NPunto Vol. IX Número 103. Octubre 2026: 30-55

2. Educación para la salud e intervención psicosocial en el ámbito sanitario: Fundamentación, métodos y efectividad

HEALTH EDUCATION AND PSYCHOSOCIAL HEALTH INTERVENTION IN THE HEALTH FIELD: RATIONALE, METHODS AND EFFECTIVENESS

Olga Cejudo Colado
Enfermera en Atención Primaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

RESUMEN

Introducción: La educación para la salud (*EpS*) y la intervención psicosocial constituyen dos pilares complementarios de la práctica sanitaria contemporánea, orientados a capacitar a las personas para ejercer un mayor control sobre su salud y a atender la dimensión emocional, cognitiva y social del proceso de salud-enfermedad. Su desarrollo se sustenta en el modelo biopsicosocial, en la Carta de Ottawa y en un cuerpo consolidado de modelos teóricos del cambio de comportamiento. El objetivo de este trabajo fue sintetizar la fundamentación teórica, los métodos y la evidencia de efectividad de la *EpS* y de la intervención psicosocial en el ámbito sanitario.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica y de los documentos de referencia de los principales organismos internacionales. Se consultaron las bases de datos PubMed, CINAHL, Scopus, PsycINFO y Cuiden, junto con las fuentes normativas y las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud. Se seleccionaron revisiones sistemáticas, metaanálisis, documentos marco y estudios relevantes, priorizando la evidencia de mayor nivel.

Resultados: La educación terapéutica del paciente mostró efectos de magnitud pequeña a moderada sobre variables biomédicas y psicosociales en la enfermedad crónica, con independencia del formato de administración. La entrevista motivacional evidenció efectos pequeños, principalmente a corto plazo, sobre conductas como el consumo de alcohol y la actividad física. En salud mental, las intervenciones familiares, la psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual redujeron de forma consistente el riesgo de recaída. La formación de los profesionales, la alfabetización en salud y la continuidad se identificaron como factores moduladores.

Conclusiones: La *EpS* y la intervención psicosocial son intervenciones efectivas y coste-eficientes cuando se aplican de forma estructurada, planificada y sostenida. Su rendimiento depende más de la calidad de la implantación y de la competencia del profesional que de la técnica concreta empleada.

Palabras clave: Educación en Salud; Promoción de la Salud; Intervención Psicosocial; Enfermedad Crónica; Conducta de Reducción del Riesgo; Alfabetización en Salud; Enfermería.

ABSTRACT

Introduction: *Health education and psychosocial intervention are two complementary pillars of contemporary healthcare, aimed at enabling people to exert greater control over their health and at addressing the emotional, cognitive and social dimension of the health-illness process. Their development is grounded in the biopsychosocial model, in the Ottawa Charter and in a consolidated body of behaviour-change theories. The aim of this work was to synthesise the theoretical rationale, methods and effectiveness of health education and psychosocial intervention in the healthcare setting.*

Methods: *A literature review of the scientific literature and of the reference documents of the main international organisations was conducted. PubMed, CINAHL, Scopus, PsycINFO and Cuiden were searched, together with normative sources and World Health Organization declarations. Systematic reviews, meta-analyses, framework documents and relevant studies were selected, prioritising the highest level of evidence.*

Results: *Therapeutic patient education showed small-to-moderate effects on biomedical and psychosocial outcomes in chronic disease, regardless of the delivery format. Motivational interviewing showed small, mainly short-term effects on behaviours such as alcohol use and physical activity. In mental health, family interventions, psychoeducation and cognitive-behavioural therapy consistently reduced relapse risk. Professional training, health literacy and continuity were identified as modifying factors.*

Conclusions: *Health education and psychosocial intervention are effective and cost-efficient interventions when applied in a structured, planned and sustained manner. Their performance depends more on the quality of implementation and on the professional's competence than on the specific technique used.*

Key words: *Health Education; Health Promotion; Psychosocial Intervention; Chronic Disease; Risk Reduction Behavior; Health Literacy; Nursing.*

1. INTRODUCCIÓN

1.1. El concepto biopsicosocial de la salud

La comprensión de la salud ha experimentado en las últimas décadas una transformación profunda que constituye el punto de partida de este trabajo. Durante buena parte del siglo XX predominó un modelo biomédico que entendía la salud como la mera ausencia de enfermedad y reducía esta última a una alteración biológica susceptible de ser corregida mediante la intervención técnica. Este paradigma, de indudable éxito en el tratamiento de la patología aguda, se reveló insuficiente para abordar el sufrimiento humano en toda su complejidad y, muy especialmente, para dar respuesta a la enfermedad crónica, que exige la implicación activa y sostenida de la persona a lo largo del tiempo.

La transición epidemiológica acontecida a lo largo del siglo XX, con el desplazamiento del protagonismo desde las enfermedades infecciosas agudas hacia las enfermedades crónicas y degenerativas, puso de manifiesto las limitaciones del modelo biomédico. Las enfermedades crónicas no se curan en sentido estricto, sino que se gestionan a lo largo de años o de décadas; su evolución depende en gran medida de las conductas y del contexto de la persona, y su impacto trasciende lo estrictamente físico para alcanzar las esferas psicológica, familiar, social y laboral. Ante este nuevo escenario, un modelo centrado exclusivamente en la lesión biológica y en la intervención técnica resulta manifiestamente incompleto y exige un marco conceptual más amplio.

En 1977, Engel formuló el modelo biopsicosocial, que propone entender la salud y la enfermedad como el resultado de la interacción dinámica de factores biológicos, psicológicos y sociales(1). Este modelo no niega la dimensión biológica, sino que la integra en un marco más amplio en el que las emociones, las creencias, los comportamientos, las relaciones y las condiciones de vida adquieren un papel determinante. La propia Organización Mundial de la Salud (*OMS*) había anticipado esta perspectiva al definir la salud, ya en 1946, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades(2). El modelo biopsicosocial constituye el fundamento conceptual sobre el que se asientan tanto la educación para la salud como la intervención psicosocial, pues ambas se dirigen precisamente a las dimensiones psicológica y social del proceso de salud-enfermedad.

La redefinición contemporánea del concepto de salud

La definición de la *OMS* de 1946, pese a su valor histórico al incorporar el bienestar mental y social, ha sido objeto de crítica por su carácter estático y utópico: Al exigir un estado de completo bienestar, describe una situación que pocas personas alcanzan de forma permanente y que resulta difícilmente operativa en un mundo con una elevada prevalencia de enfermedad crónica. En respuesta a esta limitación, se ha propuesto una redefinición de la salud entendida como la capacidad de adaptación y de autogestión frente a los desafíos físicos, emocionales y sociales de la vida(27). Esta concepción dinámica resulta especialmente pertinente para el objeto de este trabajo, pues sitúa en primer plano la capacidad de la persona para afrontar y gestionar su situación, que es precisamente aquello que la educación para la salud y la intervención psicosocial pretenden fortalecer.

Desde esta perspectiva, la salud deja de concebirse como un estado ideal ausente de enfermedad para entenderse como un recurso para la vida cotidiana, un proceso dinámico que la persona construye en interacción con su entorno. Este giro conceptual otorga a las intervenciones educativas y psicosociales un papel central, ya que su finalidad no es tanto eliminar la enfermedad cuanto capacitar a la persona para vivir con la mayor salud y bienestar posibles dentro de sus circunstancias.

La adopción del modelo biopsicosocial tiene consecuencias profundas para la práctica asistencial. Implica que la valoración de la persona no puede limitarse a la exploración de los signos y los síntomas físicos, sino que debe incorporar la comprensión de su experiencia subjetiva, de sus circunstancias vitales y de su entorno relacional. Implica, asimismo, que el plan de cuidados ha de contemplar objetivos que trasciendan la corrección de la alteración biológica para abarcar el bienestar emocional, la funcionalidad y la participación social. La educación para la salud y la intervención psicosocial son, precisamente, las herramientas que permiten llevar este modelo a la práctica, al proporcionar los métodos para actuar sobre las dimensiones psicológica y social que el enfoque puramente biomédico deja desatendidas.

1.2. La promoción de la salud y sus determinantes

El reconocimiento de que la salud está condicionada por factores que trascienden la asistencia sanitaria dio lugar al desarrollo del concepto de promoción de la salud. Un hito decisivo fue el informe Lalonde, publicado en Canadá en 1974, que identificó cuatro grandes determinantes de la salud —la biología humana, el entorno, los estilos de vida y la organización de los servicios sanitarios— y evidenció que la mayor parte de la carga de enfermedad no dependía de la atención médica, sino de los estilos de vida y del medio ambiente(3). Esta constatación desplazó el foco desde la curación hacia la prevención y la promoción.

La Carta de Ottawa, emanada de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en 1986, definió la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de su salud y, en consecuencia, mejorarla(4). La Carta estableció cinco áreas de acción prioritarias: La construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios. De forma explícita, la Carta situó a la educación para la salud en el centro del desarrollo de las aptitudes personales, al afirmar que la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social proporcionando información y educación sanitaria y perfeccionando las aptitudes indispensables para la vida(4).

Conviene distinguir, en este punto, entre prevención de la enfermedad y promoción de la salud, dos conceptos com-

plementarios pero de distinto alcance. La prevención adopta una perspectiva centrada en la enfermedad y persigue evitar su aparición o su progresión mediante la reducción de los factores de riesgo. La promoción de la salud, en cambio, adopta una perspectiva positiva centrada en la salud y en sus determinantes, y persigue incrementar el control de las personas y de las comunidades sobre los factores que la condicionan, con independencia de la presencia de enfermedad. La educación para la salud participa de ambas lógicas: Contribuye a la prevención al fomentar conductas que reducen el riesgo, y a la promoción al desarrollar las capacidades y el empoderamiento de las personas.

Con posterioridad, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la *OMS* subrayó que las desigualdades en salud se explican en gran medida por las condiciones sociales, económicas y ambientales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y reclamó una acción decidida sobre estos determinantes para reducir la inequidad(5). Este marco confiere a la educación para la salud y a la intervención psicosocial una dimensión ética añadida, en tanto que instrumentos orientados a reducir las desigualdades y a empoderar a los grupos más vulnerables.

La evolución del movimiento de promoción de la salud

La Carta de Ottawa no fue un punto de llegada, sino el inicio de un movimiento internacional que se ha desarrollado a lo largo de sucesivas conferencias mundiales de promoción de la salud. La Conferencia de Adelaida (1988) profundizó en las políticas públicas saludables; la de Sundsvall (1991) subrayó la importancia de los entornos favorables; la Declaración de Yakarta (1997) incorporó a los nuevos actores del siglo XXI y destacó el papel de la inversión en salud; la Carta de Bangkok (2005) situó la promoción de la salud en el contexto de la globalización; y la Declaración de Shanghái (2016) vinculó de forma explícita la promoción de la salud con la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, reafirmando que la salud es un derecho y un recurso esencial para el desarrollo(33). Esta trayectoria evidencia la consolidación de un paradigma que entiende la salud como una construcción social y política, y no únicamente como un asunto sanitario.

La vigencia de este paradigma se ha visto reforzada por los desafíos sanitarios más recientes, que han puesto de manifiesto la interdependencia entre la salud, las condiciones sociales y la capacidad de respuesta de las comunidades. La experiencia de las emergencias sanitarias ha subrayado el valor de una población informada, de una comunicación clara y confiable y de la corresponsabilidad ciudadana, competencias todas ellas que la educación para la salud contribuye a desarrollar. Lejos de ser un lujo propio de los tiempos de bonanza, la educación para la salud y la alfabetización sanitaria se revelan como recursos estratégicos para la resiliencia de los sistemas sanitarios y de las sociedades ante los retos presentes y futuros.

A lo largo de este recorrido se ha ido afianzando, además, el concepto de salud en todas las políticas, que reclama que las decisiones adoptadas en sectores ajenos al sanitario —la educación, el urbanismo, el empleo o la fiscalidad— tengan en cuenta su impacto sobre la salud de la población. La educación para la salud se inscribe en este marco amplio como la herramienta que, en el plano individual y grupal, capacita a las personas para desenvolverse en dichos entornos y para participar activamente en las decisiones que afectan a su salud.

El modelo de los determinantes de la salud

La comprensión de los factores que condicionan la salud se ha sistematizado en el modelo de los determinantes de la salud, representado gráficamente por Dahlgren y Whitehead como una serie de capas o estratos que rodean a la persona(26). En el centro se sitúan los factores individuales no modificables, como la edad, el sexo y la constitución genética. En torno a ellos se disponen, de forma sucesiva, los estilos de vida individuales; las redes sociales y comunitarias de apoyo; las condiciones de vida y de trabajo —que incluyen el empleo, la educación, la vivienda, el agua y el saneamiento, y los servicios sanitarios—; y, en la capa más externa, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales de la sociedad.

Este modelo tiene una implicación fundamental para la práctica: Los estilos de vida, aunque se manifiestan como decisiones individuales, se hallan profundamente condicionados por las capas más externas, de modo que responsabilizar en exclusiva a la persona de sus conductas de salud —lo que se ha denominado culpabilización de la víctima— constituye un error conceptual y ético. La educación para la salud eficaz no se limita, por tanto, a informar y a exhortar al cambio, sino que reconoce las condiciones sociales que facilitan o dificultan las conductas saludables y trabaja para fortalecer la capacidad de la persona dentro de sus circunstancias reales.

Los determinantes de la salud suelen agruparse en varias categorías: Los determinantes estructurales —el contexto socioeconómico y político, la posición social, el nivel educativo, la ocupación y los ingresos— y los determinantes intermedios —las condiciones materiales de vida, los factores conductuales y biológicos, los factores psicosociales y el propio sistema sanitario—. Entre los factores conductuales figuran los estilos de vida —la alimentación, la actividad física, el consumo de tabaco y de alcohol— sobre los que la educación para la salud incide de forma más directa. Sin embargo, la comprensión del modelo de determinantes advierte de que estos estilos de vida no son elecciones puramente individuales, sino que están condicionados por los determinantes estructurales, lo que exige combinar la intervención educativa con políticas que actúen sobre las condiciones de vida. Esta articulación entre la acción individual y la acción estructural constituye la esencia de la promoción de la salud.

1.3. La educación para la salud: Concepto, niveles y ámbitos

La educación para la salud (*EpS*) se define como el conjunto de oportunidades de aprendizaje construidas deliberadamente para facilitar cambios de conducta encaminados a la consecución de un objetivo de salud predeterminado(6). No se trata, por tanto, de una mera transmisión de información, sino de un proceso planificado que persigue

mejorar la alfabetización sanitaria de las personas y desarrollar las habilidades necesarias para adoptar y mantener conductas saludables. La *EpS* abarca desde la comunicación de información sobre las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud hasta el fortalecimiento de la motivación, las habilidades y la autoestima necesarias para actuar.

Clásicamente, la *EpS* se ha articulado en función de los niveles de prevención. La educación para la salud en el nivel de prevención primaria se dirige a la población sana con el fin de promover estilos de vida saludables y evitar la aparición de la enfermedad; en el nivel de prevención secundaria se orienta a la detección precoz y a la adopción de conductas que limiten la progresión; y en el nivel de prevención terciaria se centra en las personas ya enfermas, para favorecer el autocuidado, la adhesión al tratamiento y la rehabilitación. Esta última dimensión enlaza directamente con la educación terapéutica del paciente, que se abordará más adelante.

Conviene señalar que esta articulación por niveles de prevención, aunque útil, no debe interpretarse de forma rígida, pues en la práctica las intervenciones educativas atienden con frecuencia a varios niveles de manera simultánea. Una misma actuación puede promover conductas saludables, favorecer la detección precoz y apoyar el autocuidado de una condición ya presente. Además, el enfoque de promoción de la salud, más amplio que el de prevención, invita a superar la lógica exclusivamente centrada en la enfermedad para incorporar el desarrollo de las capacidades y de los recursos de las personas y de las comunidades. La educación para la salud contemporánea combina, por tanto, la orientación preventiva con la promotora, y adapta su enfoque a las necesidades y a las potencialidades de cada persona y de cada contexto.

La *EpS* se desarrolla, además, en múltiples ámbitos o escenarios: El sanitario, el educativo, el laboral y el comunitario. El ámbito sanitario, objeto preferente de este trabajo, ofrece una oportunidad privilegiada, dado que el contacto asistencial constituye un momento de especial receptividad —el denominado momento educativo— en el que la persona se muestra particularmente sensible a los mensajes de salud. La planificación rigurosa de las intervenciones educativas se ha sistematizado en modelos como el *PRECEDE-PROCEED* de Green y Kreuter, que ordena el diseño de los programas a partir del diagnóstico de las necesidades y de los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de la conducta(7).

La estrategia de escenarios o entornos saludables, impulsada por la promoción de la salud, reconoce que cada ámbito posee características propias que condicionan tanto las necesidades como las oportunidades de intervención. El ámbito sanitario ofrece la ventaja del contacto con personas motivadas por un problema de salud y de la credibilidad de los profesionales, si bien afronta la limitación del tiempo y de la orientación curativa. La articulación entre los distintos escenarios —de modo que los mensajes y las intervenciones se refuercen mutuamente— multiplica el impacto de la educación para la salud y evita que esta quede confinada a actuaciones aisladas y desconectadas entre sí.

Perspectiva histórica de la educación para la salud

La educación para la salud ha recorrido un largo trayecto conceptual. En sus orígenes, a finales del siglo XIX y comienzos del XX, adoptó la forma de una educación sanitaria de carácter higienista, orientada a la prevención de las enfermedades transmisibles mediante la difusión de normas de higiene y de conducta. Este primer enfoque, marcadamente prescriptivo y unidireccional, concebía a la población como receptora pasiva de mensajes elaborados por la autoridad sanitaria. A lo largo del siglo XX, y muy especialmente a partir de la irrupción de las enfermedades crónicas y de los cambios en los patrones de morbimortalidad, este modelo mostró sus limitaciones.

El desarrollo de la promoción de la salud y de las teorías del aprendizaje y del comportamiento propició una concepción más rica de la educación para la salud, entendida ya no como transmisión de información, sino como un proceso participativo orientado al desarrollo de capacidades y a la autonomía de la persona. La educación para la salud contemporánea se concibe, así, como un proceso bidireccional y dialógico, que parte de los conocimientos, las creencias y las experiencias de la persona y busca facilitar aprendizajes significativos.

Esta evolución conceptual se apoya en las aportaciones de la pedagogía y de la psicología del aprendizaje, que han demostrado que el aprendizaje adulto es más eficaz cuando parte de la experiencia previa, responde a necesidades percibidas como relevantes, implica activamente a la persona y se aplica a problemas concretos de su vida. Los principios del aprendizaje significativo y de la educación de personas adultas han desplazado el modelo de enseñanza centrado en el profesor hacia un modelo centrado en quien aprende, en el que el profesional actúa más como facilitador que como transmisor. Esta concepción pedagógica es coherente con el enfoque de empoderamiento y con la relación de ayuda, y constituye el sustrato de las metodologías educativas más eficaces.

Enfoques de la educación para la salud

En la práctica coexisten distintos enfoques de la educación para la salud, que responden a concepciones diferentes de la salud y de la persona. El enfoque informativo o tradicional se centra en la transmisión de conocimientos, en el supuesto de que la información conduce por sí sola al cambio de conducta; la evidencia ha demostrado que este supuesto es insuficiente, pues el conocimiento es necesario pero no basta para modificar el comportamiento. El enfoque conductual o de cambio de comportamiento incorpora las teorías psicológicas del aprendizaje y de la motivación, y se orienta a la adquisición de conductas concretas mediante técnicas específicas. El enfoque crítico o de empoderamiento, por último, persigue desarrollar la capacidad de análisis y de decisión de las personas y de las comunidades, para que ejerzan un control real sobre los determinantes de su salud.

Estos enfoques no son mutuamente excluyentes; de hecho, las intervenciones más eficaces suelen combinarlos, integrando la transmisión de información con el desarrollo de habilidades y con el fortalecimiento de la capacidad

crítica y de la participación. El concepto de empoderamiento —entendido como el proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y las acciones que afectan a su salud— se ha consolidado como uno de los ejes de la educación para la salud contemporánea y enlaza directamente con la definición de promoción de la salud de la Carta de Ottawa.

El empoderamiento opera en dos planos complementarios. En el plano individual, se traduce en el desarrollo de la capacidad de la persona para comprender su situación, tomar decisiones informadas y actuar sobre los factores que condicionan su salud, lo que se ha denominado empoderamiento para la salud. En el plano colectivo, se refiere a la capacidad de las comunidades para organizarse, participar y actuar sobre los determinantes que las afectan. La educación para la salud contribuye a ambos planos, y su orientación empoderadora la distingue de los enfoques que, aun con buena intención, perpetúan la dependencia de la persona respecto del profesional. Una educación para la salud verdaderamente emancipadora aspira a que la persona necesite cada vez menos al sistema, al dotarla de las competencias para gestionar su propia salud.

1.4. La dimensión psicosocial de la salud y de la enfermedad

Junto a la vertiente educativa, el abordaje integral de la salud exige atender a su dimensión psicosocial. La enfermedad, especialmente la de curso crónico, no afecta únicamente al cuerpo: Genera reacciones emocionales —ansiedad, tristeza, miedo, ira—, modifica la identidad y el proyecto vital de la persona, altera sus relaciones familiares y sociales, y puede comprometer su desempeño laboral y su situación económica. El sufrimiento psicológico y social asociado a la enfermedad es, en muchos casos, tan invalidante como los propios síntomas físicos.

La investigación ha documentado ampliamente la elevada prevalencia de malestar emocional —síntomas de ansiedad y de depresión— en las personas con enfermedades crónicas y graves, así como su impacto negativo sobre la adhesión al tratamiento, sobre la evolución clínica y sobre la calidad de vida. Esta interrelación entre lo psicológico y lo físico, coherente con el modelo biopsicosocial, implica que la atención a la dimensión emocional no es un añadido opcional, sino un componente que condiciona los propios resultados biomédicos. Ignorar el sufrimiento psicosocial no solo supone una atención incompleta desde el punto de vista humano, sino que compromete la eficacia del conjunto del tratamiento.

Frente a los modelos centrados en el déficit y en la patología, Antonovsky propuso el enfoque salutogénico, que desplaza la pregunta desde qué causa la enfermedad hacia qué genera y mantiene la salud(8). El concepto central de este enfoque es el sentido de coherencia, entendido como la disposición que permite a la persona percibir los estímulos de la vida como comprensibles, manejables y significativos, y que se asocia a una mejor capacidad de afrontamiento del estrés y de la adversidad. La perspectiva salutogénica ha inspirado buena parte de las intervenciones psicosociales orientadas a fortalecer los recursos y las capacidades de la persona, y no solo a paliar sus déficits.

El afrontamiento del estrés y de la enfermedad

El modo en que la persona afronta la enfermedad constituye un determinante de primer orden de su evolución y de su bienestar. El modelo transaccional del estrés y del afrontamiento de Lazarus y Folkman describe el estrés como el resultado de la valoración que la persona hace de una situación como amenazante o desbordante para sus recursos, y del proceso de afrontamiento que despliega para manejarla(28). Este modelo distingue entre el afrontamiento centrado en el problema, orientado a modificar la situación, y el afrontamiento centrado en la emoción, dirigido a regular el malestar que aquella genera. Ambos son necesarios y su idoneidad depende del carácter controlable o no de la situación.

Comprender los procesos de afrontamiento es esencial para la intervención psicosocial, pues permite ayudar a la persona a movilizar estrategias adaptativas y a modular las desadaptativas. Ante una enfermedad crónica, por ejemplo, la intervención puede orientarse a fortalecer el afrontamiento centrado en el problema —mediante la educación terapéutica y el entrenamiento en autocuidado— y a apoyar el afrontamiento centrado en la emoción —mediante el apoyo emocional y las técnicas de regulación—, en función de las necesidades cambiantes a lo largo del proceso.

El afrontamiento no es un rasgo fijo de la persona, sino un proceso dinámico que puede aprenderse y modificarse, lo que abre un amplio margen a la intervención. Las estrategias de afrontamiento desadaptativas —como la negación persistente, el aislamiento o el consumo de sustancias— pueden identificarse y reorientarse, mientras que las adaptativas —la búsqueda de información, la resolución de problemas, la búsqueda de apoyo o la reevaluación positiva— pueden reforzarse. La intervención psicosocial que trabaja el afrontamiento contribuye a que la persona recupere una sensación de control sobre su situación, factor estrechamente vinculado al bienestar emocional y a la calidad de vida. Esta perspectiva del afrontamiento como proceso modificable sustenta buena parte de las técnicas psicosociales y refuerza la idea de que la persona no es un sujeto pasivo ante la enfermedad, sino un agente capaz de influir en su propia experiencia.

El apoyo social y la calidad de vida

El apoyo social —el conjunto de recursos emocionales, informativos e instrumentales que la persona recibe de su red de relaciones— se ha revelado como un poderoso factor protector de la salud, asociado a una menor morbimortalidad y a un mejor afrontamiento de la enfermedad. La familia y el entorno cercano desempeñan un papel decisivo, tanto como fuente de apoyo cuanto como agentes que pueden reforzar o dificultar las conductas de salud. Por ello, muchas intervenciones psicosociales incorporan a la familia como destinataria y como aliada terapéutica.

La enfermedad de una persona repercute inevitablemente sobre su entorno familiar, que puede experimentar sobrecarga, malestar emocional y alteraciones de su dinámica y de su proyecto de vida. A la vez, la familia constituye el principal recurso de apoyo y un factor determinante de

la evolución, ya que su comprensión de la enfermedad, sus actitudes y su capacidad de cuidado condicionan la adhesión, el afrontamiento y el bienestar de la persona enferma. Por esta doble condición —de sistema afectado y de agente terapéutico—, la atención a la familia constituye un componente esencial de la intervención psicosocial, que debe orientarse tanto a aliviar su carga como a capacitarla para desempeñar su papel de apoyo de la manera más eficaz y saludable posible.

El objetivo último de estas intervenciones no es únicamente la reducción de los síntomas o la prolongación de la vida, sino la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, entendida como la percepción que la persona tiene de su bienestar físico, psicológico y social en el contexto de su enfermedad. Esta orientación hacia la calidad de vida, propia del modelo biopsicosocial, sitúa a la persona y a sus valores en el centro de la atención y confiere a la educación y al apoyo psicosocial un lugar irrenunciable dentro del proceso asistencial.

1.5. La intervención psicosocial en el ámbito sanitario

La intervención psicosocial en el ámbito sanitario comprende el conjunto de actuaciones dirigidas a atender las necesidades emocionales, cognitivas, relacionales y sociales de las personas que afrontan un problema de salud, así como de sus familias y cuidadores. Sus objetivos incluyen mejorar el afrontamiento de la enfermedad, reducir el malestar emocional, fortalecer las redes de apoyo, favorecer la adhesión terapéutica y promover la participación activa de la persona en su proceso asistencial.

La intervención psicosocial parte de una valoración de las necesidades emocionales, cognitivas y sociales de la persona, que permite identificar los recursos con que cuenta y las dificultades a las que se enfrenta. A partir de esta valoración, la intervención puede orientarse a distintos objetivos según el momento del proceso: En la fase diagnóstica, a facilitar la asimilación de la información y a contener el impacto emocional; en la fase de tratamiento, a fortalecer la adhesión y el afrontamiento; y en la fase de cronicidad o de final de vida, a preservar la calidad de vida y a acompañar en el sentido de la experiencia. Esta adaptación a las necesidades cambiantes constituye un rasgo distintivo de la intervención psicosocial de calidad.

La intervención psicosocial se distingue del tratamiento psicológico especializado por su carácter integrado en la asistencia sanitaria general y por su orientación a las necesidades derivadas del proceso de salud-enfermedad, más que al tratamiento de un trastorno mental establecido. Esto no significa que sea una versión menor de la psicoterapia, sino una modalidad propia, con objetivos, técnicas y destinatarios específicos, que forma parte del ejercicio ordinario de los profesionales sanitarios. La distinción es relevante porque delimita el campo de actuación de cada perfil y evita tanto la desatención de las necesidades psicosociales —por considerarlas ajenas a la asistencia general— como la medicalización o la derivación innecesaria de reacciones emocionales normales ante la enfermedad.

El repertorio de intervenciones psicosociales es amplio y abarca, entre otras, la psicoeducación, el consejo o counselling, las técnicas de apoyo emocional, las intervenciones familiares, los grupos de ayuda mutua, las técnicas cognitivo-conductuales, las estrategias de afrontamiento del estrés y la entrevista motivacional. Estas intervenciones comparten un fundamento común: Reconocen a la persona como agente activo de su propia salud y buscan movilizar sus recursos internos y externos. En el ámbito sanitario, tales intervenciones no son competencia exclusiva de los profesionales de la salud mental, sino que forman parte de la práctica cotidiana de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y demás integrantes del equipo asistencial.

La relación de ayuda y el counselling

En la base de toda intervención psicosocial se encuentra la relación de ayuda, entendida como el vínculo interpersonal a través del cual el profesional acompaña a la persona en su proceso de afrontamiento. Los fundamentos de esta relación se remontan a la obra de Rogers, quien identificó tres actitudes básicas del profesional que resultan determinantes para el establecimiento de una relación terapéutica eficaz: La aceptación incondicional de la persona, la empatía —la capacidad de comprender el marco de referencia del otro— y la autenticidad o congruencia(32). Estas actitudes, lejos de constituir un rasgo innato, pueden aprenderse y entrenarse, y conforman el sustrato sobre el que se despliegan las técnicas más específicas.

El counselling o consejo asistido es la aplicación estructurada de estos principios a la relación asistencial. No consiste en aconsejar en el sentido de dar instrucciones, sino en facilitar que la persona explore su situación, clarifique sus opciones y tome decisiones autónomas. Esta orientación no directiva, centrada en la persona, comparte fundamentos con la entrevista motivacional y resulta especialmente valiosa en el abordaje de las conductas de salud, en la comunicación de malas noticias y en el acompañamiento de las personas con enfermedad crónica o avanzada. La competencia en counselling constituye, por ello, una habilidad nuclear del profesional sanitario que desarrolla funciones educativas y psicosociales.

La relación de ayuda no es incompatible con la asimetría de conocimientos propia de la relación asistencial, sino que la reequilibra al reconocer a la persona como experta en su propia vida, en sus valores y en sus circunstancias. Frente al modelo paternalista, en el que el profesional decide y la persona acata, y frente al modelo meramente informativo, en el que el profesional expone las opciones y se desentiende de la decisión, la relación de ayuda propone un modelo deliberativo y colaborativo. En él, el profesional aporta su competencia técnica y acompaña a la persona en un proceso de reflexión que respeta su autonomía y fortalece su capacidad de decisión. Este modelo relacional constituye el marco en el que las técnicas educativas y psicosociales despliegan todo su potencial, y su ausencia explica buena parte de los fracasos de intervenciones técnicamente correctas pero aplicadas sobre una relación deficiente.

1.6. Modelos teóricos del cambio de comportamiento en salud

Tanto la *EpS* como la intervención psicosocial se apoyan en un cuerpo consolidado de teorías del comportamiento que explican por qué las personas adoptan o abandonan determinadas conductas de salud y que orientan el diseño de las intervenciones. El conocimiento de estos modelos es imprescindible para que las actuaciones educativas y psicosociales dejen de basarse en la intuición y se fundamenten en la evidencia.

El Modelo de Creencias sobre la Salud, formulado por Rosenstock, sostiene que la probabilidad de adoptar una conducta preventiva depende de la percepción de susceptibilidad y de gravedad de la amenaza, de los beneficios y las barreras percibidos y de la presencia de claves para la acción(9). El Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente describe el cambio de conducta como un proceso que atraviesa una serie de estadios —precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento—, lo que permite adaptar la intervención al momento en el que se encuentra cada persona(10). La Teoría Social Cognitiva de Bandura destaca el papel central de la autoeficacia —la confianza de la persona en su capacidad para ejecutar una conducta— y del aprendizaje por observación como determinantes del comportamiento(11). Por último, la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen postula que la intención de actuar, principal predictor de la conducta, está determinada por las actitudes, las normas subjetivas y el control conductual percibido(12).

Cada uno de estos modelos ofrece implicaciones prácticas concretas. Del Modelo de Creencias sobre la Salud se deriva la conveniencia de personalizar la percepción del riesgo y de reducir las barreras percibidas; del Modelo Transteórico, la importancia de valorar la disposición al cambio y de adecuar la intervención al estadio, evitando exigir la acción a quien aún no se ha planteado el cambio; de la Teoría Social Cognitiva, la necesidad de trabajar la autoeficacia y de ofrecer modelos de referencia; y de la Teoría de la Conducta Planificada, la utilidad de intervenir sobre las actitudes y sobre las normas sociales percibidas. El profesional que conoce estos modelos dispone de un mapa que le permite comprender por qué una persona no cambia y qué palanca conviene accionar en cada caso.

Estos modelos no son excluyentes, sino complementarios, y comparten la idea de que la conducta de salud es el resultado de un proceso cognitivo y motivacional modificable mediante la intervención. Su integración en los programas educativos y psicosociales incrementa notablemente su efectividad, como se expondrá en los resultados.

Junto a estos modelos centrados en el individuo, el modelo socioecológico aporta una perspectiva complementaria al situar la conducta de salud en el marco de los distintos niveles de influencia que operan sobre la persona: El intrapersonal, el interpersonal, el organizativo, el comunitario y el de las políticas públicas. Desde esta óptica, las intervenciones más eficaces son las que actúan simultáneamente sobre varios niveles, combinando el trabajo con la persona con la transformación de los entornos que facilitan o dificultan las conductas saludables. Este enfoque previene el riesgo de responsabilizar en exclusiva al individuo y reconecta la educación para la salud con la acción sobre los determinantes sociales, de forma coherente con el espíritu de la Carta de Ottawa.

La autoeficacia como eje del cambio

Entre todos los constructos aportados por estas teorías, la autoeficacia ocupa un lugar central. Definida por Bandura como la creencia de la persona en su capacidad para organizar y ejecutar las acciones necesarias para alcanzar un resultado, la autoeficacia se ha revelado como uno de los predictores más consistentes de la adopción y del mantenimiento de las conductas de salud(31). Las personas con una elevada autoeficacia se plantean metas más ambiciosas, perseveran ante las dificultades y se recuperan mejor de los reveses. Bandura identificó cuatro fuentes de la autoeficacia: Los logros de ejecución o experiencias de dominio, la experiencia vicaria o aprendizaje por observación de modelos, la persuasión verbal y los estados fisiológicos y emocionales.

El conocimiento de estas fuentes ofrece a los profesionales una guía práctica para el diseño de sus intervenciones: Fraccionar los objetivos en metas alcanzables que proporcionen experiencias de éxito, recurrir a testimonios y a modelos con los que la persona pueda identificarse, ofrecer un aliento realista y ayudar a reinterpretar las señales corporales y emocionales. El fortalecimiento sistemático de la autoeficacia constituye, de hecho, uno de los mecanismos de acción compartidos por las intervenciones educativas y psicosociales más eficaces.

La relevancia de la autoeficacia se aprecia con especial claridad en la enfermedad crónica, donde la persona debe incorporar a su vida cotidiana un conjunto de conductas de autocuidado —la toma de la medicación, la vigilancia de los síntomas, la modificación de la dieta o la práctica de ejercicio— que requieren una confianza sostenida en la propia capacidad. Los programas que se limitan a instruir en estas conductas, sin trabajar la autoeficacia, obtienen resultados pobres, pues el conocimiento de lo que debe hacerse no garantiza la confianza para hacerlo ni la perseverancia ante las dificultades. Por el contrario, las intervenciones que estructuran experiencias de éxito progresivo, que emplean el testimonio de otras personas en situación similar y que ofrecen un apoyo cercano logran incrementar la autoeficacia y, con ella, la adopción y el mantenimiento de las conductas de salud. Esta constatación convierte a la autoeficacia en un objetivo explícito, y no meramente implícito, de la intervención.

De la teoría a la práctica: Los modelos integradores

La proliferación de teorías del comportamiento ha planteado el reto de su integración y de su traducción operativa. En respuesta a esta necesidad han surgido marcos integradores que sistematizan el diseño de las intervenciones de cambio de comportamiento. Uno de los más influyentes analiza la conducta como el resultado de la interacción de tres componentes —la capacidad, la oportunidad y la motivación—, y vincula cada uno de ellos con funciones de intervención y con técnicas específicas, lo

que permite seleccionar de forma razonada las estrategias más adecuadas para cada objetivo y contexto(25). Estos marcos no sustituyen a las teorías clásicas, sino que las ordenan e integran, y facilitan el paso desde el conocimiento teórico hacia el diseño concreto de programas.

La utilidad de estos marcos radica en que traducen la abstracción teórica en decisiones prácticas. Ante el objetivo de promover una conducta determinada, permiten preguntarse de forma sistemática si la persona dispone de la capacidad —física y psicológica— para llevarla a cabo, si el entorno le ofrece la oportunidad de hacerlo y si posee la motivación suficiente, y orientan la selección de las técnicas más adecuadas para actuar sobre el componente deficitario. Esta aproximación estructurada reduce el riesgo de intervenir siempre del mismo modo con independencia del problema, un error frecuente que explica muchos fracasos. La difusión de estos marcos integradores representa, en definitiva, un avance hacia una educación para la salud más rigurosa, replicable y basada en la evidencia.

1.7. El papel de los profesionales sanitarios y de la enfermería

Los profesionales sanitarios ocupan una posición estratégica para el desarrollo de la *EpS* y de la intervención psicosocial, por su cercanía a la población, por la confianza que la ciudadanía deposita en ellos y por la frecuencia de sus contactos asistenciales. En este contexto, la enfermería desempeña un papel especialmente relevante: La educación para la salud y el apoyo psicosocial forman parte del núcleo de sus competencias y de su identidad profesional, tanto en la atención primaria como en la hospitalaria. La enfermera es, con frecuencia, el profesional que dispone de mayor tiempo de contacto con la persona y con su familia, lo que la sitúa en una posición idónea para valorar necesidades, proporcionar información, reforzar la motivación y acompañar el proceso de afrontamiento.

Esta vocación educativa y de cuidado forma parte de la tradición y de la identidad de la enfermería desde sus orígenes, y ha sido teorizada por los principales modelos de la disciplina, que sitúan el autocuidado, la relación de ayuda y la respuesta a las necesidades de la persona en el núcleo del ejercicio profesional. La educación para la salud no es, por tanto, una tarea ajena o sobrevenida, sino una expresión genuina del rol enfermero, que se despliega tanto en la promoción y la prevención dirigidas a la población sana como en el apoyo al autocuidado de las personas con enfermedad crónica y en el acompañamiento en las situaciones de mayor vulnerabilidad.

El ejercicio efectivo de este rol exige, no obstante, una formación específica en comunicación, en técnicas educativas y en habilidades de relación de ayuda, así como un marco organizativo que reconozca y facilite estas actividades. La ausencia de tiempo, de formación o de reconocimiento institucional constituye una de las principales barreras para el despliegue del potencial educativo y psicosocial de los profesionales, aspecto que se retomará en la discusión.

La educación para la salud en el modelo de atención a la cronicidad

La creciente prevalencia de las enfermedades crónicas ha impulsado modelos organizativos que sitúan la educación y el apoyo al autocuidado en el centro de la atención. El modelo de atención a crónicos, ampliamente difundido, identifica los componentes del sistema sanitario cuya mejora resulta necesaria para lograr una atención de calidad a las personas con enfermedad crónica: La organización de la atención, el apoyo a la toma de decisiones, el diseño del sistema de prestación, los sistemas de información clínica, los recursos comunitarios y, de forma destacada, el apoyo al autocuidado(30). Este último componente reconoce a la persona como principal responsable de la gestión cotidiana de su enfermedad y sitúa a la educación terapéutica y al fortalecimiento de la autoeficacia como intervenciones clave.

En este modelo, la relación entre el profesional y la persona se redefine: Deja de ser una relación asimétrica en la que el primero prescribe y la segunda obedece, para convertirse en una colaboración entre un equipo proactivo y una persona informada y activa. La enfermera, por su formación y su posición en el equipo, ocupa un lugar idóneo para liderar el apoyo al autocuidado, coordinar la atención y garantizar la continuidad, funciones todas ellas en las que la educación para la salud y el apoyo psicosocial resultan instrumentos imprescindibles.

Las competencias del profesional para la educación y el apoyo psicosocial

El desempeño eficaz de las funciones educativas y psicosociales exige un conjunto de competencias que trascienden el conocimiento técnico de la enfermedad. Entre ellas figuran las competencias de comunicación —la escucha activa, la empatía, la asertividad y la adaptación del mensaje—; las competencias pedagógicas —la valoración de necesidades de aprendizaje, la formulación de objetivos educativos, la selección de métodos y la evaluación—; las competencias relacionales —el establecimiento de una relación de ayuda y el manejo de las emociones propias y ajenas—; y las competencias de trabajo en equipo y de coordinación. Estas competencias no se adquieren de forma espontánea con la experiencia, sino que requieren una formación específica y un entrenamiento estructurado.

La constatación de que la competencia del profesional condiciona directamente la efectividad de la intervención sitúa la formación en el centro de cualquier estrategia de mejora. Los programas de formación basados en la práctica reflexiva, en la simulación y en la retroalimentación han demostrado ser los más eficaces para el desarrollo de estas competencias. Invertir en la capacitación de los profesionales constituye, por tanto, una condición necesaria para que el potencial de la educación para la salud y de la intervención psicosocial se traduzca en resultados reales.

A la formación se añade la necesidad de un autocuidado del propio profesional. El trabajo continuado con el sufrimiento, con la enfermedad grave y con la muerte ex-

pone a los profesionales sanitarios a un notable desgaste emocional, que puede derivar en agotamiento y en una merma de su capacidad de ayuda. La atención a la dimensión emocional del profesional —mediante la formación en autocuidado, los espacios de reflexión sobre la práctica y el apoyo institucional— no es un asunto secundario, sino una condición para sostener en el tiempo una relación de ayuda de calidad. Un profesional emocionalmente agotado difícilmente podrá acompañar a otros, de modo que el cuidado de quien cuida se revela como un requisito para la eficacia y la sostenibilidad de la intervención psicosocial.

1.8. Marco normativo en España

En el contexto español, la *EpS* y la promoción de la salud cuentan con un sólido respaldo normativo. La Ley General de Sanidad de 1986 reconoció la promoción de la salud y la educación sanitaria como actuaciones fundamentales del sistema sanitario y como derecho de la ciudadanía, integrándolas en las funciones de la atención primaria(13). Más recientemente, la Ley General de Salud Pública de 2011 reforzó este marco al establecer la promoción de la salud y la prevención como ejes de la política sanitaria, y al definir la salud pública como el conjunto de actividades organizadas por las administraciones públicas para proteger y promover la salud de la población(14).

Este marco normativo confiere a la *EpS* y a la intervención psicosocial no solo una justificación técnica, sino también un mandato legal, y sitúa a los profesionales sanitarios como agentes responsables de su desarrollo dentro del Sistema Nacional de Salud.

En desarrollo de este marco legal, el Sistema Nacional de Salud ha impulsado estrategias específicas orientadas a la promoción de la salud y a la prevención, así como al abordaje de la cronicidad, que reconocen expresamente el papel de la educación para la salud, del autocuidado y de la participación de la persona en la gestión de su enfermedad. La atención primaria, por su accesibilidad, su longitudinalidad y su enfoque comunitario, se ha configurado como el ámbito privilegiado para el desarrollo de estas actividades, y la enfermería comunitaria como uno de sus principales agentes. Este respaldo estratégico refuerza la pertinencia de dotar a los profesionales de la formación y de los recursos necesarios para ejercer estas funciones.

En el plano de las competencias profesionales, el marco de ordenación de las profesiones sanitarias reconoce a la enfermería la responsabilidad de la dirección, la evaluación y la prestación de los cuidados orientados a la promoción, el mantenimiento y la recuperación de la salud, así como a la prevención de las enfermedades y a la educación para la salud. Este reconocimiento normativo confiere a la función educativa y de apoyo psicosocial de la enfermería un fundamento jurídico sólido, que la sitúa como una competencia propia y no delegada. La coherencia entre el mandato legal, el respaldo estratégico y la evidencia científica configura un marco favorable cuya plena realización depende, en último término, de la asignación efectiva de tiempo, de formación y de reconocimiento a estas actividades en la organización de los servicios.

1.9. Justificación

Pese a este sólido fundamento conceptual y normativo, la incorporación efectiva de la *EpS* y de la intervención psicosocial a la práctica asistencial cotidiana continúa siendo desigual. La presión asistencial, la orientación biomédica de buena parte de los servicios, la insuficiente formación de los profesionales y la dispersión de la evidencia dificultan su implantación sistemática. Además, la literatura sobre estas intervenciones es abundante pero heterogénea, y con frecuencia se encuentra fragmentada entre disciplinas —la salud pública, la psicología, la enfermería o la medicina— sin una síntesis integradora.

A esta fragmentación se añade una cierta ambivalencia en la percepción de estas intervenciones: Pese a contar con un respaldo teórico y normativo sólido, con frecuencia se las considera actividades accesorias o de eficacia difusa, lo que se traduce en una escasa inversión de tiempo y de recursos. Clarificar la evidencia disponible sobre su efectividad y ordenar su fundamentación resulta, por ello, no solo un ejercicio académico, sino una necesidad para su reivindicación y su desarrollo en la práctica.

La pertinencia de este trabajo se refuerza, además, por el contexto epidemiológico y demográfico actual. El envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de la multimorbilidad, y la creciente atención a la salud mental configuran un escenario en el que la capacidad de las personas para gestionar su salud y para afrontar la enfermedad adquiere una importancia decisiva. En este contexto, la educación para la salud y la intervención psicosocial dejan de ser una opción para convertirse en una necesidad estratégica de los sistemas sanitarios, que han de reorientarse desde un modelo centrado en la atención episódica a la enfermedad aguda hacia un modelo capaz de acompañar y de capacitar a las personas a lo largo de procesos prolongados. Una síntesis actualizada de la fundamentación y de la evidencia de estas intervenciones contribuye a orientar esa necesaria reorientación.

Resulta por ello pertinente elaborar una revisión que integre la fundamentación teórica, los métodos y la evidencia de efectividad de la *EpS* y de la intervención psicosocial en el ámbito sanitario, con el fin de ofrecer a los profesionales un marco de referencia actualizado que oriente su práctica y facilite la toma de decisiones. Esta necesidad justifica la realización del presente trabajo.

1.10. Objetivos

El objetivo general de este trabajo fue sintetizar la fundamentación teórica, los métodos y la evidencia de efectividad de la educación para la salud y de la intervención psicosocial en el ámbito sanitario.

Como objetivos específicos se plantearon: Describir los marcos conceptuales y los modelos teóricos que fundamentan la *EpS* y la intervención psicosocial; identificar los principales métodos y técnicas empleados en el ámbito sanitario; analizar la evidencia disponible sobre su efectividad en la enfermedad crónica, en el cambio de conductas y en la salud mental; y examinar los factores que

modulan su rendimiento y el papel que corresponde a los profesionales, en particular a la enfermería.

2. METODOLOGÍA

2.1. Diseño del estudio

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter narrativo sobre la fundamentación, los métodos y la efectividad de la educación para la salud y de la intervención psicosocial en el ámbito sanitario. Aun tratándose de una revisión narrativa, y no de una revisión sistemática en sentido estricto, el proceso se orientó por los principios de transparencia y reproducibilidad recogidos en la declaración *PRISMA*, de modo que la estrategia de búsqueda, los criterios de selección y el proceso de síntesis quedaran explícitos y pudieran ser auditados(15).

La elección de un diseño narrativo se justifica por la naturaleza y la amplitud del objeto de estudio. La pregunta de este trabajo abarca la fundamentación teórica, los métodos y la evidencia de efectividad de un campo extenso y multidisciplinar, lo que exige integrar tipos de documentos muy heterogéneos —desde declaraciones y marcos conceptuales hasta metaanálisis— que no admiten una agregación estadística común. La revisión narrativa resulta especialmente adecuada para este propósito integrador, pues permite sintetizar y poner en diálogo cuerpos de conocimiento diversos, a diferencia de la revisión sistemática, que se orienta a responder con máximo rigor a una pregunta única y acotada. Esta elección metodológica es coherente con el objetivo de ofrecer un marco de referencia amplio y aplicable a la práctica.

2.2. Pregunta de revisión

La pregunta que guio la revisión se formuló del siguiente modo: En el ámbito sanitario, ¿cuál es la fundamentación teórica, cuáles son los métodos y qué evidencia de efectividad respaldan la educación para la salud y la intervención psicosocial dirigidas a las personas y a sus familias? Esta pregunta, de naturaleza amplia, se descompuso en los objetivos específicos enunciados en la introducción y orientó tanto la búsqueda como la organización de los resultados.

2.3. Fuentes consultadas y estrategia de búsqueda

La búsqueda se llevó a cabo entre los meses de febrero y abril de 2025. Se consultaron cinco bases de datos bibliográficas de referencia en el ámbito de las ciencias de la salud —PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus, PsycINFO y Cuiden— y se complementaron con la consulta de los repositorios y documentos marco de los principales organismos internacionales, en particular de la Organización Mundial de la Salud, así como con las fuentes normativas del ordenamiento jurídico español. De forma adicional, se realizó una búsqueda inversa a partir de las listas de referencias de los documentos seleccionados.

La estrategia se diseñó de manera que combinara dos objetivos complementarios: Por una parte, recuperar los documentos fundacionales y los marcos conceptuales de referencia, para lo cual se acudió directamente a las obras y a las declaraciones de mayor relevancia histórica; y, por otra, identificar la evidencia empírica más reciente y del mayor nivel de calidad sobre la efectividad de las intervenciones, para lo cual se priorizaron las revisiones sistemáticas y los metaanálisis publicados en los últimos años. Esta doble aproximación permitió articular una síntesis que integra el fundamento teórico consolidado con la evidencia empírica actualizada.

Los términos de búsqueda se obtuvieron de los tesauros Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), y se combinaron mediante los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon, entre otros, los descriptores Health Education, Health Promotion, Psychosocial Intervention, Patient Education as Topic, Self-Management, Motivational Interviewing, Chronic Disease y Nursing, con sus correspondientes equivalentes en español. En la tabla 1 se presentan las principales combinaciones de búsqueda utilizadas.

Tabla 1. *Principales combinaciones de términos empleadas en la estrategia de búsqueda.*

Base de datos	Combinación de términos (ejemplo)
PubMed/ MEDLINE	("Health Education"[Mesh] OR "Patient Education as Topic"[Mesh]) AND ("Chronic Disease"[Mesh]) AND (effectiveness OR outcome)
CINAHL	("health education" OR "patient education") AND ("psychosocial intervention" OR counselling) AND (nursing)
Scopus	TITLE-ABS-KEY("motivational interviewing" AND "behaviour change" AND (review OR meta-analysis))
PsycINFO	("psychoeducation" OR "family intervention") AND (schizophrenia OR "chronic illness") AND (relapse OR outcome)
Cuiden	("educación para la salud" OR "educación terapéutica") AND (enfermería) AND (efectividad)

MeSH: Medical Subject Headings. Fuente: Elaboración propia.

2.4. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones de alcance, guías y documentos marco de organismos de referencia, y estudios originales relevantes.
- Documentos centrados en la educación para la salud o en la intervención psicosocial aplicadas en el ámbito sanitario a población adulta.
- Publicaciones en español o inglés.
- Preferentemente publicados en los últimos diez años, admitiéndose obras y documentos anteriores cuando constituyen referencias fundacionales del campo.

La decisión de admitir obras anteriores a la ventana temporal de diez años, cuando se trata de referencias fundacionales, responde a la naturaleza del objeto de estudio: Los marcos conceptuales y los modelos teóricos que sustentan la educación para la salud y la intervención psicosocial fueron formulados, en su mayoría, en las décadas finales del siglo XX y conservan plena vigencia. Excluirlos por su antigüedad habría privado a la revisión de sus cimientos conceptuales. Para la evidencia empírica de efectividad, en cambio, se priorizaron las publicaciones más recientes, con el fin de reflejar el estado actual del conocimiento. Esta combinación de fuentes clásicas y actuales resulta característica de las revisiones que persiguen integrar la fundamentación teórica con la evidencia contemporánea.

Criterios de exclusión

- Documentos centrados exclusivamente en intervenciones ajenas al ámbito sanitario o sin componente educativo o psicosocial identificable.
- Estudios cuyos resultados no permitieran valorar la efectividad o la fundamentación de las intervenciones.
- Editoriales, cartas y comunicaciones a congresos sin datos originales.

2.5. Proceso de selección y síntesis de los datos

Tras la ejecución de las búsquedas, los documentos recuperados se cribaron por título y resumen para descartar los que no guardaban relación con el objeto de estudio. Los documentos potencialmente relevantes se evaluaron a texto completo y se seleccionaron aquellos que aportaban fundamentación teórica sólida o evidencia de efectividad, priorizando en todo momento las fuentes del mayor nivel de evidencia disponible —revisiones sistemáticas y metaanálisis— y los documentos de referencia de los organismos internacionales.

La selección se guio por criterios de relevancia, de calidad y de representatividad, procurando abarcar tanto las bases conceptuales como los principales ámbitos de aplicación de las intervenciones. Se prestó especial atención a incluir la evidencia más reciente y de mayor impacto en cada uno de los dominios analizados —la enfermedad crónica, el cambio de conductas y la salud mental—, así como los documentos que aportan un marco conceptual o normativo de referencia. Cuando se identificaron varias revisiones sobre un mismo objeto, se priorizaron las más actualizadas, las de mayor calidad metodológica y las que ofrecían una síntesis cuantitativa de los resultados.

De cada documento seleccionado se extrajeron los datos relativos a la autoría y el año, el tipo de documento, el objeto de estudio y las principales aportaciones o hallazgos. La síntesis se organizó de forma temática en torno a los objetivos específicos: Los marcos conceptuales, los métodos y técnicas, y la evidencia de efectividad en los distintos ámbitos de aplicación. Dada la heterogeneidad de los documentos incluidos, la síntesis fue de naturaleza cualitativa y narrativa, sin que resultara procedente la agregación estadística de los resultados.

Para valorar la solidez de la evidencia se atendió al nivel jerárquico de cada fuente, otorgando mayor peso a las revisiones sistemáticas y a los metaanálisis, seguidos de los ensayos clínicos aleatorizados, de los estudios observacionales y de los documentos de consenso. Esta ponderación se empleó como criterio interpretativo para modular la fuerza de las afirmaciones, de modo que las conclusiones más firmes se sustentaran en la evidencia de mayor calidad. Asimismo, se prestó especial atención a la coherencia entre los distintos documentos y a la identificación de las áreas en las que la evidencia resulta todavía limitada o de baja calidad, con el fin de ofrecer una síntesis matizada y honesta del estado del conocimiento.

2.6. Consideraciones éticas

Al tratarse de una revisión de literatura científica y de documentos ya publicados, el trabajo no implicó la participación de personas ni el tratamiento de datos de carácter personal, por lo que no requirió la aprobación de un comité de ética de la investigación ni la obtención de consentimiento informado. Se respetaron en todo momento los principios de integridad científica, citando de forma rigurosa las fuentes empleadas y atribuyendo con exactitud la autoría de cada aportación, de conformidad con las normas de la ética de la publicación.

Asimismo, se procuró un tratamiento honesto y equilibrado de la evidencia, evitando la selección sesgada de los resultados y reconociendo tanto los hallazgos favorables como las limitaciones y las incertidumbres identificadas en la literatura. Este compromiso con la transparencia y con la representación fiel del estado del conocimiento constituye una exigencia ética de toda revisión y una condición para su utilidad, dado que las conclusiones han de servir de fundamento a decisiones que afectan a la salud de las personas.

3. RESULTADOS

La síntesis de la evidencia se organiza en torno a los objetivos específicos del trabajo. En primer lugar se exponen los marcos conceptuales y de planificación que fundamentan las intervenciones; a continuación, los principales métodos y técnicas; y, por último, la evidencia de efectividad en la enfermedad crónica, en el cambio de conductas y en la salud mental, junto con los factores que modulan su rendimiento.

3.1. Marcos conceptuales y de planificación de las intervenciones

La revisión confirma que la efectividad de la *EpS* y de la intervención psicosocial se asienta en su fundamentación teórica. Las intervenciones que se diseñan a partir de modelos explícitos del comportamiento —el Modelo de Creencias sobre la Salud, el Modelo Transteórico, la Teoría Social Cognitiva o la Teoría de la Conducta Planificada— obtienen mejores resultados que las que se limitan a transmitir información de forma indiscriminada. La planificación sistemática de los programas, ordenada mediante modelos como el *PRECEDE-PROCEED*, permite adecuar

la intervención a las necesidades reales de la población y a los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de la conducta, lo que incrementa su probabilidad de éxito(7).

Un elemento transversal a todos los marcos es el concepto de autoeficacia: La confianza de la persona en su capacidad para llevar a cabo la conducta deseada se revela como uno de los predictores más robustos del cambio y como una diana prioritaria de la intervención. De ahí que las estrategias orientadas a fortalecer la autoeficacia —el establecimiento de metas graduales, el refuerzo de los logros o el aprendizaje vicario— constituyan un componente común de los programas más efectivos.

La revisión de la literatura evidencia, además, que los modelos teóricos no compiten entre sí, sino que iluminan aspectos distintos del mismo fenómeno. Así, mientras el Modelo de Creencias sobre la Salud resulta especialmente útil para comprender la adopción de conductas preventivas puntuales, el Modelo Transteórico orienta la adaptación de la intervención al momento de disposición al cambio, la Teoría Social Cognitiva señala las palancas para fortalecer la capacidad de acción y la Teoría de la Conducta Planificada ayuda a comprender el papel de las normas sociales. Las intervenciones más sofisticadas combinan elementos de varios modelos, seleccionados en función del objetivo, de la población y del contexto, lo que confirma que la fundamentación teórica no es un requisito académico, sino una herramienta operativa de eficacia demostrada.

Un hallazgo conceptual de especial relevancia, respaldado de forma reiterada por la evidencia, es la insuficiencia del modelo puramente informativo. La difusión de información, aunque necesaria, no basta por sí sola para producir cambios de conducta sostenidos, pues entre el conocimiento y la acción median la motivación, las emociones, las creencias, las habilidades y el contexto. Las intervenciones que se limitan a informar obtienen, en el mejor de los casos, mejoras en el conocimiento que rara vez se traducen en cambios de comportamiento duraderos. Esta constatación, lejos de restar valor a la información, obliga a integrarla en intervenciones más completas que aborden también la dimensión motivacional, emocional y práctica del cambio.

3.2. Métodos y técnicas en el ámbito sanitario

Los métodos de la *EpS* se clasifican habitualmente según el número de destinatarios y el grado de interacción. La educación individual, integrada en la consulta o en la visita, permite adaptar el mensaje a las necesidades concretas de la persona y es especialmente adecuada para el abordaje de la enfermedad crónica y de la adhesión terapéutica. La educación grupal aprovecha la dinámica del grupo y el apoyo entre iguales, y ha demostrado ser eficiente en la gestión de recursos. La educación y la comunicación dirigidas a la comunidad, por su parte, persiguen modificar conocimientos, actitudes y normas sociales a mayor escala.

Entre las técnicas de intervención psicosocial destacan varias con respaldo empírico. El consejo o counselling estructurado, la entrevista motivacional, la psicoeducación, las técnicas cognitivo-conductuales y las intervenciones de apoyo emocional y familiar constituyen el repertorio básico del profesional sanitario. La entrevista motivacional, desarrollada por Miller y Rollnick, es un estilo de comunicación centrado en la persona que busca reforzar su motivación y su compromiso con el cambio a partir de la exploración y la resolución de la ambivalencia(16). La educación terapéutica del paciente y los programas estructurados de autogestión de la enfermedad crónica, como los desarrollados a partir del programa de la Universidad de Stanford, integran la transmisión de conocimientos con el entrenamiento de habilidades y el fortalecimiento de la autoeficacia(17).

La educación individual

La educación individual se desarrolla en el marco de la consulta, la visita domiciliaria o el encuentro asistencial, y permite una adaptación completa del mensaje a las necesidades, los conocimientos y las circunstancias de cada persona. Su principal fortaleza reside en la posibilidad de establecer una relación de confianza y de responder de forma personalizada a las dudas y a los temores. Es especialmente adecuada para el abordaje de la adhesión terapéutica, para la educación en el autocuidado de la enfermedad crónica y para el apoyo emocional en situaciones delicadas. Su limitación fundamental es el consumo de tiempo y de recursos profesionales, que exige una cuidadosa priorización.

La eficacia de la educación individual depende en gran medida de la calidad de la relación y de la capacidad del profesional para adaptar la intervención a la persona concreta. La valoración inicial de los conocimientos, las creencias, las preocupaciones y las prioridades de la persona permite personalizar el contenido y evitar el error frecuente de proporcionar información genérica que no responde a sus necesidades reales. La negociación conjunta de objetivos alcanzables, el fraccionamiento de la información en mensajes manejables y la verificación de la comprensión son estrategias que incrementan la eficacia de esta modalidad. Bien aplicada, la educación individual constituye una de las intervenciones de mayor impacto, precisamente por su capacidad de ajuste a la singularidad de cada persona.

La educación grupal

La educación grupal reúne a un conjunto de personas con necesidades o problemas de salud comunes y aprovecha la dinámica del grupo como recurso educativo. El grupo ofrece apoyo entre iguales, favorece el aprendizaje vicario y normaliza las experiencias, lo que refuerza la motivación y la autoeficacia. Resulta eficiente en la gestión de recursos, dado que un mismo profesional atiende simultáneamente a varias personas, y ha mostrado buenos resultados en programas de educación en diabetes, en rehabilitación cardiaca y en escuelas de pacientes. Requiere, no obstante, competencias específicas en dinamización de grupos y una planificación cuidadosa.

La educación y la comunicación comunitarias

Las intervenciones dirigidas a la comunidad persiguen modificar los conocimientos, las actitudes y las normas sociales de poblaciones amplias, y actúan sobre los deter-

minantes colectivos de la salud. Comprenden las campañas de comunicación, las intervenciones en entornos como la escuela o el lugar de trabajo, y las estrategias de participación y de desarrollo comunitario. Su alcance es mayor, pero su efecto sobre la conducta individual suele ser más difuso y depende de la combinación con otras medidas. La complementariedad entre los tres niveles —individual, grupal y comunitario— es una característica de las estrategias educativas más eficaces.

La elección del método más adecuado depende de los objetivos, de las características de la población y de los recursos disponibles. Para el desarrollo de habilidades complejas de autocuidado, la educación individual y la grupal resultan insustituibles; para la modificación de conocimientos y actitudes en poblaciones amplias, las estrategias comunitarias y de comunicación ofrecen un mayor alcance; y para el cambio de conductas arraigadas, la combinación de varios métodos, sostenida en el tiempo, obtiene los mejores resultados. La evidencia desaconseja confiar el cambio de conducta a intervenciones informativas únicas y masivas, cuyo efecto sobre el comportamiento suele ser limitado. La selección y la combinación juiciosa de los métodos, a partir de un análisis previo de las necesidades, constituye una competencia clave del profesional que diseña intervenciones educativas.

El consejo breve y las intervenciones oportunistas

Una modalidad de especial interés por su viabilidad en la práctica asistencial es el consejo breve, entendido como una intervención de corta duración, integrada en el encuentro clínico, dirigida a promover un cambio de conducta concreto. El consejo breve aprovecha el contacto asistencial —a menudo motivado por otra razón— como una oportunidad para abordar factores de riesgo como el tabaquismo, el consumo de alcohol o el sedentarismo, en lo que se conoce como intervención oportunista. Su fundamento reside en que un consejo claro, personalizado y respetuoso, aun siendo breve, puede iniciar o reforzar un proceso de cambio, especialmente si se ofrece en un momento de receptividad.

La evidencia sobre el consejo breve es sólida en el caso del tabaquismo, donde incluso una intervención mínima por parte del profesional sanitario incrementa la probabilidad de abandono. Su principal ventaja es la escalabilidad: Al requerir poco tiempo, puede aplicarse de forma sistemática a un gran número de personas, con un impacto poblacional considerable. El consejo breve ejemplifica cómo la integración de la educación para la salud en la práctica clínica ordinaria, sin necesidad de estructuras específicas, constituye una estrategia realista y coste-efectiva.

3.3. Efectividad en la enfermedad crónica: La educación terapéutica del paciente

La educación terapéutica del paciente (*ETP*) fue definida por la *OMS* como un proceso que ayuda a la persona a adquirir y mantener las competencias necesarias para gestionar de la mejor manera posible su vida con una enfermedad crónica(18). La evidencia sobre su efectividad es sólida. Una revisión sistemática con metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados, que analizó de forma agregada un amplio conjunto de intervenciones de *ETP* en diversas enfermedades crónicas, halló efectos de magnitud pequeña a moderada sobre un rango de variables tanto biomédicas como psicosociales(19). De especial interés para la planificación de los servicios es que esta efectividad se mantuvo con independencia del formato de administración —individual, grupal o electrónico— y del perfil del profesional que impartía la intervención, ya fuera especialista o no especialista(19).

Este hallazgo tiene una implicación práctica de primer orden: La flexibilidad en la elección del modo de administración y en el desarrollo del contenido permite escalar las intervenciones de *ETP* en los servicios sanitarios sin comprometer su efectividad. Los programas estructurados de autogestión de la enfermedad crónica, por su parte, se asocian a mejoras en el autocuidado, en la percepción de autoeficacia y en determinadas variables de calidad de vida, aunque la magnitud y la durabilidad de sus efectos son variables entre estudios(17).

El análisis de los programas más eficaces permite identificar los componentes que contribuyen a su éxito. Entre ellos figuran la valoración inicial de las necesidades y de los conocimientos de la persona; la definición conjunta de objetivos realistas y significativos; el entrenamiento en habilidades prácticas de autocuidado, y no solo la transmisión de información; el fortalecimiento de la autoeficacia mediante experiencias de dominio; la implicación de la familia; y el seguimiento estructurado con refuerzo a lo largo del tiempo. La presencia de estos elementos distingue a la educación terapéutica eficaz de la mera información sanitaria, y explica por qué las intervenciones breves y aisladas rara vez producen cambios sostenidos, mientras que los programas estructurados y continuados sí lo logran.

La adhesión terapéutica

Un objetivo central de la educación terapéutica es la mejora de la adhesión al tratamiento. La *OMS* estimó que, en los países desarrollados, la adhesión a los tratamientos de larga duración se sitúa en torno al cincuenta por ciento, y advirtió de que mejorar la adhesión podría tener un impacto sobre la salud de la población mayor que cualquier avance en un tratamiento concreto(29). La falta de adhesión es un fenómeno multifactorial, en el que intervienen factores relacionados con la persona, con la enfermedad, con el tratamiento, con el sistema sanitario y con el entorno socioeconómico, por lo que su abordaje exige intervenciones multidimensionales y no meramente informativas.

La evidencia muestra que las intervenciones educativas que combinan la información con el refuerzo de la motivación, la simplificación del régimen terapéutico, el apoyo conductual y el seguimiento son más eficaces que las basadas únicamente en la transmisión de conocimientos. La intervención sobre la adhesión constituye, así, un ejemplo paradigmático de la necesidad de integrar la educación para la salud con las técnicas psicosociales y con la adaptación del propio sistema asistencial.

Entre las estrategias con mayor respaldo para mejorar la adhesión figuran la simplificación de los regímenes terapéuticos, el uso de recordatorios y de sistemas de dosificación, la implicación de la persona en la elección del tratamiento, el refuerzo positivo de los logros y el seguimiento estructurado. La combinación de varias de estas estrategias resulta más eficaz que su aplicación aislada, lo que confirma el carácter multidimensional del fenómeno. En este ámbito, la enfermería desempeña un papel destacado, tanto en la valoración de la adhesión y de sus barreras como en el diseño y la aplicación de intervenciones individualizadas, aprovechando la continuidad de la relación asistencial para el seguimiento y el refuerzo sostenidos.

Programas educativos en enfermedades específicas

En el ámbito de la diabetes, los programas estructurados de educación en el autocuidado se han consolidado como un componente esencial del tratamiento, asociándose a mejoras en el control metabólico, en el conocimiento de la enfermedad y en la autoeficacia. En la rehabilitación cardiaca, las intervenciones que integran el ejercicio con la educación y el apoyo psicosocial reducen la morbimortalidad y mejoran la calidad de vida tras un evento coronario. En las enfermedades respiratorias crónicas, la educación en el autocuidado y los planes de acción personalizados contribuyen a reducir las exacerbaciones y los ingresos. Estos ejemplos ilustran cómo la educación terapéutica, lejos de ser un complemento accesorio, forma parte del tratamiento basado en la evidencia de las principales enfermedades crónicas.

Un rasgo común a los programas más eficaces en estas enfermedades es su carácter estructurado y multicomponente: No se limitan a informar, sino que integran el establecimiento de objetivos, el entrenamiento en habilidades, la planificación de la acción, el seguimiento y el refuerzo, y con frecuencia la participación de un equipo interdisciplinar. La transferencia de estos programas a contextos distintos de aquellos en que fueron desarrollados exige, sin embargo, una adaptación cuidadosa a las características de la población, del sistema sanitario y de los recursos disponibles, pues una intervención eficaz en un entorno puede no serlo en otro si no se ajusta adecuadamente. Esta necesidad de adaptación local, sin desvirtuar los componentes esenciales que explican la eficacia, constituye uno de los retos centrales de la implantación de la educación terapéutica.

Las escuelas de pacientes y los programas de paciente experto

Una modalidad de creciente implantación son las escuelas de pacientes y los programas de paciente activo o experto, inspirados en buena medida en el programa de autogestión de la enfermedad crónica de la Universidad de Stanford. En estos programas, personas con una misma enfermedad participan en sesiones grupales estructuradas, con frecuencia dinamizadas por pacientes formados que actúan como monitores, en las que se abordan el conocimiento de la enfermedad, el manejo de los síntomas, la comunicación con los profesionales y las estrategias de afrontamiento. El fundamento de esta modalidad radica en el aprendizaje entre iguales y en el fortalecimiento de la autoeficacia a través del ejemplo de personas que afrontan situaciones similares. La evidencia sobre estos programas indica beneficios sobre la autoeficacia, la adopción de conductas de autocuidado y determinadas variables de calidad de vida, si bien su efecto sobre las variables clínicas y su durabilidad a largo plazo son más inciertos. Su bajo coste y su capacidad para movilizar a la propia comunidad de pacientes los convierten, no obstante, en una herramienta valiosa y coherente con el enfoque de empoderamiento propio de la promoción de la salud.

3.4. Efectividad en el cambio de conductas: La entrevista motivacional

La entrevista motivacional ha sido una de las técnicas más estudiadas en el ámbito del cambio de conductas de salud. Una revisión de revisiones que sintetizó ciento cuatro revisiones, de las que treinta y nueve incluían metaanálisis, halló evidencia de calidad moderada de efectos beneficiosos pequeños y principalmente a corto plazo —inferiores a seis meses— en once de las ciento cincuenta y cinco comparaciones metaanalíticas examinadas(20). Los efectos más consistentes se observaron en la reducción del consumo intensivo de alcohol, en la disminución de la frecuencia y la cantidad de alcohol consumido, en el abordaje del consumo de sustancias en personas con dependencia y en el incremento de la actividad física(20).

Estos resultados invitan a una interpretación matizada: La entrevista motivacional es una herramienta útil, pero no una panacea. Su efecto tiende a ser de pequeña magnitud, a concentrarse en el corto plazo y a depender en gran medida de la fidelidad con que se aplica la técnica y de la formación de quien la administra. La necesidad de formación específica y de tiempo de consulta constituye, por tanto, una condición para obtener el beneficio potencial de esta intervención.

El valor de la entrevista motivacional se comprende mejor a la luz del fenómeno de la ambivalencia, tan frecuente ante los cambios de conducta. La mayoría de las personas que mantienen un hábito perjudicial son conscientes de sus inconvenientes y, a la vez, obtienen de él algún beneficio o gratificación, lo que las sitúa en un estado de indecisión. Los enfoques confrontativos o meramente persuasivos tienden a activar la resistencia y a reforzar el statu quo, mientras que la entrevista motivacional, al evocar y reforzar los propios motivos de cambio de la persona, ayuda a resolver la ambivalencia en la dirección del cambio sin generar oposición. Esta comprensión de los mecanismos psicológicos que subyacen al cambio de conducta explica por qué el estilo relacional resulta tan determinante y por qué las estrategias basadas en la imposición o en el miedo obtienen, con frecuencia, el efecto contrario al buscado.

Conviene destacar que la eficacia de la entrevista motivacional no depende únicamente de un conjunto de técnicas, sino de un modo de estar en la relación —su denominado espíritu—, caracterizado por la colaboración, la evocación de los propios motivos de la persona y el respeto a su autonomía. Las estrategias concretas, como las preguntas abiertas, la escucha reflexiva, las afirmaciones y los resúmenes, o el trabajo con el discurso de cambio,

se subordinan a esa actitud de fondo. Ello explica que las intervenciones aplicadas por profesionales que solo han recibido una formación superficial obtengan resultados inferiores, y subraya que la inversión en formación de calidad y en supervisión es condición para trasladar a la práctica el potencial demostrado en la investigación.

En el ámbito de la enfermedad crónica, la entrevista motivacional ha mostrado utilidad como complemento de la educación terapéutica, al abordar la ambivalencia que con frecuencia subyace a la falta de adhesión y a la dificultad para modificar los estilos de vida. Su integración con otras estrategias —la educación estructurada, el establecimiento de objetivos y el seguimiento— potencia sus efectos, de modo que la mayor rentabilidad no se obtiene aplicándola de forma aislada, sino incorporando su espíritu y sus técnicas al conjunto de la relación asistencial. Esta complementariedad entre técnicas, más que la búsqueda de una intervención única y definitiva, caracteriza la práctica educativa y psicosocial de calidad.

La experiencia acumulada con la entrevista motivacional ofrece, además, una lección de alcance general sobre la relación entre la investigación y la práctica. El hecho de que su efectividad dependa tan estrechamente de la fidelidad con que se aplica ilustra el fenómeno conocido como brecha entre la eficacia y la efectividad: Una intervención puede mostrar buenos resultados en las condiciones controladas de la investigación y, sin embargo, rendir mucho menos cuando se aplica en la práctica real por profesionales con formación desigual y con limitaciones de tiempo. Cerrar esta brecha exige invertir no solo en el diseño de las intervenciones, sino también en su implantación —en la formación, la supervisión y las condiciones organizativas—, un aspecto que la investigación sobre la efectividad de la educación para la salud tiende a subestimar y que, sin embargo, resulta decisivo para su impacto real.

3.5. Efectividad en la salud mental: La psicoeducación y las intervenciones familiares

En el ámbito de la salud mental, la evidencia sobre las intervenciones psicosociales es especialmente robusta en la prevención de las recaídas de la esquizofrenia. Una revisión sistemática con metaanálisis en red, que incluyó setenta y dos estudios y más de diez mil participantes, demostró que diversas intervenciones psicosociales reducen el riesgo de recaída a un año en comparación con el tratamiento habitual(21). Las intervenciones familiares mostraron el efecto más intenso, con una razón de posibilidades (*OR*) de 0,35 (intervalo de confianza del 95 %: 0,24-0,52), seguidas de la terapia cognitivo-conductual, con una *OR* de 0,45 (0,27-0,75), de la psicoeducación familiar, con una *OR* de 0,56 (0,39-0,82), y de la psicoeducación dirigida al paciente, con una *OR* de 0,63 (0,42-0,94)(21).

Una revisión sistemática con metaanálisis en red centrada específicamente en las intervenciones familiares confirmó que prácticamente todos los modelos son eficaces en la prevención de la recaída, y observó que la psicoeducación familiar aislada, sin entrenamiento conductual o en habilidades añadido, resultó superior a los modelos más complejos(22). Esta conclusión posee una notable relevancia para la gestión, pues sugiere que, en contextos con limitaciones de recursos, la psicoeducación familiar constituye la opción de mejor relación entre coste y efectividad. En conjunto, estos hallazgos consolidan a las intervenciones familiares, a la psicoeducación y a la terapia cognitivo-conductual como las intervenciones psicosociales de primera elección en el tratamiento a largo plazo de la esquizofrenia.

La psicoeducación, entendida como la intervención estructurada que proporciona a la persona y a su familia información sobre el trastorno, su tratamiento y las estrategias de afrontamiento, no se limita a la transmisión de datos: Persigue modificar actitudes, reducir el estigma, favorecer el reconocimiento precoz de los signos de alarma y fortalecer la adhesión y la implicación en el tratamiento. Su eficacia en la esquizofrenia se ha atribuido, en parte, a la mejora del clima emocional familiar y a la reducción de la denominada emoción expresada, un factor asociado a la recaída.

Más allá de la esquizofrenia, las intervenciones psicoeducativas y cognitivo-conductuales cuentan con respaldo en otros trastornos mentales, como los trastornos afectivos y de ansiedad, y en la promoción del bienestar emocional en personas con enfermedad física. Aunque la evidencia es de calidad y magnitud variables según el trastorno y el contexto, el patrón general confirma que las intervenciones psicosociales estructuradas aportan un beneficio añadido al tratamiento farmacológico y, en determinados casos, constituyen una alternativa de primera línea. Este cuerpo de evidencia reivindica la integración de la dimensión psicosocial en la atención a la salud mental y, de forma más amplia, en toda la asistencia sanitaria.

Un aspecto transversal a la intervención en salud mental es el abordaje del estigma, que constituye una barrera de primer orden para la búsqueda de ayuda, para la adhesión al tratamiento y para la recuperación. La psicoeducación, tanto de la persona afectada como de su familia y de la comunidad, ha demostrado su utilidad para reducir el estigma y el autoestigma, al sustituir las concepciones erróneas por un conocimiento fundamentado y al normalizar la experiencia de la enfermedad mental. En este sentido, la educación para la salud desempeña una función que trasciende el ámbito clínico y se proyecta sobre las actitudes sociales, contribuyendo a una atención más justa y a una mejor integración de las personas con trastorno mental.

La solidez de la evidencia en la esquizofrenia no debe hacer olvidar que la intervención psicosocial es igualmente pertinente en el conjunto de la atención a la salud mental y en la interfaz entre la salud mental y la salud física. La elevada comorbilidad entre los trastornos mentales y las enfermedades físicas crónicas, así como el impacto recíproco entre ambas, justifican un abordaje integrado en el que la educación y el apoyo psicosocial actúen como puente. Atender el malestar emocional de las personas con enfermedad física, y cuidar la salud física de las personas con trastorno mental, son dos caras de una misma exigencia de atención integral, coherente con el modelo biopsicosocial. La formación de todos los profesionales en la detección y en el abordaje básico del sufrimiento emo-

cional constituye, por ello, una necesidad transversal del conjunto del sistema sanitario, y no una competencia reservada a los servicios especializados de salud mental.

3.6. Alfabetización en salud y comunicación

Un factor transversal que la revisión identifica como determinante de la efectividad de todas las intervenciones es la alfabetización en salud, entendida como el conjunto de competencias cognitivas y sociales que determinan la capacidad de las personas para acceder a la información sanitaria, comprenderla y utilizarla con el fin de promover y mantener una buena salud(23). Una alfabetización en salud limitada se asocia a un peor autocuidado, a una menor adhesión terapéutica y a peores resultados en salud, y afecta de forma desproporcionada a los colectivos más vulnerables, por lo que constituye también una cuestión de equidad.

La prevalencia de una alfabetización en salud limitada es elevada incluso en los países desarrollados, y con frecuencia resulta invisible para los profesionales, ya que las personas afectadas tienden a ocultar sus dificultades por vergüenza. Esta circunstancia genera un desajuste habitual entre la complejidad de la información y de las tareas que el sistema sanitario exige y las capacidades reales de las personas para afrontarlas, desajuste que se traduce en errores en la medicación, en un uso inadecuado de los servicios y en un peor control de las enfermedades crónicas. Reconocer la magnitud de este fenómeno y actuar en consecuencia constituye, por tanto, una prioridad tanto para la eficacia como para la seguridad de la atención.

La revisión de las definiciones y de los modelos de alfabetización en salud pone de manifiesto su carácter multidimensional, que abarca desde la capacidad funcional de comprender instrucciones hasta la competencia crítica para valorar la información y participar en las decisiones(24). De ello se deriva que las intervenciones educativas deban adaptar sistemáticamente su lenguaje y su formato al nivel de alfabetización de sus destinatarios, mediante estrategias como el uso de un lenguaje sencillo, la confirmación de la comprensión o el recurso a materiales de apoyo, si se pretende que resulten efectivas y equitativas.

La alfabetización en salud ha dejado de considerarse un atributo estático de la persona para entenderse como el resultado de la interacción entre las capacidades individuales y las exigencias del sistema sanitario, lo que ha dado lugar al concepto de sistemas sanitarios alfabetizados en salud, es decir, organizaciones que facilitan a las personas el acceso, la comprensión y el uso de la información y de los servicios. Desde esta perspectiva, mejorar la comunicación no es solo responsabilidad de la persona, sino también, y de forma prioritaria, de los profesionales y de las instituciones(34).

Entre las técnicas de comunicación con respaldo empírico destaca el método de confirmación de la comprensión, en el que el profesional solicita a la persona que explique con sus propias palabras la información recibida, lo que permite detectar y corregir los malentendidos. Otras estrategias eficaces son la limitación del número de mensajes clave por encuentro, el refuerzo mediante materiales escritos o visuales adaptados, y la combinación de la información oral con la demostración práctica. La adopción sistemática de estas técnicas mejora la comprensión, la adhesión y la seguridad, y constituye una competencia comunicativa básica de todo profesional sanitario.

La alfabetización en salud incluye, además de la comprensión del lenguaje, otras dimensiones específicas cuya importancia ha crecido en los últimos años. La alfabetización numérica —la capacidad de comprender y de utilizar la información cuantitativa, como las dosis, las probabilidades o los riesgos— resulta esencial para la toma de decisiones y con frecuencia se ve sobreestimada por los profesionales. La alfabetización digital en salud, por su parte, condiciona la capacidad de las personas para acceder a la información y a los servicios sanitarios en línea, y adquiere una relevancia creciente a medida que se expanden las herramientas digitales. Atender a estas dimensiones específicas es indispensable para evitar que la incorporación de nuevas tecnologías amplíe las desigualdades en lugar de reducirlas.

Dado que la baja alfabetización en salud es frecuente y a menudo pasa inadvertida, se ha propuesto adoptar de forma sistemática un enfoque de precaución universal en la comunicación, consistente en emplear con todas las personas —y no solo con las que se presumen con dificultades— un lenguaje claro, una información estructurada y la confirmación de la comprensión. Este enfoque evita la estigmatización, previene los errores derivados de una comprensión insuficiente y mejora la experiencia asistencial del conjunto de la población. La mejora de la comunicación se configura, así, no como una intervención dirigida a un grupo concreto, sino como un estándar de calidad aplicable a toda la práctica asistencial.

3.7. Factores moduladores de la efectividad

La revisión permite identificar un conjunto de factores que modulan de forma transversal la efectividad de la *EpS* y de la intervención psicosocial. El primero es la fundamentación teórica de la intervención, ya comentada. El segundo es la formación y la competencia del profesional que la aplica: La fidelidad a la técnica, especialmente en la entrevista motivacional y en las intervenciones psicoeducativas, condiciona de forma decisiva sus resultados. El tercero es la intensidad y la continuidad de la intervención, dado que las actuaciones aisladas o puntuales tienden a producir efectos que se desvanecen con el tiempo, mientras que los programas estructurados y sostenidos logran cambios más duraderos.

A estos factores se suma la adecuación de la intervención al momento y a la disposición de la persona. Ofrecer educación estructurada o exigir compromisos de cambio a quien atraviesa una fase de negación o de shock emocional resulta ineficaz e incluso contraproducente; la intervención debe respetar los tiempos de la persona y adaptarse a su estado emocional y a su disposición al cambio. Del mismo modo, la personalización de los contenidos y de los objetivos —frente a los programas rígidos y uniformes— incrementa la relevancia percibida y, con ella, la implicación y la efectividad. La flexibilidad y la individualización son, por tanto, características de las intervenciones más eficaces, y exigen del profesional una

valoración cuidadosa y una capacidad de adaptación que solo la competencia y la experiencia proporcionan.

Otro factor modulador de creciente reconocimiento es la relevancia cultural de la intervención. La adaptación de los contenidos, del lenguaje y de los formatos a los valores, las creencias y las circunstancias culturales de la población destinataria incrementa la aceptabilidad y la eficacia de las intervenciones, especialmente en poblaciones diversas o en situación de vulnerabilidad. La competencia cultural del profesional —su capacidad para comprender y respetar la perspectiva de personas con marcos culturales distintos del propio— se perfila así como una dimensión adicional de la calidad de la intervención. Ignorar esta dimensión conlleva el riesgo de diseñar intervenciones que, siendo técnicamente correctas, resulten ajenas o poco pertinentes para sus destinatarios y, en consecuencia, ineficaces.

A ello se añaden la adaptación de la intervención a las características y al nivel de alfabetización en salud de la persona, la implicación de la familia y del entorno como agentes de refuerzo, y la integración de la intervención en el marco organizativo del servicio. El desarrollo de marcos sistemáticos para el diseño de las intervenciones de cambio de comportamiento, que analizan de forma estructurada las capacidades, las oportunidades y la motivación de la persona, ha contribuido a ordenar la selección de las técnicas más adecuadas para cada objetivo(25). En su conjunto, estos factores confirman que la efectividad depende más de la calidad de la planificación y de la aplicación que de la técnica concreta empleada.

Barreras y facilitadores organizativos

La traslación de la evidencia a la práctica cotidiana tropieza con un conjunto de barreras organizativas que la revisión identifica de forma recurrente. La primera y más citada es la falta de tiempo: La elevada presión asistencial y la orientación de la consulta hacia la resolución de problemas agudos dejan escaso margen para las actividades educativas y de apoyo, que requieren un tiempo del que a menudo no se dispone. La segunda es la insuficiente formación de los profesionales en técnicas educativas y en habilidades de comunicación, que limita tanto su capacidad como su seguridad para desarrollarlas. La tercera es la escasa valoración institucional de estas actividades, que raramente se registran, se miden o se reconocen en la organización del trabajo, lo que las relega a un papel marginal.

Frente a estas barreras, la revisión permite identificar también facilitadores. La integración de la educación para la salud en los procesos asistenciales y en los sistemas de registro, la disponibilidad de materiales y de protocolos estandarizados, la formación continuada, el trabajo en equipo interdisciplinar y el liderazgo institucional favorecen su desarrollo. La creación de estructuras específicas —como las consultas de enfermería de educación en el autocuidado o las escuelas de pacientes— y la asignación explícita de tiempo constituyen medidas organizativas que han demostrado facilitar la implantación sistemática de estas intervenciones. La superación de las barreras no depende, por tanto, únicamente de la voluntad individual de los profesionales, sino de decisiones de gestión y de política sanitaria.

3.8. Intervenciones digitales de educación y apoyo psicosocial

El desarrollo de las tecnologías de la información ha ampliado el repertorio de la educación para la salud y de la intervención psicosocial con nuevas modalidades: Las aplicaciones móviles de salud, las plataformas de telemedicina, los programas de educación en línea y las intervenciones basadas en internet. La evidencia sobre la educación terapéutica del paciente indica que su efectividad se mantiene en el formato electrónico, lo que respalda la incorporación de estas herramientas como un canal más de intervención(19). Las modalidades digitales ofrecen ventajas de accesibilidad, de flexibilidad horaria y de alcance, y permiten combinar contenidos educativos con recordatorios, con autorregistro y con apoyo a distancia.

No obstante, estas herramientas plantean también retos relevantes. El primero es el de la equidad, pues la denominada brecha digital puede excluir precisamente a los colectivos más vulnerables —personas mayores, con menor nivel educativo o con menos recursos—, que son quienes más se beneficiarían de la intervención. El segundo es el de la adhesión, dado que las intervenciones digitales sin apoyo humano suelen presentar elevadas tasas de abandono. La evidencia sugiere que los modelos combinados, que integran la tecnología con el contacto profesional, obtienen mejores resultados que los modelos puramente automatizados, lo que reafirma el valor insustituible de la relación humana en la intervención.

La expansión de la telesalud, acelerada por las circunstancias sanitarias recientes, ha ampliado las posibilidades de la educación y del apoyo psicosocial a distancia, permitiendo llegar a personas con dificultades de desplazamiento o residentes en zonas alejadas. La teleconsulta, los programas de telemonitorización con componente educativo y las intervenciones psicológicas en línea han mostrado resultados prometedores, si bien su implantación exige garantizar la accesibilidad, la protección de los datos y la calidad de la relación asistencial en el nuevo formato. El reto no consiste en sustituir la atención presencial por la digital, sino en integrar ambas de forma inteligente, reservando el contacto presencial para las situaciones que más lo requieren y aprovechando las herramientas digitales para reforzar la continuidad y el seguimiento entre las visitas.

3.9. El apoyo a la familia y a las personas cuidadoras

La familia y las personas cuidadoras constituyen un destinatario y un agente esenciales de la educación para la salud y de la intervención psicosocial. En el caso de las enfermedades crónicas, de la dependencia y de los trastornos mentales graves, la persona cuidadora asume una carga considerable que puede repercutir en su propia salud física y mental, en el fenómeno conocido como sobrecarga del cuidador. Las intervenciones dirigidas a las personas cuidadoras —que combinan la información sobre la enfermedad, el entrenamiento en habilidades de cuidado, el apoyo emocional y las estrategias de afrontamiento— han mostrado beneficios sobre su bienestar y, de forma indirecta, sobre la evolución de la persona atendida.

La evidencia más sólida procede del ámbito de la salud mental, donde las intervenciones familiares han demostrado su eficacia tanto en la prevención de la recaída de la persona enferma como en la reducción de la sobrecarga de la familia(21,22). Este doble beneficio ilustra el carácter sistémico de la intervención psicosocial, que reconoce que la salud de la persona y la de su entorno están estrechamente vinculadas y que la atención a la familia constituye una inversión con retorno tanto para el bienestar del cuidador como para los resultados clínicos.

El cuidado informal, mayoritariamente asumido por mujeres, constituye un pilar fundamental de la atención a la dependencia y a la cronicidad, y su sostenibilidad depende en gran medida del apoyo que reciban las personas cuidadoras. Las intervenciones dirigidas a este colectivo abarcan la formación en habilidades de cuidado, la información sobre la enfermedad y sobre los recursos disponibles, el apoyo emocional y psicológico, el asesoramiento para la organización del cuidado y las medidas de respiro. La valoración sistemática de la sobrecarga del cuidador y la detección precoz de su agotamiento son responsabilidades que recaen de forma natural sobre los profesionales de atención primaria, y muy en particular sobre la enfermería comunitaria, que mantiene un contacto continuado con las familias. Reconocer a la persona cuidadora como sujeto de atención, y no solo como recurso para el cuidado de otro, es una exigencia ética y una estrategia eficaz para sostener el sistema de cuidados.

La evidencia indica, además, que las intervenciones más eficaces con las personas cuidadoras son las multicomponentes, que combinan la información, el entrenamiento en habilidades, el apoyo psicológico y la facilitación del acceso a los recursos, y que se prolongan en el tiempo con un seguimiento adaptado a la evolución de la situación. Las intervenciones breves o meramente informativas, por el contrario, obtienen efectos limitados. La integración de la atención a la persona cuidadora en los planes de cuidados de las personas dependientes o con enfermedad crónica, y no como una actividad aislada, permite anticipar la sobrecarga y actuar de forma preventiva, lo que redunda tanto en el bienestar del cuidador como en la calidad y la sostenibilidad del cuidado prestado.

3.10. La evaluación de las intervenciones educativas y psicosociales

La revisión pone de relieve la importancia de evaluar de forma sistemática las intervenciones, tanto para demostrar su efectividad como para orientar su mejora. La evaluación no debe limitarse a los resultados finales, sino abarcar distintos niveles. En primer lugar, la evaluación del proceso valora cómo se ha desarrollado la intervención: Su cobertura, su fidelidad al diseño y la satisfacción de los participantes. En segundo lugar, la evaluación de los resultados de aprendizaje analiza los cambios en los conocimientos, las actitudes, las habilidades y la autoeficacia de las personas. En tercer lugar, la evaluación de los resultados en salud examina el impacto sobre las conductas, sobre las variables clínicas y sobre la calidad de vida.

La medición de estos niveles requiere el uso de indicadores y de instrumentos válidos y fiables, adaptados a los objetivos de cada intervención. La ausencia de una evaluación rigurosa constituye una de las debilidades históricas de la educación para la salud y ha contribuido a su percepción como una actividad de eficacia incierta. Por el contrario, la incorporación sistemática de la evaluación permite acumular evidencia, justificar la inversión de recursos y consolidar la educación para la salud y la intervención psicosocial como prácticas basadas en la evidencia. La cultura de la evaluación es, por tanto, un requisito para el desarrollo y el reconocimiento de este campo.

La selección de los indicadores de evaluación debe guardar coherencia con los objetivos de la intervención y con el nivel de resultados que se pretende medir. Entre los indicadores de proceso figuran la cobertura, la asistencia y la satisfacción; entre los de resultado intermedio, los cambios en los conocimientos, las actitudes, la autoeficacia y las conductas; y entre los de resultado final, las variables clínicas, la calidad de vida y la utilización de los servicios. La elección de instrumentos validados, la definición de un horizonte temporal adecuado —que permita captar tanto los efectos a corto como a medio y largo plazo— y la consideración de la equidad —evaluando si la intervención beneficia por igual a los distintos grupos— son requisitos de una evaluación rigurosa. La incorporación de estos indicadores a los sistemas de información asistencial permitiría, además, la evaluación continua y la mejora de las intervenciones en condiciones reales.

3.11. El equipo interdisciplinar y la continuidad de los cuidados

La revisión evidencia que la educación para la salud y la intervención psicosocial rinden más cuando se conciben como una función compartida por el equipo asistencial y no como una tarea aislada de un único profesional. La complejidad de las necesidades de las personas con enfermedad crónica o con problemas de salud mental exige la coordinación de distintos perfiles —medicina, enfermería, psicología, trabajo social, farmacia y fisioterapia, entre otros—, cada uno de los cuales aporta una perspectiva y unas competencias complementarias. La coherencia de los mensajes y la coordinación de las intervenciones a lo largo del proceso asistencial son condiciones para su eficacia, pues los mensajes contradictorios o la fragmentación de la atención debilitan el efecto educativo y generan confusión.

La continuidad de los cuidados constituye, en este sentido, un factor determinante. Las intervenciones educativas y psicosociales despliegan su efecto a lo largo del tiempo, mediante el refuerzo y la adaptación sucesiva, por lo que la longitudinalidad de la relación asistencial —la posibilidad de un seguimiento sostenido por parte de un profesional o de un equipo de referencia— potencia sus resultados. La atención primaria, por sus atributos de accesibilidad, continuidad y enfoque integral, se configura como el ámbito idóneo para esta función, sin perjuicio de la necesaria coordinación con la atención hospitalaria y con los recursos comunitarios. La transición entre niveles asistenciales representa un momento de especial vulnerabilidad en el que la educación y el apoyo estructurados —por ejemplo, en el alta hospitalaria— resultan

particularmente valiosos para garantizar la seguridad y la continuidad.

La coordinación entre la atención primaria, la hospitalaria y los recursos sociales y comunitarios constituye, en este sentido, un factor crítico. Las personas con problemas de salud complejos transitan con frecuencia entre distintos dispositivos y profesionales, y la fragmentación de este recorrido genera duplicidades, mensajes contradictorios y pérdidas de información que debilitan la intervención educativa y psicosocial. Las figuras de enlace o de gestión de casos, así como los sistemas de información compartida, se han mostrado útiles para preservar la continuidad y la coherencia de la atención a lo largo del proceso. La educación para la salud y el apoyo psicosocial rinden más cuando se conciben como un hilo conductor que acompaña a la persona a través de todo su itinerario asistencial, y no como intervenciones puntuales y desconectadas.

3.12. La participación de la persona y la toma de decisiones compartida

Un desarrollo coherente con el enfoque de empoderamiento es la toma de decisiones compartida, un modelo de relación en el que el profesional y la persona deliberan conjuntamente sobre las opciones disponibles, integrando la mejor evidencia científica con los valores, las preferencias y las circunstancias de la persona. Este modelo supone un paso más allá del consentimiento informado, pues no se limita a informar y a solicitar la aceptación de una propuesta, sino que sitúa a la persona como copartícipe activa en la elección. La educación para la salud constituye el sustrato imprescindible de la toma de decisiones compartida, ya que sin una información comprensible y adaptada la participación resulta ilusoria.

Las herramientas de ayuda a la decisión —materiales que presentan de forma clara y equilibrada las opciones, los beneficios y los riesgos— han mostrado su utilidad para mejorar el conocimiento de las personas, ajustar sus expectativas y aumentar la congruencia entre las decisiones y sus valores. La adopción de este modelo exige, no obstante, un cambio cultural en la relación asistencial y competencias específicas de comunicación por parte de los profesionales. La participación de la persona no es solo un imperativo ético derivado del respeto a la autonomía, sino también un factor asociado a una mayor satisfacción, a una mejor adhesión y a unos mejores resultados en salud, lo que refuerza su pertinencia como objetivo de la educación y de la intervención psicosocial.

La activación de la persona —el grado en que dispone de los conocimientos, las habilidades y la confianza necesarios para gestionar su salud— se ha revelado como un factor asociado a mejores resultados y como una diana específica de la intervención. Las personas más activadas realizan más conductas de autocuidado, utilizan de forma más eficiente los servicios y presentan mejores resultados clínicos. La educación para la salud y la intervención psicosocial, al incrementar los conocimientos, las habilidades y la autoeficacia, elevan el nivel de activación de la persona y, con ello, su capacidad para participar de forma efectiva en las decisiones y en el manejo de su salud. Este

Tabla 2. *Síntesis de las principales revisiones y documentos de referencia incluidos.*

Autoría y año	Tipo de documento	Ámbito	Principales hallazgos
OMS, 1986	Documento marco	Promoción de la salud	Define la promoción de la salud y sitúa la educación sanitaria en el desarrollo de las aptitudes personales.
OMS, 1998	Documento marco	Enfermedad crónica	Define la educación terapéutica del paciente como proceso de adquisición de competencias para vivir con la enfermedad.
Correia et al., 2023	Revisión sistemática y metaanálisis de *ECA*	Enfermedad crónica	La educación terapéutica del paciente logra efectos pequeños a moderados sobre variables biomédicas y psicosociales, con independencia del formato y del profesional.
Frost et al., 2018	Revisión de revisiones	Cambio de conductas	La entrevista motivacional produce efectos pequeños y a corto plazo, sobre todo en consumo de alcohol, sustancias y actividad física.
Bighelli et al., 2021	*RS* y metaanálisis en red	Salud mental (esquizofrenia)	Intervenciones familiares (*OR* 0,35), TCC (*OR* 0,45) y psicoeducación (*OR* 0,56-0,63) reducen la recaída frente al tratamiento habitual.
Rodolico et al., 2022	*RS* y metaanálisis en red	Salud mental (esquizofrenia)	Casi todos los modelos de intervención familiar previenen la recaída; la psicoeducación familiar aislada resulta superior a los modelos complejos.
Lorig y Holman, 2003	Documento conceptual	Autogestión	Los programas de autogestión de la enfermedad crónica mejoran el autocuidado y la autoeficacia.
Sørensen et al., 2012	Revisión sistemática	Alfabetización en salud	Integra las definiciones y los modelos de alfabetización en salud y evidencia su carácter multidimensional.

ECA: Ensayo clínico aleatorizado; *OMS*: Organización Mundial de la Salud; *OR*: Odds ratio; *RS*: Revisión sistemática; *TCC*: Terapia cognitivo-conductual. Fuente: Elaboración propia.

concepto integra buena parte de las ideas expuestas —el empoderamiento, la autoeficacia y la participación— en una noción medible y orientada a la acción, especialmente útil para la práctica y para la evaluación.

4. DISCUSIÓN

La evidencia sintetizada permite afirmar que la educación para la salud y la intervención psicosocial constituyen componentes efectivos y necesarios de la atención sanitaria, cuyo impacto se extiende a la enfermedad crónica, al cambio de conductas y a la salud mental. Los efectos observados son, en general, de magnitud pequeña a moderada, pero clínicamente relevantes y coste-eficientes, sobre todo si se tiene en cuenta que se dirigen a dimensiones —el autocuidado, la adhesión, el afrontamiento o la prevención de la recaída— que la intervención puramente biomédica no alcanza.

4.1. Interpretación de los principales hallazgos

El hallazgo más transversal de esta revisión es que la efectividad de estas intervenciones depende menos de la técnica concreta que de la calidad de su fundamentación, de su planificación y de su aplicación. Las intervenciones basadas en modelos teóricos explícitos, adaptadas a las necesidades de la persona y aplicadas con fidelidad por profesionales formados, obtienen mejores resultados que las actuaciones improvisadas o meramente informativas. Este patrón se repite en la educación terapéutica del paciente, en la entrevista motivacional y en las intervenciones psicoeducativas, lo que sugiere la existencia de principios comunes a todas ellas.

En la enfermedad crónica, la constatación de que la educación terapéutica del paciente mantiene su efectividad con independencia del formato y del perfil del profesional resulta especialmente valiosa para la organización de los servicios, pues abre la puerta a modelos flexibles y escalables, incluidos los de administración grupal y electrónica, y refuerza el papel de los profesionales no especialistas —entre ellos, de forma destacada, la enfermería— como agentes educativos de primer orden.

En el cambio de conductas, la evidencia invita a la prudencia. La entrevista motivacional produce beneficios reales, pero de pequeña magnitud y a menudo circunscritos al corto plazo, lo que obliga a integrar esta técnica en estrategias más amplias y sostenidas y a no sobreestimar su capacidad de generar cambios duraderos por sí sola. En la salud mental, en cambio, la magnitud del efecto de las intervenciones familiares y psicoeducativas sobre la prevención de la recaída es notable, hasta el punto de justificar su consideración como intervenciones de primera elección.

Un elemento común a los tres ámbitos merece ser subrayado: La magnitud del efecto, aun cuando sea pequeña o moderada, adquiere una relevancia considerable si se pondera su bajo coste, su escasa iatrogenia y su carácter acumulativo a escala poblacional. Una intervención de efecto modesto pero aplicable a un gran número de personas, sin apenas riesgos y a un coste reducido, puede producir un impacto sanitario y social superior al de intervenciones biomédicas de mayor efecto individual pero de aplicación más restringida o de mayor coste. Esta perspectiva de salud pública resulta imprescindible para valorar en su justa medida la aportación de la educación para la salud y de la intervención psicosocial.

El análisis conjunto de los distintos ámbitos permite, además, identificar unos mecanismos de acción comunes que trascienden las técnicas concretas. El fortalecimiento de la autoeficacia, la activación de la persona como agente de su propia salud, la mejora de la relación asistencial y la movilización del apoyo del entorno aparecen una y otra vez como los ingredientes activos que explican la efectividad de intervenciones aparentemente distintas. Esta convergencia sugiere que la educación para la salud y la intervención psicosocial comparten un núcleo común, y que la formación de los profesionales debería orientarse tanto al dominio de las técnicas específicas como a la comprensión de estos principios transversales, que son los que en último término determinan el resultado.

La identificación de estos ingredientes activos comunes tiene, además, una consecuencia metodológica relevante para la investigación futura. Con demasiada frecuencia, los estudios comparan intervenciones etiquetadas por su denominación —educación estructurada, entrevista motivacional, psicoeducación— sin analizar sus componentes reales, lo que dificulta la comprensión de por qué funcionan y en qué medida comparten mecanismos. Avanzar hacia una caracterización precisa de los componentes y de las técnicas concretas que integran cada intervención permitiría superar esta limitación y construir un conocimiento más acumulativo y transferible. Esta perspectiva, que analiza las intervenciones por sus componentes y no solo por su etiqueta, representa una de las líneas más prometedoras para el desarrollo científico del campo.

4.2. Comparación con marcos y evidencia previos

Los resultados son coherentes con el marco conceptual establecido por la Carta de Ottawa y con la evolución hacia el modelo biopsicosocial. La evidencia empírica actual confirma lo que aquellos marcos anticiparon: Que capacitar a las personas y atender su dimensión psicosocial mejora los resultados en salud. La convergencia entre la fundamentación teórica clásica y la evidencia reciente refuerza la solidez de este campo y desmiente la percepción, todavía frecuente, de que la *EpS* y la intervención psicosocial constituyen actividades accesorias o de eficacia incierta.

Al mismo tiempo, la revisión pone de manifiesto una tensión entre la robustez del respaldo teórico y normativo y la heterogeneidad y las limitaciones metodológicas de una parte de la evidencia empírica, particularmente en el ámbito de la entrevista motivacional, donde buena parte de los metaanálisis presenta una calidad baja o muy baja. Esta tensión no invalida las intervenciones, pero exige cautela en la interpretación y subraya la necesidad de investigación de mayor rigor.

Resulta igualmente ilustrativo el hallazgo, aparentemente paradójico, de que en la prevención de la recaída de la esquizofrenia la psicoeducación familiar aislada pueda

resultar superior a modelos más complejos que añaden entrenamiento en habilidades. Este resultado, lejos de ser anecdótico, apunta a un principio de amplio alcance: La sofisticación de una intervención no garantiza su superioridad, y en ocasiones las intervenciones más sencillas, más fáciles de aplicar con fidelidad y de implantar en condiciones reales, obtienen mejores resultados que las más elaboradas. Esta constatación es especialmente relevante para los sistemas sanitarios con recursos limitados y refuerza la idea de que la viabilidad y la calidad de la implantación son tan importantes como el diseño teórico de la intervención.

Otro elemento de contraste con la evidencia previa se refiere a la magnitud de los efectos. La constatación de que muchas de estas intervenciones producen efectos de tamaño pequeño o moderado podría interpretarse, de forma superficial, como una limitación. Sin embargo, esta interpretación desconoce la naturaleza de los desenlaces que se persiguen —el cambio de conductas arraigadas, el afrontamiento de la enfermedad o la prevención de la recaída— que son inherentemente difíciles de modificar y sobre los que las intervenciones biomédicas apenas influyen. En este contexto, un efecto pequeño pero consistente, obtenido con seguridad y a bajo coste, representa una aportación valiosa. La comparación con la evidencia previa confirma, en definitiva, que la educación para la salud y la intervención psicosocial no compiten con las intervenciones biomédicas, sino que las complementan, ocupando un espacio que ninguna otra herramienta puede cubrir.

4.3. Implicaciones para la práctica y para la enfermería

De la síntesis se derivan implicaciones prácticas claras. La primera es la conveniencia de fundamentar sistemáticamente las intervenciones en modelos teóricos y de planificarlas con rigor, en lugar de confiarlas a la improvisación. La segunda es la necesidad de invertir en la formación de los profesionales en comunicación, en técnicas educativas y en habilidades de relación de ayuda, dado que la competencia del profesional es un determinante directo de la efectividad. La tercera es la importancia de garantizar la continuidad y la intensidad suficientes de las intervenciones, integrándolas en la organización del servicio y no relegándolas a un papel marginal.

Para la enfermería, estos hallazgos reivindican un ámbito nuclear de su ejercicio profesional. La educación para la salud y el apoyo psicosocial no son tareas añadidas, sino competencias propias que aportan un valor demostrable a los resultados en salud. Reconocer, formar y dotar de tiempo a las enfermeras para el desempeño de estas funciones constituye una decisión de gestión con un retorno sanitario y social considerable.

La enfermería no solo es un agente idóneo para aplicar estas intervenciones, sino también para liderar su desarrollo e implantación en los servicios. Su visión integral de la persona, su presencia en todos los niveles asistenciales y su tradición de cuidado la sitúan en una posición privilegiada para diseñar programas educativos, para coordinar la atención a la cronicidad y para impulsar una cultura organizativa que valore la dimensión educativa y psicosocial de la asistencia. El desarrollo de roles avanzados de enfermería ofrece un marco especialmente propicio para consolidar estas funciones y para demostrar su contribución a los resultados en salud. Aprovechar plenamente este potencial requiere, no obstante, superar las barreras organizativas y culturales que aún relegan estas actividades a un segundo plano.

Estas implicaciones no se limitan al plano individual del profesional, sino que interpelan a la organización de los servicios y a la política sanitaria. La integración efectiva de la educación para la salud y de la intervención psicosocial en la práctica exige rediseñar los procesos asistenciales para que estas actividades dispongan de tiempo, de espacios y de recursos; incorporarlas a los sistemas de registro y de evaluación para hacerlas visibles y medibles; y reconocerlas en la carrera profesional y en la ordenación del trabajo. Sin estas condiciones estructurales, la evidencia sobre la efectividad de estas intervenciones corre el riesgo de permanecer como una aspiración teórica sin traslación real a la mejora de la salud de la población.

Merece una consideración específica el argumento de la eficiencia. En un contexto de recursos limitados y de sostenibilidad comprometida de los sistemas sanitarios, las intervenciones educativas y psicosociales presentan un perfil especialmente atractivo: Emplean recursos en buena medida ya disponibles —el tiempo y las competencias de los profesionales—, carecen de los efectos adversos propios de muchas intervenciones biomédicas y actúan sobre las causas conductuales y psicosociales de una parte sustancial de la carga de enfermedad. La inversión en la capacitación de los profesionales y en la organización de estas actividades constituye, desde esta perspectiva, una decisión de gestión con un elevado retorno potencial, que debería ocupar un lugar más destacado en las prioridades de los sistemas sanitarios.

4.4. Limitaciones del trabajo

Esta revisión presenta limitaciones que deben tenerse en cuenta. Su carácter narrativo y la amplitud del objeto de estudio impiden una exhaustividad comparable a la de una revisión sistemática centrada en una pregunta única. La restricción idiomática al español y al inglés puede haber dejado fuera evidencia relevante. La selección y la síntesis fueron realizadas por una única autora, lo que incrementa el riesgo de sesgo, y la heterogeneidad de los documentos incluidos impidió toda agregación cuantitativa. Como fortalezas, el trabajo integra la fundamentación teórica, los métodos y la evidencia de efectividad en un marco unificado, se apoya en fuentes del mayor nivel de evidencia y adopta los principios de transparencia de la declaración *PRISMA*.

Conviene, asimismo, reconocer una limitación inherente al propio objeto de estudio. La heterogeneidad de las intervenciones educativas y psicosociales, la variabilidad en su definición y en su forma de aplicación, y la dificultad para aislar sus componentes activos complican tanto la síntesis de la evidencia como la comparación entre estudios. A ello se añade la frecuente insuficiencia en la descripción de las intervenciones en los estudios primarios, que limita su reproducibilidad. Estas limitaciones, comunes al conjunto del campo, no son atribuibles a esta

revisión, pero condicionan el grado de certeza alcanzable y refuerzan la necesidad de mejorar la calidad metodológica y la comunicación de las intervenciones en la investigación futura.

4.5. La dimensión ética y la equidad

La educación para la salud y la intervención psicosocial no son actividades neutrales; incorporan una dimensión ética ineludible. Por una parte, deben respetar la autonomía de la persona, evitando el paternalismo y la imposición de conductas, y orientándose a facilitar decisiones informadas y libres. El enfoque de empoderamiento y el estilo no directivo de la entrevista motivacional y del counselling responden precisamente a esta exigencia ética de respeto a la persona como agente de su propia salud.

Por otra parte, estas intervenciones tienen una relación directa con la equidad. Dado que los determinantes sociales condicionan tanto la exposición a los riesgos como la capacidad de adoptar conductas saludables, una educación para la salud mal diseñada puede, paradójicamente, ampliar las desigualdades, al beneficiar en mayor medida a quienes ya disponen de más recursos y de mayor alfabetización en salud. Evitar este efecto exige adaptar sistemáticamente las intervenciones a los colectivos más vulnerables y combinar la actuación sobre las capacidades individuales con la incidencia sobre los determinantes estructurales. La equidad debe ser, por tanto, un criterio rector del diseño de toda intervención educativa y psicosocial.

La dimensión ética se extiende también al modo en que se conciben los objetivos de la intervención. Una educación para la salud que persiguiera únicamente la modificación de conductas definidas por el profesional, sin atender a los valores y a las prioridades de la persona, incurriría en un nuevo paternalismo, más sutil pero igualmente cuestionable. El respeto genuino a la autonomía exige aceptar que la persona pueda adoptar decisiones que no coincidan con la recomendación técnica, y orientar la intervención a garantizar que tales decisiones sean informadas y libres, más que a imponer una determinada conducta. Esta tensión entre la promoción de la salud y el respeto a la libertad individual constituye uno de los debates éticos de fondo de la disciplina, y su resolución pasa por situar el empoderamiento y la capacidad de decisión de la persona, y no la mera adopción de la conducta prescrita, como finalidad última de la intervención.

La perspectiva de la equidad exige, asimismo, prestar una atención especial a los colectivos en situación de mayor vulnerabilidad —las personas con menor nivel educativo, con menos recursos económicos, de edad avanzada, con discapacidad o pertenecientes a minorías—, que acumulan a la vez una mayor carga de enfermedad y mayores dificultades de acceso a la información y a los servicios. Diseñar las intervenciones pensando prioritariamente en estos colectivos, y no en la población general o en los grupos más favorecidos, es la vía para que la educación para la salud reduzca las desigualdades en lugar de reproducirlas. Este principio, conocido como universalismo proporcionado, propone ofrecer intervenciones a toda la población pero con una intensidad proporcional a la necesidad, y constituye un criterio de justicia distributiva especialmente pertinente para la educación para la salud y para la intervención psicosocial.

4.6. Aportaciones y perspectivas de futuro

La principal aportación de este trabajo reside en ofrecer una síntesis integradora que conecta la fundamentación teórica con la evidencia de efectividad y con las implicaciones para la práctica, superando la fragmentación disciplinar que caracteriza a este campo. De cara al futuro, los avances más prometedores se sitúan en la personalización de las intervenciones, en la incorporación juiciosa de las tecnologías digitales, en la medición sistemática de resultados y en la consolidación de la educación para la salud como una competencia estructurada y reconocida de los profesionales sanitarios. El reto pendiente no es tanto demostrar la eficacia de estas intervenciones —ampliamente respaldada— cuanto garantizar su implantación sistemática, equitativa y de calidad en la práctica asistencial cotidiana.

Este reto de implantación exige avanzar en varios frentes de forma simultánea. En el plano formativo, es preciso incorporar de manera sólida las competencias educativas y psicosociales a la formación de grado y a la formación continuada de los profesionales. En el plano organizativo, resulta necesario rediseñar los procesos asistenciales y los sistemas de información para hacer visibles, medibles y sostenibles estas actividades. En el plano investigador, conviene reforzar la evaluación de las intervenciones en condiciones reales y su coste-efectividad, así como el estudio de las estrategias de implantación más eficaces. Y en el plano político, es imprescindible un compromiso institucional que sitúe la promoción de la salud y la atención a la dimensión psicosocial entre las prioridades reales, y no solo declarativas, de los sistemas sanitarios. Solo la acción coordinada sobre estos frentes permitirá que el considerable potencial de la educación para la salud y de la intervención psicosocial se traduzca plenamente en beneficios para la población.

En última instancia, el desarrollo de estas intervenciones remite a una determinada concepción de la atención sanitaria y de la relación entre los profesionales y las personas. Apostar por la educación para la salud y por la intervención psicosocial supone situar a la persona, con su experiencia, sus valores y su capacidad de decisión, en el centro del sistema, y entender la salud como algo que se construye con las personas y no solo para ellas. Esta orientación, coherente con los principios de la atención centrada en la persona y con los valores que inspiran los sistemas sanitarios públicos, confiere a este campo una relevancia que trasciende su eficacia técnica y lo vincula con la propia finalidad de la asistencia sanitaria: Contribuir a que las personas vivan con la mayor salud, autonomía y bienestar posibles.

5. CONCLUSIONES

La educación para la salud y la intervención psicosocial son componentes efectivos y necesarios de la atención sanitaria, fundamentados en el modelo biopsicosocial, en

la Carta de Ottawa y en un cuerpo consolidado de teorías del comportamiento.

La educación terapéutica del paciente es efectiva en la enfermedad crónica, con efectos de magnitud pequeña a moderada que se mantienen con independencia del formato de administración y del perfil del profesional, lo que la hace escalable en los servicios sanitarios.

La entrevista motivacional produce efectos beneficiosos, aunque de pequeña magnitud y principalmente a corto plazo, por lo que debe integrarse en estrategias más amplias y aplicarse con fidelidad y formación específica.

En la salud mental, las intervenciones familiares, la psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual reducen de forma consistente el riesgo de recaída en la esquizofrenia y deben considerarse intervenciones de primera elección.

La efectividad de todas estas intervenciones depende más de su fundamentación, de su planificación y de la competencia del profesional que de la técnica concreta empleada, y se ve modulada por la alfabetización en salud, la continuidad y la implicación del entorno. La enfermería ocupa una posición privilegiada para su desarrollo, lo que exige su reconocimiento, su formación y su dotación adecuada.

En definitiva, la educación para la salud y la intervención psicosocial no constituyen actividades accesorias, sino componentes esenciales de una atención sanitaria integral, humanizada y centrada en la persona. Reforzar su presencia en la práctica asistencial —mediante la formación de los profesionales, la reorganización de los servicios y el reconocimiento institucional— representa una vía de mejora de los resultados en salud y de la equidad, plenamente coherente con los principios que inspiran los sistemas sanitarios contemporáneos.

Líneas futuras de investigación

- Desarrollo de ensayos clínicos de mayor calidad metodológica sobre la entrevista motivacional y su efecto a largo plazo.
- Evaluación de la efectividad y del coste-efectividad de los programas de educación para la salud liderados por enfermería en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.
- Estudio del impacto de las intervenciones digitales de educación y apoyo psicosocial, así como de su equidad de acceso.
- Investigación sobre las estrategias más eficaces para adaptar las intervenciones al nivel de alfabetización en salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-136.
2. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1946.
3. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
4. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1986.
5. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
6. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot Int. 1998;13(4):349-364.
7. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4.ª ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2005.
8. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
9. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328-335.
10. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390-395.
11. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.
12. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179-211.
13. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102 (29 abr 1986).
14. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, núm. 240 (5 oct 2011).
15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.
16. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. 3.ª ed. Nueva York: Guilford Press; 2013.
17. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003;26(1):1-7.
18. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhague: OMS; 1998.
19. Correia JC, Waqas A, Assal JP, Davies MJ, Somers F, Golay A, et al. Effectiveness of therapeutic patient education interventions for chronic diseases: a systema-

tic review and meta-analyses of randomized controlled trials. Front Med. 2023;9:996528.

20. 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. 2018;13(10):e0204890.

21. Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2021;8(11):969-980.

22. Rodolico A, Bighelli I, Avanzato C, Concerto C, Cutrufelli P, Mineo L, et al. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2022;9(3):211-221.

23. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-267.

24. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.

25. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci. 2011;6:42.

26. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Estocolmo: Institute for Futures Studies; 1991.

27. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011;343:d4163.

28. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Nueva York: Springer; 1984.

29. Organización Mundial de la Salud. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Ginebra: OMS; 2003.

30. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff. 2001;20(6):64-78.

31. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215.

32. Rogers CR. Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin; 1951.

33. Organización Mundial de la Salud. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Ginebra: OMS; 2016.

34. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annu Rev Public Health. 2021;42:159-173.

ANEXOS

Anexo I. Áreas de acción de la Carta de Ottawa (1986)

La Carta de Ottawa estableció cinco áreas de acción prioritarias para la promoción de la salud, que constituyen un marco de referencia para el diseño de las intervenciones educativas y psicosociales.

Área de acción	Descripción
Construir políticas públicas saludables	Situar la salud en la agenda de todos los sectores y niveles de decisión.
Crear entornos favorables	Generar condiciones de vida y de trabajo seguras, estimulantes y saludables.
Reforzar la acción comunitaria	Fortalecer la participación y el protagonismo de la comunidad en las decisiones sobre su salud.
Desarrollar las aptitudes personales	Proporcionar información y educación para la salud y perfeccionar las habilidades para la vida.
Reorientar los servicios sanitarios	Trascender la provisión de servicios clínicos hacia la promoción de la salud.
Fuente: Elaboración propia a partir de la Carta de Ottawa (*OMS*, 1986).	

Anexo II. Modelos teóricos del cambio de comportamiento en salud

Modelo	Autoría	Constructos principales
Modelo de Creencias sobre la Salud	Rosenstock	Susceptibilidad y gravedad percibidas, beneficios y barreras, claves para la acción.
Modelo Transteórico	Prochaska y DiClemente	Estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.
Teoría Social Cognitiva	Bandura	Autoeficacia, expectativas de resultado, aprendizaje observacional, determinismo recíproco.
Teoría de la Conducta Planificada	Ajzen	Actitud, norma subjetiva, control conductual percibido e intención.
Enfoque salutogénico	Antonovsky	Sentido de coherencia: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo III. Glosario de términos clave

- **Alfabetización en salud:** Competencias cognitivas y sociales que determinan la capacidad de acceder a la información sanitaria, comprenderla y utilizarla.
- **Autoeficacia:** Confianza de la persona en su capacidad para ejecutar con éxito una conducta determinada.
- **Educación para la salud:** Oportunidades de aprendizaje construidas deliberadamente para facilitar cambios de conducta hacia un objetivo de salud.
- **Educación terapéutica del paciente:** Proceso que capacita a la persona para gestionar su vida con una enfermedad crónica.
- **Entrevista motivacional:** Estilo de comunicación centrado en la persona orientado a reforzar la motivación y el compromiso con el cambio.
- **Intervención psicosocial:** Actuación dirigida a atender las necesidades emocionales, cognitivas, relacionales y sociales asociadas al proceso de salud-enfermedad.
- **Promoción de la salud:** Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de su salud y mejorarla.
- **Psicoeducación:** Intervención estructurada que proporciona información y estrategias de afrontamiento a la persona y a su familia sobre un problema de salud.
- **Adhesión terapéutica:** Grado en que el comportamiento de la persona se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.
- **Afrontamiento:** Conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a manejar las demandas percibidas como desbordantes de los recursos de la persona.
- **Apoyo social:** Recursos emocionales, informativos e instrumentales que la persona recibe de su red de relaciones.
- **Calidad de vida relacionada con la salud:** Percepción de la persona sobre su bienestar físico, psicológico y social en el contexto de su enfermedad.
- **Consejo breve:** Intervención de corta duración, integrada en el encuentro clínico, dirigida a promover un cambio de conducta concreto.
- **Counselling:** Relación de ayuda no directiva orientada a facilitar la exploración y la toma de decisiones autónomas.
- **Determinantes de la salud:** Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud.
- **Empoderamiento:** Proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y las acciones que afectan a su salud.
- **Sentido de coherencia:** Disposición que permite percibir los estímulos de la vida como comprensibles, manejables y significativos.

Anexo IV. Recomendaciones para el diseño de un programa de educación para la salud

1. Análisis de necesidades

- Realizar un diagnóstico de las necesidades educativas y psicosociales de la población destinataria.
- Identificar los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de la conducta objetivo.

2. Fundamentación y planificación

- Seleccionar un modelo teórico del comportamiento que fundamente la intervención.
- Formular objetivos educativos claros, medibles y adaptados al nivel de alfabetización en salud.

3. Ejecución

- Combinar métodos individuales, grupales y comunitarios según el objetivo.
- Aplicar las técnicas con fidelidad y garantizar la formación específica del profesional.
- Implicar a la familia y al entorno como agentes de refuerzo.

4. Evaluación

- Evaluar el proceso, los resultados de aprendizaje y el impacto sobre las variables de salud.
- Prever la continuidad y el refuerzo para consolidar los cambios en el tiempo.
- Documentar la intervención en la historia clínica para garantizar la coordinación del equipo.
- Analizar los resultados para retroalimentar y mejorar el propio programa.

Nota: Estas recomendaciones sintetizan los principios de planificación y evaluación descritos en el trabajo y deben adaptarse a las características de cada contexto y población.

Anexo V. Técnicas de comunicación en la relación de ayuda

- **Escucha activa:** Atender de forma plena al mensaje verbal y no verbal de la persona, mostrando interés y comprensión.
- **Preguntas abiertas:** Formular preguntas que inviten a la persona a explayarse, en lugar de las que se responden con un monosílabo.
- **Escucha reflexiva:** Devolver a la persona, reformulado, lo que ha expresado, para confirmar la comprensión y favorecer la exploración.
- **Empatía:** Comprender y transmitir la comprensión del marco de referencia y de las emociones de la persona, sin juzgar.
- **Confirmación de la comprensión:** Solicitar a la persona que explique con sus palabras la información recibida, para detectar y corregir malentendidos.
- **Refuerzo positivo:** Reconocer y valorar los esfuerzos y los logros de la persona, para fortalecer su autoeficacia.
- **Silencio respetuoso:** Permitir pausas que faciliten la reflexión y la expresión emocional.

Anexo VI. La educación para la salud según los niveles de prevención

Nivel de prevención	Población diana	Objetivo de la educación para la salud
Prevención primaria	Población sana	Promover estilos de vida saludables y evitar la aparición de la enfermedad.
Prevención secundaria	Población en riesgo o con enfermedad incipiente	Favorecer la detección precoz y frenar la progresión de la enfermedad.
Prevención terciaria	Personas con enfermedad establecida	Fomentar el autocuidado, la adhesión y la rehabilitación; prevenir complicaciones.
Fuente: Elaboración propia.		

Anexo VII. Principales tipos de intervención psicosocial

Intervención	Descripción	Aplicación principal
Counselling	Relación de ayuda no directiva que facilita la exploración y la toma de decisiones autónomas.	Cambio de conductas, malas noticias, acompañamiento.
Entrevista motivacional	Estilo de comunicación centrado en la persona para reforzar la motivación al cambio.	Consumo de alcohol y tabaco, adhesión, actividad física.
Psicoeducación	Intervención estructurada de información y estrategias de afrontamiento para la persona y su familia.	Trastornos mentales, enfermedad crónica.
Terapia cognitivo-conductual	Técnicas para modificar pensamientos y conductas desadaptativas.	Depresión, ansiedad, esquizofrenia, dolor crónico.
Intervención familiar	Trabajo con la familia como agente de apoyo y de refuerzo terapéutico.	Esquizofrenia, dependencia, sobrecarga del cuidador.
Grupos de ayuda mutua	Encuentro entre iguales para el apoyo emocional y el aprendizaje compartido.	Enfermedad crónica, duelo, adicciones.
Fuente: Elaboración propia.		

Anexo VIII. Índice de tablas

- Tabla 1. Principales combinaciones de términos empleadas en la estrategia de búsqueda.
- Tabla 2. Síntesis de las principales revisiones y documentos de referencia incluidos.

Nota: La numeración de las tablas se corresponde con su orden de aparición en el cuerpo del trabajo.