

LABORATORIO DE EDUCACIÓN SANITARIA: ESTUDIO PILOTO

Pere Mir (2011)

A mediados del año 1987 cobró vigencia una encuesta realizada por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya en 1982 donde arrojaba los siguientes datos: Un 37.6% de la población general entre los 16 y los 65 años fumaba, pero lo más alarmante era que en el colectivo de los médicos y de los maestros el porcentaje de las personas fumadoras se elevaba al 52.8% y 45.7% respectivamente. Profesiones estas que por su especial relevancia y responsabilidad social eran denominados colectivos “ejemplares”. Ante estas cifras absolutamente demoledoras era difícil ser optimistas ante el supuesto “rol ejemplar” que estos colectivos deberían realizar en la sociedad en relación con la eficacia de la educación sanitaria antitabáquica en Catalunya. Juan pensaba- y con razón- que la primera tarea a realizar era la de modificar los hábitos de estos colectivos si se pretendía realizar un trabajo serio y riguroso.

Su enfoque del problema de la adicción tabáquica era doble: Por un lado, consideraba que el tabaquismo podía considerarse de un modo restringido como causa psico-orgánica de organismos individuales o, por otro, de una manera más global en el sentido de una “*enfermedad de civilización*” o un “*malestar de la cultura*” lo que indicaría unos trastornos de comportamiento sanitario individual y colectivo que se traducirían en factores de riesgo para la salud del individuo y de la comunidad. Es obvio que desde la primera perspectiva la adicción tabáquica se reducía a una lucha contra el hábito de fumar y a una serie de medidas preventivas como sería que las personas no fumadoras no empezaran a fumar, que dejaran de fumar el mayor número de fumadores posibles, que los que habían logrado la abstinencia la siguieran manteniendo y, por último, que los que no pudieran abandonar la conducta tabáquica causaran el menor daño posible a los demás y a sí mismos.

De lo que se trataba era de crear un medio ambiente social negativo hacia el hábito de fumar y de convencer a la gente para que se comportara de manera diferente respecto al mismo. Desde luego, no era una tarea fácil. Sin embargo, los componentes del Estudio Piloto dedicamos nuestros esfuerzos a lograr que el diseño del mencionado proyecto se fuera perfeccionando día a día.

La segunda perspectiva desde donde contemplar el tabaquismo consistía en un replanteamiento de las prioridades en las estrategias de promoción de la salud y de la prevención de enfermedades en función de un concepto distinto y más abarcativo del “*ser o estar sano y hacer salud*”. En realidad, lo que se planteaba era cambiar la cultura sanitaria globalmente; modificar el sistema total de creencias o prejuicios, de valores, de pautas normativas y, finalmente, de actitudes respecto a comportamientos de salud que son los que en definitiva conforman el comportamiento final de los individuos, de los grupos y de los profesionales o usuarios de los servicios de salud. Cambiar la cultura sanitaria no era – ni es – solamente un problema científico y metodológico sino que es una cuestión de ideologías científicas y sanitarias. La ideología de salud que se aplicó al Estudio Piloto se basaba en la hermosa definición de salud que quedó concretada en Perpinyá durante el **Xè Congrés de Metges i Biolegs de Llengua Catalana** (1978) que afirmaba que: “*la salud del hombre es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa*” entendiendo por gozosa “*la capacidad de hacer frente de manera creativa a las limitaciones internas y externas del propio sujeto, del propio grupo y de la propia comunidad*”. Por lo tanto, era necesaria una pedagogía sanitaria- entendida como la educación del enfermo en un problema concreto de

salud que surgiría como parte del acto médico- que debía ser concebida como una pedagogía de salud integral e integrada en todas sus dimensiones: hábitos alimenticios, ejercicio, consumo de bebidas alcohólicas, vida sexual y afectiva, conductas de trabajo y tiempo libre entre otras para hacer frente al problema de la adicción al tabaco.

Por supuesto, desde esta segunda perspectiva de enfoque de la conducta tabáquica los médicos y los profesionales de la salud se convertían en objetivos privilegiados en la lucha contra el consumo de tabaco por tres razones: a) como colectivo ejemplar b) como modelo “objeto de identificación” para la población y c) como pedagogos sanitarios. Así, el Laboratorio de Educación Sanitaria iba dirigido al perfeccionamiento de la capacidad profesional como educador sanitario del personal del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y al cambio de actitudes dentro de la mencionada institución. El propósito del Estudio Piloto comprendía dos niveles fundamentales:

1. Nivel de Aprendizaje: Significaba incluir la educación sanitaria del médico y de los profesionales de la salud en todo lo que hiciera referencia a los problemas del consumo de tabaco con el objetivo de formar agentes de salud equipados científicamente, técnica y metodológicamente para ayudar al fumador.
2. Nivel Experimental: Implicaba el intento personal de dejar de fumar y la solidaridad con otros –profesionales o no- para conseguirlo.

Se suponía que el alcanzar estos dos niveles conducía a un cambio de actitudes integral en el individuo frente al consumo de tabaco. Y era en este preciso momento cuando los médicos y los profesionales en el campo de la salud estarían en una mejor disposición de asumir en toda su dimensión los roles que les corresponderían como miembros de uno de los colectivos denominados ejemplares.

La finalidad del estudio era la de obtener unos instrumentos de trabajo metodológicos, científicos y técnicos que permitieran en una etapa posterior cambiar las actitudes de los médicos y de los profesionales de la salud frente al problema de la adicción tabáquica para, en último término, influir de un modo directo en las actitudes de la población general. Así, el Laboratorio de Educación Sanitaria se concebía como un proyecto de investigación operativa, de estudio clínico y de educación continuada en comportamientos de salud donde el hecho de haber escogido el hábito de fumar era porque se trataba del comportamiento más generalizado y relevante entre la población médica y la de los profesionales de la salud. Juan tenía muy claro que aún siendo el consumo de tabaco un grave problema, la elección del tipo de Estudio Piloto que llevamos a cabo era sólo un medio para hacer más fácil la inclusión de la educación médica entre los profesionales de la salud y en las instituciones docentes con el objetivo final de que integraran la educación sanitaria en sus prácticas clínicas y asistenciales.

El enfocar el problema del consumo de tabaco desde la perspectiva de una adicción psico-orgánica individual-enfoque al que nos negamos siempre de manera sistemática- implicaba que el individuo fumador se convertía en sujeto tributario de recibir alguno de los métodos y técnicas actuales para dejar de fumar como eran las terapias de modificación de conducta, la acupuntura, la auriculopuntura, la hipnosis, los tranquilizantes y un largo conjunto de técnicas de dudosa eficacia y de un coste económico elevado. La proliferación en aquella época de las clínicas antitabáquicas en muchos centros hospitalarios públicos y privados fue una buena muestra de ello.

Sin embargo, el contemplar la adicción tabáquica como una enfermedad del tejido social implicaba cambiar la cultura sanitaria globalmente y, por supuesto, en primer lugar había que cambiar las actitudes de los médicos y del personal sanitario. Había que enseñar educación sanitaria. Con estas palabras se resumía toda la filosofía de nuestro Estudio Piloto y de todo el

ingente trabajo que se realizó a lo largo de dos años en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Estábamos convencidos que los programas más exitosos para dejar de fumar- y así lo demostraban los estudios científicos de la época- eran los que se sustentaban en el propio individuo concienciado y motivado para abandonar la dependencia tabáquica a causa de un profundo reconocimiento de los peligros que entrañaba el ser fumador y los beneficios que se derivaban del abandono del hábito de fumar. Esta concienciación se podía alcanzar y mantener por un entorno familiar adecuado, por presión social o- y esto era lo más importante- por el ejemplo y el consejo educativo de los médicos y profesionales de la salud.

Vale la pena mencionar las distintas fases en las que dividimos el Estudio Piloto en aras de una mejor comprensión del mismo.

1. Fase de Selección: Consistía en una entrevista personal a los posibles candidatos. Una vez aceptados se les entrenaba como Educadores Sanitarios.
2. Fase de Cesación: En esta fase los participantes adquirían una visión cognitiva y experiencial de la conducta tabáquica.
3. Fase de Enseñanza /Aprendizaje: En esta fase los participantes escogían entre dos opciones: A y B. En la opción A los participantes tenían a su cargo, de manera individual, un número de sujetos no inferior a 6-7. En la opción B los participantes tenían a su cargo un grupo compuesto por 6-7 personas.
4. Fase de Supervisión: Se supervisaba el trabajo de los participantes en relación a la opción elegida (A o B). Se abría un espacio de discusión entre los participantes y éstos presentaba sus conclusiones.
5. Fase de Seguimiento: Tenía una duración de 2 años. Se realizaba a los 3, 12 y 24 meses después de la finalización del tratamiento. En esta fase, se determinaban los niveles de cotinina en orina de los participantes incluidos en las opciones A y B.
6. Todas las diferentes fases estuvieron conducidas por un conductor de grupos y hubo un observador. Además, se grabaron las sesiones.

El marco de referencia a partir del cual se operativizó el Estudio Piloto fue el grupo y su conductor el cual favoreció y vehiculizó la parte experiencial del programa facilitando y contribuyendo al establecimiento de una dinámica grupal donde la libre discusión y las correspondientes interacciones entre los miembros del grupo crearon la atmósfera adecuada para un mutuo enriquecimiento personal, humano y técnico de acuerdo con los objetivos del programa.

El Estudio Piloto quedó prácticamente redactado hacia finales de 1987. Se empezó a implementar en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau hacia el otoño de 1988. Durante todo este tiempo se intentaron encontrar subvenciones públicas y/o privadas que garantizaran la continuidad del estudio más allá de los dos años. Además, una de las personas promotoras del proyecto se dedicó a visitar las diferentes clínicas tabáquicas de distintos hospitales con el objetivo de recabar información de primera mano acerca del tipo de tratamiento utilizado. Lamentablemente, los resultados para una posible financiación del proyecto fueron más bien escasos y desalentadores. Sin embargo, ello no fue obstáculo para que el estudio se llevara a cabo a lo largo de más de dos años con unos resultados más que aceptables. Al final de la Fase de Seguimiento seguían abstinentes alrededor del 45% de los participantes en la mencionada investigación.