

FORMACION CONTINUADA

ÁREA DE SALUD PÚBLICA Y MEDICINA COMUNITARIA

El consejo médico y la promoción de la salud

M. Nebot

Institut Municipal de la Salut. Barcelona.

A lo largo de las dos últimas décadas hemos sido testigos de un proceso de cambio, no siempre exento de tensiones y contradicciones, en los servicios de salud de los países desarrollados. Uno de los resultados más positivos de este proceso ha sido el creciente interés por la prevención y la promoción de la salud, donde los servicios de atención primaria de salud (APS) tendrían un renovado protagonismo^{1,2}. Estos cambios, fruto de la conjunción de muy diversos elementos económicos, sociales y políticos, se alinean desde el punto de vista sanitario en torno a dos planteamientos esenciales. Por un lado, el análisis de la evolución secular de los indicadores demográficos y sanitarios, de la que McKeown deduce que la disminución constante de la morbilidad por enfermedades infecciosas observada en el Reino Unido y en general en Europa desde el siglo XVIII se ha debido en gran parte a los cambios en las condiciones de vida, especialmente la mejora en la alimentación, más que a las intervenciones «sanitarias» específicas^{3,4}. Por otro lado, hemos sido cada vez más conscientes de la importancia de los factores ligados al estilo de vida (tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, etc.) como determinantes de las enfermedades crónicas, que figuran junto a los accidentes entre las principales causas de muerte e incapacidad en nuestro medio^{5,6}, y que, si bien pueden ser evitadas a través de cambios en el estilo de vida, una vez instauradas tienen difícil curación. El estilo de vida, sin embargo, es sólo en parte una opción individual, fuertemente determinada por factores económicos, sociales y culturales^{7,8}. Así, sabemos actualmente que hay diferencias importantes en los hábitos de vida relacionados con la salud asociadas a la clase social: en general, se observa en los estratos sociales más elevados un menor índice de tabaquismo, más práctica deportiva y hábitos alimentarios más saludables⁹⁻¹¹. En cualquier caso conviene destacar que muchas opciones o conductas «no saludables», consideradas en su contexto social, pueden reflejar una respuesta a la ansiedad, un deseo de adaptarse a las normas del grupo, o bien una mínima expresión de poder (la posibilidad de decidir al menos los hábitos personales de vida), en una situación delimitada por la alienación, la tensión y el aislamiento¹². En este sentido, Calnan¹³ ha señalado el riesgo de enfatizar excesivamente la responsabilidad individual cuando sabemos que el estilo de vida, incluyendo las opciones menos saludables, no comprende decisiones únicamente personales sino que forman parte de la adaptación a las estructuras sociales y a las presiones ambientales¹⁴. Sin embargo, el papel de los profesionales sanitarios en la

promoción de un estilo de vida saludable es, aunque limitado, particularmente importante. Desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, y más específicamente en el ámbito de la APS, el consejo médico debería plantearse como un instrumento de promoción de la salud, y un punto de entrada hacia un modelo asistencial en el que se integran la prevención y la promoción de la salud, junto a las estrategias comunitarias o colectivas de educación sanitaria.

El consejo médico, proceso de comunicación en el marco de la relación médico-enfermo

La comunicación en el ámbito de la salud abarca aquellos aspectos de la comunicación humana relacionados con el mantenimiento y protección de la salud, entendiendo por comunicación el proceso de intercambio de información a través de un conjunto de reglas preestablecidas¹⁵. Muchos modelos teóricos han intentado delinear el proceso de la comunicación; Miller¹⁶ modeliza la comunicación verbal incorporando el concepto de retroalimentación (*feed-back*), o proceso que permite utilizar la respuesta al mensaje emitido para modular el siguiente mensaje.

El término «consejo» en el contexto de la relación asistencial se suele referir a las vertientes más individuales de la educación sanitaria, implicando implícitamente un proceso dialéctico interactivo entre dos personas, en este caso el profesional sanitario y el usuario o paciente, y no sólo las recomendaciones unidireccionales o el suministro de información¹⁷. De hecho, dar un consejo individualizado forma parte de un proceso de comunicación que va mucho más allá de la simple información, en el cual es muy importante que el profesional sea receptivo a las creencias y opiniones del paciente. Smail¹⁸ destaca que una comunicación eficiente entre el médico y el paciente se asocia no sólo con una mayor satisfacción en el usuario sino también con el seguimiento de la recomendación o prescripción terapéutica.

Si lo que se pretende con el consejo es introducir hábitos saludables, debemos considerar algunas dificultades específicas, que han sido sintetizadas por Demack¹⁹, relacionadas con la formación actual de los profesionales sanitarios y con la cultura sanitaria de la población: en general, el profesional espera «éxitos terapéuticos» a corto o medio plazo, mientras que el paciente espera un «tratamiento» más que un consejo;

TABLA 1. Estrategias para superar los obstáculos al modelo preventivo en la atención primaria

| |
|---|
| Expectativas del paciente de recibir un «tratamiento» — Mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales — Ayudar a los pacientes a expresar sus expectativas |
| Expectativas de los profesionales: la autoridad y el «éxito terapéutico» — Evaluación de impactos a nivel comunitario — Establecer mecanismos para evaluar resultados a largo plazo |
| Falta de habilidades (en el paciente) para aceptar responsabilidades — Estimular el conocimiento de los tratamientos más desmedicalizados de efectividad demostrada — Promover en los medios de comunicación información orientada a los cambios en el estilo de vida |
| Falta de orientación y habilidades (en el profesional) hacia los problemas asociados al estilo de vida — Mejorar las habilidades del profesional en: capacidades de comunicación, utilización de otros recursos asistenciales, seguimientos de los factores de riesgo detectados, organización del tiempo disponible |

Adaptada de Demack MM¹⁷.

muchos pacientes tienen una escasa predisposición a asumir la responsabilidad sobre la propia salud; por último, los profesionales han recibido una formación inadecuada en cuanto a cómo «tratar» con problemas de estilo de vida (tabla 1). Además, los profesionales pueden encontrar decepcionante una tasa de efectividad como la del consejo antitabáquico (5 % de abstinencias al año), sin considerar el impacto sobre la salud pública que esta intervención puede tener²⁰. En este sentido es importante destacar la importancia de motivar a los profesionales, ya que como Horder²¹ señala para cambiar estilos de práctica de los médicos de cabecera es básica la motivación de éstos para el cambio.

Roter²² propone un modelo de relación entre el médico y el paciente con un grado elevado de control sobre las decisiones por parte de ambos, como alternativa a las situaciones que él llama la «guía autoritaria» del médico, la toma de decisiones «independiente» cuando el paciente tiene un grado de compromiso superior al del profesional, o la que se produce «por defecto», cuando el compromiso es bajo en ambos, médico y paciente. La corresponsabilización sería la única posibilidad de mantener un espacio de discusión y negociación que dé lugar a recomendaciones realistas. Borrell²³ ha destacado la necesidad de tender hacia una relación de tipo contractual, en la cual habría una clara especificación de los objetivos a alcanzar por ambas partes, evitando las «desviaciones» más frecuentes de la función del profesional: la de asumir un papel «sacerdotal» o bien un papel estrictamente «técnico», o bien la de prescindir de las mínimas distancias «terapéuticas», en lo que se denomina modelo de «camaradería», todos los cuales a la larga perjudicarían la relación médico-paciente.

Según Nutting²⁴, en el contexto de las estrategias de prevención y promoción de la salud en atención primaria son básicas las habilidades de comunicación: reconocer en el paciente el momento más receptivo para los consejos preventivos, así como incorporar un estilo de comunicación directo, informativo y participativo, o bien analizar las causas del fracaso, cuando éste ocurre.

Las ventajas de la continuidad de la asistencia han de ser aprovechadas para dar coherencia a los mensajes de salud. Sharf²⁵ revisa algunas de las estrategias utilizadas para mejorar la capacidad de los pacientes para comunicarse y hacerse entender por los profesionales; algunas de ellas, orientadas hacia el paciente como «consumidor» son del tipo de «cómo hacer preguntas al médico», o «cómo abordar temas delicados (con el médico)»; otras plantean medidas como compartir la historia clínica o hacer breves sesiones previas a la consulta, como formas de mejorar la participación y el grado de control del paciente en el proceso asistencial.

Educación sanitaria, consejo médico: estimular cambios del estilo de vida

Desde la perspectiva de la promoción de la salud, el consejo médico ha sido definido por Green²⁶ como aquel elemento de la educación sanitaria que se orienta hacia la adopción de cambios voluntarios en la conducta (relativos a la salud), advirtiendo que el consejo médico escapa del ámbito de la educación sanitaria cuando es más terapéutico que informativo. Calnan¹³ señala la receptividad del paciente a los mensajes de salud y la confianza en el médico como dos de los factores más importantes que hacen del consejo un instrumento eficaz de educación sanitaria en atención primaria. El consejo médico (de promoción de la salud) no debe confundirse con otros términos relacionados, como el de la educación de los pacientes y el cumplimiento terapéutico (*compliance* en literatura anglosajona). Squyres²⁷ advierte contra la posible confusión en los términos, delimitando claramente el ámbito de lo que considera educación del paciente: «aquella combinación de actividades de enseñanza diseñadas para asistir a las personas que experimentan o han experimentado una enfermedad, a hacer cambios conductuales orientados hacia la salud». El cumplimiento ha sido enfocado muchas veces como el simple acatamiento de las prescripciones del médico, enfoque que choca con la necesidad de corresponsabilización de los pacientes y usuarios en todos los pasos de la atención sanitaria²⁸.

Actualmente se acepta la necesidad de hacer un diagnóstico preciso de los condicionantes educacionales y psicosociales asociados a las conductas, de la misma manera que se hace el diagnóstico en las otras dimensiones de la salud. La valoración de las necesidades educacionales se puede definir como la identificación de las variables individuales relacionadas con la salud que pueden ser influidas por intervenciones educativas¹⁷. Este concepto de diagnóstico educacional ha sido adaptado parcialmente del modelo de atención médica, en el cual el profesional necesita información específica para prescribir la terapéutica apropiada, y de los modelos educacionales que establecen que la enseñanza se ha de adaptar a las necesidades del que aprende. La ventaja obvia del proceso es que se obtiene información sobre la capacidad del paciente para aprender, y también sobre su disposición emocional para entrar en un proceso de aprendizaje.

En cuanto a los aspectos que hay que tener en cuenta con relación a la efectividad potencial del mensaje, deben considerarse todos los elementos del «sistema»: cuáles son los contramensajes (por ejemplo, la publicidad), si los hay; cuál es la dificultad para adoptar la «nueva conducta»; o cuál es la presión social para el cambio²⁹. Otro aspecto que puede interferir con el con-

TABLA 2. Principios básicos del consejo para estimular cambios en el estilo de vida

- Necesidad de un diagnóstico
- Evaluación previa de las necesidades: cognitivas, habilidades, accesibilidad, etc.
- Principio del orden jerárquico
- Es necesario cubrir en primer lugar las necesidades en los factores predisponentes (cognitivos); después los facilitadores (acceso, recursos, habilidades); en último lugar los factores reforzadores
- Principio del aprendizaje acumulativo
- El aprendizaje es un proceso, resultado de la suma de muchos mensajes, fraccionados en el tiempo y en el espacio
- Principios de la participación
- Es básico que la educación sea un proceso con participación de los receptores del mensaje
- Principio de la especificidad
- No hay métodos ideales para todas las circunstancias, sino uno más adecuado a cada una
- Principio de los métodos múltiples
- Dado que los factores determinantes de la conducta son múltiples, también deben serlo los métodos a utilizar
- Principio de la individualización
- Es imprescindible para alcanzar todo el potencial de una intervención educativa que se adapte a las características de cada individuo
- Principio del *feed-back*
- Es muy importante para el paciente que se le refuerce en los progresos obtenidos en el cambio; también lo es para el profesional

Tomada de Eriksen MP²⁸.

sejo médico en aspectos relativos al estilo de vida es la existencia de lagunas en las evidencias científicas que lo relacionan con la salud. Para el profesional, esto puede ser una fuente de inseguridad y constituir por tanto un obstáculo a la intervención.

Eriksen³⁰ resume en siete los principios básicos que han de tener las intervenciones educativas orientadas a cambiar los estilos de vida, que están reflejadas en la tabla 2. Dos de ellos, el de la participación y el de la individualización son particularmente relevantes en relación al consejo de salud. El primero, porque subraya la necesidad de huir de los modelos que no afronten claramente la asunción activa y corresponsable de cambios de conducta, por saludables que sean; el segundo, porque el potencial de la relación médico-enfermo, especialmente en la APS, sólo puede desarrollarse plenamente en el marco de una relación personalizada y de una continuidad asistencial, en la cual el profesional puede adaptar el consejo de salud a las características concretas de sus pacientes.

Ejemplos de intervenciones basadas en el consejo médico: tabaco, alcohol, ejercicio físico y SIDA

El consejo médico para dejar de fumar ha demostrado ser una intervención efectiva, al conseguir un 5 % anual de abstenciones mantenidas³¹⁻³⁵. Actualmente se considera que ha de formar parte de las actividades asistenciales básicas^{20,36} y ha sido incluida en la revisión de 1984 del Grupo de Trabajo Canadiense sobre el Examen médico periódico³⁷. También en nuestro medio se ha demostrado la utilidad de la intervención, en una proporción similar a la encontrada por otros autores en

otros países, con sistemas sanitarios y modelos culturales distintos³⁸. Además, un estudio reciente ha puesto de relieve la factibilidad y utilidad del consejo ofrecido por la enfermera, que puede lograr una proporción de abstenciones similar al consejo médico a través de una sesión educativa individual de alrededor de 10 minutos³⁹.

Un aspecto interesante puesto al descubierto por algunos estudios sobre el consejo para dejar de fumar es la importancia de la percepción que el fumador tiene de su capacidad para lograr un cambio sostenido (eficacia percibida o *self-efficacy* en la terminología anglosajona), en este caso dejar de fumar^{36,40}. La eficacia percibida tendría según estos estudios un elevado valor predictivo, reflejando por tanto que el fumador tiene en general una percepción clara y realista de sus posibilidades reales de dejar de fumar.

El interés potencial del consejo, extendido a otros hábitos de vida determinantes para la salud, como el consumo excesivo de alcohol o la práctica de ejercicio físico²⁰, abre un nuevo ámbito de investigación en los servicios sanitarios. Entre sus aplicaciones potenciales, el consejo para aumentar el ejercicio ha sido objeto de un número muy reducido de estudios, si bien hay razones para creer en un moderado efecto positivo, para animar a algunos pacientes a iniciar actividades de ejercicio físico⁴¹, y hay algunas intervenciones comunitarias en este sentido en las que se ha intentado implicar activamente a los profesionales sanitarios^{42,43}. Respecto al consejo médico orientado a disminuir la ingestión de alcohol, las evidencias de que se dispone permiten ser moderadamente optimistas. Heater⁴⁴ encuentra una mejora de los parámetros bioquímicos en el grupo sometido a consejo «mínimo» recomendando una moderación en el consumo de alcohol. Chick⁴⁵ llegó a conclusiones similares con un consejo dado por la enfermera. Wallace⁴⁶ ha encontrado en un estudio randomizado con 2.571 pacientes de las listas de médicos de cabecera del National Health Service una disminución significativa del consumo de alcohol, con cambios biológicos significativos en los hombres, después de un consejo individualizado.

En el ámbito de la prevención de la transmisión de las enfermedades de transmisión sexual, y más específicamente, de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el consejo individual ha sido propuesto por la OMS como una medida importante, tanto por su potencial impacto en la disminución de las prácticas de riesgo, como para disminuir la angustia asociada a la enfermedad entre los miembros del entorno inmediato al de los afectados, así como en el caso de cribaje serológico⁴⁷. En esta situación, el consejo puede ser tan relevante en los tests positivos como en los negativos, ya que no hay que olvidar que un test negativo puede producir una falsa seguridad que en algunos casos va acompañada de la persistencia o aumento de las conductas de riesgo. Las evidencias del impacto del consejo son hoy por hoy escasas, si bien el cribaje voluntario acompañado del consejo podría ser muy efectivo para los grupos de riesgo más refractarios al cambio⁴⁸.

El consejo en relación a los hábitos dietéticos es probablemente uno de los más habituales en la consulta al APS, a pesar de que apenas tenemos evidencias de su impacto. Recientemente, un estudio realizado en pacientes de atención primaria en Oxfordshire ha demostrado que la educación sanitaria individual o en grupos pequeños puede lograr, ofrecida por la enfermera, cam-

bios dietéticos a corto plazo, si bien los resultados a largo plazo no son concluyentes⁴⁹. Evidentemente hay que destacar que cualquier recomendación sobre un cambio dietético debería considerar los factores económicos y socioculturales que determinan el hábito dietético de la población.

Hábitos de los profesionales con relación a la promoción de la salud

McClellan⁵⁰ al revisar las prácticas preventivas de los médicos generales encuentra que los consejos preventivos se ofrecen con más frecuencia a los pacientes de mayor edad y en las visitas más largas. Entre los motivos de consulta, algunos factores que aumentan la probabilidad del consejo son la presencia de problemas de conducta o psicosociales y el embarazo. Radecki⁵¹ y Wells⁵² comparan la práctica de los diferentes especialistas respecto a los consejos de prevención y promoción de la salud, y encuentran que los médicos de familia son los que dan consejos con más frecuencia. Además, la probabilidad del consejo aumenta con el tiempo que dura la entrevista y con el número de problemas que el paciente reporta, así como con otras características del médico, del sistema sanitario, del motivo de consulta y del paciente⁵³. Wallace⁵⁴ encuentra a través de una encuesta de salud que sólo el 40 % de los fumadores recordaba haber sido aconsejado alguna vez para dejar de fumar. La proporción era inferior al 20 % por lo que se refiere al consumo de alcohol en los bebedores excesivos. Catford⁵⁵ en una encuesta a 214 médicos de cabecera refiere un elevado nivel de consenso entre éstos acerca de la importancia de los consejos, entre los que destacaron el consejo para dejar de fumar y para moderar la ingesta de alcohol. Las áreas en las que el acuerdo era menor fueron la prevención de los accidentes y la promoción del deporte. Verhaak⁵⁶ encuentra en un grupo de médicos de cabecera holandeses que en un 15 % de consultas se dan consejos sobre el estilo de vida, y en el 7 % se dan instrucciones básicas sobre enfermedades, en ausencia de patología específica. El mejor predictor de que se ofreciera consejo era, según este autor, la duración de la consulta. Adamson⁵⁷ encuentra una relación entre los hábitos de vida de los médicos y su tendencia a dar consejo en lo que se refiere al consumo de alcohol y la relajación a pacientes hipertensos. En otro estudio llevado a cabo en Inglaterra sobre la intervención de los médicos de cabecera en relación a los consejos en dieta, alcohol y tabaco, las razones encontradas para explicar la baja proporción de consultas en las que se abordaba el estilo de vida fueron la falta de tiempo y de habilidades⁵⁸. Goldstein⁵⁹ señala que, respecto al tabaco, parece que las generaciones más jóvenes de profesionales fuman menos y creen más en la necesidad y la utilidad del consejo para dejar de fumar. Spronk⁶⁰ en una encuesta a 52 médicos de cabecera holandeses identifica algunos elementos que influyen negativamente en la probabilidad de que éstos den un consejo preventivo: por un lado, la dificultad para definir la información básica necesaria, que es sustituida por una «respuesta a las preguntas»; por otro, la desconfianza de los profesionales en los consejos que contienen «incertidumbres» o puedan despertar la alarma de los pacientes.

El consejo médico siempre ha formado parte importante de la actividad asistencial del médico de cabecera, si bien en las últimas décadas su papel había pasado a

ser muy secundario. Actualmente nos encontramos en una situación en la que el consejo adquiere nuevo sentido en el contexto de una reorientación de los servicios asistenciales, en la cual cobran profundidad la educación para el autocuidado, el consejo para estimular cambios positivos del estilo de vida, y el estímulo y apoyo a las iniciativas de los pacientes y usuarios en la defensa y promoción de su propia salud, desde los grupos de autoayuda a las asociaciones de consumidores. Sin duda este proceso va a precisar cambios profundos en la formación de los profesionales, entre los que destacan, con relación al consejo y la promoción de cambios favorables en el estilo de vida, las habilidades de la comunicación de los médicos de familia.

Bibliografía

1. World Health Organization. Primary Health Care. Report of the Alma-Ata International Conference on Primary Health Care. Ginebra, OMS, 1978.
2. World Health Organization. Ottawa Charter for health promotion. International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canadian Public Health Association, 1986.
3. McKeown T. The role of medicine. Dream, mirage or nemesis. Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1971.
4. McKeown T. The modern rise of population. Londres, Edward Arnold, 1976.
5. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Montreal, Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974.
6. U.S. Department of Health and Human Services. Promoting health, preventing disease. Objectives for the nation. Washington, DHHS, Public Health Service, 1980: 1-20.
7. Anderson R. Health promotion: an overview. Unit Technical Paper. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1983: 6-8.
8. Jordan M, Gilbert J, Ford JD. Life-style intervention: a conceptual framework. *Pat Educ and Counsel* 1984; 6: 29-38.
9. Alonso J, Antó JM. Desigualdades en salud en Barcelona. *Gaceta Sanitaria* 1988; 2: 4-12.
10. Townsend P, Davidson N. Inequalities in health: the Black Report. Harmondsworth, Penguin Books, 1982.
11. Whitehead M. The health divide. Harmondsworth, Penguin Books, 1988.
12. Kickbush I. New perspectives for research in health-behavior. En: Anderson R, Davies JK, Kickbush I, McQueen DV, Turner J (eds). *Health behavior research and health promotion*. Oxford, Oxford University Press, 1988: 237-243.
13. Calman M. Examining the general practitioner's role in health education: a critical review. *Family Practice* 1988; 5: 217-223.
14. World Health Organization. Regional Office for Europe. Intervention studies related to lifestyles conducive to health. Report of a WHO meeting. Copenhagen, OMS, 1983.
15. Northouse PG, Northouse LL. An introduction to health communication. En: *Health communication. A handbook for health professionals*. Englewood Cliffs (NJ), Prentice Hall, 1985: 4.
16. Miller GR. An introduction to speech communication. Nueva York, The Bobbs-Merrill Co, 1972.
17. Simonds SK. Individual health counselling and education: emerging directions from current theory, research, and practice. *Pat Educ Counsel* 1984; 4: 175-181.
18. Small S. Patient education in general practice. En: Gray M, Fowler G, eds. *Preventive medicine in general practice*. Oxford, Oxford University Press, 1983: 56-69.
19. Demack MM, Becker MH. The doctor patient relationship and counseling for preventive care. *Pat Educ Counsel* 1987; 9: 5-24.
20. Glynn TJ (editorial). Physicians and a smoke-free society. *Arch Intern Med* 1988; 148: 1013-1016.
21. Horder J, Bosanquet N, Stocking B. Ways of influencing the behaviour of general practitioners. *J R Coll Gen Pract* 1986; 36: 517-521.

22. Roter D. An exploration of health education's responsibility for a partnership model of client provider relations. *Pat Educ Counsel* 1987; 9: 25-31.
23. Borrell F. *Manual de entrevista clínica*. Barcelona, Doyma, 1989.
24. Nutting PA. Health promotion in Primary Medical Care: problems and potential. *Prev Med* 1986; 15: 537-548.
25. Sharf BF. Teaching patients to speak-up: past and future trends. *Pat Educ Counsel* 1988; 11: 95-108.
26. Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. *Health education planning: a diagnostic approach*. Palo Alto, Mayfield Publishing Co., 1980: 7.
27. Squyres WD. *Patient education: an inquiry into the state of the art*. Nueva York, Springer Publ. Co., 1980.
28. D'Onofrio CN. Patient compliance and patient education: some fundamental issues. En: Squyres WD. *Patient education: an inquiry into the state of the art*. Nueva York, Springer Publ. Co., 1980: 271-280.
29. Bettinghaus EP. Health promotion and the knowledge-attitude-behavior continuum. *Prev. Med* 1986; 15: 475-491.
30. Eriksen MP, Green LW, Fultz Fg. Principles of changing health behavior. *Cancer* 1988; 62: 1768-1775.
31. Rusell MAH, Wilson C, Taylor C. Effect of general practitioner's advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2: 231-235.
32. Wilson D, Wood G, Johnston N, et al. Randomized clinical trial of supportive follow-up for cigarette smokers in a family practice. *Can Med Assoc Jour* 1982; 126: 127-129.
33. Jamrozick K, Vessey M, Fowler G et al. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. *Br Med J* 1984; 288: 1499-1503.
34. Richmond RL, Austin A, Webster IW. Three year evaluation of a programme by general practitioners to help patients to stop smoking. *Br Med J* 1988; 292: 803-806.
35. Janz NK, Becker MH, Kirscht JP, et al. Evaluation of a minimal-contact smoking cessation intervention in an outpatient setting. *Am J Public Health* 1987; 77: 805-809.
36. Laporte J. El papel del médico en la lucha antitabáquica. *Med Clin* 1987; 89 (supl 1): 3-5.
37. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *The periodic health examination. 1985 update*. *Can Med Assoc Jour* 1986; 134: 724-728.
38. Nebot M, Soler M, Martín M, Birulés M, Oller M, Sala E, Cabezas C. Efectividad del consejo médico para dejar de fumar: evaluación del impacto al año de la intervención. *Rev Clin Esp* 1989; 184: 201-205.
39. Nebot M, Cabezas C, Oller M, Moreno F, Rodrigo J, Sardà T, Mestres J, Pitarch M. Consejo médico, consejo de enfermeia y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria. *Med Clin* 1990; 95: 57-61.
40. Strecher VJ, De Vellis BM, Becker MH, Rosenstock IM. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly* 1986; 13: 73-92.
41. Williams K. A prescription for exercise. *Pat Educ Counsel* 1986; 8: 204-207.
42. Mersey Regional Health Authority. *Exercise for health*. Mersey (UK), Mersey Regional Health Authority, 1988.
43. Plasència A, Bolívar I. *Activitat física i salut*. Barcelona, Publicacions de l'Ajuntament de Barcelona, 1989.
44. Heather N, Campion PD, Neville RG et al. Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme). *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 358-363.
45. Chick J, Lloyd G, Crombie E. Counseling problem drinkers in medical wards: a controlled study. *Br Med J* 1985; 290: 965-967.
46. Wallace PG, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *Br Med J* 1988; 297: 663-668.
47. World Health Organization. *Special programme on AIDS. Counselling in HIV infection and disease*. Ginebra, World Health Organization, 1988.
48. Cates W, Handsfield HH. HIV counselling and testing: does it work? *Am J Public Health* 1988; 78: 1533-1534.
49. Baron J, Gleason R, Crowe B, Mann JI. Preliminary trial of the effect of general practice based nutritional advice. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 137-141.
50. McClellan W. The physician and patient education: a review. *Pat Educ Counsel* 1986; 8: 151-163.
51. Radecki SE, Swofford A. Clinical indications for patient counseling. *Pat Educ Counsel* 1986; 8: 387-396.
52. Wells KB, Lewis CE, Leake B et al. The practices of general and subspecialty internists in counseling about smoking and exercise. *Am J Public Health* 1986; 76: 1009-1013.
53. Radecki SE, Mendenhall RC. Patient counseling by primary care physicians: result of a nationwide survey. *Pat Educ and Counsel* 1986; 8: 165-177.
54. Wallace PG, Brennan PJ, Haines AP. Drinking patterns in general practice patients. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 354-357.
55. Catford JC, Nutbeam D. Prevention in practice: what Wessex G.P. are doing. *Br Med Jour* 1984; 288: 832-834.
56. Verhaak PFM, VanBusschbach JT. Patient education in general practice. *Pat Educ Counsel* 1988; 11: 119-129.
57. Adamson TE, Tschann JM, Gullion DS. Patient feed-back as a tool to influence physician counseling. *Pat Educ Counsel* 1988; 11: 109-117.
58. Boulton MG, Williams A. Health education in the general practice consultation: doctors' advice on diet, alcohol and smoking. *Healt Educ J* 1983; 42: 57-63.
59. Goldstein B, Fischer PM, Richards JW et al. Smoking counseling practices of recently trained family physicians. *J Fam Pract* 1987; 24: 195-197.
60. Spronk VRA, Warmenhoven NE. Patient education in general practice: opinions of general practitioners. *Pat Educ Counsel* 1982; 5: 68-75.