

Carlos Galarza, Paula Cuffaro,  
Marcelo Rada, Jorge Janson

### Palabras clave

Educación terapéutica, educación para la salud, enfermedades crónicas.

### Síntesis Inicial

Mientras la comunicación en la medicina fue siempre bien vista como un valor, la educación de los pacientes fue adquiriendo “status” de tratamiento, con metodologías propias y recomendaciones explícitas en las guías, sólo recientemente.

Quizás porque, a pesar del desarrollo de drogas antihipertensivas efectivas, un gran número de pacientes no alcanzan las metas buscadas, con una adherencia a los tratamientos que puede ser mejorada significativamente.

Si bien quedan muchas preguntas específicas por resolver, progresivamente, publicaciones de distintos orígenes, incluyendo la presente, van avalando la eficacia de diferentes formatos y tipos de educación en el tratamiento antihipertensivo y la adherencia. En tales condiciones, se alcanzan niveles de control cercanos al 60%.<sup>1-8</sup> El planteo central de este capítulo es ¿cómo pasar de informar a educar? Y luego, ¿cómo pasar del escenario cara a cara a la comunicación dirigida a un grupo?

## POTENCIACIÓN DEL EFECTO HIPOTENSOR ASOCIADO AL ABORDAJE SIMULTÁNEO DE DIVERSOS FACTORES PRESORES

Las intervenciones en la comunicación/educación son poderosas, ya que pueden sostener o favorecer la intensificación del tratamiento farmacológico y, por otro lado, favorecen la puesta en práctica de diversos “targets” que se asocian a descenso de la presión arterial (peso, sal, vegetales).

En tal sentido, quizás fue el estudio *PREMIER* el cual demostró de manera más fehaciente la potenciación del efecto hipotensor cuando se intervienen simultáneamente en varios objetivos. Sin embargo, la educación llevó entre 12 y 14 hs por paciente y no parece ser aplicable en nuestra práctica de manera simple. El tiempo es nuestro campo de juego y se estima que una significativa porción del descontento de los médicos al dar consejos de salud es la escasez de tiempo en las consultas. Una propuesta de este capítulo es la creación de espacios alternativos o complementarios a la consulta.<sup>9</sup>

## LA MAYOR PARTE DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS SE REALIZAN EN PERSONAS QUE ESTÁN BAJO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Quizás se deba esto a que son los pacientes mayores los propuestos a aceptar la educación, son los que tienen más ad-

herencia a las medidas no farmacológicas, al mismo tiempo que la mayoría de ellos están medicados y no logran controlar fácilmente la presión arterial.

Esto se destaca porque (contrariamente a lo esperado, a lo teórico, a lo que mostró el estudio TONE inicialmente) en la práctica o en los nuevos ensayos clínicos, la mayor parte de los pacientes que adhieren espontáneamente a las intervenciones educativas están bajo tratamiento farmacológico.<sup>10</sup>

En nuestra experiencia a lo largo de los últimos diez años, el programa de mejor control de la presión arterial llevada adelante en forma interdisciplinaria (Gerencia del Plan de Salud-Área Epidemiología-Unidad de Hipertensión Arterial) en el Hospital Italiano, promovió entre otras medidas, la educación grupal.<sup>7,8</sup> Más de 5000 hipertensos accedieron a esta forma de educación. Después de unos años de haber comenzado, en una cohorte de 22.157 hipertensos mayores de 65 años, se identificaron al azar a 447 casos (recibieron educación grupal) y se eligieron 894 controles para analizar la relación entre consumo de antihipertensivos y educación. El estudio mostró que al llegar al taller grupal, ya el 73% de los pacientes que eligieron educarse estaban tomando antihipertensivos. Y luego del estudio la tasa alcanzó 78%. En el grupo control (hipertensos de igual edad y sexo, no educados) las tasas de tratamiento farmacológico fueron de 61% al inicio y 66% en el seguimiento.<sup>11</sup>

Una experiencia similar se observó en un estudio hecho en Hospitales de Veteranos en EEUU, donde la educación

de pacientes y médicos no cambió la tasa de uso de fármacos, pero sí mejoró el control, llevándolo de 40 a 60%.<sup>6</sup>

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD. ALGUNAS DEFINICIONES

“Somos seres de aprendizaje” dice Sabater en su libro “El valor de educar” y nos recuerda que el ser humano es un primate que se diferencia de sus predecesores porque aprende y enseña a lo largo de toda su vida, es decir, la función de aprender le es inherente. De modo tal que mientras “cambiar hábitos suena a algo amenazador de nuestra personalidad, aprender es algo natural al ser humano, casi un instinto que nos dirige hacia el crecimiento personal”, diría Carl Rogers. De aquí que todos aprendemos y enseñamos en un aprendizaje “informal”. Y cuando hablamos de educación pensamos en diseñar y aplicar estrategias que facilitan este aprendizaje.

En el caso de la “educación para la salud” tomamos un concepto de la escuela francesa como definición básica: “Toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificado, destinada a facilitar los cambios voluntarios del comportamiento hacia un patrón más saludable”.

Se suele usar el término de “Educación Terapéutica” para señalar que es un tratamiento en sí mismo, no sólo un vehículo del tratamiento. Esta aproximación se desarrolló mucho más tempranamente para la diabetes que para la hipertensión. Otras **Palabras clave** que en la actualidad se relacionan a la educación de los pacientes son: comunicación efectiva, adherencia y comunicación médico-paciente.

La literatura anglosajona acuñó el término “self-management”, palabra clave más importante para conseguir literatura sobre este punto. Es que el automanejo es en sí mismo un objetivo, una definición que centra las actividades educativas, especialmente cuando pensamos en los pacientes.

“Educación para la autonomía” diría Paulo Freire en uno de sus libros publicados con este título.

En la tabla 101-1 se intenta sintetizar los cambios en la comunicación, así como en la educación, proponiendo un modelo diferente para las enfermedades agudas y para las crónicas.

## EDUCACIÓN, “EMPODERAMIENTO” Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

Es evidente que, en el caso de la hipertensión más que en otras condiciones crónicas, el paciente no siente ningún síntoma por la enfermedad. Más bien que su condición de salud aparece como una amenaza a su calidad de vida.

Como ilustra la fig. 101-1, en el caso de la enfermedad aguda todos pueden rápidamente percibirla y acordar. En el caso de la enfermedad crónica, esta es inaparente, el riesgo es más parecido a un señor que cruza la calle. Simplemente “está en riesgo” y tiene que mirar si pasan autos. Y es el paciente solo en su vida cotidiana, a través de una actitud activa, quien tendrá la posibilidad de bajar su riesgo al mismo tiempo que proteger su calidad de vida.

Aparece este nuevo escenario que ya no es el hospital, es el mundo común, con todos sus componentes, donde el paciente o la persona sana harán cosas por su salud (positivas, negativas, neutras).<sup>2</sup>

### Un cambio teórico y práctico

Al considerar a las enfermedades crónicas como el producto de rutinas cotidianas también se produce un desplazamiento, un cambio desde el punto de vista del conocimiento.

El problema ya no puede abordarse solamente sobre la base de generalizaciones o el razonamiento analítico que

**Tabla 101-1 Diferentes modelos educativos usados frecuentemente en la medicina**

<b>MÉTODO TRADICIONAL: CUMPLIMIENTO</b>	<b>MÉTODO AUTOMANEJO: CUMPLIMIENTO</b>
Se basa en que los pacientes “cumplirán” lo que se les explica Más útil en la enfermedad aguda	Se basa en desarrollar los recursos, las habilidades y conocimientos previos Más útil en la enfermedad crónica
<b>Objetivo principal</b>	
Que aprendan la información para que la usen	Que mejoren el automanejo de la enfermedad en la vida cotidiana
<b>Comunicación</b>	
Mensaje centrado en la enfermedad Enfatiza el qué se debe hacer	Mensaje centrado en el paciente y su contexto, en las soluciones Enfatiza el cómo lograrlo
Es común la prohibición	Se busca aumentar la percepción de sus capacidades
Fragmentación del conocimiento por factores de riesgo y superposición de objetivos	Enfoque integrador de múltiples factores de riesgo en objetivos comunes
Subyace el miedo como motor de cambio	Estimula el cambio reconociendo el deseo del paciente de mejorar su calidad de vida
<b>Rol del docente</b>	
Método expositivo - Actitud más paternalista del orador	Método participativo - El docente es mediador



Figura 101-1. Las diferencias en la percepción.

nos genera más certidumbre (en el que están producidas las evidencias típicamente) sino que necesitamos del razonamiento práctico, propuesto con especificaciones lógicas ya por Aristóteles. Este implica considerar otros elementos de menor certidumbre como las posibilidades, lo factible, dialogando ahora con la realidad, estableciendo hipótesis, posibles cursos de acción, un razonamiento. Pero un razonamiento dialéctico, que incluye en el centro a lo que el paciente sabe, cree, puede hacer, etc. Un ejercicio más próximo a las ciencias sociales y al diálogo transdisciplinario.<sup>12</sup>

A modo de síntesis, recuerdo lo que en una conferencia decía hace un tiempo el epidemiólogo P. Whelton, a cargo del programa nacional de educación para el tratamiento de la hipertensión en EEUU, “palabras que guían acciones”.

### Y estas palabras, mejor si son fáciles de entender y fáciles de hacer

Si parten de los símbolos, de las concepciones, de las necesidades de los pacientes, facilitarán que aprendan más rápido (sólo tienen que aprender lo nuevo) y que, al mismo tiempo, podamos transmitirles un reconocimiento explícito a su subjetividad, su saber, su existencia.

De alguna manera se atiende a otro objetivo que es mejorar la confianza, la autoestima, animándolos a aprender más, a hacer de otro modo. En esto coinciden distintos autores, tanto aquellos dedicados a la educación para la salud, como K. Lorig, las escuelas de marketing social (las que estudian la aceptación de las innovaciones), como los distintos enfoques educativos, sobre todo cuando la educación transita desde un experto a los que menos saben. En tal sentido, Paulo Freire, cuando se dedica a la alfabetización de los campesinos enfatizaba el usar los símbolos cotidianos ya conocidos. Incluso Platón, quien más que el propulsor de categorías ideales, dejó anotado en la Paradoja de Menón: “Si los conocimientos nuevos no guardan ninguna relación con lo que se sabe de antemano, no tendrán ningún sentido para el que aprende”.

Lo antedicho es una parte del marco teórico de nuestro programa para educar hipertensos contado como un relato personal. La otra parte es una metodología de abordaje sistémico de la promoción de la salud conocida como PRECEDE (fig. 101-2).<sup>13</sup>

### Pasar de priorizar el QUÉ a priorizar el CÓMO, el PARA QUÉ

Yo no puedo decirle a usted, mi lector, qué tendría que hacer para realizar una educación grupal con sus pacientes. Va a depender mucho de su población. Hacer un diagnóstico primero (educativo, social, epidemiológico, recursos disponibles en el paciente, en la conducta, en el ambiente, en las leyes, etc.). ¿Y cómo registrar éstas múltiples variables? Después de buscar encontramos una respuesta, un modelo de análisis de la realidad para diseñar una intervención educativa o de promoción de la salud que se conoce como PRECEDE. Sus autores del CDC y de Canadá combinan las necesidades de la promoción de la salud y la multicausalidad propia de las enfermedades crónicas en un sistema amplio que da cabida a todas las teorías, y permite construir una “grilla” simple con los diversos componentes. Es uno de los modelos de educación y promoción de la salud

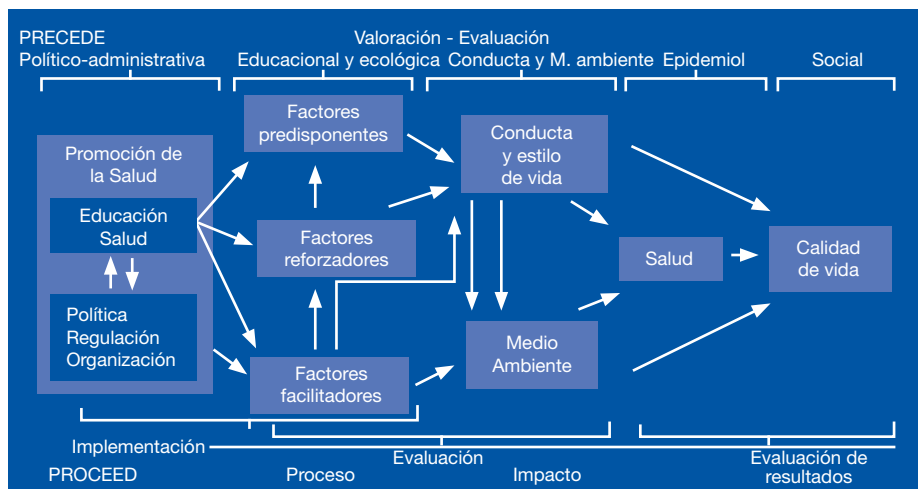


Figura 101-2. PRECEDE. Esquema de diagnóstico y de implementación.

más utilizado en diversas culturas debido a su versatilidad y comprobada eficacia. En [www.ihpr.ubc.ca](http://www.ihpr.ubc.ca) pueden encontrar el uso de este modelo que ha sido puesto en práctica por el American Cancer Association, el American Lung Association, el National Cancer Institute y por los más diversos profesionales relacionados con la educación de la salud (más de 1000 referencias según los autores) (fig. 101-3).

Este modelo nos ofrece "una grilla donde caben los diversos determinantes de la salud y la calidad de vida, permitiéndonos una visión de conjunto, y a la vez de profundidad". En esencia, el modelo estudia con la mayor amplitud posible los diversos determinantes de la salud. Considera como objetivo último de las personas la calidad de vida y a la salud como un instrumento (más que un valor último). Destaca que el contexto social contribuirá a la definición de ambas y a su recíproca relación.<sup>13</sup>

Todas sus etapas tienen aplicación en la educación de los pacientes pero especialmente se aplica la Fase de Diagnóstico Educativo. Se consideran para ello aquellos factores predisponentes. Son los que trae la persona y pueden ser cambiables, tales como: conocimientos: son el principio pero no alcanzan, habilidades, valores, creencias, confianza en su capacidad, necesidades, sentimientos, costumbres. Cada uno de ellos nos da un dominio, donde trabajar, para seleccionar puntos de apoyo, puntos palanca de un trabajo educativo. Un ejemplo de creencias "mi presión es nerviosa", una habilidad "cocinar bien", una necesidad "cuando salgo no ser distinto de otros". La confianza en la capacidad es considerada por educadores americanos como un punto de apoyo fundamental. Así debe ser explorada "cree usted que podrá realizar esto" antes de una indicación, como fortalecida siempre que se pueda: usted realiza bien todo esto...

## LOS DIFERENTES FORMATOS Y ESPACIOS DE LA EDUCACIÓN

### La educación que acompaña a la consulta

El mayor problema de su implementación es que necesita tiempo, no sólo tiempo en la consulta, sino el tiempo vital para que las personas puedan intentar hacer cambios voluntarios del comportamiento. Si bien el ideal sería el aumento del tiempo de la consulta esto, al parecer, no es de fácil implementación en ningún sistema de salud. De aquí que los expertos sugieren diversas alternativas, que las podemos ver en distintos escenarios.<sup>4</sup>

En la consulta se propone entre otras estrategias, mejorar el uso del tiempo, haciendo una comunicación más efectiva.<sup>4</sup> Además surgen otras propuestas que se basan en la pregunta: ¿cómo fraccionar el problema en pequeños objetivos y hacer un plan secuencial que abarque varias consultas para ir abordando la educación de los pacientes de modo ordenado, tópico a tópico? Se pueden desarrollar instrumentos simples, por ejemplo tener en el escritorio para mostrar dos etiquetas para enseñar al paciente cómo comparar el sodio de dos productos similares.

### Etapas

Siguiendo la propuesta de una reciente revisión que se focaliza en la comunicación efectiva en la consulta con el hipertenso, podríamos didácticamente dividir las aproximaciones siguiendo el orden de las consultas en: a) fase diagnóstica; b) etapas iniciales del tratamiento; c) seguimiento a corto y a largo plazo.

Si bien los problemas de adherencia se van a presentar en las últimas etapas, su elevada frecuencia hace que la ten-

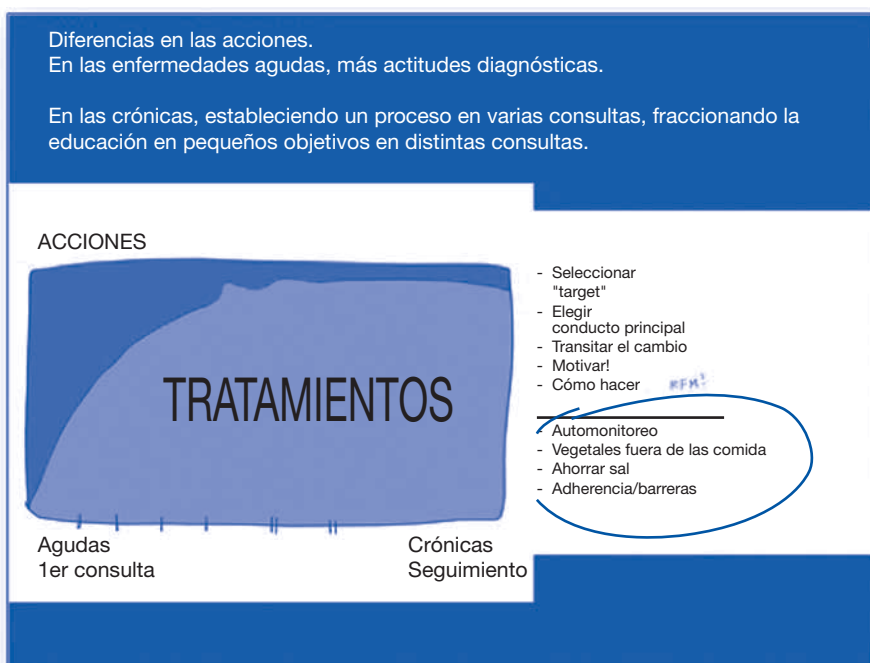


Figura 101-3. De las consultas "agudas" a las crónicas.

gamos presente como un desafío desde la primera consulta. ¿Volverá este paciente? ¿Abandonó antes otros tratamientos?

Generalmente, las primeras consultas están centradas en aspectos diagnósticos y en la construcción dialéctica del concepto de enfermedad y su tratamiento, entre médico, paciente y familiares. La generación de un vínculo, la construcción de una “alianza de trabajo”.

El diagnóstico debe incluir, al menos: 1) las concepciones del paciente acerca de las causas de su enfermedad; 2) sus temores; 3) cómo cree podría estar mejor así como su biografía y otros datos del Diagnóstico Educativo que permiten posteriormente seleccionar objetivos puntuales.

En estas consultas, además se va tramitando de modo variable la aceptación de la enfermedad que generalmente recorre estaciones, desde la negación o el “por qué a mí” hasta la aceptación con otras posibilidades. Es decir, no se puede soslayar el componente subjetivo, la aparición de la vulnerabilidad, la relación de este diagnóstico con experiencias vitales.

Seguimiento: fraccionar y establecer una serie de pasos. Trasladar las palabras a la acción. En el seguimiento de la hipertensión, se van focalizando las consultas en diferentes aspectos, es decir, mediciones reiteradas de la presión arterial, incorporar o aumentar vegetales, lectura de etiquetas, etc. Al mismo tiempo que se motiva a recibir en forma crónica la medicación, se abordan barreras sobre la misma y se verifica la adherencia.

Se reevalúa la respuesta a los hipotensores así como a las percepciones del paciente al tratamiento y se puede evaluar el cociente sodio-potasio en la orina para ver el resultado de los cambios de un modo más objetivo.

Fuera de la consulta: una propuesta explícita de la Guía de la Organización Mundial de la Salud para la adherencia en las enfermedades crónicas (disponible en castellano) enfatiza la necesidad de espacios alternativos a la consulta.<sup>12</sup>

Reuniones grupales, entrega de un material escrito, recomendaciones de sitios web, envío de material educativo por correo o por mail, llamadas telefónicas, inclusión de consejeros o enfermeros y trabajo en equipo más que individual, son entre otras, partes de un set de nuevas estrategias para complementar la consulta que muchas veces parten de una iniciativa del sistema de salud, típicamente un programa de “manejo de la enfermedad”, o de gestión de enfermedades crónicas.<sup>5,7</sup>

## Educación grupal. Probando nuestro remedio

La educación, a diferencia de una droga, es un producto heterogéneo. Y un sesgo habitual de los reportes de intervenciones educativas, que debería evitarse, es que el grupo control es el que recibe tratamiento habitual y el grupo tratamiento activo es aquel que voluntariamente accedió a participar de un seguimiento y de un aprendizaje, no siendo por tanto comparables estos grupos.

Así, siguiendo un modelo similar a un ensayo clínico, comparamos la eficacia hipotensora de dos modelos educa-

tivos sólo en pacientes que previamente aceptaron educarse. Después de aceptar la inclusión los randomizamos a dos modelos de intervención educativa, uno basado en la que la gente sólo necesita saber para hacer (know to do) y que llamamos “información” (como se detalla en la tabla 101-1) y otro basado en el “automanejo” y en la adaptación de los contenidos a la población siguiendo la metodología PRECEDE.

Se hizo un monitoreo ambulatorio al principio y a los seis meses, los resultados fueron que el grado de control de la hipertensión fue alrededor de 40% en ambos grupos al inicio del estudio, y a los seis meses fue 70% en el grupo “automanejo” y 45% en el grupo “información” ( $p < 0.05$ ).<sup>7</sup>

## Experiencias de aprendizaje. Ejemplo de secuencia didáctica propuesta

Basándonos en el marco teórico y en la metodología citada antes elaboramos un proyecto educativo en forma de talleres grupales, aulas de encuentro entre “expertos pacientes” y especialistas, por donde pasaron más de 5000 hipertensos durante estos últimos años.

El punto crucial fue la decisión de convocarlos de manera intensiva por parte de la gerencia médica (invitación personal en la sala de espera, por el médico de cabecera, por teléfono) ya que la simple convocatoria por un cartel o una carta no surtió efecto alguno en reiteradas ocasiones.

Con el fin de sistematizar la educación grupal produjimos, además de un temario y de recursos didácticos cuya descripción excede este capítulo, una secuencia didáctica definida -siguiendo a Kinzie- que se muestra a continuación.<sup>14</sup>

## Instancias educativas, pensadas para un taller grupal, si bien los conceptos se aplican a otros escenarios

### Establecer un vínculo constructivo

- Ganar confianza. Reconocer necesidades, conocimientos y expectativas (empatía)
- Diagnóstico Inicial (PRECEDE)
- Ganar atención: ofrecer ventajas en relación a la calidad de vida

### Motivar y "bajar contenidos" con material “estímulo”

- Usar mensajes que guíen acciones, pero adaptados a los símbolos, conocimientos, valores, necesidades y confianza en sí mismo de los pacientes
- Focalizar en contenidos seleccionados por su importancia/potencial de cambio
- Presentar la innovación fácil de entender y de usar (“easy to know, easy to do”)

## Favorecer la experimentación exitosa

- Partir de los propios recursos
- Usar conocimientos que se puedan vivenciar, transmitir
- Proveer facilitadores de cambio
- Ofrecer alternativas
- Favorecer el intercambio
- Construir parámetros de automonitoreo

## Integrar el cuidado a la vida

- Fijar objetivos personales
- Dotar de sentido al proceso

Una de las experiencias del taller es aprender a ahorrar sal. Cuáles son los grandes ahorros posibles comiendo productos de la naturaleza, evitando la sal invisible de los panificados y leyendo etiquetas. Categorizar el ahorro, distinguir de aquella elección donde se ahorra muy poco (por ejemplo, una diferencia de 20 mg de sodio entre dos latas de tomate no es significativo, comprar entonces lo más barato) de la que se ahorra mucho (por ejemplo 500 mg). La lectura de etiquetas es una actividad que se puede actuar, vivenciar como facilitar la calidad de vida y transmitir en la peluquería completando el aprendizaje.

Otro tema que abordamos es el temor a la hipertensión y a los “picos de presión”, utilizamos allí la técnica de reformular creencias.

Otras actividades fueron reconocer el momento de “comer como una oportunidad de incorporar alimentos protectores”, especialmente vegetales, pescado, aceites buenos, pensando en la comida desde lo positivo. Proteger de este modo además al corazón y al cerebro. Es decir, integrando en un “patrón” en un “plato” o esquema semanal las distintas “prevenciones”.

La actividad más entusiasta es el “intercambio de recetas”, donde la gente que ya se hizo experta al desafío de cocinar rico con poca sal, trae su receta que ya es sabrosa para su familia, o en conjunto se modifican recetas. De tal actividad surgió la iniciativa de publicar estas recetas en la web, y están disponibles más de 300 recetas ricas en alimentos protectores, en la página web [www.hospitalitaliano.org.ar](http://www.hospitalitaliano.org.ar), en el área información de salud. Después, esto llevó a generar una publicación en papel. Una buena receta, fácil de entender y de hacer, es una facilitadora de cambio cuando permite una experimentación exitosa.

Finalmente, decir que los mayores que asisten a los talleres aprenden, pero se necesitan otros tiempos, un ritmo menor.<sup>15</sup>

Su principal dificultad es la de hacer abstracciones o generalizaciones por lo que las actividades deben ser muy concretas y próximas a su realidad, y los mensajes claros

y contextualizados. Como muchos ancianos padecen de cierta minusvalía económica y social, es funcional aplicar los conceptos de resiliencia y de la psicología positiva para motivar y sostener el desarrollo de recursos en condiciones adversas, recuperar el sentido y favorecer la construcción de nuevas realidades.

## Bibliografía sugerida

1. Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 2004; 364: 1523-1537.
2. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease. A Systematic Review and Methodological Critique of the Literature. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1641-1649.
3. Walsh JM, McDonald KM, Shojania KG y col. Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. *Med Care* 2006; 44: 646-657.
4. Jolles EP, Clark AM, Braam B. Getting the message across: opportunities and obstacles in effective communication in hypertension care *J Hypertens* 2012; 30: 1500-1510.
5. Svetkey LP, Pollak KI, Yancy WS y col. Hypertension Improvement Project Randomized Trial of Quality Improvement for Physicians and Lifestyle Modification for Patients. *Hypertension*.2009; 54: 1226-1233.
6. Roumie CL, Elasy TA, Greevy R y col. Improving Blood Pressure Control through Provider Education, Provider Alerts, and Patient Education A Cluster Randomized Trial. *Ann Intern Med* 2006; 145: 165-175.
7. Figar S, Galarza C, Petrlik E y col. Effect of education on blood pressure control in the elderly: a randomized controlled trial. *Am J Hypertens* 2006; 19: 737-743
8. Figar S, Waisman G, De Quiros FG y col. Narrowing the Gap in Hypertension: Effectiveness of a Complex Antihypertensive Program in the Elderly. *Dis Manag* 2004; 7: 235-243.
9. Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM y col. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Ann Intern Med* 2006; 144: 485-95.
10. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA y col.; for the TONE Collaborative Research Group. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). *JAMA*. 1998; 279: 839-846.
11. Díaz J, Achilli F, Figar S y col. Prevención de eventos cardiovasculares en hipertensos mayores de 65 años bajo el cuidado de un programa de control. Estudio de cohorte *An Med Interna* 2005; 22: 167-171.
12. Galarza C, Cuffaro P, Luna D y col. Calidad de comunicación para una mejor salud. Oportunidad y desafío de la World Wide Web. *Revista Nexo* 2003; Volumen 23 Numero 1.
13. Green LW, Kreuter M W. *Health Promotion Planning*. Third Edition. Mayfield 1999 California.
14. Kinzie M B. Instruccional design strategies for health behavior change. *Patient Educ Couns* 2005; 56: 3-15.
15. Galarza C, Janson J, Rada M y col. Los ancianos hipertensos aprenden las últimas evidencias a través de un programa educativo. XI Congreso Argentino de Hipertensión Arterial 2004. Buenos Aires, Argentina.