gestión de enfermedades crónicas (González Mestre, 2014).

Sin embargo, no siempre ocurre así. Determinadas investigaciones como la realizada por Ritsema *et al.* (2014) encontraron que la educación para la salud no fue proporcionada de forma rutinaria a los pacientes que tenían una enfermedad crónica. El porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre su enfermedad crónica osciló de 13,0% a un 42,2% dependiendo del tipo de enfermedad.

- **Limitaciones**

Una de las principales limitaciones que se observan en las intervenciones educativas es el corto periodo de seguimiento de los pacientes (entre 3 y 6 meses), siendo muy pocos aquellos que realizan un seguimiento por un periodo superior a 12 meses (Coster y Norman, 2009). Por supuesto, el aprendizaje y el manejo de las enfermedades crónicas es un proceso que consume tiempo, y se podría esperar que la duración de una intervención esté asociada con su eficacia. Sin embargo, en las revisiones realizadas, las intervenciones de mayor duración también eran de baja calidad metodológica y pocos estudios examinaban los efectos de una sesión de refuerzo (Quiñones *et al.*, 2014).

Otro problema, según Lager *et al.* (2010) es que a menudo los resultados de la educación son subestimados, principalmente por dos motivos:

- Es muy complicado que un grupo control no reciba educación por parte de los profesionales sanitarios de forma eventual, por lo que los beneficios de la intervención son difíciles de detectar.
- La educación es un proceso integrado que no se puede separar del tratamiento.

Por otro lado, un problema actual radica en la definición de las intervenciones educativas, ya que para algunos estudios la educación consiste en la mera transmisión de información, mientras que otros la consideran una intervención compleja que incluye intervenciones psicológicas tales como terapias cognitivas y conductuales (Lager *et al.*, 2010).

A parte de las limitaciones anteriores, hay que considerar el carácter crónico de la enfermedad. En general, para Bonal Ruiz (2012) las barreras percibidas para la educación a pacientes con enfermedad crónica son las siguientes:

- Barreras relacionadas con el paciente.
- Barreras relacionadas con el centro de salud.
- Barreras relacionadas con la disponibilidad de dispositivos tecnológicos.
- Barreras relacionadas con la disponibilidad de medios para un comportamiento saludable.
- Barreras relacionadas con la accesibilidad y disposición de servicios de educación al paciente con enfermedad crónica.

- **Futuras Investigaciones**

La utilización de nuevas tecnológicas debe ser considerada como medio para la educación sanitaria. Sin embargo, sería necesario enfoques más estandarizados para poder realizar comparaciones y establecer conclusiones más generales en base a ello. También resulta fundamental la definición de una metodología de investigación adaptada a este campo.

Además, es necesario que el sistema sanitario introduzca una serie de cambios: ha de inculcarse a personas y profesionales nuevos valores clínicos, económicos, políticos, humanos y tecnológicos. También hay que modificar y adaptar el sistema de gestión actual para facilitar que el rol de paciente activo se generalice (González Mestre, 2014). En definitiva, habría dos elementos esenciales para conseguir una buena atención a las enfermedades crónicas: un paciente activo e informado, y un sistema asistencial preparado y proactivo (Yáñez-Cadena, Sarría-Santamera, García-Lizana, 2006).

Bibliografía

- Aguilera Flórez, A.I., Prieto Velasco, M., González Romero, L., Abad Toral, B., Martínez Crespo, E., Robles del Rio, I. et al. (2012). Una estrategia poco utilizada en el cuidado de pacientes con enfermedad renal crónica: la educación en grupo y multidisciplinar de pacientes y sus familiares. *Enfermería Nefrológica*, 15 (1), 14-21.
- Auba, J., Altisent, R., Cabezas, C., Córdoba, R., Fernández-Tenllado, M.A., Gobierono, J., et al. (1997). Efectividad de la educación sanitaria en grupo en el marco de la atención primaria. Informe Técnico del Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48 (2), 177-187.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Kolman, H., Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primare care. *JAMA*, 288 (19), 2469-2475.
- Bonal Ruiz, R. (2012). La complejidad de la educación al paciente crónico en la Atención Primaria. *Revista Finlay*, 2 (3), 146-157.

- Córdoba García, R. (2003). Educación Sanitaria en las Enfermedades Crónicas. *Atención Primaria*, 31 (5), 315-318.
- Coster, S. y Norman, I. (2009). Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 508-528.
- Dalmau Llorca, M.R., García Bernal, G., Aguilar Martín, C., Palau Galindo, A. (2003). Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. *Atención Primaria*, 32 (01), 92-101.
- Duke, S.A., Colaguri, S., Colaguri, R. (2009). Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- González Marco, M., Perpinya, D., Mir, S., Casellas, P., Melció D., García, M.T. (2005). Efectividad de un programa de educación grupal estructurada en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería Clínica*, 15 (3), 141-146.
- González Mestre, A. (2014). La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enfermería Clínica*, 24 (1), 67-73.
- Lagger, G., Pataky, Z., Golay, A. (2010). Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Education and Counseling*, 79, 283-286.
- Midhet, F.M. y Al-Mohaimed, A. (2013). Impact of indoor education on the lifestyles of patients with chronic disease in a secondary hospital in Qassim, Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 8 (1), 44-49.
- Quiñones, A.R., Richardson, J., Freeman, M., Fu, R., O'Neil, M.E., Motu'apuaka, M. et al. (2014). Educational Group visits for the management of chronic health conditions: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 95, 3-29.
- Ramón-Cabot, J., Fernández-Trujillo, M., Forcada-Vega, C., Pera-Blanco, G. (2008). Efectividad a medio plazo de una intervención educativa grupal dirigida al cuidado de los pies en pacientes con diabetes tipo 2. *Enfermería Clínica*, 18 (6), 302-308.

- Ritsema, T.S., Bingenheimer, J.B., Scholting, P., Cawley, J.F. (2014). Differences in the delivery of health education to patients with chronic disease by provider type, 2005-2009. *Preventing Chronic Disease*, 11.
- Torres, H. de C., Franco, L.J., Stradioto, M.A., Holarte, V.A., Schall, V.T. (2009). Evaluation of a diabetes education program. *Revista de Saúde Pública*, 43 (2), 2-8.
- Warsi, A., Wang, P.S., LaValley, M.P., Avorn, J., Solomon, D.H. (2004). A systematic review and methodological critique of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 164 (15), 1641–1649.
- Yáñez-Cadena, D., Sarría-Santamera, A., García-Lizana, F. (2006). ¿Podemos mejorar el tratamiento y el control de las enfermedades crónicas?. *Atención Primaria*, 37 (4), 221-230.