

# Por qué los médicos somos reticentes a ayudar a los pacientes a cambiar sus estilos de vida

## Doctutor

**Resumen:** A pesar del impacto en la salud de los estilos de vida nocivos y de todas las evidencias sobre la efectividad de un abordaje por parte del médico para ayudar a cambiar conductas, los profesionales no abordan estos temas lo suficiente percibiendo barreras específicas entre las que una adecuada y precoz formación es tal vez la más relevante aunque no la única.



Las enfermedades no transmisibles (ENT) se consideran en gran medida prevenibles debido a su estrecha relación con las conductas relacionadas con la salud y se estima que ahora son responsables del 60% de la mortalidad anual [1]. Parece que hasta el 80% de las enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, diabetes tipo II y un tercio de los cánceres podrían evitarse con los cambios apropiados en el estilo de vida como dejar de fumar, disminuir el consumo de alcohol, aumentar el ejercicio y mejorar la dieta [1]. Además de esto, las conductas poco saludables resultan costosas para los sistemas sanitarios. Los tratamientos de la obesidad por ejemplo se calcula que le cuestan al Sistema de Salud Británico 5.000 millones £ anuales [2] y representan la sexta parte del presupuesto de salud de EE.UU [3]. Pero esto no es solo un problema de los países desarrollados, las ENT también son un grave problema en los países en desarrollo [4]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) [1] estima que el mayor aumento de las muertes por ENT durante la próxima década ocurrirá en las regiones de África y del Mediterráneo Oriental (27% y 25%, respectivamente). En respuesta a este desafío mundial cada vez mayor, las reformas del sistema sanitario se centran cada vez más en la promoción de la salud y en los enfoques preventivos de la atención a los pacientes [1,5-7]. En esta misión, se reconoce a los profesionales de la medicina un papel clave para contribuir a resolver el problema de las enfermedades relacionadas con el estilo de vida [8].

Los profesionales de atención primaria están particularmente bien situados para aconsejar y motivar a los pacientes sobre el cambio de comportamiento relacionado con la salud debido a su contacto frecuente con individuos que se beneficiarían de cambios en aspectos de su estilo de vida. La evidencia también sugiere que el asesoramiento médico puede conllevar resultados positivos en temas como la pérdida de peso [10, 11], el consumo de tabaco y el alcohol [7]. Sin embargo, más allá de los resultados de la investigación sobre intervenciones concretas, las oportunidades para discutir el cambio de conducta con los pacientes en la práctica clínica se suelen desperdiciar [12 - 14]. Así, aunque los responsables de las políticas de salud y los investigadores han puesto de relieve la responsabilidad y el papel potencialmente eficaz que tienen los médicos para abordar las conductas poco saludables de los pacientes, la evidencia sugiere que esto no se está cumpliendo. Una posible explicación es la ausencia de una formación sobre estos temas dirigida a los estudiantes y profesionales médicos [15]. Existen evidencias en la literatura psicológica sobre las técnicas de cambio de conducta que teóricamente son efectivas para una amplia gama de comportamientos relacionados con la salud tales como fumar, dieta y ejercicio [16]. Muchas técnicas específicas (por ejemplo, la fijación de objetivos y entrevistas motivacionales) son útiles para facilitar el cambio incluso en consultas médicas con un tiempo limitado [16 - 19]. Además, estas técnicas se basan en una serie de teorías que describen los determinantes de la conducta relacionados con la salud y sus relaciones entre estas, el

comportamiento concreto y los resultados de salud [20].

Sin embargo, en el contexto de la educación médica, la teoría de la conducta y los aspectos relacionados de las ciencias sociales generalmente se perciben más bien desde una perspectiva tipo "interesante conocer" en lugar de "necesario conocer"; La evaluación formal de estos temas suele brillar por su ausencia; y es complicado encontrar personal docente cualificado para abordar este tipo de enseñanza [22]. Estos son dos aspectos que están detrás de que este conocimiento sobre una comunicación clínica que facilite un cambio de comportamiento eficaz se lleve a la práctica clínica. En conjunto, esto ilustra la discordancia existente entre los objetivos de atención sanitaria para dar prioridad al cambio de conductas relacionadas con la salud, la evidencia disponible sobre las estrategias efectivas, la práctica médica actual y la capacitación para llevarlo a cabo.

En relación con esto, un aspecto adicional seguramente muy trascendente es la actitud que los profesionales médicos tienen respecto a su papel en la discusión sobre los cambios de conducta y los hábitos de vida en las consultas. El hecho es que, a pesar de estar bien posicionados para impartir conocimientos y asesoramiento [9], con frecuencia los médicos no se esfuerzan en trabajar con los pacientes estos cambios [13, 26]. Se han publicado varios estudios realizados con profesionales médicos y residentes que exploran esto y que dan pistas importantes sobre las razones por las que esto parece que es tan difícil de llevar a cabo, a pesar de la insistencia en realizar una formación que prepare a los profesionales médicos y los residentes para facilitar el cambio de conducta a sus pacientes [27,28,29].

#### **Los argumentos que esgrimen los médicos al respecto son:**

No están seguros de qué estrategias sean efectivas, y para ello se basan en las experiencias individuales en lugar de las que proporciona la evidencia científica y en su baja confianza en el éxito de abordar estas cuestiones con los pacientes. Algunos estudios también han demostrado que los profesionales de atención primaria no confían en facilitar el cambio de comportamiento a los pacientes, porque les lleva mucho tiempo, les resulta difícil de abordar con los pacientes, y profesionalmente poco gratificante [18, 30 - 33]. Esto también lo comparten los médicos especialistas y los residentes.

Otro aspecto que los médicos aducen es el problema de la identificación del responsable de discutir el cambio de conducta con los pacientes y el hecho de cómo las diferentes relaciones médico-paciente podrían verse afectadas por esto (por ejemplo, las relaciones más cercanas se asocian a más responsabilidad y más éxito). Curiosamente, los médicos que participaron en el estudio de Chisholm valoraron mucho la relación médico-paciente y comentaron su temor a que plantear temas sensibles relacionados con el estilo de vida de los pacientes pudiese dañarla [29]. En consonancia con esto, investigaciones anteriores han puesto de relieve las posibles consecuencias negativas de la moderna relación médico-paciente [34]. Investigaciones cualitativas con pacientes con enfermedades crónicas sugieren que los médicos pueden sentirse incapaces de desafiar o motivar a los pacientes a manejar sus problemas debido al creciente énfasis puesto en la valoración de las agendas de los pacientes y por lo tanto llegan a hacerse cómplices de los pacientes para mantener una relación positiva con ellos [35]. Los datos a este respecto sugieren que es la naturaleza de la interacción social entre los médicos y los pacientes lo que impide la gestión del cambio de comportamiento con éxito. Es decir, los temas sensibles (por ejemplo, la obesidad) provocan respuestas emocionales que pueden llevar a los médicos a evitar hablar sobre el cambio de conducta con el fin de reducir el riesgo de malestar y mantener una relación médico-paciente positiva. En este sentido sigue siendo un tema a comprobar si la calidad de la relación tendría impacto en el éxito del cambio de conducta caso de que los médicos plantearan estas cuestiones.

Muchos profesionales de atención primaria y especializada consideran que sus funciones implican más bien sacar el tema y derivar, pero no discutir el cambio de conducta, a pesar de las recomendaciones establecidas. Otros aspectos importantes sentidos por los médicos como barreras son la falta de confianza y la carencia de habilidades para facilitar el cambio de conducta a los pacientes.

#### **Conclusiones**

Generalmente el común de los médicos y los residentes no están familiarizados con la teoría y las técnicas sobre cambio de conducta basadas en la evidencia que ofrece la literatura médica y psicológica [16]. La comprensión de las técnicas que promueven o inhiben el cambio de conducta es esencial si se pretende que los médicos aborden estos temas con sus pacientes [36]. Lo que la mayoría de las investigaciones sobre estos problemas coincide en señalar es en que es necesario una educación médica adecuada en esta área y en que hay que implementar mejor las políticas actuales en la práctica clínica del día a día. Una visión coherente con las últimas recomendaciones es que los estudiantes deben salir de la facultad de medicina con competencias para poder discutir los aspectos psicológicos y sociológicos del cambio de comportamiento con los pacientes [27], lo que supone para un gran número de

universidades el modificar sus programas educativos para hacer esto posible.

## Referencias

- [1] World Health Organization (WHO). 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. WHO; 2008.
- [2] National Audit Office. Tackling obesity in England. [http://www.nao.org.uk/publications/0001/tackling\\_obesity\\_in\\_england.aspx?alreadysearchfor=yes](http://www.nao.org.uk/publications/0001/tackling_obesity_in_england.aspx?alreadysearchfor=yes) [accessed 16.09.10]
- [3] Lenzer J. Obesity related illness consumes a sixth of US healthcare budget. *Brit Med J* 2010;341:c6014.
- [4] Wise J. "Tsunami of obesity" threatens all regions of world, researchers find. *Brit Med J* 2011;342:d772.
- [5] Department of Health (DH). Choosing health. DH; 2004, [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4094612](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094612) [accessed 16.09.10].
- [6] National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. Health systems and health-related behaviour change ? a review of primary and secondary evidence. NICE; 2010, <http://guidance.nice.org.uk/OtherPublications> [accessed 16.09.10].
- [7] Whitlock EP. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:557-68.
- [8] Alpert J, Powers P. Obesity: a complex public health challenge. *Am J Med* 2005;118:935. [9] Walsh JME, Swangard DM, Thomas D, McPhee SJ. Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. *Am J Prev Med* 1999;16:307-13.
- [10] McTigue KM, Harris R, Hemphill B, Lux L, Sutton S, Bunton A, et al. Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003;139:933-49.
- [11] Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Brit J Gen Pract* 2005;55:305-12.
- [12] Galuska DA, Will JC, Serdula MK, Ford ES. Are health care professionals advising obese patients to lose weight? *J Amer Med Assoc* 1999;282:1576-8.
- [13] Ma J, Urizar GG, Alehegn T, Stafford RS. Diet and physical activity counseling during ambulatory care visits in the United States. *Prev Med* 2004;39:815-22.
- [14] Thorndike AN, Regan S, Rigotti NA. The treatment of smoking by US physicians during ambulatory visits: 1994-2003. *Am J Public Health* 2007;97:1878-83.
- [15] Moser EM, Stagnaro-Green A. Teaching behavior change concepts and skills during the third-year medicine clerkship. *Acad Med* 2009;84:851-8.
- [16] Michie S, Johnston M, Francis J, Hardeman W, Eccles M. From theory to intervention: mapping theoretically derived behavioural determinants to behaviour change techniques. *Appl Psychol* 2008;57:660-80.
- [17] Lozano P, McPhillips HA, Hartzler B, Robertson AS, Runkle C, Scholz KA, et al. Randomized trial of teacher brief motivational interviewing to pediatric trainees to promote healthy behaviours in families. *Arch Pediatr Adol Med* 2010;164:561-6.
- [18] MacGregor K, Wong S, Sharifi C, Handley M, Bodenheimer T. The action plan project: discussing behavior change in the primary care visit. *Ann Fam Med* 2005;3:39-40.
- [19] Rollnick S, Butler CC, McCambridge J, Kinnersley P, Elwyn G. Consultations about changing behaviour. *Brit Med J* 2005;331:961-3.
- [20] Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care* 2005;14:26-33.
- [21] Marteau T, Lerman C. Genetic risk and behavioural change. *Brit Med J* 2001;322:1056-9.
- [22] Litva A, Peters S. Exploring barriers to teaching behavioural and social sciences in medical education. *Med Educ* 2008;42:309-14.
- [23] Strauss AL, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. California: Sage; 1998.
- [24] Peters S. Qualitative research methods in mental health. *Evid Based Ment Health* 2010;13:35-40.
- [25] Malterud K. Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001;358:483-8.
- [26] Kushner RF. Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners. *Prev Med*

1995;24:546-52.

- [27] General Medical Council (GMC). Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education. GMC; 2009.
- [28] National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. Behaviour change at population, community and individual levels: public health guidance 6. NICE; 2007, <http://guidance.nice.org.uk/PH6> [accessed 02.02.11].
- [29] Chisholm A, Hart J, Lam V, Peters S. Current challenges of behavior change talk for medical professionals and trainees. *Pat Edu Coun* 2012;87:389-94
- [30] Thuan JF, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obesity* 2005;29:1100-6.
- [31] King LA, Loss J, Wilkenfeld RL, Pagnini DL, Booth ML, Booth SL. Australian GPs' perceptions about child and adolescent overweight and obesity: the weight of opinion study. *Brit J Gen Pract* 2007;57:124-9.
- [32] Laws R, Kemp L, Harris M, Powell Davies G, Williams A, Eames-Brown R. An exploration of how clinician attitudes and beliefs influence the implementation of lifestyle risk factor management in primary healthcare: a grounded theory study. *Implement Sci* 2009;4:66.
- [33] Schmida M, Eglia K, Briana MW, Bauera GF. Health promotion in primary care: evaluation of a systematic procedure and stage specific information for physical activity counselling. *Swiss Med Wkly* 2009;139:665-71.
- [34] Buetow S, Jutel A, Hoare K. Shrinking social space in the doctor-patient relationship: a review of forces for, and implications of, homogenisation. *Patient Educ Couns* 2009;74:97-103.
- [35] Chew-Graham CA, May CR, Roland MO. The harmful consequences of elevating the doctor-patient relationship to be a primary goal of the general practice consultation. *Fam Pract* 2004;21:229-31.
- [36] Marteau T, Dieppe P, Foy R, Kinmonth A-L, Schneiderman N, Knight JL. Behavioural medicine: changing our behaviour. *Brit Med J* 2006;332:437-8.