

ANEXO

HERRAMIENTAS COMUNICACIONALES Y GESTIÓN DE HÁBITOS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

CARLOS GALARZA, FEDERICO SOMOZA, CINTHIA CORAL CRISTALDO, ALTAGRACIA MEJÍA TERRERO,
 JOSÉ JAVIER ARANGO ÁLVAREZ, KAREN ELIZABETH CÁRCAMO DE VILLATORO,
 OMAR CASTILLO FERNÁNDEZ, RAQUEL MONTEGHIRFO

En relación a la implementación de los cambios en el estilo de vida, los médicos cuentan con distintas estrategias comunicacionales que pueden tener alcance en los pacientes y la comunidad para obtener cambios positivos en la calidad de vida, mejoría de la salud y prevención de enfermedades¹.

El primer paso para lograr una comunicación efectiva entre médico y paciente, se logra posicionando e identificando al profesional sanitario como un consejero ante las propias decisiones del paciente, siendo una guía en cada paso de su avance. Un concepto fundamental es reconocer y aceptar que los cambios suelen ser graduales y deben ser individualizados, tal como es la terapia farmacológica, e involucra análisis, intervención y ciclo de mejora hasta conseguir los objetivos propuestos de forma consensuada con el paciente².

Por otra parte, sostener los tratamientos a largo plazo (sean cambios de estilo de vida o farmacológicos) requieren de cambios organizacionales (como facilitar un seguimiento, armar equipos multidisciplinarios) y la utilización de estrategias de comunicación que acompañen a la breve consulta, incluyendo el uso de redes sociales y los avances tecnológicos disponibles^{3, 4}.

Dado que el escenario de estos cambios es la vida cotidiana, resulta fundamental, que las personas adquieran capacidades de autogestión de la salud en el día a día, donde los diferentes contextos, momentos y relaciones sociales adquieren relevancia, como señala la estrategia propuesta por la WHO conocida como *Life Course Approach*^{5, 6}.

¿Cómo llegar a la vida cotidiana de los pacientes?

Se disponen de diversos métodos según el nivel de intervención, que se describen a continuación:

A. Intervenciones en el momento de la consulta, en donde se aborden diversos temas de salud relacionados a las rutinas de cada día.

B. Intervenciones que prolongan aspectos de la consulta hacia la vida cotidiana utilizando medios de comunicación y contenidos seleccionados para ese paciente.

C. Difusión y comunicación a nivel Comunitario, desde la institución de salud, sociedades científicas, ministerios, etc.

A. Intervenciones en el momento de la Consulta

Si bien el tiempo es limitado, este encuentro tiene una gran importancia no solo en la terapéutica y en las modificaciones del estilo de vida, sino también en el vínculo que se establece como primer paso hacia una comunicación efectiva. El encuentro cara a cara permite adecuar la comunicación de acuerdo con las respuestas del paciente verbales o no verbales. Aquí adquiere una gran importancia la confianza y el conocimiento amplio que se logra cuando hay un vínculo sostenido, que facilita al médico de cabecera el desarrollo de puentes entre los conocimientos científicos y el lenguaje del paciente, en palabras comprensibles que favorezcan los cambios e identificación de barreras en la implementación de los mismos.

El desafío es lograr que el paciente reciba la información adecuada y comprenda la importancia y el impacto de las recomendaciones y pueda incluirlas en su diario vivir. Durante el año, el paciente estará solamente en la consulta 30 o 120 minutos de acuerdo al caso, pero el tiempo restante estará en su vida cotidiana.

Antes de recomendar estrategias debemos conocer al paciente:

- Su biografía, en qué trabaja, ambas relacionadas a cómo gestiona su vida y su salud.
- La confianza que tiene en lograr cambios.
- Qué conoce y qué habilidades tiene en relación a lo que se quiere lograr.
- Cuál es su perspectiva del cambio planteado.

En qué etapa está en relación con su condición:

¿recién se enteró de la necesidad de cambiar, o hace tiempo viene con este problema? En el primer caso son atinadas las explicaciones sobre lo que le está sucediendo; en el segundo, un inventario de lo que ya hizo, lo que logró y las barreras y oportunidades.

Estos datos son parte del diagnóstico educacional y favorecen la precisión al momento de implementar modificaciones y lograr un puente entre los conocimientos científicos y las redes conceptuales y capacidades de las personas. Se pueden considerar como puntos “*target*”, puntos “palancas”; por ejemplo, si el paciente sabe cocinar, es más fácil que logre recetas con menos sal, grasas o calorías^{7,8}.

El conocer al paciente permite utilizar una mejor comunicación, incluso más allá de la explicativa y descriptiva. Por ejemplo, usar metáforas que permitan conectar por la semejanza lo nuevo con lo que ya ha adquirido la persona, estableciendo puntos en común que permitan la comprensión del paciente⁹⁻¹¹.

Tener en cuenta que pueden existir diferencias sustanciales sobre la necesidad del cuidado de la salud en cada individuo, no existiendo una respuesta única sobre por qué y para qué cuidar su salud y adherir a un posible tratamiento. Por ejemplo, ante un mismo objetivo, que un paciente reduzca la sal en sus comidas, pueden haber distintos escenarios: a) una paciente de 75 años que menciona reducir la ingesta de sal para evitar molestar a sus hijos en el futuro (esto es lo que imagina sucederá si tiene un ACV); b): otro paciente, varón de 40 años, que acepta la dieta hiposódica pero pregunta: “¿siempre tengo que comer sin sal?”, le preocupa sentirse diferente en cenas o eventos sociales, existiendo numerosos escenarios, de ahí la importancia de individualizar las recomendaciones⁷.

Es importante simplificar la prescripción ya que la mayor parte de la carga de los cuidados crónicos es la insatisfacción que provoca alterar las rutinas que llamamos hábitos. La gran oportunidad de los cambios de hábitos es que pueden influir en varios factores de riesgo al mismo tiempo logrando un gran impacto si se implementan desde edades tempranas⁶. Es de utilidad elegir una modificación, por ejemplo, aumentar el consumo de vegetales en la dieta, que sería indicado para un conjunto de alteraciones^{12,13}.

Para evaluar tanto **la factibilidad, como las barreras y oportunidades**, se requiere realizar un análisis luego del diálogo que permita identificar la realidad del consultante. Si, por ejemplo, el obstáculo para alimentarse

saludablemente es el poco tiempo disponible, se pueden desarrollar estrategias que permita cocinar fácilmente o adquirir alimentos saludables para ello^{7,14,15}.

Se requiere también al evaluar la posibilidad de realizar una modificación en el estilo de vida, **la autoconfianza** que tiene la persona en poder lograr un objetivo. En esto se focaliza la teoría del aprendizaje social propuesta por Alberto Bandura y es ampliamente usada en la educación para la salud por Kate Lorig. La *self efficacy* es uno de los parámetros que más tienen una relación prospectiva con los resultados, además de evitar la frustración de indicarle a un paciente algo que no puede hacer. Si hay muchos cambios que solicitar, señalan otros teóricos, superar la tentación de iniciar con lo más importante y comenzar por lo más factible. Por ejemplo, en un encuentro con una persona con exceso de peso, que tiene síndrome metabólico, es natural querer que baje de peso, pero quizás es más fácil pedirle que se mueva y esté entrenado primero, aunque no baje de peso en un primer momento^{17, 18}.

En líneas generales, es recomendable **hacer un plan y desarrollarlo por pasos** en sucesivas consultas, como un proceso dentro de un programa que llevará seguramente varios encuentros. El hablar de las rutinas cotidianas, habilita naturalmente a romper las asimetrías médico-paciente, por ejemplo, al hablar de alimentación y cambios dietarios, dejar que los pacientes que han adquirido conocimientos y habilidades en el manejo de su condición, puedan comentar aquello que han aprendido, produciéndose en la práctica el “empoderamiento” del paciente.

Se debe tener en cuenta que las sucesivas consultas, incluso los chequeos periódicos son oportunidades para evaluar el proceso, ver los avances, realizando refuerzos positivos. También será necesario evaluar y tener en parte tolerancia ante los fracasos, en donde según J. Prochaska, el cambio es un proceso que incluye la posibilidad de caerse y volver a empezar, en donde además de concebirlo, se deberá experimentar y consolidar¹⁹.

Hay un conjunto sedimentado de conceptos y evidencias que sugieren que ciertas aproximaciones pueden ser más exitosas a la hora de favorecer la adopción de cambios de hábitos. Si bien, **no hay una teoría única**, el estudio del comportamiento y sus cambios provienen de la filosofía, de las escuelas pedagógicas, psicológicas, de las innovaciones en las empresas, incluso de la economía del comportamiento entre otras. El PRECEDE-PROCEED originado en el CDC, propone que, en base a un diagnóstico situacional, utilizar la mejor teoría para el problema planteado. Este es uno de los modelos de educación y promoción de la salud más utilizado. Es un encuadre sistémico, amplio, de los diversos determinantes de la salud. Algunos de los conceptos mencionados precedentemente provienen de la experiencia en su uso^{7,20}. En un

ensayo clínico, **comparando el efecto de dos modelos de comunicación**, en pacientes con hipertensión arterial, uno en donde se supone que la gente no sabe, y basta que se le enseñe (asumiendo un *To know to do*) cómo usualmente se propone y otro ajustando la comunicación a la medida, siguiendo los lineamientos mencionados arriba, privilegiando lo ya hecho por las personas, sus conocimientos y habilidades y su posibilidad de mejorar puntualmente su automanejo. Partiendo de un basal de 40%, el control de la presión arterial se incrementó en el segundo grupo, 40 y 70% respectivamente, sin cambiar la medicación; observándose resultados similares al trabajar con los médicos de cabecera e implementar cambios organizacionales^{16, 21}.

B. La consulta extendida a la vida cotidiana utilizando los medios de comunicación

La consulta naturalmente se extiende y se acerca a la vida cotidiana, a las rutinas, las decisiones, e incertidumbres. Esto puede incrementarse y ser más efectivo aún si se desarrollan algunos contenidos educativos que la acompañen y se los coloca en un soporte adecuado (página Web, un grupo de WhatsApp, las redes sociales, incluso Instagram puede permitir organizar contenidos como en una biblioteca).

Los contenidos tienen que ser puntuales, siempre motivar, pueden focalizar en conductas principales que se quieren lograr o ser un ayuda memoria. El efecto se completa cuando el paciente (enseña) siente que tiene una novedad para contar a su familia, vecinos, etc. y luego se profundiza en el cómo hacerlo^{22,23}.

C. Comunicación con la comunidad

Con un cambio del paradigma de curar enfermedades por el de promover la salud es deseable que esta información llegue a todos los niveles posibles, enfatizando en cambios de los contenidos educativos de nivel inicial, primaria y secundaria, enfocando coordinada y proactivamente las recomendaciones para adquirir hábitos saludables, con acciones y contenidos fáciles de comprender y de aplicar, que generen cambios desde edades tempranas.

D. Criterios de calidad de comunicación en salud

Desde las primeras iniciativas, el concepto de calidad se ha ido complejizando^{22, 24}. Cuando se comienza a diseñar un contenido se debe evaluar cuál será su alcance. Hay un nivel basal que es el **informativo**; un nivel de **comunicación** cuando se segmentan audiencias y el contenido concuerda.

1. El primer paso. Definir las audiencias ¿A quién/ quiénes va dirigido el mensaje?

A) **A la persona que consulta:** va a acompañar un acto profesional, una consulta como material de “refuerzo” que será entregado por el profesional interviniente.

B) **A la comunidad:** va a ser leída en cualquier momento por quien sea.

Evaluar si será dirigido a personas que están confrontando por primera vez con el tema, o al que ya está conviviendo o ha iniciado los primeros pasos en ello. Conoce/no sabe, se cuida/no se cuida, tiene miedo/no, tiene habilidades/no. Además de edad, género, tener a cargo niños, adultos, etc.⁷.

Si no se definen claramente las audiencias, se estarán comunicando solo generalidades que serán de poca utilidad para las personas²².

2. Pensar una idea para muchas plataformas que llegan a la vida cotidiana.

Inicialmente se desarrolla un concepto principal y luego en una comunicación que va a ser producida según las características de uso de cada plataforma. Se tienen aquí en cuenta los contextos de uso (ya no alcanza la idea Emisor, Mensaje, Receptor).

3. Diseñar los enunciados siguiendo criterios de calidad

En el diseño de un enunciado hay diversas consideraciones:

- **Estructuración de la comunicación y concepto de pirámide invertida: Lo más importante es que las conclusiones irán al inicio.** Es un recurso que se origina en la comunicación operativa en condiciones de guerra (se podía cortar la comunicación en cualquier momento y primero entonces se habla de lo esencial, lo más importante). Esto contrasta con un **enunciado científico**, que típicamente, se estructura distinto, (introducción, material y métodos, resultados y conclusiones).

- **Facilidad de lectura y comprensión, o health literacy.** El lenguaje específico de cada disciplina es una barrera tradicional a esta intención, siendo generalmente el primer obstáculo en la comunicación. Esto convive con una adecuada **exactitud**, (lenguaje inequívoco, explicitación del contexto de uso y limitaciones), la **tonalidad**. Usar ejemplos, anécdotas o situaciones concretas permite una mayor comprensión. Al incluir la voz de las personas, en forma de preguntas, testimonios, el discurso se hace **polifónico**²⁵.

- **El título** establece claramente el objetivo del mensaje, circunscribe el tema.

- **Los subtítulos** son un recurso imprescindible para sostener la atención y establecen nuevas “puertas de entrada”.

Otros criterios de calidad: Agrupación de conceptos similares, evitar negaciones y dobles negaciones, explicitar quién está comunicando, fechar, citar fuentes correctamente y evitar la copia^{22,25,26}.

4. El lenguaje visual y su integración conceptual

El lenguaje visual aporta por sí mismo, color, vitalidad, arte y comunica de manera tácita el valor de la salud, la vida, para la institución o el servicio que elabora la comunicación; aporta estructura al texto, a los modos de lectura, potencia el sentido, favorece la identificación^{25,26}.

5. Redes sociales: generan posibilidades de nuevos canales de comunicación.

La mayoría de los conceptos de la buena comunicación están vigentes, aunque subordinados al efecto que van a producir. **La importancia de la interacción** a través de preguntas, encuestas, reacciones y otros recursos.

6. ¿Cómo llevar a cabo estas prácticas?

No hay un solo camino, y siempre hacer es mejor que no hacer. Es de utilidad conformar equipos interdisciplinarios en instituciones con la función de mediador entre profesionales de la salud interesados, comunicadores, diseñadores audiovisuales con experiencia docente y comprometidos con la promoción de la salud.

Se pueden utilizar además **sitios de información médica para la comunidad, que contengan contenidos de calidad y con información confiable adecuada para el paciente**. Ejemplo de sitios con actualización permanente son Medline Plus, Clínica Mayo, CDC y Aprender Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires²³. Incluir en los equipos, médicos jóvenes que estén familiarizados con los nuevos modos de comunicación social, permite transitar más rápido las oportunidades de la comunicación centrada en la salud y el bienestar de las personas.

Bibliografía

- Somoza F, Galarza C. Gestión de la interfase entre pacientes y sistema de salud. 22nd International Conference on Integrated Care, 2022. En: <https://www.ijic.org/158/volume/22/issue/S1>; consultado septiembre 2022.
- Ripple JM. Lifestyle strategies for risk factor reduction, prevention and treatment of cardiovascular disease. *Am J Lifestyle Med* 2019; 13: 204-12.
- Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Organización Mundial de la salud. En: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>; consultado septiembre 2022.
- Galarza CR. Adherencia e intensificación del tratamiento. En: Hipertensión Arterial. Epidemiología Fisiopatología Diagnóstico y Terapéutica. SAHA 2012. En: <https://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.100.pdf>; consultado septiembre 2022.
- WHO. The life-course approach: from theory to practice. Case stories from two small countries in Europe. En: <https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=a4904c0ec34de23fd&q=https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1353953/retrieve&sa=U&ved=2ahUKEwjajrClrYj8AhWEq5UCHSvwBG0QFnoECAIQAQ&usg=AOvVaw1czUatNDsI81jXIOov8y-I>; consultado septiembre 2022.
- Olsen MH, Angell SY, Asma S, et al. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: The Lancet Commission on hypertension. *Lancet* 2016; 388: 2665-712.
- Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach. (4th ed.) New York: McGraw-Hill, 2005. En: <https://ctb.ku.edu/en/table-contents/overview/other-models-promoting-community-health-and-development/preceder-proceeder/main>; consultado septiembre 2022.
- Porter CM. Revisiting Precede-Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion. *Health Educ J* 2016; 75: 753-64.
- Oliveras E. La metáfora en el arte. Fundamentos y manifestaciones en el siglo XXI. Buenos Aires: Paidós, 2021.
- Lakoff G, Johnson M. *Metaphors We Live By*. Chicago University Press, 1980.
- Burbules NC, Callister TA. Educación: Riesgos y promesas de las nuevas tecnologías de la información España: Granica Editorial, 2001.
- Lloyd-Jones DM, Allen NB, Anderson CAM, et al. Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory from the American Heart Association Donald M. *Circulation* 2022; 146: e18-e43.
- Somoza F, Galarza C. Respuestas actuales a los desafíos de la comunicación para la salud. *International J Integrated Care* 2022; 22: 181.
- Sagner M, Egger G, Binins A, Rossner, S. Lifestyle Medicine. Managing Disease of lifestyle in the XXI century. Elsevier, 2017.
- Galarza C, Cuffaro P, Rada M, Janson J. La Educación en el tratamiento. En: Hipertensión Arterial. Epidemiología Fisiopatología Diagnóstico y Terapéutica. SAHA 2012. En: <https://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.101.pdf>; consultado septiembre 2022.
- Figar S, Galarza C, Petrlik E, et al. Effect of education on blood pressure control in elderly persons: a randomized controlled trial. *Am J Hypertens* 2006; 19: 737-43.
- Ritter PL, Lorig K. The English and Spanish Self-Efficacy to Manage Chronic Disease Scale measures were validated using multiple studies. *J Clin Epidemiol* 2014; 67: 1265-73.
- Galarza C, Figar S, Janson J, et al. Lower mortality rate among hypertensive patients with high self efficacy. Conference paper. 18th Scientific Meeting of the European Society-of-Hypertension. *J Hypert* 2008; 26.
- Cibanal Juan L, Arce Sanchez MC, Carballal Balsa MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Elsevier Barcelona, 2014.
- Lally P, van Jaarsveld CHM, Potts HWW, Wardle J. How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *Eur J Soc Psychol* 2010; 40: 998-1009.
- Figar S, Waisman G, De Quiros FG, et al. Narrowing the gap in hypertension: effectiveness of a complex antihypertensive program in the elderly. *Dis Manag* 2004; 7: 235-43.
- Galarza C, Cuffaro P, Luna D, et al. Calidad de comunicación para una mejor salud. Oportunidad y desafío de la World Wide Web. *Revista Nexa* 2003; 23: 8-13.
- Programa Aprender Salud, Hospital Italiano de Bs. As. Contenidos educativos para la comunidad sobre diferentes temáticas relacionadas con la salud, el bienestar y la continuidad de los cuidados. En: <https://www.hos>

- pitalitaliano.org.ar/#!/home/aprender/salud*; consultado octubre 2022.
24. Fahy E, Hardikar R, Fox A, Mackay S. Quality of patient health information on the Internet: reviewing a complex and evolving landscape. *Australas Med J* 2014; 31: 24-8.
 25. The Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) and User's Guide. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. En: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications2/files/pemat_guide_0.pdf; consultado octubre 2022.
 26. Guía PEMAT para evaluación de contenidos educativos para el paciente y su familia en formatos escrito o audiovisual. En: <https://www1.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/aprender/noticia/159182>; consultado octubre 2022