
Diabetes: Epidemia en Ascenso

- ✓ Educación nutricional en comunidades en riesgo.
- ✓ ¿Cómo facilitar la adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas?

Educación Nutricional en Comunidades en Riesgo

Lic. Marta Hurtado P.

Instituto de Biomedicina. Universidad Central de Venezuela.

E-mail: martahurtadopp@yahoo.com

El Instituto de Biomedicina desde sus inicios, desarrolla Programas para el Control de Enfermedades Endémicas en diferentes regiones del país, a fin de dar respuesta a problemas de salud que se presentan en algunas zonas consideradas de alto riesgo biomédico, nutricional y socio-ambiental. Para ello, ha integrado un equipo de trabajo transdisciplinario, donde confluyen indispensables aportes de diferentes disciplinas de la salud en la evaluación, diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de los problemas identificados, propiciando simultáneamente la participación activa de las comunidades estudiadas. En este contexto, definimos como comunidades en riesgo a las caracterizadas por la pobreza y todas sus consecuencias, donde particularidades socio-ambientales y limitaciones sanitarias favorecen la susceptibilidad al daño ante afecciones endémicas como Lepra, Leishmaniasis, Tuberculosis y Parasitosis intestinales, que contribuyen junto con la inseguridad alimentaria y las deficiencias educativas al deterioro del estado nutricional, especialmente en grupos de alta vulnerabilidad.

En esta ponencia se ofrecerá una reseña de algunos de los problemas que para la salud nutricional observamos en comunidades rurales de los Estados Nueva Esparta, Sucre, Delta Amacuro, Trujillo, Miranda y Cojedes, así como los enfoques, estrategias y procesos que orientan la metodología de investigación-acción, que al ser de tendencia participativa y resolutoria, realiza simultáneamente la proyección del conocimiento científico mientras impulsa igualmente la competencia de los sujetos (participantes-educandos-co-investigadores) hacia el protagonismo de su propia transformación para optimizar su calidad de vida.

Entendiendo que la base de la Educación Nutricional es la investigación científico-social de la comunidad en estudio, los hallazgos clínicos, bioquímicos, inmunológicos, antropométricos, sociales y de hábitos alimentarios, sustentan los objetivos del proceso educativo para luego, siguiendo las etapas de la planificación educativa, sensibilizar, formular el programa educativo y sus estrategias, ejecutar y evaluar, en conjunto con la comunidad, empleando la realimentación de la información en un proceso cíclico sostenido.

Sugerimos que las actividades de educación para la salud, sean precedidas por la identificación de los patrones de referencia y el reconocimiento de los elementos que generan y sustentan la



conducta, tanto los hábitos protectores reproducibles, como los perjudiciales, por su potencial impacto sobre el estado nutricional y el crecimiento.

Consideramos que la eficacia de la educación nutricional en el ámbito rural requiere la planificación coherente y articulada de políticas centrales expansivas donde se destaque el rol de un nutricionista que comprometido con la realidad nutricional del país, asuma la responsabilidad de su área de influencia y sea capaz de ganar espacios públicos de influencia masiva.

Debido a la importancia del papel del estado nutricional sobre la incidencia, prevalencia y perpetuación de enfermedades infectocontagiosas de la infancia especialmente en medios pluricarenciales donde se evidencian profundos problemas de inseguridad alimentaria, la Educación Nutricional constituye un valioso elemento en si mismo, actuando también en sinergia con políticas asistenciales donde se comporta como apoyo de la sustentabilidad de las mismas.

Bibliografía:

1. **Hagel I, Salgado A, Rodríguez CL, Ortíz D, Hurtado M, y Col.** Factores que influyen en la prevalencia e intensidad de las parasitosis intestinales en Venezuela. Gac Méd Caracas 2001; 109(1):82-90.
2. **ACC/SCN.** SCN News, Periodic review of developments in international nutrition. N°13; 1995.
3. **UNICEF.** El Estado de Salud Infantil: Una Emergencia Silenciosa. New York; 1999.
4. **Martínez, Miguel.** Comportamiento Humano. Nuevos Métodos de Investigación. México; 2002.
5. **FAO.** Guía para Proyectos Participativos de Nutrición; 1994.

¿Cómo Facilitar la Adherencia a los Tratamientos en Enfermedades Crónicas?

Dr. Antonio Díaz
Facultad de Medicina. Universidad Central De Venezuela.
E-mail: antonisan@cantv.net

Desde que Hipócrates primero observara que los pacientes a menudo mentían cuando decían haber tomados sus medicinas, los profesionales de la salud han estado interesados por entender los entresijos del compromiso del paciente y su falta de adhesión.

Un problema compartido por todos los profesionales de la salud, es el insuficiente o inadecuado cumplimiento de las prescripciones, la falta de adhesión es una condición característica de los pacientes sea cual sea su dolencia y una de las condiciones que los clínicos unánimemente coinciden en señalar como más desalentadores.

La incidencia de la adhesión terapéutica a las recomendaciones clínicas, varía; las tasa de incidencia no suelen superar el 20%, estimándose en torno al 50% la tasa típica de adhesión (Meichenbaum 1991). La magnitud del problema sugiere que es demasiado importante como para



dejarlo al azar. La falta de adhesión va a conformar con toda probabilidad, la principal causa de fracaso y, por tanto, interfiere en nuestra capacidad para determinar la eficacia de nuestros tratamientos.

Esto tiene una importancia fundamental, si consideramos que existe una preocupación real en el campo de las enfermedades crónicas. Esto implica realizar un cambio de óptica, pasando del énfasis inicial en una atención médica continuada, a una nueva situación en la que es el propio paciente quien debe adquirir un auto manejo continuado de su condición.

Antes de pasar a considerar la adhesión terapéutica es importante definir la terminología ya que el cumplimiento (compliance) y la adhesión (adherence) se usan de manera intercambiable; Sin embargo, ambos términos tienen connotaciones e implicaciones. Cumplimiento hace referencia normalmente a la obediencia del paciente para seguir las instrucciones, prescripciones y proscipciones del personal de salud.(Haynes 1979) Según esta definición, el cumplimiento significa hasta que punto la conducta del paciente coincide con los consejos médicos y sanitarios dados por el profesional de salud (toma de medicamento, cambios en el estilo de vida y adopción de conductas que son protectoras de la salud). Numerosos autores (Eisenthal,Emery,Lazare y Udin,1979; Kals,1975; Kristeller y Rodin,1984;Varini y Wallender,1984) han definido que el termino cumplimiento connota un rol pasivo, en el que el paciente sigue fielmente los consejos o directrices del personal de salud. El término falta de cumplimiento incorpora un concepto evaluativo, que puede implicar una actitud negativa o perjudicial hacia el paciente, y a menudo presume que el fracaso, a la hora de cumplir un tratamiento, es culpa del paciente.

Por otra parte, el termino adhesión se emplea para implicar un compromiso de colaboración más activo e intencionado del paciente, con un curso de conducta mutuamente aceptado con el fin de producir el resultado preventivo o curativo deseado.(DiMateo y DiNicola 1982.) La adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con los fines antes mencionados. Los pacientes que se adhieren a las instrucciones recibidas son contemplados como sujetos que actúan de acuerdo a un plan consensualmente aceptado, en cuya colaboración han podido, además, contribuir, o donde al menos, donde han aceptado la importancia de realizar ciertas acciones concretas que conforman dicho programa. Parafraseando a (DiMateo y DiNicola .1982^a), el objeto del cuidado o la atención, es hacer que el paciente interiorice las recomendaciones terapéuticas en cuya formulación habrá tenido, además, una participación activa.

La adhesión cubre una gama de conductas entre las que se incluyen:

1. Tomar y continuar un programa de tratamiento.
2. Mantener las horas de consulta con otros especialistas y acudir a los controles.
3. Tomar correctamente la medicación prescrita.
4. Seguir desempeñando cambios adecuados en el estilo de vida (por ejemplo en las dietas, ejercicio terapéutico, modificaciones en las AVD, y en el trabajo, manejo del estrés.
5. Realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario.
6. Evitar comportamientos que conlleven un riesgo para la salud.

El cumplimiento de las prescripciones terapéuticas o de salud (tomar una medicación, seguir una dieta, hacer ejercicio, etc) es una conducta y como tal esta sujeta a las mismas leyes que controlan



el aprendizaje y la emisión de las conductas, es fundamental determinar las variables o factores que afectan o regulan la aparición de estas conductas de adhesión y poder elaborar estrategias para su implantación, lo cual supone elaborar tanto estrategias de evaluación así como también de intervención. (Macia y Méndez. 1996).

Incidencia:

En general los niveles más altos de adhesión se observan en los tratamientos que requieren medicación directamente supervisada y en los trastornos con un inicio agudo.

Los niveles mas bajos corresponden a pacientes crónicos, en los que no hay malestar o un riesgo inmediato y en los tratamientos en los que se exige cambios en el estilo de vida.(Una extensa recopilación de datos revisar Meichenbaum y Turk (1991).

Factores Que Afectan La Adhesión:

Existen innumerables trabajos que han tratado de establecer relaciones entre la adhesión terapéutica y múltiples variables de tipo sociodemográfico, personalidad, inteligencia, actitudes, características de la enfermedad, del régimen de tratamiento y de la interacción entre el paciente y el profesional de salud.(Buckalew y Sally,1986; Castillo, Perez y Aubareda,1996;Eraker ,Kirscht y Becker,1984;Fernández,1996;Ferrer, 1995;Haynes,1976;Labrador y Castro,1987;Sherbourne, Hays, Ordway, DiMateo y Kravitz1992 ,cp Amigo 1998). Los distintos factores referidos con mayor frecuencia pueden agruparse en cuatro categorías: Meichenbaum y Turk (1991).

1. Variables de la enfermedad.
2. Variables del tratamiento.
3. Variables de la relación terapeuta paciente.
4. Variables del paciente.

Meichenbaum y Turk (1991) resumen los estudios realizados en torno a las variables mas importantes señalando que la falta de adhesión puede surgir a partir de cualquiera de las siguientes razones:1) el paciente no sabe que hacer,2) el paciente no posee las competencias o recursos necesarios para realizar el régimen de tratamiento,3) el paciente no cree disponer de las capacidades para poder realizar el tratamiento,4) el paciente cuestiona la utilidad del tratamiento, 5) el régimen es muy exigente y el paciente no considera que los beneficios potenciales compensen los costos,6) la adhesión es asociada a sensaciones adversas o no gratificantes,7) la calidad de la relación del paciente y el terapeuta es pobre, y 8) no hay continuidad en la atención.

Procedimientos Para Facilitar La Adherencia A Los Tratamientos*Potenciar la Relación entre el Paciente y el Personal de Salud:*

Existe una serie de actividades que los profesionales de salud, pueden hacer para propiciar una colaboración activa. Body(1980), Levi(1977), y Peck y King (1982).c.p. Moskowitz (1996) señalan que los P.S. pueden:

1. Presentarse.
2. explorar las preocupaciones, expectativas y metas del paciente.
3. Responder a todas las preguntas del paciente.
4. Evitar toda jerga medica que no se vaya a explicar.(educar sin ser demasiado técnico)



5. Discutir los pros y los contras de los tratamientos.
6. Charlar brevemente de manera no técnica.
7. Generar sugerencias y preferencias del paciente y negociar cualquier desacuerdo.

Educación del Paciente: Organización y Estructuración de los Programas de Tratamiento:

1. Informar sobre el trastorno.
2. Tranquilizar al paciente y describir el programa de intervención.
3. Programar el tratamiento.
4. Asegurar y comprobar la comprensión del paciente.
5. Discutir los efectos adversos posibles.
6. Incorporar a Otros significativos para el paciente.

Técnicas De Entrevista:

La entrevista le ofrece al clínico la posibilidad de recoger información relevante, además de establecer una relación de empatía con el paciente en tanto que ser escuchado entraña un valor motivacional implicado en la adhesión. De cara a conocer la información relevante de los factores que afectan la adhesión se puede investigar:

1. Los conocimientos y habilidades del paciente.
2. Prácticas de autocuidado.
3. Creencias sobre la enfermedad.
4. Aceptación -rechazo social, enfermedad y tratamiento.

Procedimientos De Modificación De Conducta:

De todos los abordajes psicológicos la modificación de conducta es el que ha resultado ser más efectivo (Epstein y Cluss, 1982; Epstein y Masek, 1978; c.p. Meichenbaum y Turk 1991)

Bajo la rubrica de modificación de conducta aparecen una gran diversidad de técnicas entre ellas:

1. Autoregistros.
2. Establecimiento de metas.
3. Feedback correctivo.
4. Contrato conductual.
5. Conocimiento de resultados.
6. Sistema de reforzamiento.

