

## LA EDUCACION DE PADRES Y PACIENTES ESENCIA Y META DE LA PEDIATRIA DEL AÑO 2.000

ERNESTO PLATA RUEDA M.D. \*

Cuando en 1978 los firmantes de la Declaración de Alma Ata soñaron con la ansiada meta de "Salud para todos en el Año 2.000, "estaban conscientes de que, además de un esfuerzo monumental de prácticamente todas las actividades humanas en el sector salud, los médicos apenas serían los oficiales en la gran batalla, mientras un ejército multitudinario de paramédicos y de la comunidad misma serían los realizadores materiales de la gran labor. En efecto, la Atención Primaria de Salud es competencia de la propia comunidad, más que de los médicos. Pero para que una comunidad participe en proporcionarse salud, cada uno de los individuos que la componen debe educarse para ella. Los nacidos entre 1978 y 1982, serán adultos en el año 2.000, mientras los posteriores constituirán la multitudinaria masa de la infancia, que si no ha sido educada en salud, el sueño de Alma Ata será sólo eso: un sueño. Aunque hipotéticamente los gobiernos **DIERAN** salud verticalmente con acciones como por ejemplo, saneamiento ambiental, sal yodada y hasta fluorada, e incluso haciendo obligatoria la vacunación, esto no garantiza salud para **TODOS**, pues quedarán excluidos los que no **BUSCAN** salud por sus propios medios.

Un ejemplo demostrativo de este asierito lo contemplamos en el departamento del Quindío, donde no obstante que el 91% de su población dispone de conexión intradomiciliaria de agua y apenas un 5% carece de un medio adecuado de eliminación de excretas (1) la prevalencia de parasitosis intestinal no ha disminuído significativamente en los últimos 20 años. La explicación de este fenómeno radica en que en esa comunidad y seguramente en el resto del país *persisten pobres hábitos higiénicos personales y familiares*, que perpetúan diariamente y para la mayoría de la población, el ciclo ano-boca-ano-boca que es el que genera diarreas y parasitosis. De igual manera, todo el esfuerzo tecnológico de la industria para producir leches de óptima calidad, se anula en un segundo cuando la madre que prepara el alimento no se baña las manos o no hierve los utensilios.

La meritoria elevación de los índices de vacunación conseguidas con las Jornadas internacionalmente aplaudidas, descendió en un año al extremo de necesitarse la repetición de esa medida de emergencia, quizás porque la comunidad, no educada en salud no captó que los niños deben vacunarse regularmente, sin necesidad de jornadas.

Sin ir muy lejos, los médicos no adecuadamente educados para ciertas estra-

---

\* Profesor Titular, Departamento de Pediatría.

tegas de salud, hacen fracasar campañas verticales como la Terapia de Rehidratación Oral. Recientemente en la ciudad de Barranquilla, en plena epidemia de Gastroenteritis, su principal centro hospitalario pediátrico no estaba usando este procedimiento internacionalmente aceptado y más de medio centenar de niños perecieron innecesariamente por manejo inadecuado.

En el medio ambiente hostil en que vivimos, *la preservación o la recuperación de la salud* tiene que ser una *actitud permanente* si se quiere sobrevivir. El "homo sapiens" perdió el instinto de conservación que si se sigue observando en animales inferiores y *necesita aprenderlo* activamente al igual que tantas otras cosas. De propia cuenta los individuos adquieren por experiencia, por imitación o por tradición, una serie de creencias, actitudes y prácticas para la preservación o recuperación de la salud, que constituyen lo que se denomina **COMPORTAMIENTO NATURAL EN SALUD**.

La Medicina, como ciencia y arte, ha desarrollado a través de los siglos y por distintos métodos, una serie de **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS** con los que se pretende **CAMBIAR EL COMPORTAMIENTO EN SALUD** de los individuos y las comunidades, y con ellos se pretende preservar o recuperar efectivamente la salud.

Ante la imposibilidad absoluta de que los médicos directamente impartan la educación en salud a los millones de seres humanos que la necesitan, los organismos sanitarios propician que ello pueda hacerse indirectamente por intermedio de *personal paramédico*, líderes naturales, voluntarios etc. así como utilizando los modernos *medios masivos* de comunicación escrita, hablada y visual. Hasta qué punto estos métodos por si solos son capaces de cambiar el compor-

tamiento en salud de los individuos y las comunidades, no es cosa fácil de saber. Investigadoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional (2), hicieron recientemente una encuesta en un barrio marginal de Bogotá, (donde como es la regla hay muchos radios transistores y televisores), sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de esa comunidad en relación con diarrea e hidratación oral, encontrando que existía una total y general ignorancia al respecto.

Incluso en el ámbito de la medicina curativa, la magnitud de algunos problemas como la diarrea y la infección respiratoria, los médicos han tenido que aceptar (no siempre de buen grado) que se deleguen en paramédicos y hasta en las propias madres, algunas acciones terapéuticas que por su oportunidad de aplicación puedan evitar complicaciones y salvar vidas. En efecto, es utópico creer que haya suficientes médicos (y que el público tenga acceso a ellos) para atender los 5 millones de episodios diarreicos y los 20 millones de infección respiratoria que ocurren cada año en nuestra población infantil. No obstante la intensa propaganda escrita, radial y televisada para que el público maneje en principio estos problemas, se sigue prefiriendo al dependiente de droguería o al empírico que recomienda antibióticos y antiamebianos a manos llenas. Es cuestión de credibilidad y de confianza; por recónditas razones ancestrales, se les cree más a ellos que a la cuña radial o televisada.

El médico anterior a la década de los grandes avances en medicina curativa, consciente de sus limitaciones en esta área, era mucho más educador y consejero y el público lo apreciaba más. Muchos médicos modernos dan por sentado que la educación en salud es asunto para promotoras y que las cosas sencillas las deben tratar las propias madres sin su

concurso; confían en que con su tecnología en métodos diagnósticos y terapéuticos pueden curar todo prescindiendo de la educación y la consejería. Esto es particular y penosamente frecuente en la medicina socializada, donde no interesa adquirir y preservar clientela. Se formula por motivo de consulta, no se dialoga con el paciente, se omite el examen físico o se hace descuidadamente; no se verbalizan ni se explican los diagnósticos ni se detallan los tratamientos. El resultado es que los mejores tratamientos fracasan y los pacientes derivan hacia la farmacia o hacia medicinas no oficiales, que por lo menos ofrecen algo de magia.

No obstante reconocer la necesidad de "masificar" la educación en salud y popularizar al máximo la atención primaria, ni los organismos de salud ni los propios profesionales pueden desconocer que el *médico sigue siendo la principal y más confiable fuente de información en salud, tanto para los individuos como para la comunidad*. Su labor puede ser tachada de limitada, pero esto es aparente pues se sabe que su poder multiplicador es enorme. La enseñanza directa del médico tiene más fuerza y capacidad de penetración; se fija más y es más capaz de cambiar efectivamente el comportamiento futuro en salud, meta final de la educación en esta materia.

Para esto el médico debe prepararse en esa pedagogía tan peculiar que es la que se ejerce durante la consulta, gracias a la cual su labor es inimitable por empíricos, boticarios y magos, de los cuales por ello se distingue y logra ser más apreciado.

Desde los primeros años de estudio en la escuela de Medicina, debería inculcarse en los alumnos la enorme importancia que tiene para su ejercicio profesional exitoso, la *actitud educativa* permanente que involucra por supuesto, una *excelente relación médico paciente*. La

educación en salud por *medios masivos* de comunicación, puede ser complementaria pero *nunca sustitutiva* de la que el médico puede impartir durante la consulta. Mientras aquella es impersonal, genérica y extemporánea, esta es *personal, específica y oportuna*. Una madre puede haber oído decir centenares de veces por la radio que es importante hervir el agua para preservar la salud de los niños pero no comenzará a hacerlo hasta cuando un día, con motivo de una diarrea grave de su hijo, el médico le explique su causa y la forma de evitarla.

La educación por *personal no médico* puede ser también personal, específica y oportuna, pero carece de la *credibilidad que sin duda tiene la del médico que inspira confianza*. Una enfermera o una promotora de salud bien entrenada nunca serán tan capaces como un médico que inspira confianza, de convencer a una madre que la fiebre es buena, que por sí misma no es peligrosa, que no todos los niños tienen convulsiones con fiebre alta, que estas son asustadoras pero no letales etc. y que por tanto no debe abusarse de medidas antitérmicas.

El factor *confianza* y su directa consecuencia, la *credibilidad*, son absolutamente indispensables para que la educación impartida por el médico tenga éxito en su objetivo que es lograr el cambio en el comportamiento futuro en salud, o dicho en otras palabras, lograr trocar las creencias populares equivocadas en CONOCIMIENTOS científicos útiles; las ACTITUDES negativas o negligentes en positivas y fructíferas; las PRACTICAS nocivas en otras capaces de generar salud.

Hay que saber también que la educación en salud para el público tiene dos facetas independientes pero inseparables: la *INFORMACION* médica elemental y la *CONSEJERIA*.

Está demostrado que el solo suministro de información o instrucción en salud, no logra cambiar el comportamiento futuro sobre ella. Un grupo de diabéticos juveniles (3) fue sometido a una instrucción intensiva sobre la enfermedad, utilizando máquinas de enseñanza. Al cabo de algún tiempo se comparó el azúcar urinario y sanguíneo en ayunas de estos pacientes con el de un grupo control que no recibió esa instrucción y el resultado fue que no se encontraron diferencias significativas. A su vez la consejería puede no ser entendida y por tanto no seguida, si no se fundamenta en *explicaciones médicas sencillas*. Una madre no aceptará que su médico no recete polivitamínicos, si no se le explica en términos entendibles que los alimentos naturales las contienen en cantidades suficientes y que lo que se toma en exceso se elimina sin beneficio para el paciente.

Pero sin duda la llave de oro para ganar la confianza del paciente y de esta manera conseguir su adherencia a las recomendaciones es la actitud médica que denote abiertamente un *SINCERO DESEO Y CAPACIDAD DE AYUDAR*. Inversamente, esa actitud indiferente, distante y altiva, que desafortunadamente se observa tanto hoy en día, sobre todo a nivel de la medicina socializada, constituye el muro insalvable de la relación médico-paciente que hace fracasar los mejores tratamientos, desprestigiando a los médicos y a la Medicina oficial, en beneficio de los empíricos y magos, o de la automedicación.

En contra de la recomendación de que el médico sea un educador en su consultorio se esgrime el argumento de la *falta de tiempo*, otra vez especialmente a nivel de la práctica socializada. Sin embargo, hay estudios (3) en los que se demuestra que el médico puede ser educador sin aumentar el tiempo destinado a la consulta, si delega lo delegable, asume lo

que es estrictamente de su competencia e introduce la instrucción y consejería a lo largo de toda la consulta.

Para comenzar es necesario aclarar que el vocablo INTERROGATORIO, cuando se aplica a la averiguación del motivo de consulta y la anamnesis médica, es inadecuado y contraproducente porque presupone que el paciente, como si fuera un indagatorio judicial, solo debe contestar preguntas pero no tiene derecho a hacerlas. Muy por el contrario, la intención educativa que queremos imprimirle a la consulta médica lo que exige es un DIALOGO durante el cual, no sólo se permite sino que se debe estimular que el paciente haga cuantas preguntas quiera (y por supuesto contestarlas entendiblemente). Parece increíble que haya tantos médicos a quienes no les gusta que sus pacientes hagan preguntas y si estas se producen, no las contestan o lo hacen sin preocuparse por ser entendidos. Probablemente no reconocen *el valor terapéutico que tiene la instrucción en salud* o bien desconocen el principio pedagógico muy elemental de que las enseñanzas que se imparten *al contestar preguntas* del paciente son las que tienen las mayores posibilidades de ser fijadas y obedecidas, sencillamente porque representan lo que el paciente *QUIERE SABER* sobre la enfermedad consultada. El médico bien entrenado y motivado hacia la educación en salud, aprovecha las preguntas del paciente para *suministrar la información médica elemental*, que a la vez que hace entendible su respuesta, contribuya a cambiar para el futuro el comportamiento en salud del paciente. De paso también, por la forma como lo haga, denota su competencia y capacidad de ayudar, con el lógico corolario de aumento de la necesaria confianza y credibilidad indispensable requeridas para el éxito en la educación en salud.

La importancia de la *buen calidad del diálogo inicial* se acrecienta si se piensa que es durante él, cuando suelen expresarse la mayoría de las creencias, actitudes y prácticas populares en salud y enfermedad, dando así al médico la oportunidad de ir las modificando con criterio científico, pero de fácil comprensión y asimilación. También es sorprendente a este propósito la frecuencia con que algunos médicos que no practican la pedagogía educativa, censuran, critican y regañan por prácticas populares de la medicina, con lo cual lo único que consiguen es acentuar sentimientos de culpa en la madre, que deterioran las relaciones médico-paciente. Además probablemente no reconocen que aquellas, como lo señaló Appley (4), son reflejo de lo que los médicos practicaron y recomendaron hace una o más generaciones. Digamos al margen, en apoyo de la eficacia y capacidad multiplicadora de las enseñanzas impartidas directamente por el médico, que hace dos generaciones, las recomendaciones sobre salud y enfermedad no se hacían por radio y televisión, ni habían sido delegadas en personal paramédico y sin embargo se generalizaron a todos los niveles socio culturales. Mucha gente cree y practica (porque los médicos del pasado lo recomendaron) que los niños con diarrea deben ser privados de alimento hasta que esta pase; que la tos y la fiebre hay que combatirlas a toda costa; que los parásitos intestinales producen convulsiones; y más modernamente, que la vitamina C cura la gripa así como que todas las diarreas son debidas a amibas.

De singular importancia educativa durante el diálogo con los pacientes es el *acercamiento lingüístico*. Los médicos están tan familiarizados con su jerga, que raras veces meditan sobre si ella puede ser entendida por los legos. Los prefijos hiper e hipo, macro y micro; las diferencias entre virus y bacterias, así como entre sueros y vacunas, para no men-

cionar sino una mínima parte de los innumerables términos que a diario usamos con la mayor naturalidad, necesitan ser explicados aún a personas de buen nivel socio cultural.

La etapa del EXAMEN FISICO constituye una bella *oportunidad para acrecentar la confianza del paciente*, porque al hacerlo con método y delicadeza, a la vez que con énfasis en el área anatómica afectada, se pone de presente la ya mencionada como muy importante, intención y capacidad del médico para AYUDAR. Viceversa, no hay nada que más deteriore la relación médico-paciente y por ende la confianza de este hacia aquel, que la omisión o realización descuidada, superficial y apresurada del examen físico. Y pensar que hay tantos médicos a nivel sobre todo de la práctica socializada, que no examinan a sus pacientes y después se quejan (y regañan) porque estos no obedecen las indicaciones terapéuticas o se sorprenden de que no regresen o que deriven hacia otro colega o lo que es peor, al boticario, al curandero o a la automedicación.

El tiempo del reconocimiento físico, además de que puede y debe aprovecharse para continuar el diálogo inicial, sirve para hacer educación práctica en salud, enseñando pequeñas técnicas que serán de gran ayuda para el cumplimiento de las indicaciones que se van a dar o conseguir los cambios esperados en el comportamiento futuro en salud. Tal es el caso en Pediatría por ejemplo, de la anotación e interpretación de la curva de crecimiento, para establecer el estado nutricional del niño que consulta; la toma correcta de la temperatura y la lectura del termómetro; la maniobra de airear el cuerpo desnudo del niño para bajar temperaturas muy elevadas; la administración con jeringa de líquidos y medicamentos, a niños particularmente difíciles; la desobstrucción nasal con so-

lución salina y tantas otras cosas útiles en la correcta atención de los niños.

El momento del DIAGNOSTICO durante la consulta, es particularmente propicia para ejercer educación en salud. Hay que ser conscientes de que *todo paciente tiene derecho a saber* (y siempre espera que se le diga y se le explique) a qué se deben sus molestias. Omitir esto, como desafortunadamente ocurre con demasiada frecuencia, rompe la confianza que el paciente pudo haber puesto en el médico cuando lo consultó y disminuye, si es que no anula del todo la adherencia terapéutica o sea el seguimiento del régimen que se proponga. Muchos médicos cometen a diario esta falla porque *se han habituado a recetar sin hacer diagnóstico*; otros porque creen que el paciente no está en capacidad de entenderlo en términos científicos y no se toman el trabajo o no saben *traducirlo a lenguaje sencillo*. También puede suceder (y de hecho nos ocurre a todos a menudo) que no se tiene un diagnóstico, en cuyo caso lo más desilusionante para el paciente es que el médico calle, o que reconozca que no tiene ningún diagnóstico ni siquiera presuntivo y se muestre perplejo, o lo que es peor, decir que "el enfermo no tiene nada", o inventar diagnósticos engañosos y sin sentido, como "hígado pequeño", "debilidad" de órganos o sistemas, "rebote de amibas" etc. Lo correcto por el contrario es, si bien reconocer que no se tiene un diagnóstico positivo concreto, es factible indagarlo por evolución o con ayuda del laboratorio, pero que mientras tanto el paciente puede ser aliviado con tratamiento sintomático y ayudado con medidas de apoyo tales como la hidratación y la alimentación, que, como sabemos, con enorme frecuencia, son las que deciden el pronóstico. Cuando se generalice la buena costumbre de que los pacientes tengan un carnet de salud, deben consignarse allí, en términos científicos, los

diagnósticos de cada consulta, cosa de gran ayuda para su manejo por otros profesionales, a más de familiarizar al público con la terminología médica, tan útil en la comprensión médico-paciente.

Sobra decir que la calidad de la PRESCRIPCION es absolutamente crucial para el logro de los objetivos terapéuticos o educacionales. La prescripción, que debe ser escrita con letra impecablemente clara y además explicada verbalmente (no entregada autoritariamente), debe comprender, además de la receta medicamentosa, aclaraciones sobre el por qué del régimen terapéutico propuesto; la necesidad de seguirlo cumplidamente; lo que no debe hacerse; las medidas preventivas y el requerimiento de controles cuando fuere el caso. Es inconcebible que con tanta frecuencia, todos los esfuerzos de todo orden que se requieren para llegar a un diagnóstico, *se arruinen con una receta ininteligible o no explicada*.

Muchos médicos prescriben medicamentos innecesarios en enfermedades auto-limitadas o que no requieren drogas, porque presuponen que el paciente *se va a sentir defraudado* si no se le expide una receta. Es deber del médico *educar* al público a aceptar con agrado *recetas no medicamentosas* como son las de consejería de apoyo y prevención, que resultan mucho más efectivas si lo expresado verbalmente se refuerza por escrito.

Estudios hechos (4) sobre lo que viene denominándose en educación en salud, "*adherencia terapéutica*" han demostrado que con la sola "toma de confianza", "instrucción médica" y "consejería", sólo la mitad de los pacientes siguen fielmente los regímenes propuestos o cambian su comportamiento natural en salud. Esto es particularmente válido para enfermedades crónicas o recurrentes. La otra mitad

encuentra tal número de dificultades para ceñirse al régimen propuesto, que con frecuencia ni siquiera lo intentan, o lo siguen a medias o lo abandonan, con el invariable resultado de la no mejoría o la recurrencia. Es deber del médico competente que desea sinceramente ayudar y se preocupa por la suerte de su paciente, *allanar de antemano las dificultades* generales y específicas que sabe que suelen presentarse para que sus indicaciones puedan ser seguidas. Además de lo que se acaba de mencionar, relativo a la claridad de la prescripción, hay que *anticiparse* a cosas como por ejemplo que otras personas en la casa no crean en el médico, lo contradigan y se le opongan con creencias, actitudes y prácticas anticuadas y obsoletas. Que los medicamentos no sean administrados por olvido, falta de habilidad para darlos, mal sabor, horarios incómodos, mal sabor, efectos secundarios no

anunciados o costos inaccesibles. En Pediatría es frecuente que los padres se nieguen a aceptar diagnósticos graves o que la medicación se interrumpa por mejoría transitoria cuando el médico no advierte la necesidad de prolongarla.

Después de todas estas consideraciones, podrá sostenerse que todo este cúmulo de instrucción y consejería para la preservación o recuperación de la salud puede ser efectivamente administrado a los individuos y las comunidades, sólo por personal paramédico o por los medios masivos de comunicación, *prescindiendo del médico?* Muy improbable y por el contrario, no es osado afirmar que si el médico se refugia en su tecnología y se desentiende de la EDUCACION DE PADRES Y PACIENTES, LO DE "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2.000" será una ingenua utopía.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Bersh D. y Cols: Estudios de diarrea en el Quindío. Características del parasitismo intestinal. FUDESCO, Armenia, Colombia, 1986.
- (2) Gómez Serrano C: Enfermedad diarreica en menores de 5 años: conceptos de madres. *Pediatría (Colombia)*, 21; 1985; 21: 16-22.
- (3) Bartlett E E: Effective Approaches to Patient Education for the Busy Pediatrician. *Pediatrics* 1984; 74 (suppl): 920-923.
- (4) Apley J: El Niño y sus Síntomas. Salvat, Barcelona, 1970: 114.