



E. Masachs i Fatjó

Técnico de Formación. Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya.

## Educación sanitaria en la prevención de las úlceras por presión

1<sup>er</sup> Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica  
Barcelona, mayo 97

### 1. IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA PREVENCIÓN DE LAS UPP

Existe acuerdo unánime en que la participación activa del paciente y especialmente de las personas que lo cuidan es un elemento básico en la prevención de las UPP. En la medida en que éstos tengan cuidado de los cambios posturales y la movilización del enfermo, de la higiene de la piel, y del tratamiento de las úlceras, la calidad de vida y la evolución de las afecciones pueden ser mejores.

La educación sanitaria se presenta como un instrumento para conseguir este nivel de autocuidado por parte de pacientes y familias, a través de la información y de la adquisición de habilidades. Esta tarea vendrá facilitada o dificultada por el grado de motivación y las actitudes que encontremos en los receptores de nuestra actividad.

Quiero señalar especialmente la importancia de la motivación o de la predisposición de las personas a las que pretendemos educar, elemento clave para que nuestros programas educativos funcionen. Ser personas informadas y que conocen algunas habilidades para la prevención de las UPP no es sinónimo de ser personas capaces de

ejercer el autocuidado o el cuidado de un enfermo. Entre la información y el cambio de conducta hay algo que quizá podemos definir como el gran reto de los profesionales que creemos en la ES. Recordemos una frase típica que repetimos siempre con perplejidad: "yo ya se lo he explicado de todas las formas posibles, pero no hay manera que lo haga".

La educación sanitaria aspira a promover hábitos y conductas saludables en los individuos, que les hagan más autónomos y mejoren su calidad de vida. Este objetivo justifica la inclusión de la ES en los programas preventivos y, diría más, en todos los niveles de la atención sanitaria. Pero de la misma forma que se nos aparece como un instrumento que nos hace sentir casi omnipotentes —"si pudiéramos hacer que nuestros usuarios tuvieran estilos de vida saludables..."—, nos resulta a menudo una fuente de frustración constante —"no nos hacen caso...", "no obtenemos los cambios esperados"— que nos pone en la tentación de tirar la toalla y entrar en el colectivo de los que piensan que la ES no sirve para nada.

El objetivo de esta sesión es justamente el de revisar algunas ideas sobre lo que significa educar para la salud desde la complejidad de la con-



- 8 ducta humana y dar algunos elementos que puedan hacer más satisfactoria nuestra práctica profesional en este campo a partir de la revisión de las dificultades más habituales.

## 2. MODELOS DE SALUD/ENFERMEDAD Y EDUCACIÓN SANITARIA

Si preguntamos a los profesionales cuales son las principales dificultades que encuentran en la práctica de la ES obtendremos respuestas como las siguientes:

- La gente no entienden o no quieren asumir lo que se les plantea.
- Cuesta mucho implicar a la familia que está desmotivada.
- Lo difícil es hacer que no sean tan dependientes del profesional.
- Si les dejas hablar mucho pueden preguntarte cosas que no sabes. No tenemos solución para todo, situaciones terminales,...
- No tenemos tiempo.
- Como transmitir mensajes de una forma clara, que nos entiendan,...
- Damos mensajes contradictorios: entre profesionales, sociedad, familia. Tendríamos que unificar.
- Como romper con creencias y hábitos que culturalmente están muy arraigados.

Desde mi punto de vista, detrás de estos problemas, descubrimos que a menudo subyacen algunos conceptos que los perpetúan y nos impiden abordarlos desde la complejidad que conllevan:

- a) Presuponer que existe un modelo de "intervención educativa correcta" (homogénea), que produce cambios de conducta inmediatos.
- b) Basar la educación en un modelo de comunicación "persuasiva": convencer al otro por todos los medios, para que acepte lo que nosotros proponemos. Tarea difícil que además no asegura cambios en profundidad.
- c) Imperan los objetivos del profesional y que normalmente consisten en aplicar el "manual del enfermo perfecto". Decir lo que hay que hacer y como.

- d) Lo que se ha llamado "culpabilizar a la víctima". Descuidar una visión más social de las conductas. Creemos en la comprensión bio-psico-social.
- e) Considerar con demasiada facilidad que el paciente o el cuidador no están motivados para el cambio. Quizá no están motivados para el cambio que nosotros —los profesionales— proponemos.

La educación sanitaria entendida en estos términos responde a un modelo de salud/enfermedad basado en la certidumbre, el cual puede resultar muy útil a la hora de tratar con fenómenos unicastuales, aspectos orgánicos de las enfermedades, pero nos limita enormemente cuando pretendemos aplicarlo a la conducta humana y a la educación.

El terreno del comportamiento humano es de incertidumbre, no controlamos todas las causas, no podemos prever todos los efectos...

## 3. COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA: INFORMAR NO ES EDUCAR

Desde un modelo clásico podríamos ver la comunicación como la transmisión de un mensaje entre emisor y receptor. La comunicación se completa cuando el receptor ha captado lo que el emisor quería comunicarle. Una parte del éxito de la comunicación, con la que nos manejamos mejor, depende básicamente de cómo se dan los mensajes —mejorar el canal de transmisión—: hablar un lenguaje fácil, ponerlo por escrito, recalcar los puntos importantes, pedir feed-back.

La cosa se complica cuando nos damos cuenta de que a pesar de que el mensaje "llegue", no obtenemos la respuesta esperada, no mueve al otro como nos moveríamos nosotros. A partir de aquí solemos entrar en un círculo vicioso de insistir e insistir siempre en lo mismo "machacar", sin obtener gran éxito.

Parece que la percepción de la realidad y el significado de las cosas son distintos para cada persona. A parte de las interferencias externas en la comunicación o del canal de transmisión, hay interferencias internas.

¿Qué son las interferencias internas?

Concepciones, prejuicios, emociones, significaciones,... sobre las cosas que nos suceden y el





mundo que nos rodea: sobre la enfermedad y la salud, sobre la muerte, sobre el efecto de las medicinas o de los detergentes, o de los perfumes,... sobre la ayuda que podemos esperar de un profesional... Todo esto está ahí cuando nos comunicamos y nos da claves para una interpretación personal de los mensajes.

El mundo de la percepción interna se mueve desde lo emocional, lo irracional, a veces desde lo inconsciente,... y no puede ser reducido desde lo racional, lo cognoscitivo. Se forma a partir de la experiencia, de la cultura, de la educación familiar y social.

Las interferencias internas son las que “nos molestan” para hacer una buena educación, según el modelo unidireccional, unicausal, bio-médico de actuación.

Desde lo multicausal, lo bio-psico-social, lo incierto —es decir, lo real— las interferencias internas son nuestro *elemento principal para el trabajo educativo*.

Esto significa por parte del profesional una colocación radicalmente distinta: no sabemos nada de los motivos del paciente, no sabemos nada del significado que tienen las cosas para él o para su familia. Entonces comunicarse ya no es transmitir, sino poner en común, crear un espacio común en el cual podamos ayudar al paciente o al cuidador a encontrar “su forma más saludable de vivir”. No hay recetas estándar, no hay que vender y comprar, no hay pacientes de manual, se puede ser un paciente “suficientemente bueno”.

A partir de ahí la ES se concibe como una forma de relación, como un proceso de comunicación interpersonal que tiende a responsabilizar y facilitar que los individuos y grupos elijan comportamientos saludables (Sepilli).

Facilitar cambios: ayudar a encontrar formas en que las conductas puedan ser incorporadas de acuerdo a la forma de hacer de uno mismo.

Cuando tratamos de educar a enfermos o cuidadores en la prevención de UPP, tratamos con personas que están afrontando situaciones de deterioro físico y a veces mental, terminalidad, organización familiar para la ayuda, pérdida de independencia. Situaciones que evidentemente se viven de forma muy distinta pero que generan ansiedad y por tanto muchos tipos de sentimientos: culpa, rabia, negación, abnegación. Es-

tos sentimientos pueden bloquear la adquisición de habilidades y la utilización de una información que nos empeñamos en que llegue. 9

### 3. LA SALUD Y LA ENFERMEDAD COMO EXPERIENCIAS PARA APRENDER

Podría parecer que se trata de establecer una comunicación bidireccional porque está de moda o porque es más democrático. Nada más lejos.

Cuando decía que educar no es persuadir es porque creo que educamos para que la gente aprenda incorporando cambios que perduren. La persuasión —como la publicidad, el marketing,...— puede impactar, pero sabemos que produce cambios a corto plazo, que cesan en cuanto cesa el estímulo. No genera pensamiento ni actitud crítica, no desarrolla la autonomía. O bien, la persuasión puede ser efectiva cuando la predisposición al cambio por parte del individuo ya es elevada, entonces basta con un estímulo recordatorio.

Entiendo la ES desde el aprendizaje que da elementos para crecer como individuo, para madurar y resolver conflictos. En este sentido dos teorías:

- Aprendizaje significativo (Rogers, 1975): implica el intelecto y el afecto. Las personas aprendemos a partir de los intereses y las motivaciones propias.
- Aprendizaje por la experiencia (Bion, 1965): solamente conectando con lo que sentimos podemos abrirnos a situaciones nuevas. Dando significado a las experiencias para poder aprender de ellas.

Clásicamente desde la pedagogía se considera que el comportamiento tiene tres elementos: saber, saber hacer y saber ser.

La información nos da “saber”. Ej: una persona puede saber todo sobre la necesidad y los tipos de cambios posturales en las UPP.

La práctica de habilidades del “saber hacer”. Ej: el cuidador puede haber practicado el manejo de un enfermo, las formas de moverlo.

La conexión con sentimientos, emociones y experiencias puede modificar el “saber ser”. Ej: se es capaz de cuidar cuando además de conocer las técnicas de cambio postural se pueden apli-



- 10 car porque una persona puede aceptar más o menos la circunstancia que le afecta, y cuando a veces se sienta sobrepasada sabrá buscar apoyo y cuidarse.

Contrariamente una persona que difícilmente acepta una situación. Puede bloquearse a la hora de adquirir conocimientos y habilidades.

Cuando queremos educar generalmente esperamos cambios en el "saber ser" dando "saber" descontextualizado.

#### 4. ¿QUÉ SIGNIFICA SER EDUCADOR?

Las posibilidades de cambio en los pacientes y sus cuidadores pasan por orientar la educación sanitaria como un proceso de comunicación in-

terpersonal. Se trata de trabajar con los pacientes a partir de su propia experiencia de salud y enfermedad, de su realidad socio-cultural, para que puedan lograr su propia calidad de vida.

Desde esta óptica, el educador debe de saber situarse en una relación de intercambio en la cual él es conocedor de un saber que no podrá ser utilizado si no tiene en cuenta el saber y la experiencia del que lo debe asumir.

Aprender a educar es básicamente aprender esa actitud de observación, de intercambio y de interés por el hacer del otro, de flexibilidad en la relación. Luego vendrán las técnicas (escucha, empatía, feed-back,...), que nos podrán ser de ayuda en tanto vayan a favor de esta actitud y no tomen una función de parapeto para el profesional.

#### BIBLIOGRAFÍA

- ANCIZU, E. y cols. (1994) Educación para la salud de las personas con enfermedades crónicas. Salud 2000.
- CASTELL, E. (1988) Grupos de formación y educación para la salud (aprender a cambiar). PPU.
- GREEN, L. W. y cols. (1980) Health Education Planning: a diagnostic approach. Mayfield Publishing Company. Palo Alto.
- LEVENTHAL, H.; CAMERON, L. (1987) Behavioral theories and the problem of compliance. Pat Educ and Couns. 10, 117-138.
- MELTZER, D.; HARRIS, M. (1989) El paper educatiu de la familia. Espax.
- QUADERNS CAPS. (1988) Tendencias actuales en educación sanitaria. Núm. 8. Barcelona.
- SALZBERGER-WITTENBERG, I.; HENRY, G.; OSBORNE, E. L'experiència emocional d'ensenyar i aprendre. Edicions 62.
- TIZÓN GARCÍA, J. L. (1987) Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva. Monografies mèdiques ACM de Catalunya i Balears. núm. 31.