

PREVENCION SANITARIA: TEORIA, MARKETING Y REALIZACION.

Johannes C. Brengelmann

Instituto Max-Planck de Psiquiatría

Departamento de Psicología

MUNICH

1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD.

El tema de nuestra conferencia es la psicología de la salud en su sentido más amplio; más exactamente son las aplicaciones prácticas de la prevención sanitaria que tiene su origen en la psicología experimental y se han implantado en la medicina. El interés práctico de la psicología experimental en la salud tiene más de 100 años, es anterior al del psicoanálisis, más efectivo y está sometido a reglas científicas.

La definición más común y más aceptable de la psicología de la salud proviene de Matarazzo (1982) y dice: *"Psicología de la salud es el conjunto de las distintas contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la*

psicología para el fomento y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, la identificación de correlaciones etiológicas y diagnósticos entre salud, enfermedad y por tanto de su relación con la disfunción, así como para el análisis y la mejora del sistema de previsión de salud y la configuración de la política sanitaria."

El significado de esta definición es evidente. Dentro de la incumbencia de la psicología de la salud se incluyen todas las actividades psicológicas dirigidas a cualquier aspecto de la salud o de la enfermedad, del sistema de previsión de salud o de la política sanitaria. Naturalmente tienen su lugar en este debate todas las partes de la psicología, especialmente aquellas de la psicología de las cogniciones, de las emociones, de la personalidad y de las referentes a la industria y organización (Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk, 1985).

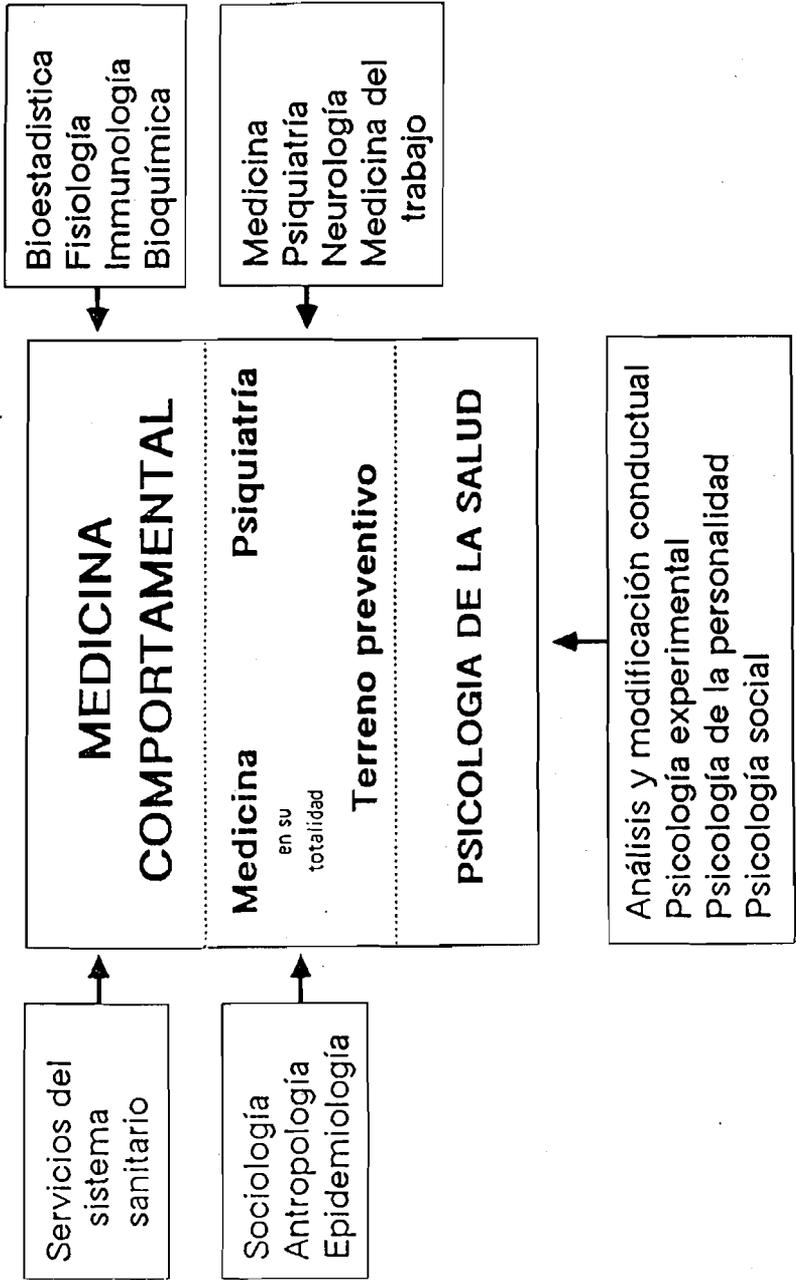
El fomento de la salud mediante la modificación de las conductas de riesgo ha tenido un gran auge, especialmente debido a tres temas muy a menudo discutidos: exagerados e incontrolables gastos sanitarios, aumento de las enfermedades crónicas e incontrolable consumo de alimentos y estimulantes (Weiss, 1982).

Es importante precisar la diferencia entre la psicología de la salud y la medicina comportamental, lo que haremos con ayuda de la 1ª imagen. La psicología de la salud aporta contribuciones específicas al terreno del conocimiento y a la manera de proceder de la medicina comportamental. Lo mismo corresponde a las ciencias conductuales y biomédicas, a la medicina y a los servicios que trabajan en ellas. La medicina comportamental es el concepto global y la psicología de la salud su más importante abastecedor. Una divulgada definición de la medicina comportamental es la siguiente (Schwartz y Weiss, 1978): *"La medicina comportamental es un campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo y de la integración de las ciencias conductuales y médicas, del conocimiento y de las técnicas para la comprensión de la salud y de la enfermedad corporal y de la aplicación de esos conocimientos y técnicas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación."* Nuestra conferencia se mueve dentro de este margen conceptual entre la psicología de la salud y la medicina comportamental.

2. LA ENFERMEDAD CORONARIA COMO PUNTO ESPECIAL DE PROBLEMA SANITARIO.

La psicología de la salud se ocupa de todos los problemas sanitarios,

1^a Imagen. MEDICINA COMPORTAMENTAL Y PSICOLOGIA DE LA SALUD



tanto agudos como crónicos. No hay ninguna enfermedad en la que no desempeñen un papel los problemas psicológicos o conductuales. La enfermedad coronaria también llamada enfermedad arteriosclerosis o isquémica tiene su origen en la isquemia miocárdica ocasionada por la falta de oxígeno.

Esta enfermedad se ha convertido en el caso más alegórico de la psicología de la salud. Estudios prospectivos a largo plazo han descubierto una cantidad de factores de riesgo que contribuyen a la enfermedad coronaria (Kannel, Mcgee y Gordon, 1976), entre los que destacan: enfermedades del corazón entre los familiares, valores elevados de colesterol, consumo de tabaco, falta de ejercicio, obesidad, edad, sexo y personalidad de tipo A, propensa a la enfermedad coronaria. Es evidente que la conducta desempeña un papel muy destacado en este grupo de factores de riesgo.

Nos vamos a ocupar algo más del tipo A que tiene un lugar muy destacado en la literatura. Sus principales características son: apremiado por el tiempo, impaciencia, ambición, competitividad, hostilidad y fuerte tendencia al rendimiento (Cooper, Detre y Weiss, 1981). Esta combinación de características personales es heterogénea o incompatible. Las dos partes integrantes más importantes son la elevada tendencia al éxito y una compleja sintomática de stress, que normalmente no tienen correlación o es negativa. La estructura del tipo A se torna aún más complicada ya que otros constructos desempeñan también un papel, como por ejemplo la angustia, la depresión y distintas formas de stress, así como constructos fisiológicos y sociales. Hay que tener en cuenta además que el tipo A se puso especialmente en relación con las enfermedades coronarias, sin embargo con otras enfermedades no. Esta gran complejidad del cuadro sintomático y la reducida responsabilidad de causa atribuida al tipo A disminuyen el papel desmesurado que se ha achacado a este tipo.

Aún así no queda reducido el valor del trabajo propulsor con respecto al tipo A hecho hasta ahora; sin embargo la estructura conductual en que se basa la enfermedad coronaria tiene que ser completamente revelada y las dimensiones conductuales que la integran deben ser, respecto a su significado general en la psicología de la salud, investigada. La meta es establecer una amplia estructura conductual que controle la salud, en cuyos márgenes se puedan interpretar todas las medidas preventivas. Esto acabará también con la pobreza teórica e interpretativa propia del empíricamente desarrollado tipo A.

3. EL MODELO DE LOS 4 TIPOS DE PREVENCION.

Brengelmann (1986) se ha propuesto como meta eliminar la crítica hecha a este tipo A con ayuda de estas tres medidas:

- a través de una dimensionalización de la estructura de la personalidad, es decir, a través de la cuantificación y la determinación factorial de la compleja propensión a esta enfermedad,
- a través de un examen de las propensiones dimensionalizadas con respecto a todas las enfermedades y conductas de riesgo y
- a través de la elaboración de una conexión con las teorías más importantes de la personalidad y de las enfermedades.

Sólo de una manera breve podemos tratar aquí estos tres puntos; sin embargo es necesario comprenderlos para poder entender bien el marco de las medidas sanitarias y su necesidad.

Las investigaciones estructurales que nosotros hemos hecho han mostrado que el éxito en la superación de las situaciones difíciles en la vida y los síntomas de stress que así surgen determinan de una manera fundamental los problemas de salud de las personas. Algunas componentes importantes de estas dos dimensiones básicas de la tendencia al éxito y las reacciones al stress están representadas en la 2ª imagen. Nuestro instrumento diagnóstico, denominado SCOPE (de stress y coping), contiene 50 factores semejantes, constituidos por 300 ítems. La 2ª imagen muestra, sólo como forma ejemplar, algunas de las formas conductuales importantes para el éxito y algunas reacciones típicas al stress. Autodeterminación (control propio) y competencia social (control sobre otros) son los principales conceptos para la toma de medidas preventivas.

No solamente la relación proporcional entre éxito y stress es decisiva para la salud y para la enfermedad, como veremos en las dos imágenes siguientes. La 3ª imagen muestra la relación entre la tendencia al éxito y las reacciones al stress, divididas en cuatro categorías: salud (I), síndrome vegetativo (II, trastornos funcionales), enfermedades de la piel (III, neurodermitis, psoriasis) y enfermedades del corazón (IV, trastornos orgánicos). Estos son los cuatro tipos de rasgos característicos que varían en su relación con el éxito y con el stress.

- En el I el éxito está evidentemente por encima del stress (reacciones sanas de un sistema nervioso estable y equilibrado).

2^a Imagen. Factores de la TENDENCIA AL EXITO en la vida y de las REACCIONES AL STRESS que le acompañan. Extracto del cuestionario SCOPE.

TENDENCIA AL EXITO

REACCIONES AL STRESS

Afán de éxito

Agotamiento

Libertad

Sobrecarga

Prudencia

Tensión

Autodeterminación

Alteraciones del sueño

Autoconfianza

Problemas de rendimiento

Competencia social

Preocupaciones

Control de la rabia

Pesimismo

Habil. solución conflictos

Resignación

3^a Imagen. Relaciones entre EXITO y STRESS y los 4 tipos de salud y enfermedad (1 - 6 = jerarquía de la puntuación media)

I. SALUD

1		
2		
3	EXITO	
4		
5		
6		STRESS

IV. ENFERMEDADES DEL CORAZON

EE	EXITO	
E		STRESS
ME		
MB		
B		
EB		

II. SINDROME VEGETATIVO

1		STRESS
2		
3		
4		
5		
6	EXITO	

III. ENFERMEDADES DE LA PIEL

EE		
E		
ME		
MB		
B	EXITO	STRESS
EB		

E = ELEVADO, M = MEDIO, B = BAJO

- En el II el stress está evidentemente por encima del éxito (transtornos funcionales del sistema nervioso vegetativo).
- En el III el éxito y el stress muestran puntuaciones bajas y poco diferenciadas (transtornos orgánicos del sistema nervioso central = hipoexcitabilidad).
- En el IV el éxito y el stress muestran puntuaciones poco diferenciadas (transtornos orgánicos del sistema nervioso simpático = hiperexcitación).

Todas las demás enfermedades muestran puntuaciones que se aproximan o se alejan de estos cuatro tipos. Determinadas enfermedades del esqueleto se aproximan al tipo I, la neurosis sobrepasa el tipo II, el cáncer, tras un tratamiento quirúrgico, corresponde más bien al tipo III y determinados transtornos internos se aproximan al tipo IV. Incluso dentro del tipo I -salud- hay diversos tipos de éxito, stress, hipo- e hiper- excitabilidad que son responsables de las conductas de riesgo en personas en general sanas. El resultado total habla a favor de una tipología constitucional que sirve a la persona como base en salud y enfermedad. Enfermos crónicos son semejantes a la estructura de la constitución de su personalidad a las personas sanas. Sin embargo, esta estructura determina bajo ciertas condiciones variaciones del comportamiento que son denominadas según enfermedades orgánicas o funcionales. En estado sano la constitución determina la conducta de riesgo. Por ejemplo, la persona con tendencia al éxito fuma y bebe por lo menos moderadamente, mientras que la persona que sufre stress fuma intensamente. En el primer caso sirve el consumo como estimulación, en el último como relajamiento. Este modelo conductual fundado empíricamente tiene grandes consecuencias con relación a nuestra principal tarea, la prevención, por los motivos siguientes:

- 1.) El modelo pone en claro que una tipología constitucional psicológica cubre completamente el terreno de la prevención. Prevención ya no es más un constructo mal definido sino un grupo de conceptos estructurados, con cuya ayuda se pueden tanto hacer como comprobar predicciones y comprender el significado de relaciones.
- 2.) Debido a su amplia y precisa definición es el modelo conductual apropiado para comprender mejor la relación complementaria entre la psicología de la salud y la medicina comportamental.

3.) El modelo permite unificar las metas de la prevención primaria, secundaria y terciaria.

4.) Si el modelo se complementa en lo referente a su contenido con hechos ya conocidos, se obtendrán numerosas indicaciones concretas para el uso de las medidas preventivas.

El modelo éxito-stress se refiere fundamentalmente a la efectividad en el autocontrol de la conducta, a las decisiones vitales y a las reacciones emocionales. Sabemos gracias a experimentos muy distintos que la eficacia personal, es decir la competencia social, desempeña asimismo un papel importante en los problemas de stress y en las enfermedades ocasionadas por él.

Por este motivo hemos analizado las puntuaciones de la competencia social y de la incompetencia también en relación con los cuatro tipos de salud y de enfermedad, como vemos en la 4ª imagen. Las tres conclusiones más importantes son:

1. Salud significa tener una gran competencia social y poca incompetencia (I).
2. Los trastornos funcionales van asociados a alta incompetencia y a baja competencia (II).
3. Los trastornos orgánicos muestran puntuaciones en competencias tan altas como las de las personas sanas, pero también una alta incompetencia. Si una enfermedad orgánica se torna crónica no se pierde todavía por eso generalmente la eficacia en el trato con otras personas. Sin embargo ese trato contiene ya elementos de la inseguridad social. El que competente e incompetente conducta social se manifieste al mismo tiempo significa incompatibilidad, es decir, una anomalía del comportamiento semejante a la del tipo A referente a la conducta de rendimiento, en la que una fuerte motivación de rendimiento va acompañada de ineficaces reacciones emocionales y motivacionales.

4. REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR LA MEDICINA COMPORTAMENTAL EN LA PREVENCIÓN SANITARIA.

En los problemas crónicos de la salud ocupan las enfermedades cardiovasculares el lugar más importante respecto a la tasa de mortalidad y a los

4^a Imagen. Relación entre la COMPETENCIA SOCIAL y la IN-COMPETENCIA y los 4 tipos de salud y enfermedad (1 - 6 = jerarquía de la puntuación media)

I. SALUD

1	COMPETENCIA	
2		
3		
4		
5		
6		INCOMPETENCIA

IV. ENFERMEDADES DEL CORAZON

EE		INCOMPETENCIA
E	COMPETENCIA	
ME		
MB		
B		
EB		

II. SINDROME VEGETATIVO

1		INCOMPETENCIA
2		
3		
4		
5		
6	COMPETENCIA	

III. ENFERMEDADES DE LA PIEL

EE	COMPETENCIA	
E		INCOMPETENCIA
ME		
MB		
B		
EB		

E = ELEVADO, M = MEDIO, B = BAJO

gastos de tratamiento. Los mayores esfuerzos en la investigación preventiva se hacen en este campo. Se puede aprobar este desarrollo fundamentalmente, sin ser de la opinión que los centros preventivos se han de instalar solamente para pacientes de enfermedades cardiovasculares.

PRIMERO, hemos demostrado que problemas de stress son típicos de todas las enfermedades crónicas y no es por tanto económico dar preferencia a un determinado grupo de enfermedades. La prevención sanitaria ofrecida por organizaciones públicas no debería reducirse solamente a enfermos orgánicos sino debería incluir también las enfermedades funcionales que han sido descuidadas.

SEGUNDO, no debería ser la mortalidad el único criterio para la aplicación de medidas preventivas. Se debería prestar más atención a la mejora de la calidad de vida que, referente a esto, afecta por lo menos tanto a las enfermedades funcionales como a las orgánicas, muy posiblemente incluso más.

TERCERO, no debería ser el ahorro de gastos en el tratamiento de enfermos cardiovasculares el criterio más absoluto, ya que esto también afectaría a otras enfermedades. Los métodos terapéuticos conductuales son generalmente económicos. Estos motivos para un empleo tan amplio de la prevención se comprenden mejor desde el punto de vista del modelo biopsicosocial, cuya necesidad he intentado demostrar en el último capítulo. El modelo tradicional biomédico que reduce todo comportamiento a procesos bioquímicos y neurofisiológicos es, en comparación, ineficaz y caro ya que no tiene en consideración los stressores psicosociales que originan y mantienen la enfermedad (Engel, 1977). Forma de vida y calidad de vida son metas de la prevención que hay que añadir a las eficaces metas médicas tradicionales y que tienen que ser incluidas en la prevención biopsicosocial. La psicología de la salud hace posible esta moderna medicina preventiva. Solamente se deberían emplear en la prevención aquellos métodos de influencia cuyos beneficios son conocidos. Esto concierne también, o incluso de manera especial, al campo psicosocial, en el que las posibilidades terapéuticas han mejorado sobremanera en los últimos quince años y han dejado atrás muchas formas del psicoanálisis o de la psicoterapia. La eficacia de una terapia está determinada por su funcionalidad que se manifiesta sobre todo en los efectos

terapéuticos observados. Se puede demostrar que determinados stressores refuerzan un síntoma, por ejemplo la hipertensión. Con ayuda de un training de manejo de stress se pueden neutralizar los stressores y reducir o eliminar este síntoma. En dos casos no son perceptibles las causas originadoras del síntoma, sin embargo se pueden determinar a través de la variación de la influencia terapéutica. Por este motivo es tan importante el control de la eficacia de un tratamiento y terapias psicológicas no deberían emplearse por los efectos probables que se esperan de ellas sino por la eficacia demostrada.

Las más importantes terapias que se emplean en la prevención sanitaria han sido hasta ahora el training de manejo de stress, el autocontrol del hábito de fumar y el training para la falta de ejercicio y obesidad. Es imposible describir estas terapias o su relación con el desarrollo científico. Sin embargo hay un número de formas de tratamiento cuya eficacia ha sido verificada y cuyo transcurso ha sido definido con precisión. La disponibilidad de tratamientos eficaces no es el problema, sino su aceptación en un mundo, en el que muchas personas intervienen en una decisión cuyo contenido no comprenden. Es un problema de marketing.

5. EL PAPEL DEL MARKETING SOCIAL EN LA PREVENCIÓN SANITARIA.

La meta práctica de esta conferencia es la descripción de un modelo para la prevención de las enfermedades cardiovasculares que hemos llevado a cabo en Mettman, cerca de Düsseldorf. No obstante, antes de describir la planificación y realización de este proyecto, deberíamos darnos cuenta del papel del marketing social para la medicina comportamental dentro del que se efectúan esos procesos. Si no se tienen en cuenta los principios del marketing social para la medicina comportamental y en especial para la conducta de la salud, habrá muchas equivocaciones, retrasos y una ineficacia considerable (Frederiksen, Solomon y Brehony, 1984).

El gran aumento de la media de vida en este siglo se debe principalmente al mejor control biológico y médico de enfermedades. Hoy en día existen solamente raras veces epidemias. Los restantes problemas referentes a la salud se deben en su mayoría a la conducta, es decir a lo que hacen las personas o dejan de hacer. Los gastos económicos y la mortalidad como consecuencia de una nociva conducta frente a la salud son enormes. Los gastos de la prevención sanitaria en los EE.UU aumentan cada año aproximadamente en un 15%. En el año 1985 ascendieron a casi

quinientos mil millones de dólares. Estos gastos se podrían disminuir mediante la integración de las ciencias médicas y conductuales. Al respecto ha introducido la medicina comportamental con éxito varias posibilidades (Pomerleau y Brady, 1979).

En primer lugar han sido desarrolladas varias intervenciones dirigidas a cambiar directamente la conducta problemática o sea el síntoma. Ejemplos son la disminución de la tensión muscular mediante biofeedback o la utilización sistemática de recompensa y de aversión (el llamado manejo de contingencias) en casos de dolores o de anorexia nerviosa.

En segundo lugar ha sido controlado más consecuentemente lo ocurrido en el ambiente del paciente. En la terapia médica, por ejemplo, se utilizan actualmente métodos de control de estímulos en el tratamiento del abuso del tabaco de pacientes hipertónicos. Mediante un examen continuo se controlan mejor los progresos en la conducta de la salud y psicólogos conductuales instruyen a la plantilla médica en el tratamiento del comportamiento del paciente, de tal forma que el resultado es una conducta sana y no un comportamiento inadaptado.

En tercer lugar se asegura el seguir meticulosamente las *prescripciones* del tratamiento médico (compliance) con ayuda de un reforzamiento contingente y social.

En cuarto lugar mediante un cambio de la conducta de riesgo se pone en práctica la prevención de enfermedades y se fomenta la salud. A esto pertenecen el tratamiento de las reacciones al estrés, del consumo de tabaco, de la falta de ejercicio y de la obesidad, de lo que nos ocuparemos especialmente. Actualmente se hace más hincapié en el fomento de una conducta sana en vez de reducir solamente la conducta problemática. El proceso activo de aprender una calidad de vida más positiva resolverá más problemas que la mejor terapia de la conducta patológica. Este será el desarrollo en el futuro, ya que la salud no es idéntica a la ausencia de enfermedad. En los últimos años se ha creado una serie de grandes programas de salud como por ejemplo contra la hipertensión, para la prevención de enfermedades cardíacas y para la mejora de la calidad de vida de los trabajadores industriales. Tales programas, financiados privada o estatalmente

se organizan en institutos de investigación, en instituciones públicas o en las empresas.

Aún se subestima la contribución de la calidad de vida para la iniciación o el transcurso de muchas enfermedades crónicas. Parece apto introducir aquí la 5ª imagen.

	Calidad de vida	Influencias ambientales	Factores biológicos	Atención médica
Enfermedad coronaria	54%	9%	25%	12%
Apoplejía	50%	22%	21%	7%
Diabetes	34%	0%	60%	6%
Cáncer	37%	24%	29%	10%

5ª IMAGEN. La influencia de distintos factores al comienzo y al transcurso de algunas enfermedades crónicas divulgadas (Weiss, 1985).

Según ésta la calidad de vida es tan importante para el comienzo de la enfermedad coronaria y la apoplejía como las influencias del medio ambiente, junto con los factores biológicos y la atención médica. Referente a la diabetes y al cáncer supone la influencia de la calidad de vida más de un tercio.

De ninguna manera han tenido siempre los programas de sanidad éxito. Esto se debe por una parte al hecho de que fueran planificados y llevados a cabo por personas no especializadas. Un médico, que no domina la psicología conductual, no será capaz, por ejemplo, ni de planificar, ni de llevar a cabo, ni de analizar un programa eficaz de sanidad. Desde el punto de vista del marketing social, existen sin embargo dos factores más que han acusado la falta de eficacia.

Primero, los programas no eran aptos para el consumidor. A veces programas muy bien concebidos tampoco son aceptados automáticamente, lo que tiene como consecuencia altas cuotas de pérdidas. Esto ha sido obser-

vado en muchos programas contra la obesidad y el abuso del tabaco (Stunkard, 1979; Bernstein y Glasgow, 1979).

El segundo problema se refiere a la aprobación del programa por los mediadores, sobre todo por el personal sanitario, que tienen que aplicar los productos de los especialistas al paciente. La motivación y la cuidadosa selección del personal de sanidad por el organizador del programa y por el paciente es para la eficacia en el cambio de la conducta de riesgo de gran significado.

Los programas de sanidad disponen de un ambiente social que se compone de filósofos de la salud, políticos, directores y administradores de clínicas, especialistas de gastos y de la conducta, así como de los que los utilizan y de los consumidores, influido todo por los medios de comunicación o por condiciones geográficas, arquitectónicas y organizadoras. En esta cultura de la salud existen muchas posibilidades de fomentar y refrenar programas que sería mejor controlar mediante la aplicación de los más eficaces principios del marketing.

El marketing de los programas sociales más relevantes, de las ideas o de las conductas, se ocupa de la planificación, realización, y control de programas. La aceptación de las ideas sociales y de los puntos de vista de la planificación de productos, de la formación de precios, de la comunicación, de la distribución y del estudio del mercado, desempeñan un papel decisivo. Los cuatro procesos del marketing más importantes son:

1. La fijación de un plan preciso de desarrollo en coincidencia con metas formuladas específicamente y estrategias concretas.
2. La segmentación del mercado, es decir, la fijación de los consumidores que se desean o de los potenciales.
3. La formulación de ventajas para el consumidor (consumer benefits), es decir, la argumentación por qué un consumidor debería utilizar este producto.
4. La formación de la "personalidad del producto", es decir, de la manera como se presenta el producto al consumidor:
 - a) como programa para todos los interesados o especialmente para un infarto cardíaco,
 - b) como libre de gastos u obligado a pagar los gastos,

c) como fomentado por los medios de comunicación o autoprologado,

d) como programa de sanidad nacional o como centro local de sanidad.

Estas cuatro P's (en inglés: product, price, promotion and place) forman el llamado marketing mix que determina la manera y la intensidad de las medidas sanitarias a tomar. Esta gama tiene que ser exactamente formulada en la planificación.

El marketing social es importante para todas las medidas de sanidad tanto a un nivel nacional como local. Los principios del marketing comercial se pueden aprovechar más o menos plenamente; sin embargo, las dificultades originadas en la práctica son considerables. El marketing comercial, como por ejemplo en el caso de detergentes o de coches, exige más bien la capacidad de ser perseverante mientras que el marketing social, debido a una mayor complejidad y dependencia de aquellos que toman las decisiones, requiere más genialidad y fuerza imaginativa (Bloom y Novelli, 1981). No se puede vender salud como jabón, sin embargo las medidas sanitarias se aceptan mucho mejor si se utilizan los principios del marketing convenientes. Por el lado comercial, el ciudadano es motivado a andar una milla por un cigarrillo "Camel" ("to walk a mile for a Camel"), por el lado social, tenemos que motivarle a "andar sólo una milla" sin recompensa inmediata. Aquí está el problema principal de la aceptación de las medidas sanitarias. La exigencia comercial promete un "Camel" como recompensa inmediata. La exigencia social ofrece salud en el futuro. Esto es muy poco. El paciente exige una recompensa inmediata si debe renunciar a un comportamiento de riesgo agradable como fumar o comer.

6. MODELO PARA UN CENTRO DE ASESORAMIENTO SANITARIO: VISTA GENERAL, ANALISIS DEL MERCADO, REALIZACION Y RESULTADOS.

a) Vista general del modelo experimental "Mettmann"

El proyecto de prevención de enfermedades cardiovasculares llevado a cabo por el "Institut für Therapieforschung" (IFT) (Instituto de investiga-

ción terapéutica) de Munich bajo la dirección de la doctora Eva Wengle, se compone de 2 partes, como se muestra en la 6ª imagen. En el proyecto I la AOK (seguro obligatorio de enfermedad) creó cinco centros de asesoramiento sanitario con una amplia oferta de medidas preventivas. En cuatro años se contaron unas 76.000 personas interesadas y se llevaron a cabo unos 300 cursillos en grupos.

La meta del modelo experimental (proyecto I) consistía en probar una base amplia de medidas de prevención de enfermedades cardiovasculares y llegar a resultados empíricamente fundados que permitieran un pronóstico sobre su realización y eficacia bajo las condiciones de un consultorio. El personal estaba formado sobre todo por psicólogos y por asesores de alimentación y de dietas. A diferencia de las investigaciones "Screening" se trata de un proyecto de investigación, en el que la intervención va orientada a la reducción de factores de riesgo dependientes de la conducta para las enfermedades cardiovasculares de los adultos. Las principales medidas tomadas van dirigidas contra el abuso del tabaco, la obesidad, la falta de ejercicio y el stress. Según los resultados de la investigación de factores de riesgo se espera de los cambios de conducta en estos campos una reducción de las enfermedades cardiovasculares, o bien de forma directa o mediante un influjo positivo de los factores de riesgo como la hipertensión, la hipercolesterinemia y la diabetes.

La intervención debía sobrepasar la mera información sanitaria y tener su punto central en la ayuda para el cambio de conducta de los afectados.

En primer lugar estaban previstas como medidas preventivas cursillos de entrenamiento, sobre todo en forma de cursillos de grupos, pero también como cursillos por correo. Una característica decisiva de la teoría terapéutica conductual es su transparencia, permitiendo así una actuación autorresponsable: se muestran caminos para enfrentarse con el camino correspondiente más eficazmente que hasta ahora; los principios básicos son sencillos; su aplicación para la solución del problema depende de la decisión personal de cada uno; se puede hacer constar el éxito y el fracaso de cada paso dado, lo que sirve como referencia para los siguientes pasos. Se trata en principio de activar y ampliar la competencia de los afectados para superar sus problemas. Expresado de otra forma se trata de ayuda para la autoayuda.

En el proyecto II se probaron los resultados del modelo del asesoramiento sanitario desarrollado en el proyecto I en nueve ciudades de la República Federal de Alemania para obtener informaciones sobre la posibilidad de una instalación general para toda la población.

6^a Imagen. Esquema de los proyectos científicos para la prevención de enfermedades cardiovasculares de la AOK (Seguro Obligatorio de Enfermedad)

Prevención de enfermedades cardiovasculares

Proyecto I:

Modelo experimental de centros de asesoramiento sanitario

Lugar:

AOK Mettmann: 5 centros de asesoramiento sanitario

Duración:

15 Dec. 1977 — 30 Sep. 1982

Metas del proyecto:

- Desarrollo y ensayo de un programa de medidas preventivas conductuales
- Programas contra:
 - stress
 - consumo de tabaco
 - falta de ejercicio
 - obesidad
- Constatación de la posibilidad de ejecución y eficacia de la prevención bajo las condiciones prácticas de un seguro de enfermedad

Proyecto II:

Transferencia del modelo de centros de asesoramiento sanitario a otras ciudades

Lugares:

AOKs Düsseldorf, Erftkreis, Köln, Main—Kinzig, Mettmann, Remscheid, Rendsburg—Eckernförde, Wittmund, Wuppertal

Duración:

1 Oct. 1982 — 30 Jun. 1984

Metas del proyecto:

- Comprobación de la transferencia a otras ciudades
- Información sobre:
 - condiciones indispensables para una intensificación de las medidas preventivas
 - desarrollo y éxito de la transferencia
 - condiciones propicias y adversas
- Constatación de las posibilidades de transferencia de las medidas del modelo a toda la República Federal

La evaluación de los programas transmitidos en los cursillos ha sido el punto más importante que ha acompañado al trabajo científico. Informaremos aquí tanto de los resultados obtenidos durante el cursillo, como de los obtenidos en el periodo de control posterior, que se extiende hasta dos años después. Los datos fueron elaborados al comienzo, al final, así como en los periodos posteriores de control. Los análisis no han sido aún terminados completamente de tal forma que el informe presentado se refiere solamente a los resultados de una prueba.

b) Análisis del mercado

En la planificación del proyecto se tuvieron en cuenta los procedimientos más importantes del análisis del mercado, como:

1. Definición del problema

- Definición de la situación problemática en el sector sanitario, así como de la disponibilidad de procedimientos psicológicos.
- Determinación de las posibilidades de empleo del programa.

2. Cubrir los gastos

- Conseguir entidades que *corran con los gastos*, que apliquen los programas y que tengan interés en su desarrollo científico. Las entidades, que financiaron los gastos de nuestro proyecto, a las que agradecemos mucho, han sido la AOK de Mettmann y el Ministerio Federal de Trabajo y Orden Social.

3. Preinvestigación

Reunión sistemática de todas las informaciones referentes al proyecto, que recibirán tanto los miembros que cooperan como fuentes internas.

4. Planificación

Organización gradual de la prevención según las reglas del "sistema de aprendizaje adaptativo".

Desarrollo de una atractiva gama de ofertas (product personality) que sea accesible fácilmente a todos.

Adaptación de los *procedimientos* preventivos a los servicios concretos de los seguros de enfermedad

División de la población para lograr un abastecimiento más diferenciado.

Racionalización del programa y economización de los gastos.

5. Planificación de la prueba

El programa ha sido accesible gratuitamente para todos los asegurados. Los que no estaban asegurados han tenido que pagar una cantidad moderada.

6. Encuesta de la población

Se hizo una encuesta representativa en la circunscripción territorial de Mettmann para determinar la necesidad tanto objetiva como subjetiva de las ofertas preventivas.

7. Organización de los centros sanitarios

Cinco centros sanitarios se instalaron especialmente para asegurar un suministro continuo y fácilmente accesible. Todo el programa era de orientación conductual y no ofrecía medidas médicas. Se formaron como ayudantes de proyecto a personas profanas en la materia.

8. Recopilación y análisis de los datos primarios

Los datos primarios se recopilaron y analizaron sistemáticamente para mejorar paulativamente el programa. Este "sistema de aprendizaje adaptativo" era necesario, ya que no había a disposición procedimientos elaborados.

9. Análisis de los resultados

Se hicieron análisis standard de varios tipos.

10. Respuesta a preguntas

Las preguntas más importantes a las que hubo que contestar, se referían a los puntos siguientes:

- forma de funcionamiento de los centros sanitarios;
- cómo llegar a los grupos deseados y cómo cubrir sus necesidades;
- adaptación del programa de la terapia conductual a los centros;
- eficacia de cada programa;

- adaptación de cada una de las partes del programa y de sus condiciones organizatorias;
- transferencia del modelo a otras instituciones.

c) Realización

El programa de la terapia conductual era descrito detalladamente (Wengle, 1984), asimismo han sido publicados los manuales para su aplicación en los ámbitos siguientes:

- stress en el sentido de confrontación con los problemas diarios; existen al respecto un manual para los participantes (Kessler y Gallen, 1985) y otro para el que dirige el cursillo (Kessler, 1985);
- consumo de tabaco (Mirzel y Schippers, 1985);
- falta de ejercicio (Mirzel, 1985) y
- obesidad (Wochinger y Neef, 1985; Hänsch, 1985).

No es necesario, ni tampoco posible, describir aquí más detalladamente estos programas.

Además de esta oferta terapéutica principal se ofrecieron las siguientes informaciones para motivar a los participantes:

- folletos de información;
- mesas informativas, carteles;
- información en la prensa;
- exposiciones, acciones sanitarias;
- tertulias informativas, conferencias;
- asesoramiento individual sobre los cursillos.

Para variar el programa terapéutico se ofrecieron además:

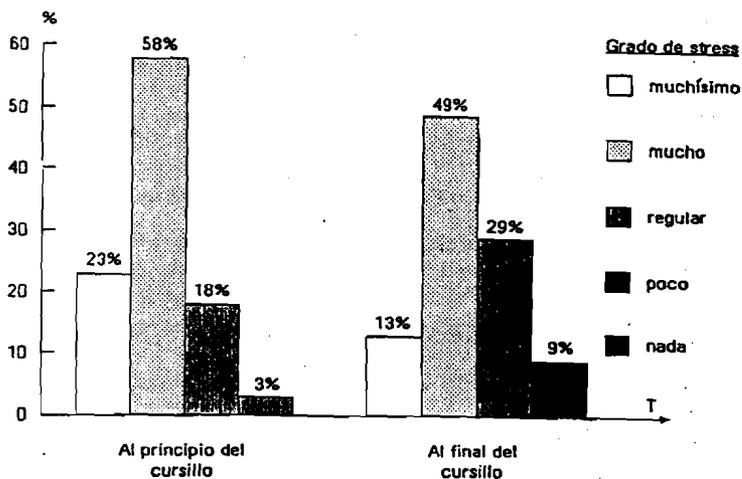
- asesoramiento alimenticio,
- asesoramiento psicológico,
- asesoramiento social,
- grupos de autoayuda,
- medidas posteriores.

d) Resultados

Los 76.000 usuarios del programa sanitario constituyen una considerable cantidad, ya que los cinco centros sanitarios se instalaron sucesivamente durante cuatro años. Se podría hablar todavía mucho de frecuentación de las instituciones, de la constelación sociodemográfica de los usuarios, de los motivos que llevaron a interrumpir un cursillo, así como de los métodos de análisis y de los detalles técnicos. En referencia a esto recomendamos las documentaciones que se hallan a su disposición. Tampoco podemos presentar aquí ningún resumen exacto de todos los resultados, sin embargo mostraremos un resultado "típico" de cada uno de los cuatro ámbitos de la terapia.

Un resultado típico del programa de manejo de stress muestra la 7ª imagen.

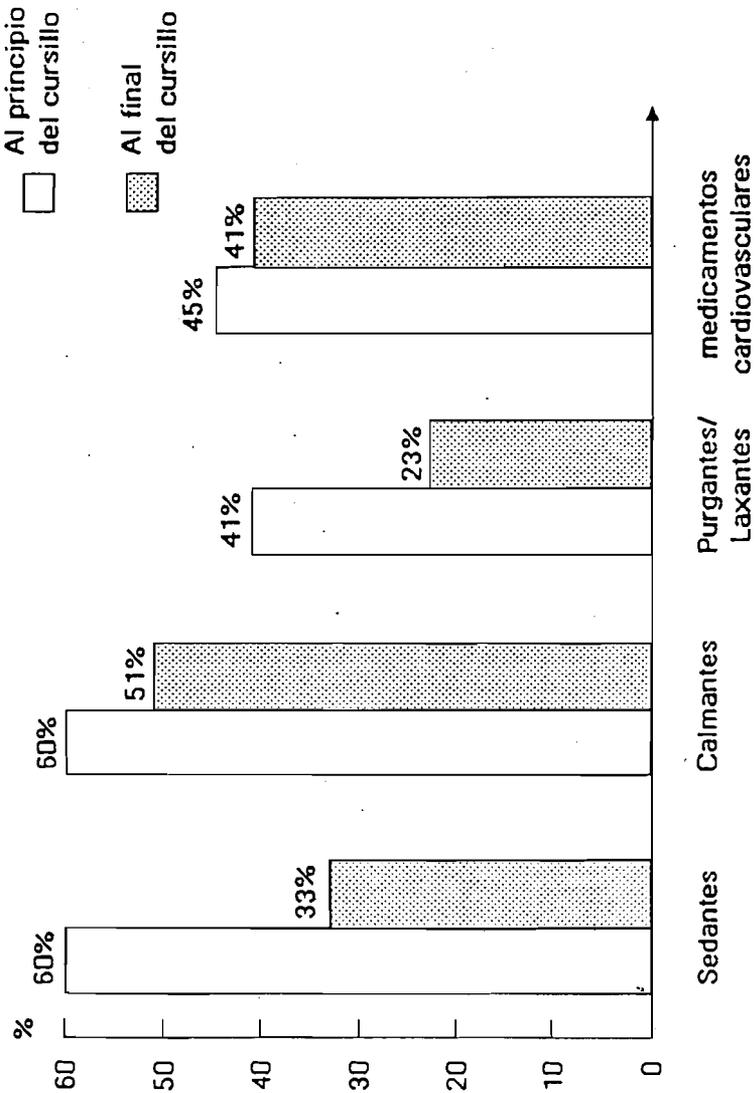
7ª Imagen. Resultados del programa de manejo de stress: disminución del stress provocado por problemas cotidianos.



Se ve claramente que el grado de stress de los problemas, al principio del cursillo "mucho" y "muchísimo", disminuye a favor de "regular" o incluso "poco". Las reacciones al stress no se logran eliminar con ayuda de un cursillo, sin embargo se reducen considerablemente.

Los resultados del programa de stress se pueden caracterizar más exactamente de la siguiente manera:

8ª imagen. Disminución del uso de medicamentos debido al training de manejo de stress.



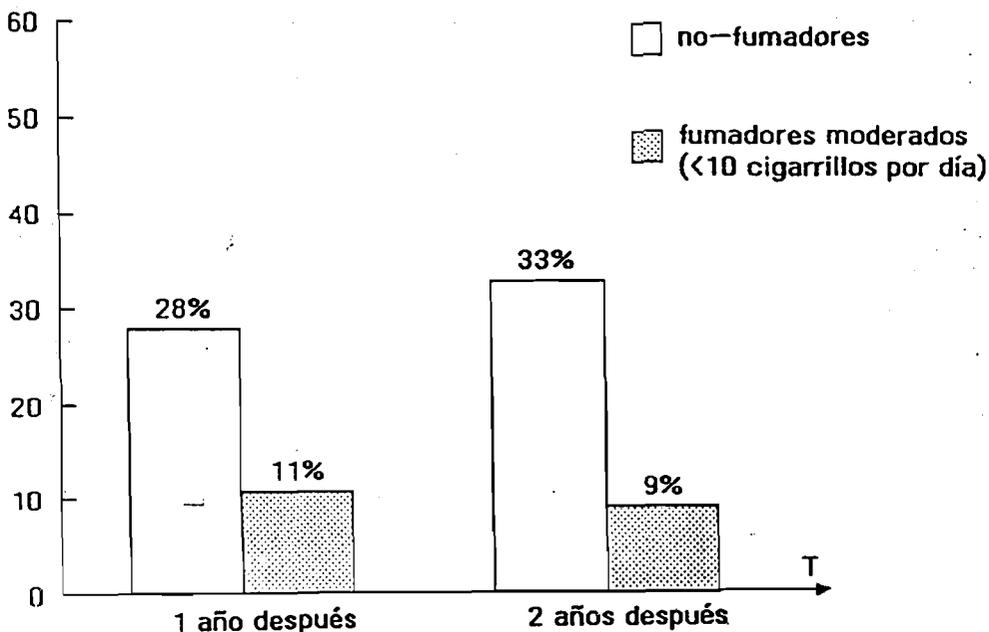
- Desde el principio hasta el final del cursillo aumentó el porcentaje de personas que estimaban su salud como "buena" o "muy buena" del 27% al 40%.
- Mejoras significantes se obtuvieron entre el comienzo y el final del curso en las subescalas del cuestionario en los siguientes ámbitos:
 - o perturbaciones del sueño y trastornos corporales ocasionados por el stress
 - o ira y angustia
 - o rabia en el trabajo
 - o problemas comunicativos y conflictivos de pareja
 - o asertividad, confianza en sí mismo y placer social
 - o capacidad de relajación
- A finales del cursillo, el 81% de los participantes se mostraron contentos o muy contentos con los resultados obtenidos.
- A largo plazo se mantuvieron en general estables hasta el primer control, un año después, las mejoras conseguidas durante el cursillo. En determinadas subescalas se mostraron tendencias de aumento de mejoría al terminar el curso.
- Un año después de terminado el curso, el 50% de los participantes se mostró contento con lo obtenido durante el curso. El 36% se mostró bastante contento. El 14% estuvo descontento.

Como se puede ver en la 8ª imagen, gracias al programa contra el stress se utilizaron menos frecuentemente determinados medicamentos, sobre todo sedantes, purgantes y laxantes. La disminución de calmantes y de medicamentos cardiovasculares son en comparación de poca importancia. Esto indica que distintas medidas terapéuticas muestran efectos terapéuticos específicos y que el cálculo de la eficacia puede determinar la composición de un programa terapéutico. Una indicación tan específica se puede alcanzar con medidas terapéuticas conductuales, sin embargo con medidas psicoterapéuticas no.

Con el programa contra el consumo de tabaco se obtuvo al final del cursillo un 55% de no-fumadores y un 27% de fumadores moderados que

diariamente fumaban menos de 10 cigarrillos frente a los 25 antes del cursillo. Más interesantes son naturalmente los resultados a largo plazo que se muestran en la 9ª imagen.

9ª imagen. Éxito a largo plazo del programa contra el consumo de tabaco.



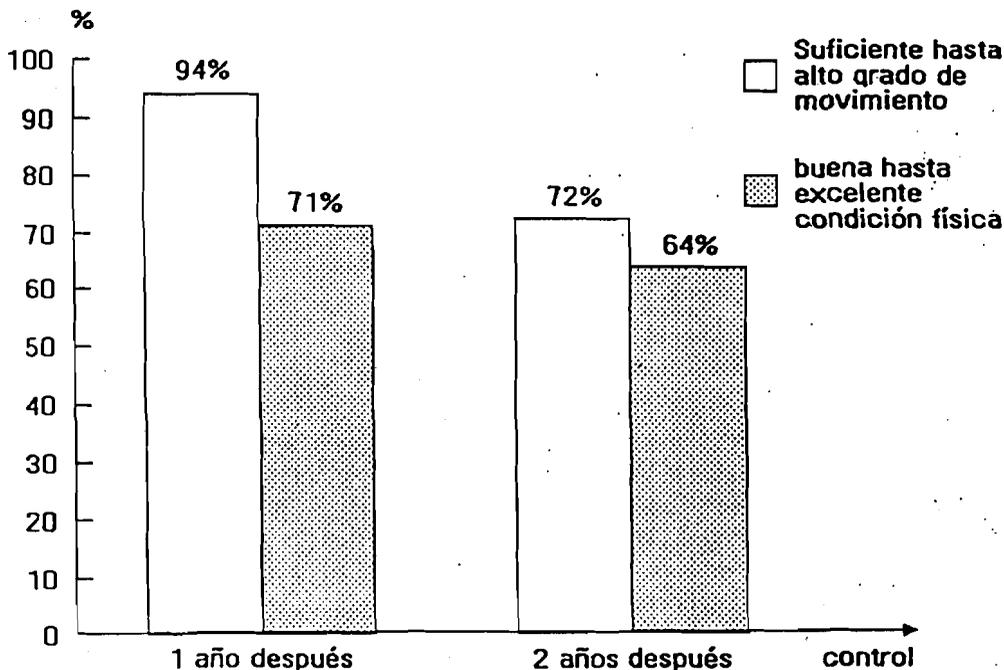
Se ve que después de una año hay un 28% de no-fumadores y un 11% de fumadores moderados. Las cifras correspondientes de un control dos años después del cursillo son de un 33% y 9% respectivamente. Un año y dos años después de terminado el cursillo era el consumo medio de 14 cigarrillos diarios. Otros resultados son:

- Una persona que no había participado en el cursillo pero que vivía conjuntamente con uno del 28% de los participantes dejó de fumar o redujo el consumo de tabaco al finalizar el cursillo.
- El predictor más importante para un éxito a largo plazo: abstinencia al terminar el cursillo.
- Al terminar el curso las personas abstinentes seguían en un 60% siendo abstinentes dos años después, mientras que la cuota de no-fumadores que al finalizar el cursillo todavía fumaban era a largo plazo del 9%.

La eficacia del programa de ejercicios fue evaluada según los criterios desarrollados por Cooper (1970). Según estos, se hizo constar que a principios del cursillo el 28% tenía un grado entre "suficiente" y "alto" de movimiento mientras que al final del cursillo eran 83%. Los datos correspondientes para una condición física entre "buena" y "excelente" ascendieron, en una apreciación subjetiva, del 27% a principios del cursillo al 79% al final de él.

Los resultados obtenidos a largo plazo se muestran en la 10ª imagen.

10ª imagen. Resultados a largo plazo del programa de ejercicios.



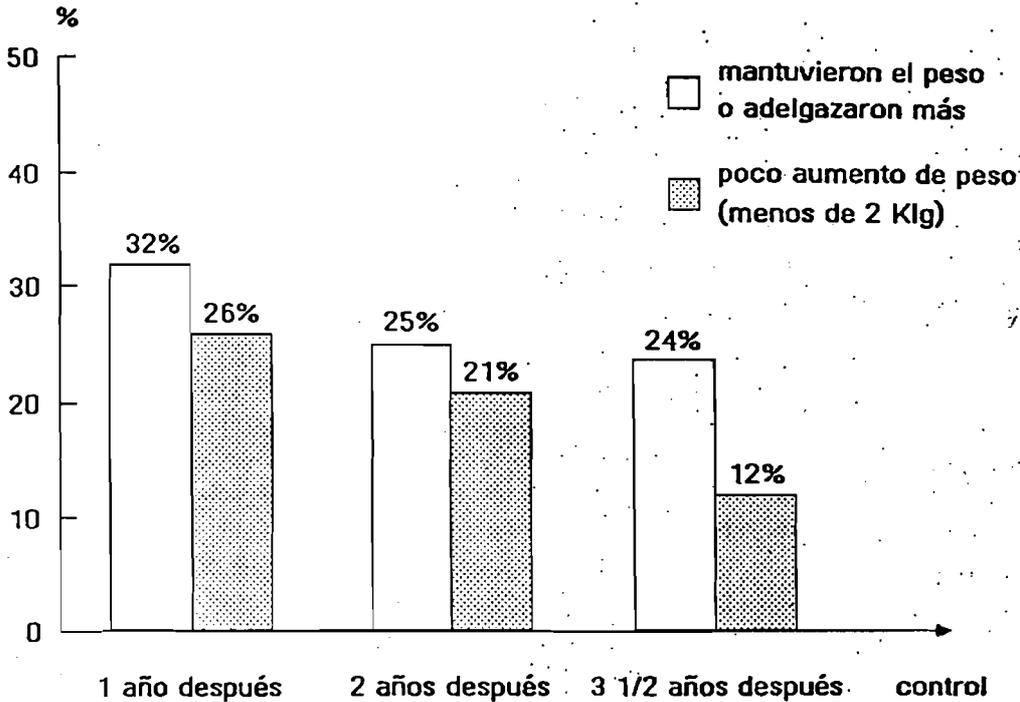
Un año después de terminado el programa se mantiene un suficiente hasta alto grado de movimiento en el 94% de los casos, según Cooper, y dos años después todavía en el 72%. Los datos correspondientes, según la apreciación subjetiva de una condición física buena hasta excelente, son un año después el 71% y dos años después el 64%.

Otros resultados son:

- El porcentaje de personas que estimaban su estado de salud como "bueno" o "muy bueno" aumentó del 51% al 75% al terminar el cursillo.

- El consumo de diversos medicamentos disminuyó significativamente desde el comienzo hasta el final del cursillo así como en el control un año después.
- En el control, un año después, manifestaron el 77% seguir practicando los ejercicios aprendidos durante el curso. En el post-control, dos años después, hacía el 84% de los participantes con regularidad un training por lo menos una vez por semana.
- La pérdida de peso medio durante el cursillo de 12 semanas de duración fué de 5,2 kg (SD* = 3,4 kg).

11ª imagen. Resultados a largo plazo del programa de ejercicios.



* desviación típica

La 11ª imagen muestra a aquellos participantes que mantuvieron la pérdida de peso durante los 3 años y medio siguientes. Otras consecuencias son además:

- El estado de salud se estima en promedio mejor.
- 99% de los participantes declaró poder recomendar el curso.
- Un año después del curso ha disminuido de peso una persona más que convivía con uno del 26% de los participantes.

Según los resultados presentados han tenido los programas durante su ensayo en los centros sanitarios un buen éxito. Los resultados a largo plazo se estiman en su totalidad como positivos, incluso en comparación con bibliografía científica.

Las experiencias de este modelo de prueba se discutirán bajo los aspectos de haber alcanzado al grupo-meta, posibilidad de empleo de estos programas en los centros sanitarios de la AOK y entidades semejantes, así como éxito y posibilidades de mejora. Debido a los resultados obtenidos se puede recomendar la transferencia del modelo para un uso más amplio, y no hay impedimentos para que este modelo se utilice en instituciones semejantes del propio país y del extranjero.

7. Observación final.

Señoras y señores:

Les he mostrado un modelo de prevención sanitaria que está caracterizado por tres puntos particulares.

Primero: He aconsejado un modelo teórico de stress fundado empíricamente y que abarca todos los fenómenos biológicos y psicológicos relevantes. Este modelo sobrepasa la prevención de enfermedades cardiovasculares relacionándose con todas las enfermedades crónicas, en las que desempeñan un papel los problemas conductuales.

Segundo: Hemos recalcado la importancia del marketing social, sin cuya utilización adecuada se cometen a menudo graves y costosos errores. El marketing social nos muestra perspectivas prácticas de la planificación y del uso de la prevención.

Tercero: Se describió la forma en que ha sido empleado un modelo de prevención sanitaria aplicable tanto a un nivel regional como nacional, cuya eficacia puede ser controlada. Este modelo puede ser utilizado en cualquier institución, en hospitales y sanatorios, así como en la industria,

es decir, en las cercanías del puesto de trabajo.

Me alegraría mucho, si se llegara a realizar de una u otra forma.

BIBLIOGRAFIA

BERNSTEIN, D.A. & GLASGOW, R.E.: Smoking. In O.F. Pomerleau & J.P. Brady (Eds.) Behavioral medicine: Theory and practice. Baltimore: Williams & Wilkins, 1979.

BLOOM, P.N. & NOVELLI, W.D.: Problems and challenges of social marketing. Journal of Marketing, 1981, 45, 79-88.

BRENGELMANN, J.C.: Stress, superación y calidad de vida en personas sanas y enfermas. Evaluación Psicológica/Psychological Assessment, 1986, Vol. 2, 3, 47-77.

COOPER, K.H.: Bewegungstraining. Frankfurt: Fischer, 1970.

COOPER, T., DETRE, T. & WEISS, S.M.: Coronary-prone behavior and coronary heart disease: A critical review. Circulation, 63 (6), 1981, 1199-1215.

ENGEL, G.L.: The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196 (4286), 1977, 129-136.

FEUERSTEIN, M., LABBÉ, E.E. & KUCZMIERCZYK, A.R.: Health Psychology: A Psychobiological perspective. New York: Plenum Press, 1985.

FREDERIKSEN, L.W., SOLOMON, L.J. & BREHONY, K.A.: Marketing health behavior: Principles, techniques and applications. New York: Plenum Press, 1984.

HÄNSCH, G.: Bewegtes Abnehmen - Ein Gruppenprogramm zur Gewichtsreduktion mit spielerischen Körperübungen (IFT) München: Röttger, 1985.

HIRZEL, G.: Fitness für jeden - Mit Spass und Freude zu mehr Bewegung. Ein Gruppenprogramm zum Abbau von Bewegungsmangel. (IFT). München: Röttger, 1985.

HIRZEL, G. & SCHIPPERS, R.: Mit leichten Schritten zur letzten Zigarette - Ein Gruppenprogramm für zukünftige Nichtraucher (IFT), München: Röttger, 1985.

KANNEL, W., MCGEE, D. & GORDON, T.: A general cardiovascular risk profile: The Framingham Study. American Journal of Cardiology, 108 (2), 1976, 46-51.

KESSLER, A.: Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen - Stressbewältigungsprogramm. A (IFT, Kursleiter-Materialien). München: Röttger, 1985.

KESSLER, A. & GALLEN, M.A.: Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen- Ein Programm zur Stressbewältigung (IFT, Teilnehmerunterlagen). München: Röttger, 1985.

MATARAZZO, J.D.: Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. American Psychologist, 37 (1), 1982.

POMERLEAU, O.F. & BRADY, J.P.: Behavioral medicine: Theory and practice. Baltimore: Williams & Wilkins, 1979.

SCHWARTZ, G.E. & WEISS, S.M.: Proceeding of the Yale Conference on Behavioral Medicine (U.S. Department of Health, Education and Welfare No. (NIH): 78-1424). Washington, D.C.: US Government Printing Office, 1978.

STUNKARD, A.J.: Behavioral medicine and beyond: The example of obesity. In O.F. Pomerleau & Brady (Eds.), Behavioral medicine: Theory and practice. Baltimore: Williams & Wilkins, 1979.

WEISS, S.M.: Health psychology: The time is now. *Health Psychology*, 1 (1), 1982, 81-91.

WENGLER E. (HRSG.): Modellversuch für Gesundheitsberatungsstellen bei der AOK für den Kreis Mettmann. Abschlussbericht. München: IFT, 1984.

WOCHINGER, J. & NEEF, D.: Schlanksein kann man lernen Ein Gruppenprogramm zur Gewichtsreduktion (IFT). München: Röttger, 1985.

SR. DIRECTOR GENERAL DE UNIVERSIDADES:

La Conselleria de Cultura y Educació en particular y la Generalitat Valenciana en su conjunto, contemplan en el planteamiento actual de su política un interés y una voluntad referida a la creación de un conjunto de Servicios e Instituciones capaces de cumplir los objetivos de la política educativa del Gobierno Valenciano.

Quisiera recordar, en primer lugar, que la Conselleria trata de defender un modelo educativo de calidad y mantiene una voluntad de mejorar la calidad de la docencia y de la formación escolar.

En segundo lugar, el objetivo de la política educativa del Gobierno Valenciano es la democratización de la enseñanza.

El tercer objetivo importante en nuestra política es ciertamente el concebir la educación no sólo como un elemento de formación y mejora de la calidad de enseñanza del ciudadano sino como un elemento compensador en su formación.

Es precisamente en este conjunto de objetivos de la política educativa del Gobierno Valenciano, donde se inscribe la función de los Servicios Psicopedagógicos Escolares con un ámbito fundamentalmente basado en la estrecha colaboración y diálogo entre el personal de Servicios, la Administración y la labor formidable de los Gabinetes Socio-Psicopedagógicos Municipales.

Esa experiencia a la que estamos asistiendo en la Comunidad Valenciana es realmente motivadora puesto que se está construyendo una red, cada vez más conjuntada, entre los Servicios de ámbito especializado de carácter zonal y aquellos otros Servicios de Gabinetes Municipales con una intensidad de trabajo de carácter primario que conduce a generalizar mucho más este Servicio.

Es por eso, que la Conselleria tenía interés con la Ley de Homologación de los Gabinetes Municipales, en que fuera bien dispuesta y en que se acercase a la de los Servicios ya existentes en la Comunidad.

Me gustaría señalar aquí el ambiente de diálogo y de colaboración existente en la actualidad y en la elaboración común de un modelo de intervención. Un modelo que se va definiendo y que llegaremos a conseguir con nuestro trabajo y con el esfuerzo diario de unos y otros. Es por eso para mi un motivo de satisfacción mi presencia hoy aquí con todos ustedes ya

que es de agradecer porque significa la voluntad de mejora de nuestro pueblo. También mi agradecimiento a todos los profesionales y profesores invitados a estas Jornadas y, por supuesto, quisiera agradecer el esfuerzo de organización y de voluntad que tanto el Colegio Oficial de Psicólogos como la Federación Valenciana de Municipios y Provincias han llevado a cabo.

Al llegar a este punto y, por supuesto, sin ánimo de mantener por más tiempo el aspecto protocolario de este acto, quedan inauguradas en nombre del Sr. Conseller de Cultura, Educació i Ciència de la Generalitat Valenciana las Segundas Jornadas de Gabinetes Socio-psico-pedagógicos Municipales.