

Médicos y pacientes ante la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria

Doctors and patients to the promotion of healthy lifestyles in primary care

Carlos Calderón G¹; Laura Balagué G²; Álvaro Sánchez P³; Gonzalo Grandes O⁴; Josep M. Cortada P⁵

- ¹ Doctor en Medicina, licenciado en Sociología, máster en Salud Pública, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, médico de atención primaria del Centro de Salud de Alza. Comarca Ekialde. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Coordinador de REDICS-Investén. Instituto de Salud Carlos III. Correo electrónico: ccalderong@telefonica.net , carlos.calderongomez@osakidetza.net
- ² Diplomada en Enfermería. Enfermera. Centro de Salud de Iztieta, Rentería. Comarca Ekialde. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Correo electrónico: laura.balague@gmail.com
- ³ Doctor en Psicología. Investigador asociado de la Unidad de Investigación de Atención Primaria. Subdirección de Atención Primaria. Bilbao. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Correo electrónico: Alvaro.Sanchez@osakidetza.net
- ⁴ Licenciado en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Ciencias en Epidemiología. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefe de Sección, responsable de la Unidad de Investigación de Atención Primaria. Subdirección de Atención Primaria. Bilbao. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Correo electrónico: Gonzalo.grandes@osakidetza.net
- ⁵ Licenciado en Medicina, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Atención primaria del Centro de Salud de Deusto. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Correo electrónico: Josepmaria.Cortadaplana@osakidetza.net

Recibido: 24 de julio de 2008. Aprobado: 11 de diciembre de 2008

Calderón C, Balagué L, Sánchez A, Grandes G, Cortada JM. Médicos y pacientes ante la promoción de estilos de vida saludables en Atención primaria. Rev Fac Nac Salud Pública 2009; 27(1): 56-60

Resumen

Objetivo: profundizar en las percepciones de los médicos de familia y de los pacientes acerca las actividades de promoción ante el tabaco, ejercicio, alcohol y dieta. **Metodología:** metodología cualitativa. Obtención de la información mediante dos grupos de discusión de médicos y dos de pacientes que habían participado en intervenciones previas. Como modelo de análisis se utilizó el análisis sociológico del discurso. Validada mediante triangulación entre los investigadores. **Resultados:** las actividades de promoción de la salud en AP son percibidas de modo diferente por los médicos y los pacientes en función de sus correspondientes contextos sanitarios y sociales. Dichas perspectivas y contextos

pueden representarse en torno a dos ejes: uno, de interrelación profesionales sanitarios-pacientes, y otro entre el polo de orientación más biomédica, parcelar y orientado a la enfermedad y el polo que representa las visiones más integrales y orientadas a la salud. **Conclusiones:** los resultados de la investigación permiten identificar los principales factores sanitarios y extra-sanitarios percibidos por los médicos y pacientes como condicionantes de sus comportamientos y configurar un marco interpretativo de su significado para ambos agentes en el contexto de la APS.

-----**Palabras clave:** promoción de la salud, atención primaria, investigación cualitativa.

Abstract

Objective: To deepen our knowledge of family physician's and patients perceptions of the promotion activities for health behaviors in smoking, exercise, diet and alcohol consumption. **Methodology:** Qualitative methodology. Information was obtained by conducting two discussion groups with physicians and two with patients who had previously participated in some interventions. Data were analyzed using the sociological discourse model. Validation was carried out by triangulation among researchers. **Results:** Health promotion activities are differently perceived by doctors and patients depending on their health services and social contexts. These perspectives and contexts can be graphically represented

around two axes: the first one interrelates doctors and patients, and the second one between a biomedical and disease oriented pole, and another pole representing a more integral and health oriented vision of promotion. **Conclusions:** The obtained results allow us to identify the main health and non-health related factors perceived by doctors and patients as influencing their behaviors. The data will also allow for the construction of a framework in which to interpret the meaning of the promotion activities within the relationship of both agents in the context of the Primary Health Care.

-----**Key words:** health promotion, primary health care, qualitative research.

Introducción

La trascendencia de los hábitos y modos de vida en la salud de la población^{1,2} y las posibilidades que presenta la Atención Primaria de Salud (APS), como ámbito de intervención justifican el estudio de los factores que condicionan su efectividad³. La presente investigación se corresponde con la segunda fase del Proyecto de Investigación Comisionada “Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en APS”²⁴ llevado a cabo desde la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (UIAP). El objetivo principal fue profundizar en el conocimiento de las percepciones de médicos de familia y pacientes acerca de la promoción de estilos de vida saludables en APS. En este sentido, se consideró la metodología cualitativa como idónea, habida cuenta de su utilidad en el campo de la promoción y prevención (PPS) tanto en el debate teórico sobre su diseño y evaluación en general,^{5,6} como en relación con las intervenciones concretas en tabaco,^{7,8} dieta,^{9,10} ejercicio^{11,12} y alcohol^{13,14}.

Materiales y métodos

Se partió de dos experiencias previas en las que habían participado médicos de APS y pacientes en sendos proyectos ejecutados por la UIAP en Bizkaia: la evaluación de la efectividad del Programa de Abandono de Tabaco (PAT) en 1996¹⁵, y el Programa Experimental de Promoción de la Actividad Física (PEPAF) en los años 2003-2004¹⁶.

Desde una metodología cualitativa¹⁷ y con un propósito exploratorio¹⁸, se optó por la técnica de grupos de discusión¹⁹ para la obtención de información. Se convocaron dos grupos de médicos y dos de pacientes, mediante contacto telefónico con los médicos participantes en los proyectos PAT y PEPAF. Accedieron a participar cinco de los nueve médicos del primero y ocho de los nueve del segundo. En el caso de los pacientes, recibieron una carta firmada por su médico y redactada de acuerdo con el equipo investigador, en la que se explicaba el objetivo del estudio y se les invitaba a colaborar, subrayando la independencia del estudio respecto a su vinculación asistencial y la garantía de confidencialidad. Finalmente, en uno de los dos grupos participaron nueve pacientes que habían cambiado sus hábitos (5 del PAT y 4 del PEPAF), y en el segundo seis pacientes que no lo habían hecho (3 del PAT y 3 del PEPAF), todos ellos adultos de entre 45 y 80 años. Los grupos se reunieron durante los meses de octubre y noviembre de 2006 en los locales de la UIAP en Bilbao. Se insistió sobre la confidencialidad de la información y se solicitó autorización para su grabación. El análisis se llevó a cabo a partir de las transcripciones y las notas de campo, conforme al modelo de análisis sociológico del discurso^{20,21} y como

procedimiento de validación se utilizó la triangulación entre los investigadores²².

Resultados

La organización de los resultados se ha ejecutado a partir de las principales categorías que surgieron del análisis de los textos, con el referente permanente de los objetivos de la investigación. Las limitaciones de espacio del presente resumen impiden la inclusión de los segmentos textuales procedentes de los grupos, los cuales pueden ser consultados en el informe completo⁴. En las figuras 1 y 2 se exponen los principales hallazgos e interrelaciones correspondientes a los médicos y a los pacientes.

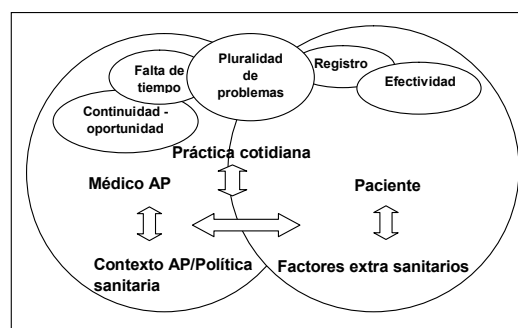


Figura 1. La perspectiva de los médicos ante la promoción de hábitos saludables en APS

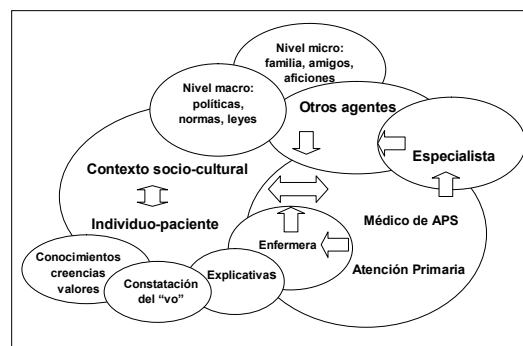


Figura 2. La perspectiva de los médicos ante la promoción de hábitos saludables en APS

1. Los médicos y la PPS

1.1. Práctica cotidiana de la PPS ↔ Relación médico-paciente

La práctica de las actividades de PPS se vincula al tipo de *relación singular entre médicos y pacientes* que tiene lugar en el trabajo cotidiano en APS. Se trata de una relación *iniciada por lo general por estos últimos y*

motivada por una *pluralidad de problemas* entre los que la promoción de hábitos saludables no se presenta como prioritaria. En este contexto, el *conocimiento individual* derivado de una *atención continuada*, la necesidad de contar con *tiempos específicos para cada tipo de actividad*, o la conveniencia de la *oportunidad* en cuanto al momento y circunstancias constituyen factores a los que se concede especial importancia.

1.2. Práctica cotidiana de la PPS ↔ Factores extra-sanitarios

Ante los numerosos problemas de salud planteados por los pacientes, las intervenciones en PPS se perciben especialmente laboriosas en cuanto que no pueden reducirse a la prescripción de una “receta” más, y por otra parte, su efectividad resulta incierta, ya que se entienden como hábitos condicionados por factores ajenos al propio profesional.

La influencia de los *factores extra-sanitarios* se considera creciente y vinculada a cambios en los contextos socio-culturales que, a su vez, intervienen, modificando el perfil de la demanda. En consecuencia, se reivindica por un lado el *reconocimiento del trabajo* invertido en PPS, y por otro se reclaman *cambios externos* que den coherencia a los mensajes emitidos y favorezcan una labor percibida antes como, *contra corriente*.

En este sentido, se advierte la necesidad de *readecuación de expectativas y metas*, asumiéndose el carácter parcial de las intervenciones en PPS desde la APS, lo cual redundaría en una menor frustración y en una mejor correspondencia entre esfuerzos y objetivos. Y por otro lado, el acento se pone en algunos casos en la *selección de aquellas actividades factibles y de efectividad probada*, mientras que en otros, se parte de considerar las actividades de PPS como *intrínsecas a la propia APS* y por tanto en cierta medida incuestionables.

1.3. Práctica cotidiana de la PPS ↔ Contexto sanitario de la APS

El contexto sanitario adquiere un *protagonismo pre-dominante* en las valoraciones de los médicos. Las referencias al *exceso de demanda* y a la *carencia de tiempo* son numerosas, como también lo son las que subrayan las diferencias en relación con cada *tipo de actividad* y a la *difícil evaluación de su efectividad*. El peso mayor de las valoraciones respecto del marco sanitario se sitúa principalmente en el *soporte informático* vigente y sus repercusiones en la evaluación de los profesionales. El sentido de las mismas es predominantemente *crítico*. En algún caso se reconoce su utilidad como recordatorio, pero en general se percibe como un recurso que puede llegar a desvirtuar el contenido de las propias actividades de PPS al considerarse

el registro como un fin en lugar de cómo un medio por parte de la gestión.

Finalmente, y en lo que respecta a la *formación*, se remarcan determinadas *áreas concretas* como objeto de posibles acciones formativas, y se relativiza el papel de la formación como tal, en comparación con el peso de las *actitudes de los profesionales*. Actitudes variables en el seno del colectivo y que en el caso de los participantes se acompañan de un cierto pesimismo cara al futuro.

2. Los pacientes y la PPS

2.1. Los individuos-pacientes ↔ la PPS

Desde la perspectiva de los pacientes los factores y las actividades relacionadas con los hábitos no saludables y saludables, se sitúan en un campo muy amplio que sobrepasa el referente parcial de la APS. Los participantes son conscientes de la influencia de elementos que operan en un nivel *macro-social*, como las leyes, las modas, costumbres y pautas de comportamiento relacionadas con las peculiaridades socio-culturales de cada época y de cada generación. El efecto de dichos factores no es unidireccional, sino que paradójicamente puede ocasionar reacciones de rechazo que vendrían a reforzar los propios argumentos para resistirse al cambio. En dicho marco socio-cultural, el nivel *micro-social* configurado por las redes de amigos, familia, trabajo, aficiones, y también roles de género, adquiere especial importancia. El *ámbito de lo sanitario* se reconoce también como importante, pero en este caso, la motivación para el cambio no parece sustentarse tanto en el enfoque positivo de promoción de la salud, como en el *temor a la enfermedad y a la muerte* vivido como algo más cercano y concreto. Por dicha razón llama la atención el papel determinante que en algunos casos juega el *médico especialista* o las experiencias vinculadas a *amigos o familiares*. El *ejemplo de lo cercano* también puede cobrar importancia al respecto. Pero en todos los casos llama la atención la presencia de una *constatación del “yo”* donde cobra especial importancia la *auto-percepción*, tanto de la necesidad de cambio como de los efectos de los resultados (en ocasiones contradictorios) desde las propias coordenadas de *conocimientos, creencias y valores*.

2.2. Los pacientes ↔ El médico de familia-APS-la PPS

El referente del médico de familia está presente en el entramado de factores relacionados con el cambio de hábitos, pero en una posición particular. Al médico se le reconoce la función y la *autoridad moral* para aconsejar, pero como *complementaria* respecto de lo que se espera de él como proveedor de atención sanitaria. La mayor *cercanía y confianza* percibida le sitúa en una

posición ventajosa en las labores de promoción, pero a su vez se espera una mayor comprensión cuando el paciente continúa sin modificar sus hábitos y también se reclaman determinadas condiciones en cuanto al *contenido*, la *forma*, y la *oportunidad* de la información.

En relación con las *circunstancias* en las cuales los médicos de APS desarrollan su trabajo los pacientes confirman la importancia del contexto: *mucha demanda*, *poco tiempo*, y *diversidad de tareas*, que difícilmente resulta compatible con la dedicación que requeriría la labor de promoción. A los *profesionales de enfermería* se les identifica asimismo como agentes en este campo, aunque se advierte una notable variedad de situaciones, así como una falta de claridad respecto de sus funciones.

Discusión y conclusiones

Los resultados analizados aportan elementos cuyo interés trasciende el ámbito de los centros de salud, la procedencia de los médicos y de los pacientes participantes. Tal y como se representa de modo esquemático en la figura 3, las actividades de promoción de la salud en APS se asientan en un *eje de interrelación médicos de APS -pacientes* que conlleva determinadas particularidades, como la continuidad en el tiempo, su pluralidad de contenidos (asistencia, consejo, acompañamiento, entre otros) y sus condicionamientos sociales y sanitarios. De éstos, los primeros intervendrían de forma más directa sobre los pacientes, tanto en el nivel general como en el más cotidiano, mientras que en el caso de los médicos, el tipo de organización de los servicios actúa de modo más cercano y determinante. La diversidad de vectores que intervienen en cada uno de los ámbitos conlleva la imposibilidad de concebir cualquier tipo de diseño de actividades en PPS al margen del referente social y del contexto sanitario concreto.

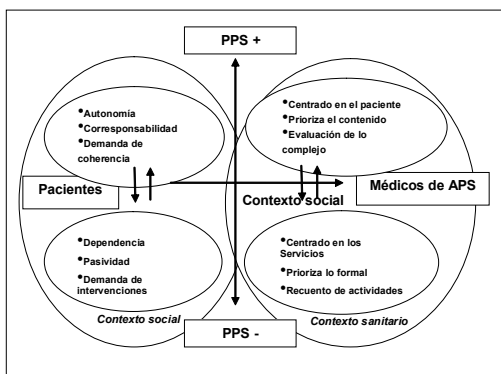


Figura 3. Médicos y pacientes ante la promoción de hábitos saludables en APS: ejes de interrelación

De modo supuesto, podría establecerse un *segundo eje referido específicamente a dichas actividades en PPS*, perpendicular al anterior y que se movería entre dos

polos de referencia que se han identificado como PPS + y PPS -. Estos polos representan el sentido de las tendencias presentes en los discursos de los pacientes y de los médicos en función de cómo, por qué y para qué se perciben los cambios en los hábitos considerados como no saludables (tabaco, sedentarismo, alcohol y sobrepeso). El polo inferior apuntaría a concepciones de la PPS más biomédicas, parcelares y más próximas a la enfermedad, mientras que el polo superior lo haría hacia visiones más integrales y orientadas hacia la salud.

Aún subrayando el comportamiento a modo de *continuum* que tiene lugar en la realidad entre los cuatro campos resultantes del cruce de ambas dimensiones; en *la vertiente orientada hacia los pacientes* podríamos situar los perfiles que caracterizarían las tendencias positivas y negativas en el ámbito de la PPS. La mayor dependencia y pasividad en las respuestas, junto con actitudes de demanda de intervenciones y controles crecientes desde el exterior, contrastarían con posicionamientos de mayor autonomía y corresponsabilidad, y con reivindicaciones de mayor coherencia en las políticas y mensajes relacionados con la PPS. En *la vertiente de lo sanitario*, los perfiles más negativos centrarían sus actividades en los requerimientos de los propios servicios, en la formalidad de las apariencias y por lo tanto, en evaluaciones basadas principalmente en el recuento de actividades. Por el contrario, la centralidad del paciente, la importancia de los contenidos, y la necesidad de diseñar instrumentos evaluadores que se correspondan con la complejidad de las prácticas en PPS, configurarían algunas de las características de orientación positiva.

En general dichos perfiles no convergen de modo uniforme y estático en la realidad de los individuos, sean éstos pacientes o profesionales de la salud, sino que en cada caso variará el peso y la orientación de cada componente. De ahí la importancia de los diferentes factores que, tal y como se analizó en el apartado anterior, intervienen en uno u otro sentido, y que en cada caso habrían de dar lugar a medidas de apoyo o de rectificación. La función del marco-resumen propuesto no sería por lo tanto la de reemplazar la necesaria implementación de dichas medidas, instrumentos y modelos concretos, sino en todo caso la de contribuir a reclamarles sentido y efectividad acordes con las peculiaridades concretas de nuestra APS.

Reconocimientos

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a los pacientes y a los médicos de APS que participaron voluntariamente en el estudio, así como a las Instituciones que contribuyeron en su financiación (Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (Exp: 2005/09), Instituto de Salud Car-

los III del Ministerio de Sanidad en co-financiación por los fondos FEDER de la Unión Europea (RETICS G03/170 y RD06/0018/0018).

Referencias

- 1 World Health Organization. The World Health Report. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.
- 2 National Institute of Public Health and National Food Administration. Background material to the action plan for healthy dietary habits and increased physical activity. Uppsala. Sweden: National Food Administration; 2005.
- 3 Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am J Prev Med* 2004; 27(2 Suppl):61-79.
- 4 Grandes G, Sánchez A, Cortada JM, Calderón C, Balagué L, Millán E *et al*. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en Atención Primaria de Salud. Bilbao: Unidad de Investigación de Atención Primaria, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 2008.
- 5 Gendron S. Transformative alliance between qualitative and quantitative approaches in health promotion research. *WHO Reg Publ Eur Ser* 2001;(92):107-121.
- 6 Rimer BK, Glanz DK, Rasband G. Searching for evidence about health education and health behavior interventions. *Health Educ Behav* 2001; 28(2):231-248.
- 7 Coleman T, Wynn AT, Stevenson K, Cheater F. Qualitative study of pilot payment aimed at increasing general practitioners' antismoking advice to smokers. *BMJ* 2001; 323(7310):432-435.
- 8 McLeod D, Cornford E, Pullon S, de Silva K, Simpson C. Can Quit Practice: a comprehensive smoking cessation programme for the general practice team. *N Z Med J* 2005; 118(1213):U1415.
- 9 Brown I, Thompson J, Tod A, Jones G. Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *Br J Gen Pract* 2006; 56(530):666-672.
- 10 Falk LW, Sobal J, Bisogni CA, Connors M, Devine CM. Managing healthy eating: definitions, classifications, and strategies. *Health Educ Behav* 2001; 28(4):425-439.
- 11 Wormald H, Waters H, Sleaf M, Ingle L. Participants' perceptions of a lifestyle approach to promoting physical activity: targeting deprived communities in Kingston-upon-Hull. *BMC Public Health* 2006; 6:202.
- 12 Ribera AP, McKenna J, Riddoch C. Physical activity promotion in general practices of Barcelona: a case study. *Health Educ Res* 2006; 21(4):538-548.
- 13 Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study. *Prev Med* 2004; 38(4):473-478.
- 14 Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *J Adv Nurs* 2002; 39(4):333-342.
- 15 Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br J Gen Pract* 2000; 50(459):803-807.
- 16 Grandes G, Sanchez A, Torcal J, Ortega Sanchez-Pinilla R, Lizarraga K, Serra J. Protocolo para la evaluación multicéntrica del Programa Experimental de Promoción de la Actividad Física (PEPAF). *Aten Primaria* 2003; 32(8):475-480.
- 17 Fernández de Sanmamed MJ, Calderón C. Investigación Cualitativa en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier, 2003: 224-249.
- 18 Marshall C, Rossman GB. *Designing qualitative research*. 3rd ed. Thousand Oaks CA: Sage; 1999.
- 19 Callejo J. *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel; 2001.
- 20 Alonso LE. *La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa*. Madrid: Editorial Fundamentos; 1998.
- 21 Conde F. El análisis de la información en la investigación cualitativa. En: Calderón C, Conde F, Fernández de Sanmamed MJ, Monistrol O. *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Máster de Investigación en Atención Primaria. Barcelona: semFyc, UAB, Fundación Dr. Robert; 2003.
- 22 Morse JM, Barret M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *IJQM* 2002; 1(2). Disponible en: <http://www.ualberta.ca/ijqm>.