



ORIENTACIÓN TÉCNICA

ESTRATEGIAS DE CAMBIO DE CONDUCTA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PERSONAS ADULTAS Y MAYORES CON MULTIMORBILIDAD CRÓNICA

AÑO 2023

Departamento de Enfermedades No Transmisibles
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

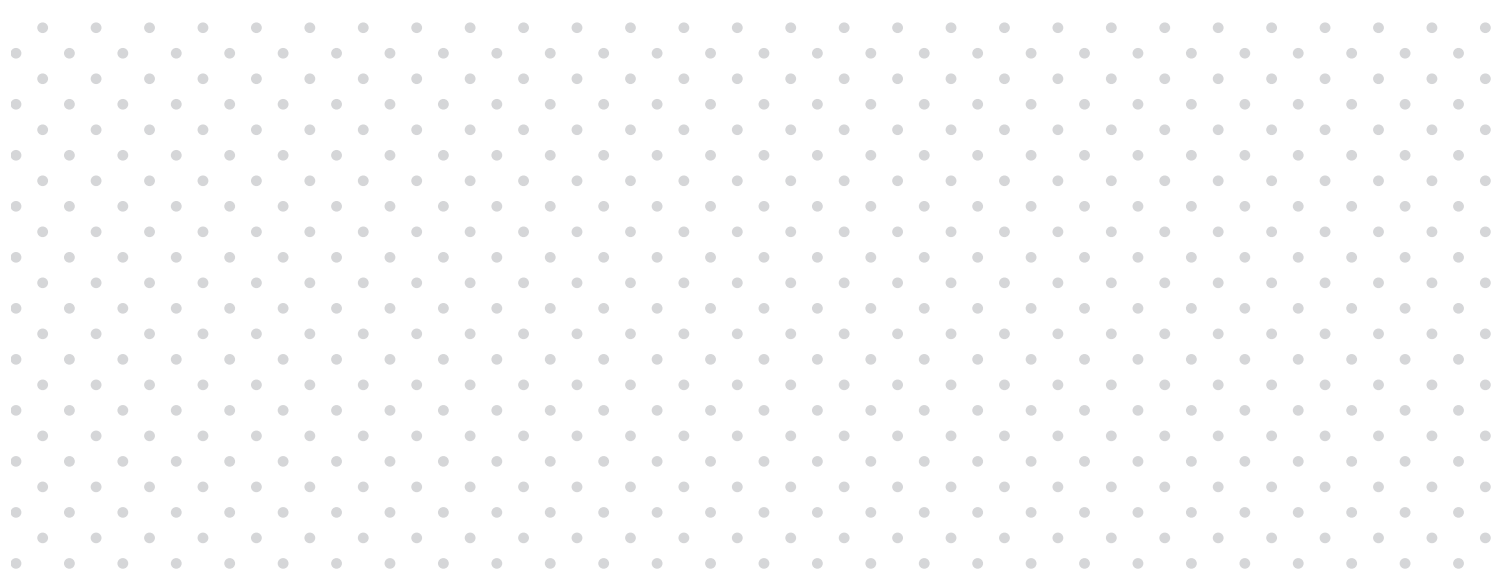


TABLA DE CONTENIDO

Tabla de abreviaturas	3
Introducción	4
Objetivo del documento	5
Alcances del documento	5
Organización del documento	5
Marco teórico y conceptual de las estrategias de cambio de conducta y Educación para la Salud	5
Definición y características de la Educación Para la Salud	5
¿Cómo se generan los procesos de aprendizaje y de cambio de conducta?	8
Propuestas para generar e implementar estrategias de educación y acompañamiento para el cambio de conducta en salud, en personas adultas y mayores en contexto de multimorbilidad crónica	15
Consideraciones en la elección y aplicación de las intervenciones educativas y de cambio de conducta	15
Integración de intervenciones dentro de la atención de salud	16
Autoría	30
Bibliografía	32
Anexos	42
Anexo 1. Modelos de referencia para la consejería breve.	42
Anexo 2. Instrumentos de valoración.	42
Anexo 3. Matriz de planificación del proceso educativo aplicando el modelo de Vella, a través de un ejemplo: educación para el automanejo de personas con EPOC.	53

TABLA DE ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de Salud
AUDIT	Alcohol use disorders identification test
DM	Diabetes mellitus
ENT	Enfermedades no transmisibles
EPS	Educación para la salud
ERA	Enfermedades respiratorias del adulto
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ERC	Enfermedad renal crónica
EM	Entrevista motivacional
ECICEP	Estrategia de cuidado integral centrado en la persona
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud
MINSAL	Ministerio de salud
MMC	Multimorbilidad crónica
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
REM	Registros Estadísticos Mensuales
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT) corresponden a las condiciones de salud más prevalentes y relevantes del siglo XXI, tanto por su carga de enfermedad y disminución de la calidad de vida, como por la mortalidad asociada; sus consecuencias afectan negativamente a los sistemas de salud, a la economía y a la sociedad en general (1). El 74% de la mortalidad anual a nivel mundial se atribuye a estas condiciones (2), y la carga global financiera proyectada para abordarlas es de 13 trillones de dólares para el año 2030 (3). Los factores predisponentes de las ENT están ligados en diferente grado a los estilos de vida, los cuales, a su vez, dependen de la interacción entre factores individuales (motivaciones, expectativas, valores, procesamiento emocional y otros), y los determinantes sociales de la salud. Estas interacciones complejas hacen que el abordaje de las ENT tenga que realizarse desde diferentes niveles y asociado a un cambio de paradigma en salud, arraigado profundamente en el vínculo entre quien presta servicios de salud y la persona, enfocado en promover la autogestión en salud (1,3).

El abordaje actual de las enfermedades no transmisibles constituye, por tanto, un permanente desafío para los equipos de salud y para las personas que están en dicha situación. Estos cambios en la modalidad de atención habitual se vienen generando hace varios años en Chile, desde el planteamiento de modelos de atención para personas con enfermedades crónicas (modelo de Wagner), hasta la generación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrada en la persona en contexto de multimorbilidad (ECICEP) en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) (4). Estas respuestas buscan potenciar desde la Atención Primaria de Salud (APS) y en todos los niveles de atención, un sistema de salud con enfoque de equidad, perspectiva de curso de vida, integralidad e intersectorialidad con el objetivo de satisfacer las necesidades de las personas de mantenerse saludables, sanos, y mejorar su estado de salud en caso de enfermedad (5).

La Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2021-2030 establece como principios rectores de sus objetivos sanitarios, asegurar los derechos en salud, alcanzar la cobertura universal y reducir las inequidades en salud. Estos principios se operativizan dentro de la ENS en 7 ejes estratégicos, cada uno con objetivos y resultados. Dentro del marco conceptual de la ENS se hace referencia a que estos ejes son definidos desde la perspectiva de los determinantes sociales de salud, al considerar la influencia de las condiciones económicas, políticas y sociales, en los factores y conductas de las personas y sus resultados de salud (5).

Dentro de la literatura hay diferentes teorías y modelos que entregan un marco conceptual para entender las conductas en salud. Conocer y usar estas teorías de manera adecuada permiten a un profesional de salud elegir la mejor estrategia para acompañar a la persona hacia conductas saludables. Las diferentes teorías comparten muchos conceptos que explican los comportamientos en salud, pero usan diferentes constructos para explicarlos. El elemento en común entre estas hace referencia a una decisión consciente tomada en base a las expectativas y valores de cada persona. Las teorías más actuales han agregado el componente no consciente del procesamiento de las emociones, la sensación de disfrute o placer asociada a las conductas, y el afecto (6).

Al considerar toda la evidencia disponible y los lineamientos nacionales e internacionales para el abordaje de las ENT, se plantea que toda interacción en salud tiene como objetivo fundamental la construcción de conductas saludables, entendiendo estas como comportamientos mantenidos en el tiempo que logran salud y bienestar. Para poder generar estos cambios se deben integrar nuevas herramientas y desarrollar habilidades para codiseñar con la persona este proceso, tanto en consultas específicas de educación para la salud, consejerías, como en cualquier atención, independiente del nivel de prevención que se aplique (7).

Objetivo del documento

Establecer requisitos para el diseño, ejecución y evaluación de estrategias educativas y de cambio de conducta en salud centradas en las personas adultas y mayores en situación de multi- morbilidad crónica, con enfoque en la construcción de conductas saludables.

Alcances del documento

El documento está dirigido a los equipos de salud de todo el sistema de salud, que tengan la responsabilidad de diseñar, ejecutar y evaluar estrategias educativas para la construcción y modificación de conductas hacia lo saludable, a nivel individual y/o grupal, en personas adultas y mayores que estén en situación de multimorbilidad crónica.

Las directrices emanadas de esta orientación técnica deben ser usadas en la atención integral de personas en contexto de multimorbilidad crónica, ya sea al momento del ingreso a la atención, en controles y en instancias de seguimiento a nivel individual, así como en la generación de intervenciones educativas grupales.

Para profundizar en los conceptos de multimorbilidad crónica y atención centrada en las personas, se recomienda consultar los documentos: Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, Manual para el Automanejo de Enfermedades No Transmisibles y Modelo de Atención para personas con Enfermedades Crónicas, emitidos por el Ministerio de Salud y disponibles en el sitio web <http://red-cronicas.minsal.cl>. Como complemento a este abordaje, se sugiere la revisión del documento Orientación Técnica de Actividad Física y Ejercicio según curso de vida y comorbilidad, disponible también en el sitio mencionado.

Organización del documento

El documento se inicia con la definición conceptual de Educación para Salud como marco principal de referencia de las estrategias para acompañar el cambio de los estilos de vida y las conductas saludables, y su relación con los enfoques fundamentales de atención. Luego, continúa con teorías y modelos que explican el aprendizaje en personas adultas y cuáles son los mejores abordajes para implementar estrategias de acompañamiento en contextos clínicos, con recomendaciones y ejemplos para facilitar el proceso.

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL DE LAS ESTRATEGIAS DE CAMBIO DE CONDUCTA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Definición y características de la Educación Para la Salud

La EPS es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y comunitaria (8). Con esta definición se asume que no se trata solamente de transmitir información, sino que se deben fomentar las motivaciones, habilidades y percepción de autoeficacia de las personas, atendiendo a las condiciones en las cuales las personas viven, trabajan y se desarrollan (9).

Es un área que se ha potenciado en las últimas décadas, posicionándose como una de las principales estrategias de promoción de salud. Con la generación de la Carta de Ottawa en 1986, en la primera conferencia mundial de Promoción de Salud, se logró una definición de ésta como las acciones dirigidas a proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma (10). Por ello, la EPS ha sido propuesta como uno de los métodos con el cual las comunidades logran autonomía de su estado de salud y capacidad resolutoria de sus problemas relacionados. Sin embargo, a pesar de su relevancia, es una estrategia que sigue teniendo dificultad en encontrar cabida en la actividad sanitaria diaria, donde la prestación curativa y especializada, y la atención paternalista, centrada en la patología, toma mayor valor entre los equipos de salud y la población en general (11).

La EPS se conforma como una de las once Funciones Esenciales de la Salud Pública que define la OMS y que está dirigida a crear habilidades y capacidades en las personas con el fin de incrementar su control sobre los determinantes sociales de la salud y, en consecuencia, mejorarla (12). Este proceso tiene una dimensión individual y otra colectiva, siendo la primera el fortalecimiento de habilidades y capacidades de las personas, y la segunda, el empoderamiento para modificar las condiciones en las que viven (13).

Las acciones relacionadas con las estrategias de EPS se enmarcan en la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2021-2030, a través de sus distintos ejes temáticos, como parte de los resultados esperados y/o inmediatos para abordar los temas priorizados, desde salud del ambiente, estilos de vida, enfermedades no transmisibles y discapacidad y rehabilitación (5). A nivel operativo, es parte de las actividades de promoción y protección específicas que se ejecutan dentro de la actividad regular de la APS, explicitadas dentro de su canasta de prestaciones (14).

Desde la promoción de la salud, existen diversas prácticas orientadas a mantener estilos de vida saludables y que contribuyen al abordaje de la multimorbilidad. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la implementación de la Estrategia y Plan de Acción sobre promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2019-2030, propone 4 líneas estratégicas de acción esenciales para promover la salud, una de las cuales está relacionada con el empoderamiento de las personas, para que se involucren de forma significativa en la toma de decisiones que afectan a su vida y que tengan influencia sobre sus determinantes sociales de la salud (15).

El manejo de la multimorbilidad crónica comparte muchas estrategias con las que emanan de la promoción de la salud, sobre todo, aquellas que reivindican el empoderamiento de las personas y las que crean condiciones para que estas puedan ser saludables, promoviendo y reforzando las conductas positivas (15). En ese sentido, todas aquellas intervenciones que vayan orientadas a la

modificación de los estilos de vida, como la reducción de la inactividad física, de la dieta malsana, del consumo de tabaco y consumo nocivo de alcohol, toman relevancia como estrategias prioritarias en este manejo (1).

Dada la complejidad del abordaje de la multimorbilidad crónica, las intervenciones deben responder a estas potenciales dificultades, a la vez de reconocer las necesidades específicas de cada persona. Las intervenciones en este ámbito incluyen las que van dirigidas a fortalecer las competencias de los equipos, a modificar las organizaciones, incentivar la inversión, modificar la regulación y, finalmente, aquellas que están orientadas a las personas (16). Independiente del tipo de intervención, se requieren abordajes desde todos los niveles de prevención (1).

Enfoques fundamentales para considerar en la implementación de programas educativos en salud

Siendo el derecho a la salud uno de los derechos humanos fundamentales que en la práctica se reconoce, la EPS debe ser parte de ese constructo teórico. La EPS contribuye además en las personas al ejercicio pleno de estos derechos, asegura su autonomía y autodeterminación con respecto a su estado de salud y las acciones que promueven su bienestar (14).

La alfabetización en salud de las personas se considera un determinante social de la salud, cuya relación no está muy estudiada, pero se ha visto en la literatura que esta puede moderar o mediar otros determinantes (9). Podría estar como determinante estructural (oportunidad de actividades de educación sanitaria dentro de las políticas públicas de salud), así como un determinante intermedio (como característica del sistema de salud y de las personas) (14). De esa forma, la EPS es y debe ser parte de las políticas públicas del país como una apuesta pedagógica para hacer frente a las injusticias sociales y aportar a la equidad sanitaria (17).

La equidad de género en salud se obtiene incorporando un enfoque que busque reducir o eliminar las diferencias injustas y discriminaciones que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas, considerando las necesidades particulares de mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual (18). La EPS puede contribuir, en ese sentido, a disminuir las brechas de género al empoderar a las personas.

El enfoque de curso de vida provee un marco conceptual que permite entender cómo los determinantes de la salud interactúan a lo largo del curso de la vida de las personas y entre generaciones para producir resultados en salud. En este contexto, el enfoque de curso de vida considera la salud como un continuo integrado y dinámico en que existe un efecto acumulado de estos determinantes, siendo clave la implementación temprana de la EPS como parte de las acciones de promoción, para asegurar beneficios en etapas avanzadas de la vida. Este enfoque además exige que las acciones relacionadas a la EPS se adapten a las características de cada etapa del curso de vida individual y familiar (17).

La participación social es un eje importante de la EPS, ya que, junto con favorecer el aprendizaje colectivo, contribuye a habilitar a las personas y los grupos para decidir en los temas y/o situaciones que a nivel territorial/comunitario afectan la salud y el bienestar de las personas (14). En ese sentido, la EPS juega acá un rol fundamental en el empoderamiento y capacidad decisonal en las comunidades.

El uso del enfoque de interculturalidad en la aplicación de estrategias educativas en salud puede contribuir a eliminar brechas relacionadas con la inequidad, facilitando la difusión de mensajes culturalmente adaptados a las necesidades de los grupos de personas. La cultura es clave en el proceso de cuidado de la salud, puesto que está relacionada con valores, conocimientos, conductas, hábitos y formas de vida propios de las personas; también se vincula con las concepciones propias que los grupos humanos tienen de salud, del origen de las enfermedades y de su manejo, del significado que les otorgan a dichos procesos, en sus circunstancias históricas y sociales (14).

En Chile, de acuerdo con el análisis realizado por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud (DEIS), las prevalencias de enfermedades no transmisibles son similares en las personas que pertenecen a los pueblos originarios (PPOO) y la población general. Sin embargo, sí presentan prevalencias de factores de riesgo más elevadas que la población general, como el consumo de alcohol de riesgo y obesidad. Sus principales causas en los egresos hospitalarios son también diferentes al de la población general, siendo las tres primeras los trastornos de la vesícula y vías biliares, la influenza y neumonía, y las enfermedades respiratorias crónicas (19). Los desafíos de la atención, por tanto, son la validación de los saberes interculturales en salud de los PPOO por parte de los equipos de salud, definir y establecer intervenciones que reconozcan el carácter intercultural y las diferencias entre los abordajes de la medicina alópata con la visión de salud y enfermedad que tienen los PPOO (20).

¿Cómo se generan los procesos de aprendizaje y de cambio de conducta?

Educación para la salud y el aprendizaje en personas adultas

La EPS constituye una práctica socioeducativa orientada a generar procesos dialógicos en una relación horizontal, lo que permite a las personas y comunidades fortalecer los significados y sentidos que otorgan a los procesos de salud-enfermedad, con el fin de favorecer el desarrollo de toma de decisiones consciente. En este proceso, la pedagogía y la relación educativa que se establezca entre el equipo de salud y la persona y/o grupo objetivo, constituyen factores clave en el resultado a alcanzar, por cuanto facilitan el proceso de aprendizaje (21).

La diferencia del proceso enseñanza-aprendizaje entre infancias, jóvenes y personas adultas, es más que un asunto de edad cronológica. Hay características del proceso individual y social en estos grupos, que deben ser reconocidas e incorporadas al momento de diseñar estrategias metodológicas que promuevan el aprendizaje en contextos sociosanitarios.

Algunos marcos de referencia abordan la perspectiva de los procesos cognitivos diferenciales envueltos en el aprendizaje de las personas adultas. Otros, profundizan en la dimensión social e incluso en la posibilidad emancipadora de la pedagogía. Sin lugar a dudas uno de los referentes en esta línea de pensamiento es el filósofo y pedagogo brasileño Paulo Freire, en cuyo trabajo más que plantear una teoría del aprendizaje, propone una teoría de la educación, la que ha tenido aplicabilidad en el contexto de la educación sociosanitaria (22,23).

La metodología de Freire se caracterizó principalmente por centrar la educación en la resolución de problemas, y no en la perpetuación de métodos enfocados en el 'depósito' de conocimientos y en la entrega de respuestas. La persona, en este proceso, es responsable de la construcción del conocimiento, en la categorización del pensamiento y de la resignificación de su aprendizaje; a ello le llamó aprendizaje transformacional. Propone también que la educación debe operar a través del diálogo, el que junto con la reflexión son considerados como el centro del proceso educativo (22,23).

La metodología de Freire, citada por Gharouni (24) y Sharma (25) y aplicada al ámbito de EPS, se puede resumir en 3 fases:

1. **Escucha:** en esta fase se expone el tema y se discuten los aspectos esenciales de este, fomentando la participación equitativa de todas las personas.
2. **Reflexión:** en esta fase, se enfatiza en desarrollar respuestas sociales y emocionales al tema.
3. **Acción-reflexión:** esta última fase implica la creación conjunta de un plan para el cambio de conducta y su evaluación.

Otro teorista en este ámbito es Malcolm Knowles. De acuerdo a la teoría del aprendizaje de Knowles, en la que acuña el término Andragogía o educación de adultos, las personas de este grupo etario al enfrentarse a un proceso de aprendizaje deben hacerlo con la disposición a aprender. También, deben aceptar la responsabilidad que conlleva el aprender, lo que está relacionado con la definición de metas de aprendizaje que sean valiosas para la persona. Finalmente, deben integrar los contenidos aprendidos y darles un sentido práctico en su vida diaria, y además relacionarse con otras personas involucradas en el proceso, para generar un aprendizaje significativo (26).

Por otra parte, Lieb (27) plantea que la motivación humana juega un rol central en la necesidad de aprender en las personas adultas. Sin embargo, las personas adultas, a diferencia de los niños y las niñas, enfrentan a diario muchas responsabilidades que deben equilibrar con la necesidad y demanda de aprendizaje. Estas barreras, como falta de tiempo, dinero, información, autoconfianza, interés, así como dificultades domésticas dificultan el proceso de aprendizaje, por lo que las intervenciones deben ir enfocadas a que las personas potencien los factores que favorecen el aprendizaje y que ‘derriben’ o aprendan a gestionar las barreras. El autor menciona que existen seis fuentes de motivación para el aprendizaje en este grupo etario:

1. **Relaciones sociales**
2. **Expectativas externas**
3. **Bienestar social**
4. **Progreso personal**
5. **Estimulación**
6. **Interés cognitivo**

Otro elemento que considerar en el proceso de aprendizaje en personas adultas es conocer cómo estas piensan, emiten juicio y finalmente aprenden. Existen múltiples aproximaciones teóricas que explican cómo aprenden las personas. Lo común en dichas teorías es que todas apuntan a la necesidad de conocer las características individuales de las personas a educar y adaptar el proceso de aprendizaje en función de ello, por ejemplo, conociendo su estilo de aprendizaje. También, destacan la necesidad de un aprendizaje con una continuidad lógica y psicológica (28).

El rol de los profesionales de salud en el proceso de aprendizaje se traduce en dos vías: una técnica, o el dominio de ciertas técnicas por parte del profesional y a través de la enseñanza de esas técnicas a las personas; y la otra, relacional, basada en el efecto que puede generar la relación educativa en la persona (28).

Además de estas características, se debe contemplar que existen distintos estilos de aprendizaje. Esto es relevante, ya que al medir el estilo de la persona a la que se pretende educar, se puede adaptar a esta cualidad la metodología a aplicar. Los estilos de aprendizaje son (29):

1. **Visual** (las personas prefieren ver lo que están aprendiendo, por lo que utilizar técnicas y recursos visuales con ellas es de gran utilidad, como imágenes, videos, etc.).
2. **Auditivo** (las personas prefieren escuchar lo que están aprendiendo, por lo que utilizar recursos de esta índole tendrá mejores resultados: participar en grupos de discusión, oír instrucciones verbales de lo que debe hacer, etc.).
3. **Kinestésico** (aprende mejor cuando se involucra físicamente en el aprendizaje, como realizar un procedimiento).

La corriente teórica liderada por Alonso, Gallego y Honey (28) sostiene otra aproximación para definir los estilos de aprendizaje, que los definen como los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos, que sirven como indicadores relativamente estables de cómo las personas perciben, interaccionan y responden a sus ambientes de aprendizaje. De acuerdo con esta definición, proponen cuatro estilos:

1. **Activo:** se implican con entusiasmo en experiencias nuevas.
2. **Reflexivo:** las experiencias las observan desde distintas perspectivas y prefieren analizarlas con detención.
3. **Teórico:** adaptan e integran las observaciones dentro de teorías lógicas y complejas.
4. **Pragmático:** buscan una aplicación práctica de las ideas.

Un importante cambio en el paradigma de la educación en personas adultas es el que generó Jane Vella con su modelo de Educación Participativa. Ella se basó en los postulados de Freire, Knowles, Bloom y otros, para plantear su método, reconocido como 'las 6 P' (30-32):

1. **Centrado en la Persona:** reconoce el desarrollo personal como principal propósito del proceso educativo, más allá de la adquisición de contenidos.
2. **Problematicación:** el aprendizaje surge del diálogo entre las personas, y está orientado a la resolución de problemas de la vida cotidiana.
3. **Político:** relacionado con el poder y su distribución, se reconoce este componente tanto en el proceso educativo como en los contenidos a abordar.
4. **Preparación:** se requiere un diseño planificado del proceso educativo. Para ello Vella describe 'los siete pasos de la planificación educativa':
 - a. **Quiénes y porqué:** la identificación inicial de estos componentes resulta en el diagnóstico de necesidades educativas.
 - b. **Cuándo:** determinar el tiempo de duración y la frecuencia de las intervenciones educativas debe ser consistente con el diagnóstico de necesidades educativas y con los objetivos de la intervención.
 - c. **Dónde:** determinar el lugar y/o contexto de la intervención.
 - d. **Para qué:** identificación de los objetivos de aprendizaje.
 - e. **Qué:** identificación de los contenidos a abordar, que se derivan de los objetivos de aprendizaje.
 - f. **Cómo:** selección de las metodologías y técnicas más apropiadas para las personas. Vella (33) propone a su vez tareas de aprendizaje que facilitan la organización de la intervención educativa y garantizan el logro del aprendizaje:
 - i. **Tareas de inducción:** habitualmente usadas al inicio del proceso, para vincular a las personas con el tema de discusión, pero también útiles para favorecer el conocimiento de las personas.
 - ii. **Tareas de introducción (o input):** corresponden a los nuevos aportes que otorgará el proceso, sean conocimientos, habilidades o actitudes.
 - iii. **Tareas de implementación:** cómo poner en acción esos nuevos aportes durante la sesión de aprendizaje para hacer visibles los nuevos aprendizajes.
 - iv. **Tareas de integración:** cómo se expresarán los nuevos aprendizajes en la vida real.

5. **Parte de un todo:** describe la integración de los componentes cognitivos, afectivos y psicomotores del aprendizaje, el que se proyecta más allá de la intervención educativa.
6. **Participativo:** inclusión equitativa de las personas en el proceso educativo, con énfasis en el poder de consulta y decisión.

Modelos y teorías que describen y sustentan el cambio de conducta en salud

La literatura actual incorpora el concepto de 'alfabetización en salud' o 'literacidad en salud' (health literacy), que se traduce en las habilidades de las personas con las que se logra obtener, comprender, valorar y usar información para tomar decisiones y realizar acciones que tendrán impacto en su estado de salud. La alfabetización es un proceso continuo, flexible, que mejora con la EPS y es específico en su contenido y contexto de aplicación (34). En la población general, niveles bajos de alfabetización sanitaria están asociados con un mayor número de consultas en servicios de urgencia, mayor número de hospitalizaciones y mayor mortalidad (35).

Se han mostrado resultados significativos en conocimientos, actitudes y conductas después de intervenciones abreviadas y prolongadas, individuales y grupales, presenciales y remotas, entregadas por una amplia diversidad de profesionales de la salud. Esto indica que las intervenciones para mejorar la alfabetización en salud pueden ser implementadas en cualquier nivel de atención, en función del contexto local y los recursos disponibles (36).

En Chile, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, el nivel educativo influye en cómo las personas se enfrentan a su condición crónica, por lo que el diagnóstico del nivel de alfabetización en salud permite diseñar intervenciones orientadas a sus necesidades particulares (35).

De acuerdo al modelo de Nutbeam et al. (34), la alfabetización consta de tres dimensiones:

1. **Funcional:** se refiere a las habilidades básicas que son suficientes para las personas, para que obtengan información de salud relevante (ejemplos: cómo usar el sistema de salud o conocer ciertos riesgos en salud). Las personas con este tipo de habilidades responden bien a la educación que está dirigida a objetivos claramente definidos y a un contexto específico, como lograr adherencia farmacológica, participación en actividades preventivas y algunos cambios de conducta.
2. **Interactiva:** se refiere a habilidades más avanzadas que permiten a las personas extraer información sanitaria y obtener significados desde diferentes formas de comunicación, aplicar nueva información a contextos cambiantes e interactuar con otros para extender la información disponible y tomar decisiones. Las personas con este tipo de habilidades suelen discriminar la información proveniente de distintas fuentes y responden a procesos de educación y comunicación social que son estructurados e interactivos (ejemplos, educación para la salud en contextos escolares, aplicaciones móviles, etc).
3. **Crítica:** se refiere a las habilidades más avanzadas que se pueden aplicar para analizar críticamente la información sanitaria de distintas fuentes, así como información relacionada con más determinantes de la salud. Las personas con estas habilidades pueden obtener y usar información para generar mayor control sobre los acontecimientos vitales y otras situaciones que tienen un impacto en la salud.

El concepto de alfabetización funcional se alinea estrechamente con objetivos y necesidades inmediatas de cuidado. Dichas necesidades habitualmente son determinadas por los equipos de salud y pone el foco de la educación en las conductas individuales de las personas, haciendo énfasis en la

importancia de ‘mantener estilos de vida saludables’. Los conceptos de alfabetización interactiva y crítica, en contraste, se relacionan con los modelos contemporáneos de promoción de salud y fidelización de los pacientes a prácticas de autocuidado. Con ellos, la alfabetización sanitaria se ve como un activo individual y poblacional, otorgando mayor autonomía y control sobre la toma de decisiones en salud (34).

El principal desafío entre los equipos de salud es ver cómo desarrollar una práctica efectiva de educación para la salud. La atención debe centrarse en buscar otorgar esta práctica con mayores estándares de calidad, donde no solo se transmitan conocimientos, sino que se transfieran habilidades para acceder, comprender y aplicar estos conocimientos en las diferentes acciones de autocuidado. Otro desafío es la contextualización del proceso acorde a los determinantes sociales de salud, así como integrar habilidades como la escucha activa, el diálogo y promoción de procesos reflexivos.

Esta práctica transformacional involucra reconocer que, en el proceso de educar en salud a personas con enfermedades crónicas, más que otorgar conocimientos, lo que se busca es fomentar el desarrollo de actitudes proclives a la salud. Una actitud se define, según Rokeach y citado por Gavidia y Rodes (37), como una organización relativamente permanente de creencias sobre una situación que predispone a responder ante ella de una manera determinada. Toda actitud tiene un componente cognitivo (idea que se tiene sobre un objeto o acción), afectivo (sentimientos hacia el objeto o acción, e involucra siempre una valoración), y conativo (que orienta a la acción, al cambio de conducta). Las actitudes se adquieren por experiencias personales y pueden aprenderse en diferentes contextos; son estables pero perfectibles (36).

En la actualidad, se pone énfasis en el desarrollo y aplicación de teorías y modelos que provienen de la Psicología de la Salud para explicar estos cambios de actitud y de conducta en salud, sobre los cuales se plantean diferentes estrategias de intervención (38).

Modelo de Creencias en Salud

Este Modelo fue planteado y desarrollado entre los años 1970 y 1990 por Janz, Becker y Rosenstock, con el propósito de resolver algunas brechas relacionadas con la educación para la salud, intentando comprender por qué las personas no realizaban acciones preventivas y luego, por qué las personas se involucraban o no en determinadas acciones con su salud (39).

El modelo predice que la decisión de iniciar un cambio de conducta, en este caso, en salud, prosigue después de la aparición de ciertos estímulos considerados como imprescindibles para generar el proceso decisional (claves para la acción). Estas claves pueden ser internas (ej.: síntomas de descompensación) o externas (ej.: la recomendación de un profesional de salud), y la intensidad necesaria de estas para desencadenar la conducta varía entre las personas, e incluso dentro de la misma persona (39).

Los componentes básicos del modelo se derivan de la hipótesis que la conducta de las personas se basa en dos variables (39):

1. El valor que la persona atribuye a una determinada meta, que se traduce en el deseo de evitar un determinado desenlace en salud.
2. La estimación que la persona hace de la probabilidad de que una acción llegue a conseguir esa meta, que se traduce en la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad o recuperar la salud.

El modelo también especifica determinadas dimensiones de las creencias en salud, que incluyen que tan en riesgo la persona se siente (susceptibilidad percibida), que tan severa es una enfermedad o factor de riesgo para la persona (severidad percibida), la autoconfianza en la capacidad de poder cambiar (beneficios percibidos), y los elementos que se oponen a la ejecución de la conducta en cuestión (barreras percibidas) (39).

La literatura científica señala que el modelo puede predecir determinadas conductas en una amplia gama de problemas de salud, generando efectos positivos como la toma de responsabilidad en el autocuidado en personas con diabetes mellitus (40), acceder a actividades de tamizaje de cáncer (41,42), y el autocuidado en enfermedad pulmonar crónica e insuficiencia cardíaca (43).

Teoría Social Cognitiva y de la Autoeficacia

La teoría fue introducida por Albert Bandura en el año 1977 y su premisa principal es que las personas aprenden no solo a través de sus propias experiencias, sino que también al observar las acciones de otros y de los resultados de dichas acciones. Con ello enfatiza la importancia de la observación y de los factores cognitivos para aprender, comprender y predecir la conducta (7,44). El cambio de conducta finalmente estaría determinado por la combinación de distintos constructos definidos por la teoría, como el aprendizaje observacional, el refuerzo, el autocontrol y la autoeficacia, por tanto, las intervenciones para modificar la conducta desde esta teoría deben incluir herramientas para ayudar a determinar metas pequeñas, concretas e incrementales, con refuerzos positivos asociados, y mejorar el automanejo (45).

Bandura introdujo el concepto autoeficacia como eje central de la Teoría Social Cognitiva, y lo profundiza al plantear que las personas generan y desarrollan una percepción sobre su capacidad, mediadora del logro de metas y de la toma de decisiones (45). La conducta y la motivación humana están condicionadas por el pensamiento y a su vez dependen de dos tipos de expectativas: de eficacia (relacionada con la seguridad de llevar a cabo una determinada conducta) y de resultado (relacionada con la creencia de que la puesta en marcha de determinadas conductas conducirá a los resultados deseados) (46).

Es por esto que la autoeficacia se ha descrito como un factor protector de la salud, y las intervenciones que modifican exitosamente este constructo han mostrado efectos positivos en cambios de conducta en salud (38).

Modelo Transteorético de Cambios de Conducta en Salud

Este modelo surgió de diversas corrientes de la Psicología y que tuvo sus inicios en contexto de la psicoterapia cognitivo-conductual para el tratamiento de adicciones. El modelo, trabajado por Prochaska y Diclemente, propone que la persona, frente a una determinada conducta en salud, tiene distintas intenciones o motivaciones para cambiar dicha conducta, y al hacerlo, pasa a través de distintas etapas que van reflejando ese cambio y que, por tanto, el abordaje de la persona se debe ir modificando conforme esta va pasando por estas etapas (47).

Los constructos o variables principales del modelo son (48):

1. **Etapas del cambio:** otorgan la dimensión temporal al modelo, por lo que el cambio de conducta no es un evento único en el tiempo. El modelo contiene seis etapas, en las cuales también considera la Recaída como un tipo de regresión, una devolución de la etapa de acción o de mantención hacia etapas anterior.

- a. **Precontemplación:** la persona no tiene intención de cambio. Esto puede ocurrir por falta de información, resistencia al cambio, o falta de percepción de daño o riesgo para su salud. Los abordajes tradicionales de educación para la salud no tienen utilidad en personas en esta etapa.
 - b. **Contemplación:** la persona tiene intención de cambiar en los próximos seis meses. Esta más consciente de los pros, pero también de los contras de cambiar una conducta.
 - c. **Preparación:** la persona tiene la intención de tomar acciones en un corto plazo (dentro de un mes) y ya tienen un plan (ej.: han hablado con algún profesional de salud, han buscado información de su enfermedad, etc).
 - d. **Acción:** la persona ha hecho acciones específicas para modificar su estilo de vida en menos de seis meses. Los pros que generan el cambio tienen mayor preponderancia y la persona percibe altos niveles de autoeficacia.
 - e. **Mantención:** la persona muestra estabilización de sus conductas modificadas durante al menos 6 meses.
 - f. **Terminación:** la persona no tiene tentaciones con relación a la conducta que se modificó y tienen un 100% de autoconfianza y autoeficacia frente a situaciones que previamente eran tentadoras.
2. **Procesos de cambio:** corresponden a las estrategias cognitivas, afectivas y comportamentales que las personas usan para modificar su conducta, y para facilitar y acelerar los cambios esperados. Se recomiendan como elementos estructurales a considerar en el diseño de programas de promoción de salud que buscan generar impacto en la población, puesto que son 'catalizadores' del traspaso de una etapa de cambio a la otra. Estas estrategias son: Concientización, Catarsis, Autoafirmación, Acondicionamiento, Relaciones de Apoyo, Autoevaluación, Reevaluación Ambiental, Liberación Social, Control de Estímulos y Administración de Eventos.
 3. **Balance decisional:** refleja el peso relativo que pone la persona a los pros y contras del cambio.
 4. **Autoeficacia:** los autores del modelo toman la definición otorgada por Bandura en su teoría, debido a que demostró ser un factor predictor de la progresión en las etapas de Acción y Mantención.
 5. **Tentación:** refleja la intensidad que experimenta la persona para realizar una conducta específica ante la presencia de estímulos condicionantes o contextos emocionalmente complejos.

Existe evidencia fuerte a favor de la utilización del modelo para modificar conductas preventivas como dejar de fumar, iniciar actividad física y alimentarse saludablemente, así como resultados positivos para el abordaje de los estilos de vida en el automanejo de diabetes mellitus tipo 2, cáncer e hipertensión arterial (49).

PROPUESTAS PARA GENERAR E IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO PARA EL CAMBIO DE CONDUCTA EN SALUD, EN PERSONAS ADULTAS Y MAYORES EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD CRÓNICA

En este apartado, se abordará la forma de operacionalizar el marco conceptual planteado dentro del contexto actual del subsistema público de salud chileno, integrándolo dentro de los modelos actuales de cambio de conducta, así como dentro del contexto de implementación de la ECICEP y el MAIS. Se debe hacer énfasis en que los modelos basados en entrega de conocimiento permiten aumentar la conciencia de riesgo en etapas tempranas del proceso de cambio de conducta, pero no son suficientes por sí solos para lograr esta modificación.

Consideraciones en la elección y aplicación de las intervenciones educativas y de cambio de conducta

Existe amplio consenso acerca de las intervenciones educativas y de cambio de conducta en salud como prácticas prioritarias para contribuir a mejorar el automanejo, aumentar la adherencia terapéutica y disminuir la frecuencia de complicaciones de condiciones crónicas. Sin embargo, el éxito de estas intervenciones depende de su contexto de aplicación, por tanto, el conocimiento de estos factores al momento de elegir las y aplicarlas contribuirá a obtener mejores resultados en este ámbito (50). Desde el campo de los determinantes sociales de salud, esto se denomina intervenir en las causas de las causas, o bien, intervenir en los entornos psicosociales de la persona (51).

En el ámbito de la intervención sanitaria, los determinantes más estudiados y documentados corresponden a los niveles educacional y socioeconómico que, interrelacionados, impactan en los resultados de salud y bienestar. Ambos determinantes además impactan en las preferencias de la persona al momento de aplicar una intervención de EPS (52,53). Por ejemplo, un estudio mostró que las personas con condiciones crónicas y con doce o más años de escolaridad, prefieren intervenciones educativas online, mientras que personas con condiciones crónicas y menor escolaridad prefieren intervenciones presenciales con entrega de material educativo como folletería (54). Una revisión sistemática, en tanto, documentó que las personas con menor nivel socioeconómico tienden a valorar más el aprendizaje entre pares (55).

Grupos etarios como adolescentes o personas mayores también deben tener adecuaciones. En el caso del primer grupo, el aprendizaje entre pares tiende a tener mejores resultados y valoración por parte de estos (56,57). Las personas adultas jóvenes, en tanto, podrían tener mejores resultados con intervenciones multicomponentes, que incluyan seguimiento a distancia mediante estrategias digitales (58).

Con relación al contexto de aplicación del proceso educativo (tiempo/espacio), existen pocas recomendaciones en la literatura. No obstante, destaca un estudio español realizado en APS, en donde se evaluó el efecto de una intervención estructurada en personas adultas con diagnóstico de asma. Se demostró que a los 3 meses de la intervención se había mejorado el control de la enfermedad y calidad de vida, sin embargo, debido a la variabilidad estacionaria de los síntomas, recomendaban aplicarla anualmente al inicio de la primavera por la mayor intensidad de los síntomas, y a los 6 meses, previo al otoño, para adecuar los recursos (59). Por otro lado, si bien no se ha podido establecer asociación, se han reportado también resultados positivos en intervenciones educativas al momento del alta hospitalaria en contextos de rehabilitación cardíaca post infarto agudo al miocardio (60), y

en programas hospitalarios de salud cardiovascular para potenciar el autocuidado en personas con insuficiencia cardíaca (61). Aun cuando se han reportado estos resultados, es necesario evaluar caso a caso la factibilidad de intervenir al alta. En la revisión de Nogales-Gaete se señala que la educación debe ser adecuada para la persona y su familia, y es probable que al alta no sea posible hacerlo (por ejemplo: hay procedimientos administrativos que realizar, como para estar dispuestos a atender y entender lo que necesita aprender) (62).

Integración de intervenciones dentro de la atención de salud

De acuerdo al tipo de intervención y al grado de alcance de ésta, y en conformidad con lo planteado dentro del marco del MAIS, las intervenciones de un proceso educativo en salud se pueden clasificar en (14,62):

1. Estrategias individuales:

- a. **Control o consulta:** toda interacción con la persona es una instancia para consultar y evaluar sobre conductas en salud, siendo este primer contacto una interacción breve de valoración de la persona de sus conocimientos, creencias y etapa del cambio de la conducta evaluada.
- b. **Consejería:** intervención orientada a promover o adoptar un cambio de conducta o a mantener estilos de vida saludable mediante el reconocimiento y refuerzo de factores protectores y recomendaciones respecto de factores de riesgo, activando los propios recursos de la persona. La consejería se entiende como una prestación diferida del control o consulta, por lo que debe acordarse con la persona y programarse según los coeficientes técnicos definidos en las orientaciones programáticas vigentes. Existe un formato abreviado, la consejería breve, que puede realizarse en 3 a 5 minutos, para la cual, hay marcos de referencia que pueden utilizarse (Anexo 1).
- c. **Educación individual estructurada:** es una serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre un profesional y una persona, en las que se trabajan sus capacidades sobre un tema desde una perspectiva más amplia.

2. Estrategias grupales:

sesiones programadas y estructuradas dirigidas a personas o colectivos, para mejorar sus capacidades para abordar un problema o temas de salud. También se incluyen intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad para aumentar el nivel de comprensión sobre factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud.

3. Promoción de la salud:

la EPS es un componente de la Promoción de la salud y por ende aborda las capacidades de las personas y también el entorno social que les rodea e influye en el tema de salud de que se trate. Incluye también estrategias como participación social, comunicación, trabajo intersectorial, entre otras. Por el objetivo del presente documento, no serán abordadas.

Estructuración de intervenciones para acompañar en el desarrollo de comportamientos saludables

Control o consulta

La siguiente estructura se entrega como guía para poder llevar a cabo en cualquier tipo de consulta o control, una atención centrada en la persona y orientada al cambio de comportamiento.

1. **Valoración:** es el paso más importante ya que determina los siguientes pasos a seguir con la persona. Es un paso que se ejecuta brevemente. Se recomienda utilizar el Modelo Teorético de Cambios de Conducta en Salud, para identificar en primera instancia si existe percepción del riesgo e interés de parte de la persona en modificar algún comportamiento en concreto (63):
 - a. Si la persona reconoce alguna conducta como dañina y quisiera iniciar algún proceso de cambio, se procede a determinar la etapa del cambio y utilizar la herramienta correspondiente.
 - b. Si la persona no identifica su conducta como riesgosa, se procede a través de la entrevista motivacional (se explicará en el siguiente apartado) a comentar los riesgos y los beneficios de la conducta.
2. **Definición de metas:** en este paso, se describe en concreto lo que la persona desea realizar y, por tanto, las metas deben ser realistas, oportunas, específicas, medibles y orientadas a la acción (método SMART) (64):
 - a. **S (Specific):** Específico. Hacia dónde se orienta el logro.
 - b. **M (Measurable):** Medible. Se deben contemplar tanto los mecanismos de evaluación, así como los medios de verificación (indicadores u otros).
 - c. **A (Action Oriented):** Orientado a la Acción. Resultados observables por la persona tras el cumplimiento del objetivo.
 - d. **R (Realistic):** Realista. Factibles de lograr.
 - e. **T (Timely):** Oportuno. En qué tiempo se pueden lograr los objetivos.

Ejemplo: *Realizar actividad física, en forma de caminata a paso rápido, 30 minutos por cada vez, tres veces a la semana, en un plazo de 3 meses.*

Muy útil para saber si una meta es adecuada y será realizable, es realizar las siguientes preguntas:

- a. *“Del 1 al 10, ¿qué tanta confianza tiene de que pueda lograr la meta?”*
- b. *“Del 1 al 10, ¿qué tanta importancia le asigna usted a esto para lograr la meta?”*

Si ambas respuestas obtienen 8 o más puntos, hay una alta probabilidad de éxito. Si es menor, preguntar a la persona qué necesita para que su confianza/importancia lleguen a 8-10 puntos. Esto permitirá identificar brechas o trabajar sobre pensamientos improductivos y ambivalencias (6).

3. **Planificación:** principalmente hace referencia al seguimiento; definir fecha del siguiente control y estrategias para contactar al equipo en caso de requerirlo se recomiendan como actividades mínimas.

4. **Implementación, evaluación y reformulación:** evaluar con la persona su logro de meta a través de indicadores concretos.

Ejemplo: si el objetivo fuera disminuir la conducta sedentaria a través de lograr caminar 5.000 pasos al día, se puede plantear el uso del podómetro del teléfono móvil para realizar esa medición y luego para verificar el cumplimiento del plan.

Si esto se cumpliera, se puede avanzar al paso siguiente (en el caso del ejemplo anterior, se puede avanzar a prescripción de actividad física); en caso contrario, se trabajan nuevamente sobre barreras y facilitadores y evaluar si continua con la misma meta o se debe ajustar (6).

Consejería

La consejería es una práctica habitual dentro de la atención de salud, ampliamente reconocida por los equipos de salud, que puede ser utilizada en todo el curso de vida, con énfasis en la anticipación de crisis normativas y situacionales, pero también para abordar factores de riesgo y protectores para la salud, así como la adquisición de algunas habilidades para el automanejo en caso de problemas de salud (65). Si bien existen consejerías individuales y familiares, en este apartado solo se referirá a las primeras.

La consejería se define como el proceso mediante el cual un profesional facilita a través del diálogo reflexivo, la toma de decisiones voluntarias e informadas en las personas y/o sus familias, respecto a su autocuidado, al de sus familias o a la modificación de conductas que puedan implicar un riesgo o daño (66).

En esta interacción se requiere que ambas partes tomen roles recíprocos y complementarios, en la cual cada una tiene tareas específicas: el profesional es responsable de facilitar el proceso, desarrollar la relación, lograr *rapport*¹ para ir progresando en la consejería tanto en forma como en contenido; la persona, por su parte, plantea sus propias preocupaciones en la conversación, pone en práctica, posterior a la consejería, lo aprendido en el proceso e informa sus experiencias (66).

En el ámbito de la multimorbilidad crónica (MMC), se han descrito resultados beneficiosos del uso de la consejería, por ejemplo, en la reducción del riesgo cardiovascular en personas con enfermedades crónicas (58,67), en la modificación de estilos de vida como dieta (68), ejercicio (63) y abandono del hábito tabáquico (69).

¹ Traducción al español: compenetración, entendimiento. Se define como el fenómeno en el cual dos personas alcanzan 'sintonía' psicológica.

TABLA 1. PREGUNTAS, ACCIONES E INTERVENCIONES A CONSIDERAR EN EL PROCESO DE CAMBIO DE CONDUCTAS DE SALUD.

ETAPA DEL PROCESO DE CAMBIO	EJEMPLOS DE PREGUNTAS	ACCIONES ESPECÍFICAS PARA PROGRESAR A TRAVÉS DE LAS ETAPAS	INTERVENCIONES PROPUESTAS
Pre-contemplativa: la persona que no ha considerado cambiar sus hábitos de salud y puede no considerar que su comportamiento sea un problema.	¿Está la persona lista para considerar iniciar la conducta saludable esperada? (iniciar actividad física, suspender el consumo de tabaco, iniciar un tratamiento farmacológico, etc.). ¿Qué objetivos podría tener la persona para poder iniciar el cambio de conducta?	Explicar beneficios de la conducta saludable. Evaluar consecuencias de otras acciones. Tomar conciencia de los riesgos de la conducta no saludable. Balance decisional: pros < contras.	Entrevista motivacional
Contemplativa: la persona está dispuesta a considerar hacer cambios, pero, por distintos motivos, no puede dar el primer paso.	¿Cómo la persona podría beneficiarse del cambio de conducta? ¿Qué barreras podría enfrentar la persona, que desincentiven el cambio de conducta? ¿Cómo la persona podría tener más confianza en el cambio de conducta?	Explicar beneficios de la conducta saludable. Evaluar consecuencias de otras acciones. Tomar conciencia de los riesgos de la conducta no saludable. Autoreevaluación. Balance decisional: pros > contras.	Entrevista motivacional Consejo breve
Preparación: la persona tiene intención de cambiar su comportamiento y ha hecho algún esfuerzo inicial para realizar cambios en el estilo de vida. Acción: la persona ha puesto en marcha su plan de acción y ha demostrado su capacidad para adoptar hábitos saludables de manera constante.	¿Cómo es que la persona ha logrado cambios de conducta exitosos en el pasado? ¿Qué podría necesitar la persona para poder generar el cambio de conducta? ¿A qué barreras podría enfrentarse? ¿Qué cosas le han resultado positivas en intentos previos de cambio de conducta?	Compromiso con el cambio. Otorgamiento de la intervención con definición de objetivos. Educación para el automanejo. Educación para identificar posibles efectos secundarios de la intervención. Intervención para la autoconfianza. Balance decisional: pros >> contras. Reforzar los cambios y los resultados positivos obtenidos. Revisar y replantear objetivos. Favorecer apoyo social. Balance decisional: pros >> contras.	Educación o intervención con metas SMART ² Consejería Consejo breve Otras estrategias para potenciar cambios de comportamiento

Fuente: elaboración propia. Adaptado de: Stonerock GL, Blumenthal JA. Role of Counseling to Promote Adherence in Healthy Lifestyle Medicine: Strategies to Improve Exercise Adherence and Enhance Physical Activity. Prog Cardiovasc Dis [Internet]. 2017;59(5):455-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2016.09.003>; American College of Sports Medicine. ACSM'S Guidelines for exercise testing and prescription. Tenth edition. Wolters Kluwe.

Las características esenciales de toda consejería son (66,70):

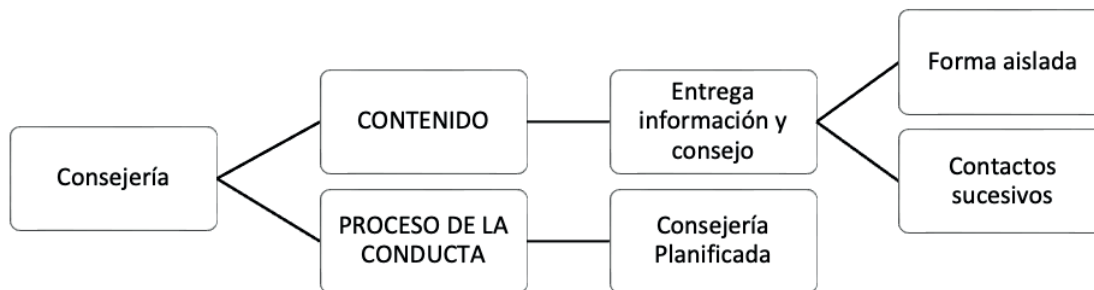
1. **Interacción sencilla y sin restricciones:** el consejero debe propender a regular su conducta de manera que la persona se sienta libre de poder informar sus necesidades y preocupaciones. Para ello es necesario que el consejero desarrolle habilidades de ayuda y de escucha activa.

² Mnemotecnia para referirse a Specific (específico), Measurable (medible), Achievable (alcanzable), Realistic (realista), and Time-bound goals (oportuno).

2. **Orientada a un objetivo:** el que puede ser responder a las preguntas de la persona o apoyar en la construcción de soluciones a su problema. Si bien se requiere que el consejero pueda aportar con su conocimiento técnico, se debe evitar la figura de profesional-experto.
3. **Centrada en la persona:** las necesidades y opiniones de la persona son el centro de la consejería y deben ser respetadas y consideradas como punto de partida de esta relación. Si la persona no tuviera tan claras cuáles son las necesidades, pero sí manifiesta el requerimiento de ayuda, la consejería debe iniciarse con la exploración de estas. Algunas preguntas orientadoras que puede realizar son:
 - a. ¿Qué le preocupa más acerca de su salud en este momento?
 - b. ¿Cómo está manejando los síntomas que ha estado experimentando?
 - c. ¿Cuál es su objetivo principal en salud?
 - d. ¿Ha considerado hacer algún cambio en su estilo de vida para mejorar su salud?
 - e. ¿Ha tenido algún problema con su salud en el pasado que le preocupa ahora?
 - f. ¿Cuánto sabe sobre su condición de salud actual? ¿Tiene preguntas o inquietudes específicas?

Hay dos tipos de consejería (Figura 1), la de entrega de información y consejo (en forma aislada o en contactos sucesivos), centrada en la entrega de contenido, y la consejería planificada, centrada en modificar la conducta (66).

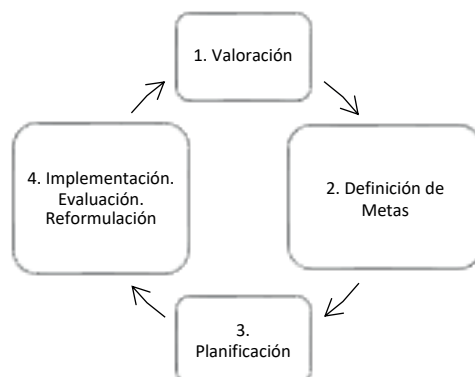
FIGURA 1. TIPOS DE CONSEJERÍA.



Fuente: elaborado por Daniela Díaz Hinojosa. Adaptado de: Tiitinen S, Ilomäki S, Laitinen J, Korkiakangas EE, Hannonen H, Ruusuvaori J. Developing theory- and evidence-based counseling for a health promotion intervention: A discussion paper. Patient Educ Couns [Internet]. 2020;103(1):234–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399119303556>

Se recomiendan los siguientes pasos a seguir para desarrollar el proceso de una consejería (Figura 2) (66):

FIGURA 2. PROCESO DE UNA CONSEJERÍA.



Fuente: elaborado por Daniela Díaz Hinojosa. Adaptado de: Nupponen R. What is counseling all about - Basics in the counseling of health-related physical activity. Patient Educ Couns [Internet]. 1998;33(SUPPL.1):61-7. Available from: <https://www.sciencedirect.com.sibudp.idm.oclc.org/science/article/abs/pii/S073839919800010X>

1. **Valoración:** el consejero obtiene, selecciona y analiza la información necesaria para la toma de decisiones; la información se obtiene fundamentalmente de la persona a través de una entrevista sencilla. Resulta vital en esta parte conocer las fortalezas y brechas de la persona, así como los intentos previos de cambio de conducta.
2. **Definición de metas:** este paso coloca al centro a la persona, de modo que las metas de cambio se individualizan según sus características y necesidades. Se escoge en conjunto con la persona el punto de partida del proceso. Se recomienda que las metas más inmediatas sean concretas.
3. **Planificación:** contemplando los elementos mencionados en el punto 1 y 2, corresponde ahora el diseño de la intervención, el que debe considerar número de sesiones, tiempo de duración, y mecanismos de evaluación.
4. **Implementación, evaluación y reformulación:** en estos pasos de la consejería, se debe velar por una supervisión propia del proceso, y realizar evaluaciones formativas y de impacto, sobre las metas definidas anteriormente. Una buena forma de evaluar es preguntar a la persona como se visualiza en la actualidad y que lo contraste con cómo estaba cuando comenzó el proceso.

La consejería es una prestación, por lo que se debe acordar con las personas previamente a la cita y programada según los coeficientes técnicos definidos en las Orientaciones para la Planificación y Programación en red para el año en curso.

Consejo breve

Es la acción orientada a mantener o adoptar estilos de vida saludable mediante el reconocimiento y refuerzo de factores protectores y recomendaciones respecto a factores de riesgo. De acuerdo con Miller y Rollnick, aquellos que reciben un consejo breve bien programado obtienen una mayor mejoría en sus problemas, que aquellos que no recibieron esta intervención (71). En algunos estudios (72,73), los efectos del consejo breve parecen comparables incluso a los resultados de una intervención de mayor extensión.

Se recomienda aplicar consejo breve cuando no es posible diferir o programar la intervención, ya que este ocupa entre 3 a 5 minutos de una consulta o control de salud.

Existen varios marcos de referencia y formas de organizar un consejo breve (71). Estos marcos recomiendan etapas o pasos específicos, con varias técnicas y estilos de interacción, que se pueden observar en el Anexo 1. De estos marcos se recomienda por su facilidad de aplicación, el uso del denominado “5A”, propuesto por el modelo de automanejo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)(74), y que inicialmente se utilizó para intervenir en el hábito tabáquico (75,76); se explicarán a través de ejemplos de intervención alimentaria en personas con DM2:

1. **Averiguar:** preguntar sobre factores y conductas de riesgo, así como sobre los aspectos que afectan la decisión de cambio de la conducta. Este paso también puede ser empleado para solicitar permiso a la persona para proceder al desarrollo del consejo breve (77).
 - Ejemplo: *“durante el último tiempo, ¿se ha saltado comidas o ha comido fuera de sus horarios regulares? Si es así, ¿podría contarme el motivo de esto?”.*
2. **Aconsejar:** otorgar consejos claros, específicos y personalizados, e incluir información sobre los riesgos y beneficios personales.
 - Ejemplo: *“le recomiendo evitar saltarse comidas o mantenerse mucho tiempo sin comer, con el fin de evitar la hipoglicemia, sobre todo si usted es usuario de un medicamento que le baja el azúcar”.*
3. **Acordar:** pactar entre ambas partes los objetivos terapéuticos y los métodos para lograrlos, basados en los intereses y en la capacidad de cambio de la persona.
 - Ejemplo: *“lo que se puede hacer es que, si va a salir y no va a llegar a la hora de comer a su casa, lleve una fruta. ¿Es posible hacer ese cambio la próxima vez que salga?”.*
4. **Ayudar:** usar técnicas para asistir a la persona a identificar barreras para conseguir los objetivos pactados y potenciar las habilidades, la confianza y el apoyo social que favorece el cambio.
 - Ejemplo: *“existen recetarios para personas con diagnóstico de DM2 para poder hacer colaciones simples, con ingredientes caseros. ¿Le interesaría aprender a hacer esas recetas?”.*
5. **Asegurar:** fijar visitas de seguimiento (presenciales o por teléfono) para apoyar; evaluar si se han efectuado los cambios y ajustar el plan terapéutico como se necesite. Se puede recomendar la derivación a otras instancias si la persona requiere otro abordaje.
 - Ejemplo: *“nos vemos el próximo mes. Recuerde llevar un calendario de los días que logró lo acordado y cuáles no, intentando identificar las causas de esto último para que podamos ver cómo resolver esas barreras, ¿qué le parece?”.*

Entrevista Motivacional

La entrevista motivacional (EM) se define como una conversación de estilo colaborativo para fortalecer en la persona su propia motivación y compromiso para el cambio. Pretende explorar y resolver la ambivalencia con la que las personas enfrentan una situación de riesgo para la salud. Fomenta en las personas la importancia del cambio de conducta en salud, pero también por qué deben modificar dicha conducta. Se plantea, por tanto, como un estilo de relación entre profesionales y personas, y también como un conjunto de herramientas que facilita dicho proceso de cambio. El objetivo final de la EM es aumentar la motivación intrínseca para que surja el cambio de conducta en salud (71,78).

Resultados de una revisión sistemática, han reportado evidencia de calidad moderada respecto de la efectividad de la EM para detener conductas no saludables en el corto plazo (6 meses), fundamentalmente con el tabaquismo, consumo de alcohol y otras drogas (79). En otra revisión sistemática con metaanálisis, se mostró que la EM tiene un efecto estadísticamente significativo en el automonitoreo, el que incluye acciones como la vigilancia de la glicemia, la ingesta alimentaria, como así también, evitar la conducta sedentaria y aumentar la actividad física. También mostró efectos en el control de la presión arterial y en el hábito tabáquico (80). Además, existen pruebas de calidad moderada a partir de dos ensayos clínicos aleatorizados, que sugieren que la EM es efectiva para reducir la carga viral a corto plazo y los actos sexuales sin protección en personas viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (81).

Este tipo de consejería utiliza como marco teórico el Modelo Transteórico del Cambio Conductual. El método de la EM se fundamenta en los siguientes principios generales (82,83):

1. **Expresar empatía:** la escucha reflexiva es vital para transmitir aceptación y una actitud sin enjuiciar. Este método implica aplicar técnicas para demostrar que se está escuchando y que se intenta comprender el punto de vista de la persona.
2. **Destacar las discrepancias:** ayudar a la persona a ser consciente de la brecha entre su conducta actual y sus objetivos aumenta la probabilidad de cambio, en comparación con el método de decirles lo que tiene o lo que debería hacer.
3. **Resolver las resistencias:** tiene mejores resultados que insistir directamente en los cambios. Es importante aceptar que la ambivalencia de la persona es parte del proceso.
4. **Apoyar la autoeficacia:** involucra fomentar los puntos de vista optimistas de la persona en lo que se refiere a las perspectivas de cambio.

El profesional de salud tiene un rol facilitador para ayudar a la persona a identificar las contradicciones entre su conducta actual y lo que considera como "ideal" para mejorar su estado de salud, evitando el estilo persuasivo o directivo. Para ello, existen técnicas ejercidas por el profesional que ayudan a la persona a entender esta ambivalencia y así, que ésta logre finalmente avanzar en el proceso de cambio (78). Se detallan en la Tabla 2 estas técnicas.

TABLA 2. TÉCNICAS FUNDAMENTALES EN LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

TÉCNICA	EJEMPLOS DE LO QUE HAY QUE EVITAR	EJEMPLOS DE RECOMENDACIONES
Preguntas abiertas: invitan a un amplio espectro de respuestas; ayudan a que la persona pueda explorar sus conductas.	¿Le preocupa su salud? (pregunta dicotómica) ¿Cree que eso le va a funcionar? (pregunta retórica) Entonces, ¿qué quiere? ¿dejar de fumar o fumar menos? (pregunta que comienza como abierta pero que luego limita las opciones de respuesta)	¿Qué aspectos de su salud le preocupan más? ¿Cuáles son las tres cosas que más han funcionado para dejar de pensar en fumar? ¿Cómo cree usted que puedo ayudarle a dejar de fumar?
Escucha reflexiva: implica mantenerse en silencio para oír lo que la otra persona quiere decir para luego reflejar lo que está diciendo; estar atentos al contexto físico y al lenguaje corporal para indicar que se está en atención plena.	Otorgar respuestas donde se advierta o amenace sobre un resultado adverso. Aportar soluciones, decir al otro lo que debe hacer: "usted debe bajar de peso". Estar escribiendo en el computador, revisar el teléfono celular u ordenar papeles mientras la persona está hablando. No mirar a los ojos, mantenerse de brazos cruzados.	Realizar formulaciones de entrada, como: "parece que se siente como si estuviera perdido...", "usted piensa que esto no le ayuda a cambiar..." Mantener contacto visual en todo momento, expresarse físicamente relajado, pero con interés, asegurar que el lugar donde se realizará la entrevista sea cómodo y que no haya distracciones o interrupciones.
Reflejar: es la esencia de la escucha reflexiva ya que ofrece una conjetura de lo que piensa el interlocutor. Ayuda a reforzar o amplificar el deseo de cambio.	Repetir lo que dice la persona a modo de pregunta, pues implica un bajo nivel de análisis por parte del profesional.	"Disfrutas los efectos del alcohol en términos de que te ayuda a bajar el estrés del trabajo y a interactuar con tus amigos de manera relajada. Pero estás empezando a preocuparte acerca del impacto que tu consumo de alcohol tiene en tu salud. Incluso tu pareja te ha hecho dudar si el alcohol te está ayudando".
Reestructuración positiva: destacar los aspectos positivos de lo que ha mencionado la persona, recompensar las afirmaciones de preocupación para alentar a la persona a tener cada vez más motivos para cambiar	Resaltar o iniciar con los puntos negativos informados por la persona.	"Veo que es muy valiente de tu parte el querer discutir acerca de tu consumo de alcohol conmigo". "Gracias por compartir eso conmigo. Veo que no es fácil para ti decirlo".
Resumir: ayuda a la persona a recapitular todo lo mencionado, a recordar y reordenar sus ideas y a reflexionar, ayuda a evidenciar la ambivalencia de la persona.	Resumir la anamnesis enumerando hechos relatados, sin plantear alguna interrogante.	Para evidenciar la ambivalencia: "Dices que ... y sin embargo, ¿es así realmente?", "a partir de esta situación, ¿qué piensas hacer?" Para recapitular: junte dos o tres ideas y plantee una pregunta abierta. "Veo que en este último año ha podido reconciliarse con sus hijos y ha retomado sus pasatiempos. Cuénteme qué más le hubiera gustado lograr este último año".

Fuente: elaboración propia. Adaptado de Hettema JE, Wagner CC, Ingersoll KS, Russo JM. Brief interventions and motivational interviewing [Internet]. The Oxford handbook of substance use and substance use disorders., Vol. 2. Oxford: Oxford University; 2016. 513-530 p. Available from: <http://ezproxy.uws.edu.au/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2016-26141-017&site=ehost-live&scope=site>; Hall K, Gibbie T, Lubman DI. Motivational interviewing techniques - facilitating behaviour change in the general practice setting. Aust Fam Physician. 2012;41(9):660-7. Retrieved from: <https://www.racgp.org.au/afp/2012/september/motivational-interviewing-techniques>

Se puede utilizar también el esquema de preguntas presentado en la Consejería (Tabla 1) para aplicar entrevista motivacional en una persona, aplicando el Modelo Transteorético de Cambio de Conducta (63).

Propuestas para la elaboración de programas educativos estructurados

El proceso educativo de personas en situación de multimorbilidad es una actividad inherente al rol clínico de los equipos de salud. Sus objetivos apuntan a apoyar la reestructuración de la persona en términos de la manera en que se ve a sí misma, y a otras, reconociendo esta herramienta como necesaria pero no suficiente para lograr dichas modificaciones (84). Existen múltiples formas de abordar el proceso y diferentes modelos conceptuales para apoyar su construcción, los presentados en la primera parte del documento.

En Chile, se ha reportado una experiencia de aplicación de un programa educativo estructurado para población con DM2 beneficiaria de atención primaria, donde el grupo que recibió dicha intervención tuvo una mejoría considerable en su nivel de hemoglobina glicosilada en los 12 meses de seguimiento (35% de reducción versus el grupo que recibió las intervenciones tradicionales de educación), configurándose una alternativa viable de aplicar en el sistema público de salud (85).

En el ámbito de la APS, se dispone de la actividad “educación de grupo”, donde se pueden aplicar los métodos relacionados con la educación estructurada, por lo que requiere rendimientos y coberturas definidas en las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red para el año en curso. Sin embargo, si los recursos y la capacidad de los equipos de salud lo permiten, las educaciones estructuradas se pueden desarrollar también a nivel individual.

En la literatura se ha consensuado, en términos generales, un proceso educativo estructurado a través de cuatro etapas: valoración, planificación, implementación y evaluación (33,86,87).

Valoración

Corresponde a la determinación de las necesidades educativas. Los equipos de salud pueden realizar entrevistas a la persona, familia y/o cuidadores, aplicar instrumentos de valoración, realizar observación, obtener recomendaciones de otros miembros del equipo de salud, para poder identificar elementos facilitadores y barreras del proceso educativo, y adaptar el plan a las características específicas de la persona: habilidades, conocimientos, voluntad de cambio, preferencias de aprendizaje, entre otras (87).

Para realizar la valoración se recomienda (88–91):

1. Identificar información sociodemográfica (edad, identidad de género, pertenencia étnica, determinantes sociales de salud), así como los sistemas de apoyo, creencias, valores, cultura y barreras para el aprendizaje, nivel educacional alcanzado, capacidad de leer y escribir.
2. Identificar el grado de compromiso de la persona con el proceso de aprendizaje, considerando sus objetivos, prioridades, así como su motivación para aprender. Se puede determinar el grado de autoeficacia.
3. Determinar necesidades educativas basadas en el estado de salud actual de la persona, nivel de conocimientos e inquietudes.
4. Evaluar las preferencias de aprendizaje: escritas, orales, visuales, audiovisuales, demostración, uso de tecnología, etc.

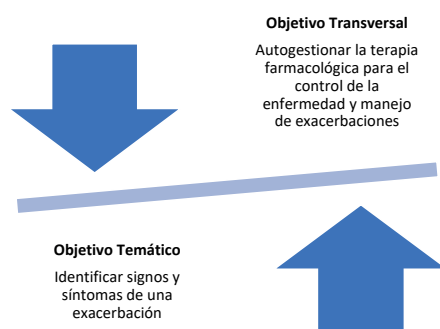
5. En base a los dos puntos anteriores, seleccionar los contenidos a trabajar en el proceso educativo.
6. Considerar, de ser necesario, la aplicación de instrumentos de evaluación (ver Anexo 2) para apoyar al desarrollo de un perfil de la persona.

Planificación

En esta parte se debe tener en cuenta las necesidades de aprendizaje ya detectadas en la etapa anterior y conciliarlas con los recursos de aprendizaje disponibles. Es relevante además identificar si el profesional de salud cuenta con los conocimientos y habilidades específicas para educar a la persona (87). Para esto se recomienda (88,92,93):

1. Diseñar la intervención en forma individualizada y adaptada a la persona, contemplando la literacidad en salud y aspectos culturales.
2. Incluir, de ser necesario, a una persona cuidadora, un familiar, u otra persona significativa en el proceso educativo.
3. Considerar el ámbito de aplicación de la actividad educativa (hogar de la persona, atención primaria, hospital, etc).
4. Determinar los objetivos educativos en forma mutua, y organizar el plan de trabajo. Los objetivos deben ser claros para ambas partes, centrados en la persona y factibles de lograr por ella (86). Estos deben ser parte central del plan consensuado del abordaje integral de la persona.
 - a. Se recomienda utilizar la metodología SMART, para plantear debidamente un objetivo (64).
 - b. Los componentes que debe tener un objetivo son (64):
 - i. **Conducta:** expresada a través de un verbo (idealmente en infinitivo). Se sugiere también anteponer implícitamente la frase “al término de la sesión/programa educativo, la persona será capaz de: ...”.
 - ii. **Condición:** requisitos para que el logro ocurra.
 - iii. Criterio o estándar de logro.
 - c. Los programas educativos recomiendan migrar desde objetivos temáticos (que segmentan el aprendizaje en contenidos) hacia objetivos transversales (orientados hacia logros integrales, escalares y que se condicen con el abordaje integral de la persona en contexto de multimorbilidad crónica) (65,95). Ver ejemplo en Figura 3.

FIGURA 3. COMPARACIÓN ENTRE OBJETIVOS TEMÁTICO Y TRANSVERSAL.



Fuente: elaborado por Daniela Díaz Hinojosa. Adaptado de: Skrbic N, Burrows J. Specifying learning objectives. In: Ashmore L, Robinson D, editors. Learning, teaching and development: strategies for action [Internet]. London: Sage Publications; 2014. p. 54-87. Available from: https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=ML2lCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA39&ots=-2by1SdBS1&sig=NTYFAtmkZSIT5Ik74s-a22plBiU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false,

- d. Los objetivos deben ser pensados como los cambios de conducta que la persona debiera lograr tras haber participado en el proceso educativo, y no plantearlos desde el punto de vista de lo que desea o aspira lograr el equipo profesional que educa (94,95). Ejemplos:
 - **Objetivo centrado en la persona:** ejecutar técnica inhalatoria con aerocámara (correcto).
 - **Objetivo centrado en el equipo profesional:** educar en la realización de la técnica inhalatoria con aerocámara (incorrecto).
 - e. La selección de los objetivos educativos debe además reflejar las tres dimensiones básicas de aprendizaje: conocimientos, destrezas y actitudes (94). Ejemplos:
 - **Conocimiento:** diferenciar los inhaladores según acción terapéutica.
 - **Destreza:** ejecutar técnica inhalatoria con aerocámara.
 - **Actitud:** desarrollar habilidades de afrontamiento ante la exacerbación de la enfermedad.
5. Desarrollar el programa educativo utilizando estrategias de educación basadas en evidencia, con foco en las necesidades, prioridades y comportamiento de la persona, y favoreciendo el aprendizaje por experiencia. Para ello se recomienda (96-98):
 - a. Adaptar el lenguaje y los canales de comunicación, usando conceptos simples, directos, evitando jerga técnica y prefiriendo usar lenguaje común. Identificar ideas o mensajes claves para apoyar los objetivos de aprendizaje. Mantener el foco en esas ideas clave, por ejemplo, utilizando técnicas ‘paso a paso’, o en segmentos ‘enseñar y comprobar’.
 - b. Emplear estrategias de comunicación efectiva: escucha activa, favorecer *rapport*, etc.
 - c. Utilizar un abordaje de multicomponente (más de una estrategia al mismo tiempo, por ejemplo, combinar métodos escritos con audiovisuales, trabajo individual y grupal, presencial y acompañamiento remoto, implementación en otros ámbitos como educativo o laboral, etc) (99,100). Esto incluye la incorporación del resto del equipo de salud.
 - d. Tener contactos repetidos con la persona: mientras más instancias de educación se tenga con la persona, mayor es el impacto que tendrá la estrategia.
 - e. Educar en función de los problemas de la vida diaria que pueda tener la persona.
 6. Identificar y seleccionar los recursos educativos. Para ello se recomienda utilizar recursos escritos (pictogramas, infografías, rotafolios, folletos; con imágenes y textos sencillos y en más de un idioma en caso de ser necesario); modelos de simulación; videos; tecnología (aplicaciones móviles, programas de internet, videojuegos, etc). Estos recursos deben respetar el nivel de literacidad de las personas y sus características sensoriales (101-104).
 7. Programar la duración del plan educativo. Se recomienda que las sesiones no duren más de una hora.

Se muestra en el Anexo 3 un ejemplo para explicar cómo se puede conformar esta matriz para facilitar la planificación del proceso educativo.

Ya que la educación estructurada propone un modelo donde los objetivos podrían estar “predefinidos” para abordar un ámbito específico de la multimorbilidad, es necesario reconocer que estos objetivos bien pueden ser adaptados a los requerimientos, necesidades y características de la persona. Por ejemplo, si al tener que enfrentar la educación estructurada de personas con diagnóstico de

Asma Bronquial, y uno de los objetivos es desarrollar la técnica de administración de medicamentos por vía inhalatoria en el hogar, es posible encontrar a personas que ese objetivo no sea prioritario para ellas, y, por otro lado, le preocupen otros aspectos de la enfermedad (ejemplo: reconocer síntomas y signos de una obstrucción bronquial). En estos casos es posible conciliar las necesidades y si bien la autoadministración de medicamentos es un logro importante para estos casos, se deberá priorizar lo manifestado por la persona, y en segundo lugar, realizar la educación en inhaloterapia (101).

Implementación

En esta fase, el profesional de salud ejecuta el plan educativo (87). Para ello se recomienda (90,98,102):

1. Pensar siempre la implementación desde el punto de vista de la persona. Para ello se debe preservar el uso del lenguaje simple, no técnico. Mientras se educa, se deben propiciar las habilidades de escucha activa, estar conscientes del tono de voz, gestos faciales y postura ocupadas durante la ejecución del plan. También hay que identificar los momentos propicios para educar. Puede que una educación surja espontáneamente cuando una persona hace preguntas sobre su estado de salud.
2. Tener en mente, mientras se ejecuta la actividad educativa, los principios clave de la educación para la salud, como: explicar en oraciones simples lo que se realizará (“hoy hablaremos acerca de la descompensación de la EPOC y cómo manejarla en el hogar”), educar en segmentos cortos y verificar el grado de aprendizaje (al enseñar el uso de inhaloterapia con aerocámara, debe asegurar primero que la persona sepa colocar el inhalador en la aerocámara), y reforzar el aprendizaje (repasar los puntos clave o pasos trabajados).
3. Realizar los ajustes necesarios a las metodologías y técnicas educativas según las respuestas o cambios que refleje la persona; contemplar también la necesidad de modificar el abordaje. Responder a las preguntas de la persona al momento que surjan y no postergarlas para el final de la sesión. Verificar constantemente si la persona va comprendiendo los contenidos. De utilizar demostraciones de técnicas, facilitar que la persona entrene la técnica desde un comienzo. Verificar la comodidad del lugar donde se esté ejecutando el plan (luminosidad, temperatura, ruido, etc). Dar espacios para comer, relajarse, reírse o ir al baño, sobre todo si las sesiones son prolongadas.

Evaluación

Esta etapa refleja el grado en el cual el aprendizaje de la persona se ha logrado. Esta evidencia se traduce en la demostración que la persona hace en su habilidad de aplicar los contenidos aprendidos en la resolución de problemas que puedan surgir con relación al manejo de su enfermedad en el día a día (87). Se propone que la evaluación se haga durante el proceso educativo y al finalizar este. Lo primero es esencial puesto que la evaluación del proceso indica la necesidad de modificar el plan educativo (95).

Para realizar la evaluación se recomienda (93,105,106):

1. Evaluar aprendizaje utilizando estrategias de ‘Enseñar de Vuelta’ (Teach Back). Se utilizan para ello preguntas abiertas con enfoque en la comprobación (“para asegurarme que comprendió bien la información, descríbame qué cosas haría si se siente con falta de aire a pesar de haber utilizado sus inhaladores de rescate”).

2. Evaluar el aprendizaje de destrezas a través de la demostración. Por ejemplo, pedirle que ensaye la técnica inhalatoria completa.
3. Evaluar al aprendizaje a través de la medición de cambios en los resultados de salud de la persona. Se evalúa a corto plazo, por ejemplo, con cuestionarios de calidad de vida, síntomas u otros instrumentos (Anexo 2), o en el mediano y largo plazo, evaluando el cambio en el número de consultas en atención primaria o servicio de urgencias, logrando metas terapéuticas, entre otros.
4. En el caso que la educación ocurra en más de un encuentro o sesión, comenzar con algunas preguntas relacionadas con contenidos trabajados en la instancia anterior, con el propósito de evaluar el grado de comprensión de estos y, de ser necesario, retomar la intervención sobre estos mismos.

Registro de la actividad

1. En ficha clínica, utilizando los conceptos definidos en el apartado de Integración de intervenciones dentro de la atención de salud.
2. En los Registros Estadísticos Mensuales (REM), señalando productividad y concentración estimada, según definiciones disponibles en el Manual REM vigente³:
 - a. REM Serie A:
 - i. 19a. Sección A.1: Consejería individual. Sección B.1: Actividades de Promoción->Educación Grupal
 - ii. 23. Sección L.1: Educación individual en sala IRA/ERA. Sección L.2: Educación grupal en sala IRA/ERA.
 - iii. 27. Sección A: Personas que ingresan a educación grupal, según áreas temáticas y edad. Sección B: Actividades de educación para la salud, según personal que las realiza (Sesiones). Sección N: Educación para programa de salud cardiovascular.
 - iv. 32. Sección L: Educación grupal remota según áreas temáticas y edad.

³ Ministerio de Salud. Manual Serie REM A, año 2023.

AUTORÍA

Responsables técnicos

María Soledad Martínez Gutiérrez	Médica. Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
Carolina Neira Ojeda	Enfermera Matrona. Jefa (S) de Departamento de Enfermedades No Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

Autora, editora y coordinadora del grupo de trabajo

Natalia Burattini Fredes	Enfermera. Profesional Departamento de Enfermedades No Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
---------------------------------	--

Grupo de trabajo (por orden alfabético)

Claudia Alcayaga Rojas	Enfermera. Magíster en Psicología de la Salud. Doctoranda en Sociología. Profesora Asistente Escuela de Enfermería P. Universidad Católica de Chile- Centro Colaborador OMS-OPS.
Claudia Bustamante Troncoso	Enfermera. Postulada en Metodología de la Educación Sanitaria. Magíster en Enfermería. Doctorada © en Sociología. Profesora Asociada Escuela de Enfermería P. Universidad Católica de Chile- Centro Colaborador OMS-OPS.
María Sylvia Campos Serrano	Enfermera. Magíster en Ciencias de la Nutrición. Académica Escuela de Enfermería Universidad San Sebastián.
Leonora Del Pozo Reyes	Enfermera. Magíster en Pedagogía Universitaria. Máster Coach Neurolingüístico en Educación para la Salud. Académica del programa de Diplomado de formación de enfermeras(os) en educación para el cuidado de las personas con diabetes mellitus, Universidad Mayor. Socia de la Sociedad Científica de Enfermería Familiar y Comunitaria de Chile.
Bárbara Donoso Contreras	Asistente Social. Profesional asesora del Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, División de Políticas Saludables y Promoción, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
Ana María Hevia Castillo	Asistente Social. Profesional asesora del Departamento de Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
Daniela Díaz Hinojosa	Kinesióloga especialista en Kinesiología Respiratoria. Máster en atención del enfermo respiratorio crónico avanzado. Coordinadora de Comisión de Rehabilitación Pulmonar-Sociedad Chilena de Kinesiología Respiratoria. Encargada del Programa de Rehabilitación Pulmonar del Centro Respiratorio y Alergias, Clínica Universidad de Los Andes.
Álex Ortíz Cabezas	Médico Residente Medicina Familiar mención Adulto, Universidad Católica del Maule. Socio de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar. Médico del Servicio de Salud del Maule.

Simón Tello Herrera	Nutricionista. Magíster en Nutrición y Metabolismo. Diplomado en Educación y Marketing Social en Salud Pública, INTA. Miembro del Colegio de Nutricionistas Universitarios de Chile. Nutricionista CESFAM La Faena, Peñalolén.
María Ignacia Valdés Iturriaga	Médica Cirujana. Certificada en Medicina de Estilos de Vida por el Comité Internacional de Medicina de Estilos de Vida (IBLM). Socia de la Sociedad Chilena de Medicina del Estilo de Vida. Encargada de CECOSF Ribera Sur, Puerto Aysén.

Revisores(as) (por orden alfabético)

Carla Benavides Lourido	Enfermera. Jefa de Departamento de Enfermedades No Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud (año 2022).
Daniela Díaz Hinojosa	Kinesióloga especialista en Kinesiología Respiratoria. Máster en atención del enfermo respiratorio crónico avanzado. Coordinadora de Comisión de Rehabilitación Pulmonar-Sociedad Chilena de Kinesiología Respiratoria. Encargada del Programa de Rehabilitación Pulmonar del Centro Respiratorio y Alergias, Clínica Universidad de Los Andes.
Fernando González Escalona	Médico. Ex Jefe de División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
María Ignacia Valdés Iturriaga	Médica Cirujana. Certificada en Medicina de Estilos de Vida por el Comité Internacional de Medicina de Estilos de Vida (IBLM). Socia de la Sociedad Chilena de Medicina del Estilo de Vida. Encargada de CECOSF Ribera Sur, Puerto Aysén.
Carolina Neira Ojeda	Enfermera Matrona. Jefa (S) de Departamento de Enfermedades No Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud (año 2023).
Simón Tello Herrera	Nutricionista. Magíster en Nutrición y Metabolismo. Diplomado en Educación y Marketing Social en Salud Pública, INTA. Miembro del Colegio de Nutricionistas Universitarios de Chile. Nutricionista CESFAM La Faena, Peñalolén.
Irma Vargas Palavicino	Nutricionista. Profesional asesora del Departamento de Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. Plan De Enfermedades No Transmisibles Parte 1: Análisis de Situación de Salud [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 1]. Available from: https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/2022.03.08_ANALISIS-DE-SITUACION-DE-SALUD-ENT-FINAL.pdf
2. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2022 [Internet]. 2022. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1417456/retrieve>
3. Arena R, Berra K, Kaminsky L, Hivert MF, Cherie Franklin N, Myers J, et al. Healthy lifestyle interventions to combat noncommunicable disease—a novel nonhierarchical connectivity model for key stakeholders: A policy statement from the American Heart Association, European Society of Cardiology, European Association for Cardiovascu. Eur Heart J [Internet]. 2015;36(31):2097–109. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/36/31/2097/2398206>
4. Ministerio de Salud. Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 2]. Available from: <https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Estrategia-de-cuidado-Integral-centrado-en-las-personas-en-contexto-de-multimorbilidad.pdf>
5. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030 [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
6. American College of Sports Medicine. Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 11th ed. 2019.
7. Barley E, Lawson V. Using health psychology to help patients: theories of behaviour change. Br J Nurs [Internet]. 2016;25(16):924–7. Available from: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/epub/10.12968/bjon.2016.25.16.924>
8. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: glosario. [Internet]. 1998 [cited 2022 Jun 2]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
9. Nutbeam D. Health education and health promotion revisited. Health Educ J [Internet]. 2019;78(6):705–9. Available from: <https://doi.org/10.1177/0017896918770215>
10. Organización Mundial de la Salud. Volumen VII. In: Asociación Costarricense de Salud Pública, editor. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud; 1986.
11. Martínez Sánchez LM, Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas-Alzate JD, Álvarez-Hernández LF, Roldán-Tabares MD, et al. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. Arch Med [Internet]. 2020;20(2):490–504. Available from: https://www.researchgate.net/publication/342221783_La_educacion_en_salud_como_una_importante_estrategia_de_promocion_y_preencion_educacion_en_salud/link/5f07658c4585155050986530/download

12. Organización Panamericana de la Salud. Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2001 [cited 2022 Jul 4]. Available from: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Guias_Aplicacion.pdf
13. Ministerio de Salud. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana [Internet]. 2015 [cited 2022 Jul 4]. Available from: https://www.minsal.cl/promocion_participacion/
14. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2022 [Internet]. Ministerio de Salud. 2021 [cited 2022 Jun 29]. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Orientaciones-para-la-planificación-y-programación-de-la-red-2022.pdf>
15. Organización Panamericana de la Salud. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2019-2030 [Internet]. 2019. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55950/OPSFPLIM220006_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y
16. Smith SM, Wallace E, Clyne B, Boland F, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community setting: a systematic review. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2021;10(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8092473/>
17. Villa-Vélez L. Education for health and social justice based on the focus on capabilities: An opportunity for public health development. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2020;25(4):1539-46. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rbXbFrXR6hQqjLJD-GwwXRBR/citation/?lang=es>
18. González AC, Coates A, Diaz V, Wolfenzon D. Igualdad de género y equidad en salud: lecciones estratégicas de las experiencias de los países en la incorporación de la perspectiva de género en la salud. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2021;45. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.103>
19. Ministerio de Salud Departamento de Epidemiología. Informe diagnóstico. Situación de salud de los pueblos originarios en Chile. 2018.
20. Manríquez M, Lagos C, Rebolledo J, Figueroa V. Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales. *Rev Salud Publica* [Internet]. 2018;20(6):759-63. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n6/759-763/#>
21. Kroeger A, Luna R. Atención Primaria de Salud. Principios y metodos. 2da ed. México: Pax; 1992.
22. Freire P. Pedagogía del oprimido. Argentina: Siglo XXI editores; 2015. 256 p.
23. López JO. Paulo Freire y la Pedagogía del Oprimido. *Rev Hist la Educ Latinoam* [Internet]. 2008;10:57-72. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/869/86901005.pdf>
24. Gharouni K, Ardalan A, Araban M, Ebrahimzadeh F, Bakhtiar K, Almasian M, et al. Application of Freire's adult education model in modifying the psychological constructs of health belief model in self-medication behaviors of older adults: A randomized controlled trial. *BMC Public Health* [Internet]. 2020;20(1):1-12. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09425-7>

25. Sharma M. Freire's adult education model: An underutilized model in alcohol and drug education? *J Alcohol Drug Educ* [Internet]. 2001;47(1):1-3. Available from: https://www.researchgate.net/publication/273574031_Freire's_adult_education_model_An_underutilized_model_in_alcohol_and_drug_education_Editorial
26. Mahan JD, Stein DS. Teaching adults - Best practices that leverage the emerging understanding of the neurobiology of learning. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* [Internet]. 2014;44(6):141-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2014.01.003>
27. Lieb S. Principles of adult learning [Internet]. South Mountain Community College. 1991 [cited 2022 Sep 1]. p. 1-6. Available from: <http://honolulu.hawaii.edu/intranet/committees/FacDevCom/guidebk/teachtip/adults-2.htm> (& 1. htm).
28. Alonso C, Gallego D, Honey P. Los estilos de aprendizaje. *Procedimientos de diagnóstico y mejora*. 7ma ed. Bilbao, España: Ediciones Mensajero; 2007. 222 p.
29. Russell SS. An overview of adult-learning processes. *Urol Nurs Off J Am Urol Assoc Allied* [Internet]. 2006;26(5):349-53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17078322/>
30. Montero Labbé J. Educación participativa de adultos. El modelo dialogante de Jane Vella. Experiencia en Chile. *ARS MEDICA* [Internet]. 2007;36(2):120. Available from: <https://revistas.uc.cl/wp-rev/ars-medica-revista-de-ciencias-medicas/educacion-participativa-de-adultos-el-modelo-dialogante-de-jane-vella-experiencia-en-chile/#:~:text=El método habilita para planear,su dignidad y su libertad.>
31. Walker M, Montero L. Principios generales de la educación de adultos. *Rev Chil Med Fam* [Internet]. 2004;5(2):65-71. Available from: <https://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/154/149>
32. Vella J. *Learning to Listen, Listening to Learn*. Vol. 46. San Francisco, CA: John Wiley & Sons; 2002. 289 p.
33. Vella J. *Taking learning to task : creative strategies for teaching adults*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2001. 151 p.
34. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2020;42:159-73. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
35. Visscher B, Steunenberg B, Heijmans M, Hofstede J, Deville W, Heide I van der, et al. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2018;18:1414-24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC60594180/>
36. Heine M, Carthy NM, Lategan F, Erasmus M, Olivier J. Health education interventions to promote health literacy in adults with selected non-communicable diseases living in low-to-middle income countries : A systematic review and meta-analysis. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2021;27(6):1417-28. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.13554>

37. Gavidia V, Rodes MJ. Las actitudes hacia la salud. *Alambique Didáctica las Ciencias Exp* [Internet]. 1999;(22):87-96. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Valentin-Catalan/publication/39136920_Las_actitudes_hacia_la_salud/links/5f39087ba6fdcccc43cc5cb4/Las-actitudes-hacia-la-salud.pdf
38. Sheeran P, Maki A, Montanaro E, Bryan A, Klein WMP, Miles E, et al. Supplemental Material for The Impact of Changing Attitudes, Norms, and Self-Efficacy on Health-Related Intentions and Behavior: A Meta-Analysis. *Heal Psychol* [Internet]. 2016;35(11):1178-88. Available from: http://sro.sussex.ac.uk/id/eprint/58976/2/Manuscript_R2_-_Final.pdf
39. San Pedro EM, Roales-Nieto JG. El modelo de Creencias de Salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las Creencias en Salud. *Int J Psychol Psychol Ther* [Internet]. 2003;3(1):91-109. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
40. Zare S, Ostovarfar J, Kaveh MH, Vali M. Effectiveness of theory-based diabetes self-care training interventions; a systematic review. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev* [Internet]. 2020;14(4):423-33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.008>
41. Naz MSG, Kariman N, Ebadi A, Ozgoli G, Ghasemi V, Fakari FR. Educational interventions for cervical cancer screening behavior of women: A systematic review. *Asian Pacific J Cancer Prev* [Internet]. 2018;19(4):875-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6031778/pdf/APJCP-19-875.pdf>
42. Lau J, Lim TZ, Jianlin Wong G, Tan KK. The health belief model and colorectal cancer screening in the general population: A systematic review. *Prev Med Reports* [Internet]. 2020;20:101223. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101223>
43. Cameron JE, Voth J, Jaglal SB, Guilcher SJT, Hawker G, Salbach NM. "In this together": Social identification predicts health outcomes (via self-efficacy) in a chronic disease self-management program. *Soc Sci Med* [Internet]. 2018;208(January 2017):172-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.007>
44. Kelder SH, Hoelscher D, Perry CL. How individuals, environments and health behaviours interact. Social Cognitive Theory. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* [Internet]. Jossey-Bass; 2010. p. 169-88. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2008-17146-008>
45. Glanz K, Bishop DB. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2010;31:399-418. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20070207/>
46. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* [Internet]. 1977;84(2):191-215. Available from: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
47. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy* [Internet]. 1982;19(3):276-88. Available from: https://www.researchgate.net/publication/232461028_Trans-Theoretical_Therapy_-_Toward_A_More_Integrative_Model_of_Change/link/02e7e52d6db5ee1110000000/download

48. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Heal Promot* [Internet]. 1997;12(1):38-48. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Wayne-Velicer/publication/13128551_The_Transtheoretical_Model_of_Health_Behavior_Change/links/0046351d307a19ab77000000/The-Transtheoretical-Model-of-Health-Behavior-Change.pdf
49. Hashemzadeh M, Rahimi A, Zare-Farashbandi F, Alavi-Naeini A, Daei A. Transtheoretical model of health behavioral change: A systematic review. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2019;24(2):83-90. Available from: <https://www.ijnmrjournal.net/downloadpdf.asp?issn=1735-9066;year=2019;volume=24;issue=2;spage=83;epage=90;aulast=Hashemzadeh;type=2>
50. Boakye EA, Varble A, Rojek R, Peavler O, Trainer AK, Osazuwa-Peters N, et al. Sociodemographic factors associated with engagement in diabetes self-management education among people with diabetes in the United States. *Public Health Rep* [Internet]. 2018;133(6):685-91. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0033354918794935?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub_0pubmed
51. Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Müller R, Rodríguez M, Chávez A. Social Determinants of Health and Lifestyles in Adult Population Concepción, Chile. *Cienc y Enfermería* [Internet]. 2014;20(1):61-74. Available from: https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n1/art_06.pdf
52. Chen YH, Karimi M, Rutten-Van Mölken MPMH. The disease burden of multimorbidity and its interaction with educational level. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(12 December):1-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7714131/pdf/pone.0243275.pdf>
53. Schillinger D. Social Determinants, Health Literacy, and Disparities: Intersections and Controversies. *Heal Lit Res Pract* [Internet]. 2021;5(3):e234-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8356483/>
54. Quinn LM, Woolley AK, Davies MJ, Bodicoat DH, Seidu S, Khunti K, et al. Educational preferences in individuals with cardiometabolic disease differs with age, ethnicity and educational status. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2022;105(12):3479-86. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.08.016>
55. Vanzella LM, Pakosh M, Oh P, Ghisi GLM. Health-related information needs and preferences for information of individuals with cardiovascular disease from underserved populations: A systematic review. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2022;105(12):3398-409. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.09.008>
56. Diao H, Pu Y, Yang L, Li T, Jin F, Wang H. The impacts of peer education based on adolescent health education on the quality of life in adolescents: a randomized controlled trial. *Qual Life Res* [Internet]. 2020;29(1):153-61. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02309-3>
57. Stinson J, Ahola Kohut S, Forgeron P, Amaria K, Bell M, Kaufman M, et al. The iPeer2Peer Program: A pilot randomized controlled trial in adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis. *Pediatr Rheumatol* [Internet]. 2016;14(1):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12969-016-0108-2>

58. Patnode CD, Redmond N, Iacocca MO, Henninger M. Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Serv. *J Am Med Assoc* [Internet]. 2022;328(4):375–88. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35981260/>
59. Cano Fuentes G, Dastis Bendala C, Morales Barroso I, Manzanares Torné ML, Fernández Gregorio A, Martín Romana L. Ensayo clínico aleatorio para evaluar la eficacia de una intervención educativa desarrollada en atención primaria sobre asmáticos adultos. *Aten Primaria* [Internet]. 2014;46(3):117–39. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.005>
60. Urrutia IB, Suazo SV, Carrillo KS. Educational effectiveness of nursing intervention on the modification of risk factors coronary. *CiencyEnferm* [Internet]. 2014;20(3):43–57. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300005
61. Rodríguez M, Arredondo E, Herrera R. Efectividad de un programa educativo en enfermería en el autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca: ensayo clínico controlado. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2012;20(2):1–11. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/es_12.pdf
62. Pérez Jarauta MJ, Echaui M, Ancizu E, Jesús CSM. Manual de Educación para la Salud. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra. Universidad de Navarra; 2006. 188 p.
63. Stonerock GL, Blumenthal JA. Role of Counseling to Promote Adherence in Healthy Lifestyle Medicine: Strategies to Improve Exercise Adherence and Enhance Physical Activity. *Prog Cardiovasc Dis* [Internet]. 2017;59(5):455–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2016.09.003>
64. Skrbic N, Burrows J. Specifying learning objectives. In: Ashmore L, Robinson D, editors. Learning, teaching and development: strategies for action [Internet]. London: Sage Publications; 2014. p. 54–87. Available from: https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=ML2ICwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA39&ots=-2by1SdBS1&sig=NTYFAtmkZSlt5Ik74s-a22plBiU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
65. Tiitinen S, Ilomäki S, Laitinen J, Korkiakangas EE, Hannonen H, Ruusuvuori J. Developing theory- and evidence-based counseling for a health promotion intervention: A discussion paper. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2020;103(1):234–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399119303556>
66. Nupponen R. What is counseling all about – Basics in the counseling of health-related physical activity. *Patient Educ Couns* [Internet]. 1998;33(SUPPL.1):61–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com.sibudp.idm.oclc.org/science/article/abs/pii/S073839919800010X>
67. Williamson TM, Moran C, McLennan A, Seidel S, Ma PP, Koerner ML, et al. Promoting adherence to physical activity among individuals with cardiovascular disease using behavioral counseling: A theory and research-based primer for health care professionals. *Prog Cardiovasc Dis* [Internet]. 2021;64:41–54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.12.007>

68. Barkmeijer A, Molder H te, Janssen M, Jager-Wittenaar H. Towards effective dietary counseling: a scoping review. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2022;105(7):1801-17. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.12.011>
69. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013;2017(12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23728631/>
70. Jacqueline M. Swank, Glenn W. Lambie and ELW. An Exploratory Investigation of the Counseling Competencies Scale: Measure of Counseling Skills, Dispositions, and Behaviors. *Couns Educ* [Internet]. 2012;51(September):189-206. Available from: <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2012.00014.x>
71. Hettema JE, Wagner CC, Ingersoll KS, Russo JM. Brief interventions and motivational interviewing [Internet]. *The Oxford handbook of substance use and substance use disorders*, Vol. 2. Oxford: Oxford University; 2016. 513-530 p. Available from: <http://ezproxy.uws.edu.au/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2016-26141-017&site=ehost-live&scope=site>
72. Rosembaun A, Rojas P, Rodriguez MV, Barticevic N, Rivera Mercado S. Intervenciones breves para promover cambios conductuales en el ámbito de la atención primaria: revisión de su efectividad en consumo de tabaco, alcohol y sedentarismo. *Medwave* [Internet]. 2018;18(1):e7148. Available from: <https://www.medwave.cl/medios/medwave/Enero-febrero2018/PDF/medwave-2018-01-7148.pdf>
73. Rodríguez-Martos A. Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones* [Internet]. 2002;14(SUPPL. 1):337-51. Available from: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiT9ovPtvz9AhWarJUCHQKuB8EQFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.adicciones.es%2Findex.php%2Fadicciones%2Farticle%2Fdownload%2F532%2F524&usg=AOvVaw1pUMAR1tyqsHHx5e79Md3D>
74. Barceló A, Epping-Jordan J, Orduñez P, Luciani S, Agurto I, Tasca R. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2013. p. 105. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>
75. Saputri GZ, Sari OM, Akrom A. Modified brief counseling-5A, motivational SMS on medication-taking behavior and compliance among diabetic patients. *Int J Public Heal Sci* [Internet]. 2022;11(3):852-60. Available from: <https://ijphs.iaescore.com/index.php/IJPHS/article/view/21348>
76. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions. An evidence-based approach. *Am J Prev Med* [Internet]. 2002;22(4):267-84. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0749379702004154?toKen=DB8C5AAC7867CE0CBD53D243CE596A4E04AAAB37522EFFF160AE15BE0AE708D7D5966EE06265C61D97972B562949559&originRegion=us-east-1&originCreation=20221128153049>
77. Sturgiss E, Van Weel C. The 5 As framework for obesity management: Do we need a more intricate model? *Can Fam Physician*. 2017;63(7):504-8.
78. Miller WR, Rollnick S. *La Entrevista Motivacional. Ayudar a las personas a cambiar*. 3era ed. Paidós; 2015. 640 p.

79. Frost H, Campbell P, Maxwell M, O'Carroll RE, Dombrowski SU, Williams B, et al. Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS One* [Internet]. 2018;13(10):1-39. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0204890>
80. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2013;93(2):157-68. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>
81. Mbuagbaw L, Ye C, Thabane L. Motivational interviewing for improving outcomes in youth living with HIV. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012;(9). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009748.pub2>
82. Miller W, Rollnick S. *Entrevista Motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. 2nd ed. Barcelona: Paidós; 1999. 250 p.
83. Miller WR, Rose GS. Toward a Theory of Motivational Interviewing. *Am Psychol* [Internet]. 2009;64(6):527-37. Available from: <https://doi.org/10.1037/a0016830>
84. Banz C. Las dinámicas grupales: una técnica de aprendizaje. Ficha VALORAS ctualizada de la 1a edición año 2008 [Internet]. 2015. Available from: <http://valoras.uc.cl/images/centro-recursos/docentes/FormacionDeComunidad/Fichas/Las-dinmicas-grupales-2018.pdf>
85. Bächler R, Mujica V, Orellana C, Cáceres D, Carrasco N, Davidson C, et al. Eficacia de un programa educativo estructurado en población diabética chilena. *Rev Med Chil* [Internet]. 2017;145(2):181-7. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000200005
86. Hacialioglu N. Health Education. In: B Erci, editor. *Public Health Nursing*. Turkey: Göktug Publishing; 2009. p. 166-81.
87. Health Care Education Association. Patient Education Practice Guidelines for Health Care Professionals [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 15]. Available from: <https://www.hcea-info.org/patient-education-practice-guidelines-for-health-care-professionals>
88. Fields TR, Batterman A. How Can We Improve Disease Education in People with Gout? *Curr Rheumatol Rep* [Internet]. 2018;20(3):1-9. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11926-018-0720-x.pdf>
89. Beagley L. Educating Patients: Understanding Barriers, Learning Styles, and Teaching Techniques. *J Perianesthesia Nurs* [Internet]. 2011;26(5):331-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2011.06.002>
90. Giuse NB, Koonce TY, Storrow AB, Kusnoor S V., Ye F. Using health literacy and learning style preferences to optimize the delivery of health information. *J Health Commun* [Internet]. 2012;17(SUPPL. 3):122-40. Available from: <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.712610>
91. Inott T, Kennedy BB. Assessing Learning Styles: Practical Tips for Patient Education. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2011;46(3):313-20. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029646511000314?via%3Dihub>

92. Barnason S, White-Williams C, Rossi LP, Centeno M, Crabbe DL, Lee KS, et al. Evidence for Therapeutic Patient Education Interventions to Promote Cardiovascular Patient Self-Management: A Scientific Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* [Internet]. 2017;10(6):1–23. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/epdf/10.1161/HCQ.0000000000000025>
93. Marcus C. Strategies for improving the quality of verbal patient and family education: a review of the literature and creation of the EDUCATE model. *Heal Psychol Behav Med* [Internet]. 2014;2(1):482–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/21642850.2014.900450>
94. Bachmann C, Pettit J, Rosenbaum M. Developing communication curricula in healthcare education: An evidence-based guide. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2022;105(7):2320–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.016>
95. Kececi A, Bulduk S. Health education for the elderly. In: *Geriatrics*. 2012. p. 153–76.
96. Rosenfeld L, Rudd R, Emmons KM, Acevedo-García D, Martin L, Buka S. Beyond reading alone: The relationship between aural literacy and asthma management. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2011;82(1):110–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.02.023>
97. Skelton SL, Waterman AD, Davis LA, Peipert JD, Fish AF. Applying best practices to designing patient education for patients with end-stage renal disease pursuing kidney transplant. *Prog Transplant* [Internet]. 2015;25(1):77–84. Available from: <https://doi.org/10.7182/pit2015415>
98. Kuntz JL, Safford MM, Singh JA, Phansalkar S, Slight SP, Her QL, et al. Patient-centered interventions to improve medication management and adherence: A qualitative review of research findings. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2014;97(3):310–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.08.021>
99. Boonstra MD, Reijneveld SA, Navis G, Westerhuis R, de Winter AF. Co-creation of a multi-component health literacy intervention targeting both patients with mild to severe chronic kidney disease and health care professionals. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(24). Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/24/13354>
100. He J, Irazola V, Mills KT, Poggio R, Beratarrechea A, Dolan J, et al. Effect of a community health worker-led multicomponent intervention on blood pressure control in low-income patients in Argentina: A randomized clinical trial. *JAMA – J Am Med Assoc* [Internet]. 2017;318(11):1016–25. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2654383>
101. Constand MK, Macdermid JC, Bello-haas VD, Law M. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Heal Serv Res* [Internet]. 2014;14:1–9. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/271>
102. Al-Sutari MM, Ahmad MM. Effect of educational program on self-care behaviors and health outcome among patients with heart failure: An experimental study. *Int J Evid Based Healthc* [Internet]. 2017;15(4):178–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28448329/>

103. Meng Wu, Nicole M. Woodrick, Valerie G. Press. Developing a Virtual Teach-To-Goal™ Inhaler Technique Learning Module: A Mixed Methods Approach. *J allergy Clin Immunol Pract* [Internet]. 2018;5(6):1728–36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5681390/>
104. Schooley B, Nicolas-Rocca TS, Burkhard R. Patient-provider communications in outpatient clinic settings: A clinic-based evaluation of mobile device and multimedia mediated communications for patient education. *JMIR mHealth uHealth* [Internet]. 2015;3(1). Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Patient-Provider-Communications-in-Out-patient-A-of-Schooley-Nicolas-Rocca/940b36673a6600b8a856f0a0e299b44b53cd919f>
105. Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBIM database Syst Rev Implement reports* [Internet]. 2016;14(1):210–47. Available from: <https://research-repository.griffith.edu.au/bitstream/handle/10072/394694/Bonner422588Accepted.pdf;jsessionid=913ADF21FFA26E933E257D9FAB4365EB?sequence=5>
106. Pals R, Olesen K, Willaing I. What does theory-driven evaluation add to the analysis of self-reported outcomes of diabetes education? A comparative realist evaluation of a participatory patient education approach. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2016;99(6):995–1001. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.006>
107. Mattoo S, Prasad S, Ghos A. Brief intervention in substance use disorders. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2018;60(4):466–73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5844156/>

ANEXOS

Anexo 1. Modelos de referencia para la consejería breve.

MODELO	DESCRIPCIÓN
SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) Tamizaje, Consejería Breve y Derivación a Tratamiento (71)	Este modelo se ocupa en ámbitos donde el consejero puede hacer el tamizaje con cuestionarios u otros instrumentos en una población con factores de riesgo y otorgar una consejería según el tipo de riesgo de la persona, para derivar a quienes requieran tratamiento más especializado. En tanto, para las personas con bajo riesgo, se refuerzan las conductas promotoras de salud y en las con riesgo moderado, además se estructura el consejo para que la persona conozca los daños potenciales a la salud si mantiene la conducta. Es el modelo que se ocupa hoy en Atención Primaria para intervenir sobre el consumo de alcohol, según la categoría de riesgo arrojada por el instrumento AUDIT.
FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu of Options, Empathy and Self-efficacy) Retroalimentación, responsabilidad, consejo, opciones de cambio, empatía y autoeficacia) (108)	La Retroalimentación de los riesgos personales implica informar acerca del patrón de consumo de la persona, los riesgos y daños asociados a este, y cómo su patrón sobrepasa lo que sería un consumo normal. La Responsabilidad personal consiste en fomentar el sentido de control personal de la persona, su interés por iniciar el cambio de conducta, y su capacidad de tomar decisiones sobre esta. El Consejo se resume en una declaración simple acerca de la necesidad de cambio para evitar los riesgos y el daño a la salud. Se puede presentar a la persona la opción de reducir o eliminar su conducta nociva, o se le ofrecen varias opciones de tratamiento, con el uso de un estilo de interacción empático y reflexivo, e intervenciones que promuevan la autoeficacia.
5R(76)	Se propone esta técnica cuando la persona está en etapa de precontemplación y no hay disposición a generar el cambio de conducta: relevancia, o preguntar a la persona cuál es la importancia que esta le otorga a abandonar la conducta de riesgo; riesgos derivados de la conducta y recompensas obtenidas al optar por un cambio de conducta; resistencias: relevar los motivos por los cuales la persona no quiere realizar el cambio; y repetición: todo el equipo de salud debe hablar con la persona en cada contacto con ella, para ayudar a modificar la conducta.

Fuente: elaboración propia. Tomado de: Saputri GZ, Sari OM, Akrom A. Modified brief counseling-5A, motivational SMS on medication-taking behavior and compliance among diabetic patients. Int J Public Heal Sci [Internet]. 2022;11(3):852-60. Available from: <https://ijphs.iaescore.com/index.php/IJPHS/article/view/21348>

Anexo 2. Instrumentos de valoración.

Estos instrumentos están validados al español para su utilización en población general. No son instrumentos de tamizaje o diagnóstico. Se recomienda, sin embargo, utilizar a discreción profesional, para perfilar a las personas en términos de cambio de calidad de vida relacionada con los procesos de multimorbilidad crónica, más que para evaluar efectividad de las intervenciones planteada en este documento. Además, no son mandatorios de aplicar en la atención integral, sino que se plan- tean como herramientas de apoyo a utilizar con criterio profesional.

1. EQ5D-5L (European Quality of Life): Instrumento Europeo de Evaluación de Calidad de Vida, 5 dimensiones y 5 niveles

La calidad de vida de las personas en contexto de multimorbilidad crónica se ve disminuida en las dimensiones física, psicológica y social⁴⁵. El EQ5D-5L es un instrumento que mide la calidad de vida relacionada con la salud y se utiliza tanto en población general como con enfermedades crónicas. Puede ser autoaplicado por la persona, o también aplicado por un profesional, y requiere una instrucción básica. Para Chile⁶, esta escala está validada para 3 y 5 niveles de intensidad del problema, existiendo solo para la versión de 3 niveles valores normativos para la población chilena. Sin embargo, se presenta para fines de aplicación en el ámbito clínico la de 5 niveles, ya que tiene mejor sensibilidad para medir la calidad de vida⁷.

TABLA I. DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTO EQ5D-5L.

Validación	Sí, versión validada para el español y para población chilena.
Dimensiones y características del instrumento	Consta de dos partes. La primera consta de 5 preguntas que evalúan la auto-percepción del estado de salud de una persona, en base a 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividad habitual, dolor/malestar, angustia/depresión), cuyas alternativas o niveles de respuesta son en función de la intensidad del problema (sin problemas/problemas leves/problemas moderados/problemas severos/problemas intensos/problemas extremos). La segunda parte del cuestionario, denominada EQ-VAS, mide el propio juicio de la persona con respecto a su estado de salud, se registra en una escala cuantitativa continua siendo cero "la peor salud" y cien "la mejor salud" que se puede imaginar la persona. Esto es en una Escala Visual Análoga (EVA), que se presenta en una línea milimetrada de 20 cm.
Tiempo de aplicación	6 minutos
Instrucciones de aplicación⁸	Para la primera parte, se debe pedir a la persona que marque por cada dimensión, aquella afirmación que más lo represente el día de hoy. Si la persona marca más de una opción por dimensión, u omite, se pide que aclare su respuesta, de lo contrario, es preferible no considerar dichas respuestas ambiguas o faltantes. Para la segunda parte, se explica a la persona que una forma de describir lo bueno o malo que es su estado de salud es usar esta escala parecida a un termómetro, en el cual el valor 100 es el mejor estado de salud que pueda imaginarse y el 0, el peor. Se le pide indicar en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.
Interpretación	Para la primera parte, en cada dimensión se asigna puntaje 1 al nivel 1 de problema percibido, 2 al nivel 2, 3 al nivel 3, 4 al nivel 4 y 5 al nivel 5. Ejemplo: Para la segunda parte, se transcribe el número que representa la marca realizada por la persona en la línea milimetrada, al recuadro "tu salud el día de hoy es:". Si hay diferencia percibida por la persona, entre lo que esta marca y el número obtenido, hay que guiarse por el número. Ejemplo: El nivel obtenido en cada dimensión permite construir un perfil de calidad de vida de la persona y evaluar sus cambios en el tiempo. Si bien la escala cuenta con valores normativos validados para población chilena, no requieren ser utilizados en el ámbito de la aplicación que este documento propone.

Fuente: elaboración propia.

⁴ García-Soidán FJ, Villoro R, Merino M, Hidalgo-Vega Á, Hernando-Martín T, González-Martín-Moro B. Estado de salud, calidad de vida y utilización de recursos sanitarios de los pacientes con diabetes mellitus en España. *Semergen* [Internet]. 2017;43(6):416-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.06.004>

⁵ Janson C, Marks G, Buist S, Gnatuic L, Gislason T, McBurnie MA, et al. The impact of COPD on health status: findings from the BOLD study. *Eur Respir J* [Internet]. 2013;42(6):1472-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00153712>

⁶ Superintendencia de Salud. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (HR-QoL) EN POBLACION GENERAL. CHILE 2005 [Internet]. Gob.cl. 2006 [cited 2023 Jun 20]. Available from: https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-3818_recurso_1.pdf

⁷ EuroQol Research Foundation. EQ-5D-5L User Guide Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. 2021

⁸ EuroQol Research Foundation. EQ-5D-5L User Guide Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. 2021

Instrumento EQ5D-5L, versión para autoadministración⁹:

EN CADA UNO DE LOS APARTADOS SIGUIENTES, MARQUE UNA CASILLA, AQUELLA QUE DESCRIBA MEJOR SU SALUD EN EL DÍA DE HOY.	
MOVILIDAD	
No tengo problemas para caminar	
Tengo problemas leves para caminar	
Tengo problemas moderados para caminar	
Tengo problemas graves para caminar	
No puedo caminar	
AUTOCUIDADO	
No tengo problemas para lavarme o vestirme	
Tengo problemas leves para lavarme o vestirme	
Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme	
Tengo problemas graves para lavarme o vestirme	
No puedo lavarme o vestirme	
ACTIVIDADES HABITUALES (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)	
No tengo problemas para realizar mis actividades habituales	
Tengo problemas leves para realizar mis actividades habituales	
Tengo problemas moderados para realizar mis actividades habituales	
Tengo problemas graves para realizar mis actividades habituales	
No puedo realizar mis actividades habituales	
DOLOR / MALESTAR	
No tengo dolor ni malestar	
Tengo dolor o malestar leve	
Tengo dolor o malestar moderado	
Tengo dolor o malestar fuerte	
Tengo dolor o malestar extremo	
ANGUSTIA / DEPRESIÓN	
No estoy angustiado/a o deprimido/a	
Estoy levemente angustiado/a o deprimido/a	
Estoy moderadamente angustiado/a o deprimido/a	
Estoy muy angustiado/a o deprimido/a	
Estoy extremadamente angustiado/a o deprimido/a	

- Nos gustaría saber lo buena o mala que es su salud HOY.
- Esta escala está numerada del 0 al 100.
- 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.
0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.
- Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.
- Ahora, por favor escriba en la casilla que encontrará abajo, el número que ha marcado en la escala.

SU SALUD HOY =

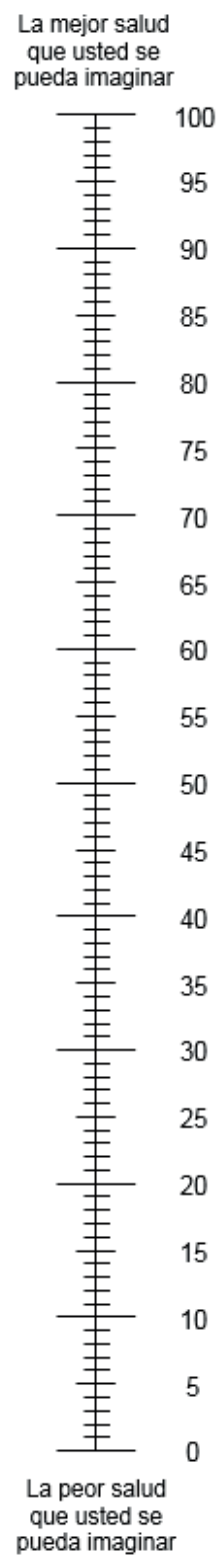


Imagen referencial. Solicite al Departamento de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud el formato con el tamaño original de la escala.

Instrumento EQ5D-5L, versión para la persona entrevistadora¹⁰:

VERSIÓN PARA EL/LA ENTREVISTADOR/A SOBRE LA ADMINISTRACIÓN

Nota para el entrevistador: aunque se debe tener en cuenta la forma de hablar del entrevistador, se debe seguir la redacción de las instrucciones del cuestionario lo más fielmente posible. En el caso del sistema descriptivo EQ-5D-5L de la página 2 del cuestionario, se debe seguir la redacción al pie de la letra.

Si la persona que responde tiene problemas para elegir una respuesta o pide una aclaración, el entrevistador debe repetir la pregunta palabra por palabra y pedirle que responda de la manera que más se acerque a lo que piensa sobre su salud hoy.

INTRODUCCIÓN

(Nota para el entrevistador: lea lo siguiente a la persona que responde).

- Estamos tratando de averiguar lo que usted piensa sobre su salud. Le explicaré qué hacer a medida que vaya avanzando, pero no dude en interrumpirme si no entiende algo o si las cosas no le quedan claras. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Solo estamos interesados en conocer su opinión.
- Primero, voy a leer en voz alta algunas preguntas. Cada pregunta tiene cinco alternativas de respuesta. Por favor, dígame qué respuesta describe mejor su salud en el día de HOY.
- No elija más de una respuesta en cada grupo de preguntas.

(Nota para el entrevistador: primero lea las cinco alternativas de cada pregunta. Luego pídale a la persona que responde que elija cuál se aplica a sí mismo. Repita la pregunta y las alternativas si es necesario. Marque la casilla correspondiente debajo de cada encabezado. Es posible que deba recordarle a la persona regularmente que el periodo de tiempo es HOY).

¹⁰ Reproducido con autorización de EuroQol Research Foundation.

SISTEMA DESCRIPTIVO EQ-5D	
Primero, me gustaría preguntarle acerca de su MOVILIDAD. ¿Usted diría que:	
no tiene problemas para caminar?	
tiene problemas leves para caminar?	
tiene problemas moderados para caminar?	
tiene problemas graves para caminar?	
no puede caminar?	
Ahora, me gustaría preguntarle acerca de su AUTOCUIDADO. ¿Usted diría que:	
no tiene problemas para lavarse o vestirse?	
tiene problemas leves para lavarse o vestirse?	
tiene problemas moderados para lavarse o vestirse?	
tiene problemas graves para lavarse o vestirse?	
no puede lavarse o vestirse?	
Ahora, me gustaría preguntarle acerca de sus ACTIVIDADES HABITUALES, por ejemplo trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre. ¿Usted diría que:	
no tiene problemas para realizar sus actividades habituales?	
tiene problemas leves para realizar sus actividades habituales?	
tiene problemas moderados para realizar sus actividades habituales?	
tiene problemas graves para realizar sus actividades habituales?	
no puede realizar sus actividades habituales?	
Ahora, me gustaría preguntarse acerca de su DOLOR O MALESTAR. ¿Usted diría que:	
no tiene dolor ni malestar?	
tiene dolor o malestar leve?	
tiene dolor o malestar moderado?	
tiene dolor o malestar fuerte?	
tiene dolor o malestar extremo?	
Finalmente, me gustaría preguntarle acerca de su ANSIEDAD O DEPRESIÓN. ¿Usted diría que:	
no está angustiado/a o deprimido/a?	
está levemente angustiado/a o deprimido/a?	
está moderadamente angustiado/a o deprimido/a?	
está muy angustiado/a o deprimido/a?	
está extremadamente angustiado/a o deprimido/a?	

EQ-5D VAS

- **Ahora, me gustaría preguntarle lo buena o mala que es su salud HOY.**
- **Me gustaría que imagine una línea vertical numerada del 0 al 100.**
(Nota para el entrevistador: si la entrevista es cara a cara, muéstrela la línea de la escala visual analógica a la persona que responde).
- **100, en la parte superior de la línea, representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.**
0, en la parte inferior de la línea, representa la peor salud que usted se pueda imaginar.
- **Ahora me gustaría que me dijera en qué punto de esta línea está su estado de salud HOY.**
(Nota para el entrevistador: marque en la línea el punto que la persona que responde indica que está su salud hoy. Ahora, escriba en la casilla que encontrará abajo, el número que ha marcado en la línea).

LA SALUD DE LA PERSONA HOY =

Gracias por darse el tiempo de responder estas preguntas.

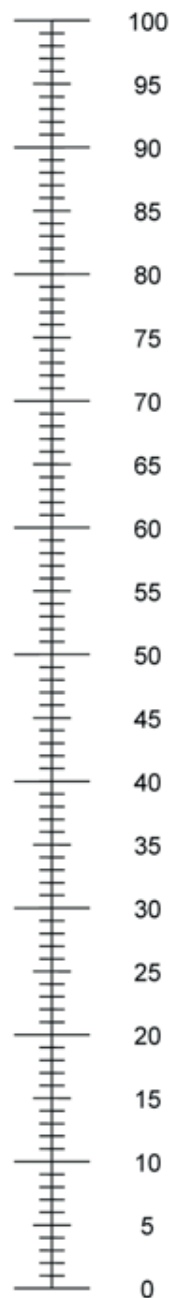
La mejor salud
que usted se
pueda imaginarLa peor salud
que usted se
pueda imaginar

Imagen referencial. Solicite al Departamento de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud el formato con el tamaño original de la escala.

2. HLS-EU-Q16 (European Health Literacy Survey Questionnaire): Cuestionario europeo de medición de literacidad en salud, versión de 16 preguntas

TABLA II. DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTO HLS-EU-Q16.

Validación	Sí, versión validada para el español. No tiene validación en población chilena. Sin embargo, ha sido validada al español, francés y árabe para población migrante residente en España ¹¹ .
Dimensiones y características del instrumento	Consta de 16 preguntas que clasifican el grado de dificultad percibida por la persona en cada tarea o situación propuesta, en muy fácil/fácil/difícil/muy difícil/no sabe o no contesta.
Tiempo de aplicación	15 minutos
Instrucciones de aplicación	Se debe pedir a la persona que marque por cada pregunta, aquella respuesta del grado de dificultad que encontraría para realizar las actividades planteadas.
Interpretación	Las respuestas No sabe o no contesta, Difícil y muy difícil tienen un puntaje 0; las respuestas Fácil y Muy Fácil tienen un puntaje 1. Se suma la totalidad de los puntajes y se interpreta según el rango descrito: Nivel inadecuado: 0-8 puntos. Nivel problemático: 9-12 puntos. Nivel suficiente: 13-16 puntos.

Fuente: elaboración propia. Tomado de: Nolasco Andreu, Barona Carmen, Tamayo-Fonseca Nayara, Irlés María Ángeles, Más Rosa, Tuells José et al. Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16. Gac Sanit [Internet]. 2020 Ago [citado 2023 Jun 22]; 34(4): 399-402. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112020000400014&lng=es.

¹¹ Poza-Méndez M. Adaptación y validación de la encuesta europea de alfabetización en salud "HLS-EU" (European Health Literacy Survey) en población inmigrante [Internet]. [España]: Universidad de Cadiz; 2017. Available from: <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/26885/Manuscrito%20para%20libro%20y%20mandar%20impresión.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

TABLA III. PROPUESTA EN ESPAÑOL DE INSTRUMENTO HLS-EU-Q16

En una escala de “muy fácil” a “muy difícil”, indique cuál es el grado de dificultad que encontraría para realizar las siguientes actividades:

	Muy Difícil	Difícil	Fácil	Muy fácil	No sabe o no contesta
1. Encontrar información sobre los tratamientos asociados a las enfermedades que son de su interés					
2. Averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo					
3. Entender lo que le dice el médico					
4. Entender las instrucciones del médico o farmacéutico sobre cómo tomar las medicinas recetadas					
5. Valorar cuándo puede necesitar una segunda opinión de otro médico					
6. Utilizar la información proporcionada por el médico para tomar decisiones sobre su enfermedad					
7. Seguir las instrucciones de su médico o farmacéutico					
8. Encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental como el estrés o la depresión					
9. Comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso					
10. Comprender por qué necesita hacerse pruebas de detección precoz de enfermedades o chequeos médicos					
11. Valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación					
12. Decidir cómo protegerse de las enfermedades gracias a la información que proporcionan los medios de comunicación					
13. Encontrar actividades que sean buenas para su bienestar mental					
14. Comprender los consejos sobre salud que dan la familia y los amigos					

15. Comprender la información proporcionada por los medios de comunicación sobre cómo mejorar su salud					
16. Valorar cuáles de sus hábitos diarios afectan a su salud					

Fuente: elaboración propia. Adaptado de: Nolasco Andreu, Barona Carmen, Tamayo-Fonseca Nayara, Irlés María Ángeles, Más Rosa, Tuells José et al. Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16. Gac Sanit [Internet]. 2020 Ago [citado 2023 Jun 22]; 34(4): 399-402. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112020000400014&lng=es.

3. PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care): Evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes.

Este instrumento proporciona una evaluación de la atención de personas con enfermedades crónicas desde la perspectiva del paciente y, en particular, del apoyo al automanejo¹². El año 2015 se publicó por parte del Ministerio de Salud, el Manual del Modelo de Atención para Personas con Enfermedades Crónicas, donde plantean el uso de este cuestionario en una versión de 26 preguntas. En este documento se propone el uso de la versión de 20 preguntas, cuya validación al español está más actualizada.

TABLA IV. DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTO PACIC.

Validación	Sí, versión validada para el español y para población chilena.
Dimensiones y características del instrumento	Está conformado por 20 ítems distribuidos en 5 subescalas: Activación del paciente; Diseño de un sistema de entrega de cuidados/apoyo a la decisión; Diseño de objetivos; Resolución de problemas considerando el contexto del paciente; Seguimiento-Coordinación. Cada ítem tiene 5 posibilidades de respuesta, (Casi nunca/mayoría veces no/algunas veces/mayoría de veces sí/casi siempre), que van del puntaje 1 al 5, respectivamente).
Tiempo de aplicación	15 - 20 minutos
Instrucciones de aplicación	Se debe pedir a la persona que marque por cada dimensión, aquella respuesta por ítem que más lo represente considerando su situación de los últimos 6 meses.
Interpretación	No existe una directriz acerca de cuál es el puntaje de corte, así como la existencia de categorías según rango de puntajes obtenidos. No obstante, se puede construir un perfil de la persona en base a las respuestas otorgadas, ya que cada ítem representa a una de las cinco subescalas: 1. Activación del paciente: ítems 1, 2, 12, 16 y 20. 2. Diseño de un sistema de entrega de cuidados/apoyo en la decisión: ítems 4, 5, 6, 7, 9 y 15. 3. Diseño de objetivos: ítems 3, 8, 11, 13 y 14. 4. Resolución de problemas considerando contexto del paciente: ítems 10 y 17. 5. Seguimiento-coordinación: ítems 18 y 19.

Fuente: elaboración propia. Adaptado de: Lagos G. María Elena, Salazar M. Alide, Salas F. Patricio. Adaptación y validación de la versión chilena del cuestionario "Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas para pacientes". Rev. méd. Chile [Internet]. 2017 Jul [citado 2023 Jun 20]; 145(7): 869-878. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000700869&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000700869>.

¹² Lagos G. María Elena, Salazar M. Alide, Salas F. Patricio. Adaptación y validación de la versión chilena del cuestionario "Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas para pacientes". Rev. méd. Chile [Internet]. 2017 Jul [citado 2023 Jun 20]; 145(7): 869-878. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000700869&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000700869>.

TABLA V. PROPUESTA EN ESPAÑOL DE INSTRUMENTO PACIC – EVALUACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMEDADES/ CONDICIONES CRÓNICAS

Encontrarse bien puede ser difícil cuando usted tiene una enfermedad crónica. Nos gustaría tener información sobre cómo es la atención que usted recibe para su enfermedad crónica por parte del equipo de salud (médico, enfermera, nutricionista, kinesiólogo, etc.), en el centro de salud donde está inscrito. Sus respuestas se mantendrán confidenciales y no serán compartidas con otras personas.

En los últimos 6 meses, al recibir atención por mi enfermedad:

	NUNCA (1)	POCAS VECES (2)	ALGUNAS VECES (3)	LA MAYORÍA DEL TIEMPO (4)	SIEMPRE (5)
1. Me preguntaron sobre mis ideas a la hora de diseñar un plan de tratamiento.					
2. Me dieron opciones de tratamiento para que las considerara.					
3. Me preguntaron si tenía problemas con mis medicamentos o sus efectos.					
4. Me entregaron una lista escrita de cosas que debería hacer para mejorar mi salud.					
5. Me sentí satisfecho, porque el plan de tratamiento estaba bien organizado.					
6. Me mostraron cómo mis acciones para cuidarme influyeron en mi estado de salud.					
7. Me pidieron que hablara sobre mis metas respecto al cuidado de mi enfermedad.					
8. Me ayudaron a establecer objetivos específicos para mejorar mi alimentación y actividad física.					
9. Me entregaron una copia de mi plan de tratamiento.					
10. Me alentaron a asistir a una clase o grupo en particular para que pudiera convivir mejor con mi enfermedad crónica.					
11. Me hicieron preguntas, directamente o a través de un cuestionario, acerca de mis hábitos relacionados con la salud.					

12. Estoy seguro(a) que mi médico(a) o enfermero(a) tomaban en cuenta mis valores, creencias y tradiciones cuando me recomendaron el tratamiento.					
13. Me ayudaron a diseñar un plan de tratamiento que yo pudiera llevar a cabo en mi vida cotidiana.					
14. Me ayudaron a planificar con anticipación, de modo que pudiera cuidar mi salud aun en tiempos difíciles.					
15. Me preguntaron cómo mi condición/enfermedad crónica afecta mi vida.					
16. Me contactaron después de mi consulta para ver cómo iban las cosas.					
17. Me alentaron a participar en programas dentro de la comunidad que me podrían ayudar.					
18. Me enviaron a un(a) nutricionista u otro profesional de la salud.					
19. Me hablaron sobre los beneficios para mi tratamiento que tuvo la consulta con otros especialistas.					
20. Me preguntaron cómo me estaba yendo con las consultas con otros médicos.					

Fuente: elaboración propia. Adaptado de Aragonés A, Schaefer EW, Stevens D, Gourevitch MN, Glasgow RE, Shah NR. Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2008;5(4):A113. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-164>; Lagos G. María Elena, Salazar M. Alide, Salas F. Patricio. Adaptación y validación de la versión chilena del cuestionario "Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas para pacientes". *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2017 Jul [citado 2023 Jun 20]; 145(7): 869-878. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000700869&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000700869>. Ministerio de Salud. MODELO DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. Directrices para la Implementación [Internet]. 2015. Available from: https://redcronicas.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/04/Manual-Modelo-de-atención-para-personas-con-enfermedades-crónicas-2015.pdf

Anexo 3. Matriz de planificación del proceso educativo aplicando el modelo de Vella, a través de un ejemplo: educación para el automanejo de personas con EPOC.

TABLA VI. MATRIZ DE PLANIFICACIÓN DE EDUCACIÓN ESTRUCTURADA.

OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESPONSABLES	PERSONAS O GRUPOS	TEMAS CLAVE	LUGAR	HORARIOS
Objetivo 1	Metodología 1					
Objetivo 2	Metodología 2					
Objetivo 3	Metodología 3					

Fuente: elaboración propia. Adaptado de Hacialioglu N. Health Education. In: B Erci, editor. Public Health Nursing. Turkey: Göktug Publishing; 2009. p. 166-81

TABLA VII. MATRIZ DE PLANIFICACIÓN APLICADA A EPOC.

PASOS	EJEMPLO
¿Para qué se enseñará? Objetivo(s)	Desarrollar habilidades de automanejo de la patología respiratoria crónica.
¿Cómo enseñar? Metodología	Demostración de técnicas, video, folletos, juego de roles. Abordaje grupal y seguimiento individual según necesidad o características de las personas.
¿Quién educará? Profesional	Profesional médico y kinesiológico.
¿Quié(n) participará(n) de la educación? Persona(s) o grupos	Personas con diagnóstico de EPOC, sintomáticos, bajo control en el programa ERA ¹³
¿Qué se enseñará? Temas clave	Signos y síntomas respiratorios, terapia inhalatoria, plan de acción ante exacerbaciones, higiene bronquial, programa de ejercicios en domicilio.
¿Dónde educar? Lugar, contexto	Sala de taller grupal del establecimiento de salud.
¿Cuándo? Horario del encuentro, frecuencia	6 sesiones de 1 hora de duración, cada martes a las 11:00 hrs.

Fuente: elaboración propia. Adaptado de Hacialioglu N. Health Education. In: B Erci, editor. Public Health Nursing. Turkey: Göktug Publishing; 2009. p. 166-81; Holland AE, Cox NS, Houchen-Wolloff L, et al. Defining modern pulmonary rehabilitation. An Official American Thoracic Society workshop report. Ann Am Thorac Soc. 2021;18(5):e12-e29. DOI:10.1513/AnnalsATS.202102-146ST; Vella J. Learning to Listen, Listening to Learn. Vol. 46. San Francisco, CA: John Wile & Sons; 2002. 289 p

