

La prevención en salud: posibilidad y realidad

The prevention in health: possibility and reality

Mariela Rodríguez Méndez,^I Belkis Echemendía Tocabens^{II}

^I Máster en Psicología Clínica. Licenciada en Psicología. Investigadora Agregada. Asistente. Policlínico "Joaquín Albarrán". La Habana, Cuba.

^{II} Máster en Psicología Clínica. Licenciada en Psicología. Investigadora Agregada. Asistente. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Estudios previos evidencian que la prevención de enfermedades aun no está a la altura de las expectativas, sobre todo en lo referente a las acciones de orientación psicológica desarrolladas por profesionales de la salud.

OBJETIVO: Reflexionar sobre la necesidad de perfeccionar el quehacer preventivo de los profesionales de la salud.

MÉTODOS: Análisis y síntesis de la bibliografía consultada a la luz de investigaciones previas sobre el tema.

CONCLUSIONES: Existe una actitud favorable hacia la prevención de enfermedades en los profesionales de la salud, pero requieren de una mayor y mejor preparación en los aportes de las ciencias sociales a las ciencias médicas y de la salud.

RECOMENDACIONES: Redefinir el concepto de prevención de enfermedades a la luz de los conocimientos acumulados y las experiencias desarrolladas en las ciencias sociales.

Palabras clave: Prevención, prevención psicosocial, cambio de comportamiento, representación social, atención primaria de salud.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Prior studies demonstrate that disease prevention yet it is not to be worthy of the expectancies, mainly concerning actions of psychological guidances developed by health professionals.

OBJECTIVE: To think about the necessity of perfecting the preventive chore of the health professionals.

METHODS: To reflect on the need of improve the preventive tasks of health professionals.

CONCLUSIONS: In health professionals there is a favorable attitude to diseases prevention, but it is necessary a greater and better training in the social sciences contributions to medical and health sciences.

RECOMMENDATIONS: To redefine the concept of prevention of illnesses in the light of the accumulated knowledge and the experiences developed in the Social Sciences.

Key words: Prevention, psychosocial prevention, behavior change, social representation, primary health care.

INTRODUCCIÓN

En una investigación realizada, cuyos resultados han sido publicados recientemente,¹ se concluyó que existe una representación social sobre la prevención de enfermedades en los profesionales de la salud, que varía según la profesión que ejerzan dichos profesionales: medicina, enfermería, psicología.

Dicha representación social tiene como punto común o núcleo figurativo el asumir la prevención de enfermedades como la ejecución de acciones orientadas por programas de salud, para evitar enfermedades e informar a la población sobre las pautas de conducta a seguir para lograrlo. Su campo representacional se constituyó con los elementos planteados explícitamente por los profesionales entrevistados (mayoritariamente médicos), y que se expresan a continuación ordenados jerárquicamente:

- La prevención es el contenido de trabajo propio de la atención primaria de salud (APS). Constituye acciones o medidas (predominantemente médicas, aunque también psicológicas) a ejecutar por parte del personal de salud o la población; exige perseverancia del profesional y es apoyada por las organizaciones políticas y de masas.
- El profesional de la salud es el máximo responsable de la efectividad preventiva. El sujeto sólo debe comprender y percibir el riesgo de sus comportamientos.
- La calidad de la relación, las condiciones socioeconómicas y el nivel cultural del sujeto también condicionan el resultado preventivo.¹

La mayoría de los profesionales entrevistados manifestó una actitud favorable hacia la prevención de enfermedades, aunque se sienten insatisfechos con las condiciones de trabajo y con la sobrecarga laboral que implica desprofesionalización.¹

La práctica preventiva en el nivel primario de atención de salud se caracteriza por la ejecución de acciones exigidas por los programas en vigor, sobre todo si son priorizados, así como por informar sobre las pautas de conductas preventivas. Como se puede inferir, existe una correspondencia entre la representación de la prevención de enfermedades de los profesionales de la salud y sus prácticas preventivas.

La representación social de la prevención de enfermedades de estos profesionales no incluye aportes teóricos y metodológicos de las ciencias sociales que les permitirían orientar, estructurar y sistematizar su práctica preventiva con mayor efectividad.

Las evidencias anteriores resaltan la necesidad de sistematizar las teorías que pueden orientar el quehacer preventivo de los profesionales de la salud. En aras de contribuir a esto, nos hemos propuesto exponer nuestra concepción sobre la prevención psicosocial de enfermedades, así como su posible abordaje por profesionales de la salud.

DESARROLLO

Una representación social de la prevención de enfermedades como la expuesta anteriormente, ¿podría generar una práctica preventiva que contribuya a la reducción de las enfermedades no transmisibles (ENT) y de las infecciones de transmisión sexual (ITS), padecimientos relacionados directamente con los estilos de vida de las personas? Sí puede, en tanto se realizan acciones diagnósticas tempranas, se aplican tratamientos preventivos secundarios y se ofrecen recomendaciones de determinados comportamientos preventivos. Pero el logro es limitado, ya que la prevención de este tipo de enfermedades tiene requerimientos que no están contemplados en la representación social que profesionales del nivel primario de atención han construido al respecto y, por tanto, tampoco se expresa en sus prácticas.

Aunque desde los años 60's del siglo pasado comenzó a impregnarse la visión social de la salud en las políticas y prácticas de salud pública latinoamericana,² y en la década siguiente se intentó girar la cosmovisión de los profesionales de la salud,³ los resultados de esta investigación apuntan a que aun se funciona a partir del modelo médico tradicional, sobre todo en lo referente al aspecto psicosocial de la prevención de enfermedades.

*Soldevilla*⁴ y *Barriga*⁵ refieren que la mayoría de los intentos de modificar comportamientos aspecto esencial en la prevención psicosocial de enfermedades se han hecho suponiendo la existencia de una relación lineal entre la información y el comportamiento, así como partiendo de que el individuo es un ser ahistórico, que desarrolla sus conductas sin interactuar con su medio físico-social. Así se cree que el comportamiento es independiente de variables psicológicas, como personalidad, motivaciones e identidad.

En correspondencia, se ha asumido que el consultante o población es un "paciente" "vacío" de subjetividad, lo cual deberá facilitar que acate toda sugerencia médica, tan solo porque lo dice el especialista y porque "es por su bien". Por otra parte, se ha creído que, en lo referente a su salud, las personas actúan según el temor a enfermar. Consecuentemente se informan los riesgos y daños en caso de no acatar las "sugerencias" que el tradicional poder médico ofrece.⁶

La prevención de enfermedades hereda el modelo médico tradicional, según el cual la condición profesional da una posición de "pre-dominio" sobre el "paciente", que ubica al médico en una posición de poder, de modelo que debe ser imitado y acatado por el "paciente".⁷ Cada especialista tiende a circunscribirse a su espacio profesional, es decir, el médico y la enfermera se centrarán en las acciones médicas, en tanto los psicólogos se centrarán en la enfermedad mental o en los aspectos esencialmente psicológicos. Esto se corresponde, a su vez, con la concepción tradicional de la salud y la enfermedad. Dichas críticas no son nuevas; sin embargo, aún no se produce el cambio necesario para lograr una prevención de enfermedades más efectiva.

El papel activo de personas, grupos y comunidades es esencial para prevenir enfermedades y promover y educar para la salud a esas poblaciones. También lo es la

acción conjunta de instituciones dentro y fuera del campo de la salud, colaboración entendida a través del concepto de intersectorialidad,⁸ tan defendido, pero pobremente asumido en el campo de la salud humana.

Aunque prácticamente todos los profesionales de la salud comprenden esas complejidades y la interrelación de los componentes físicos, mentales, sociales e individuales en la determinación de la salud, existen incongruencias entre este saber y sus prácticas asistenciales cotidianas. Dichas inconsistencias se atribuyen a la históricamente débil sustentación científica de la relación mente-cuerpo y su vinculación al proceso salud-enfermedad.⁹

En nuestra investigación observamos que en la representación de la prevención de enfermedades no existía ningún modelo psicológico o social integrado.¹ La prevención se realiza a través de determinadas técnicas o acciones que no están sistematizadas, ni conceptualizadas adecuadamente a nivel representacional. Situación similar describen *Odenburg* y otros,¹⁰ quienes a través de una revisión semicualitativa pretendieron evaluar la calidad de la evidencia científica de investigaciones conductuales en salud. Se codificaron 1 210 estudios publicados en 1994 en reconocidas revistas sobre la temática. Se encontró una mayor proporción de estudios descriptivos y transversales que no aportan evidencia suficiente sobre las relaciones causales que sí darían estudios longitudinales y prospectivos.

Los autores aseguran que el empleo mantenido de diseños descriptivos puede ser un indicador del estancamiento en un campo. Igualmente hubo una amplia proporción de estudios de intervenciones no controladas y no aleatorias, cuya utilidad científica y *cuasi* experimental es limitada, según los autores. Por otra parte, estuvieron casi ausentes estudios en contextos de grupos comunitarios en desventaja social, y cuando se hicieron intervenciones en estos grupos fueron no controladas.¹⁰

Estos resultados nos permiten inferir que no se emplean los modelos de cambio de comportamiento del modo esperado. Por ejemplo, el modelo *Procede-Precede*^{2,11} propone la definición inicial del problema, tanto como la evaluación procesal de la intervención y la evaluación del impacto. Esto daría lugar a estudios longitudinales-prospectivos, así como al trabajo con grupos en desventaja social. Igualmente, los diseños descriptivos evitan precisar acerca del cambio de comportamiento necesario para el logro del objetivo preventivo.

En Cuba se encuentra una situación similar. *Sanabria*,¹² a partir de revisiones de programas de eventos nacionales, publicaciones no periódicas y entrevistas a expertos, afirma que cuando se trabaja la comunicación en salud casi nunca esta se evalúa y que, cuando se hace, no se incluyen todos o parte de los posibles momentos recomendados del proceso evaluativo. Plantea que la comunicación en salud a veces es abordada desde un enfoque reduccionista¹³ y que "las estrategias coherentes (...), salvo algunas excepciones, no son frecuentes en subprogramas de salud, aunque pudiera hablarse de que hay una conciencia de necesidad".¹² Estas observaciones resultan más elocuentes si tomamos en cuenta que la comunicación es un aspecto esencial en el logro de un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades¹⁴

Por otra parte, sabemos que no basta con esfuerzos aislados de especialistas para impulsar estrategias de prevención a niveles micro y macrosociales si estos no cuentan con el pleno apoyo de las instituciones que deciden sobre el cuidado de la salud de un país. Por eso nos parece importante preguntarnos: ¿cómo es tratado el tema de la prevención en los documentos que rigen la política de salud en Cuba? Tomemos un ejemplo:

La Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar,¹⁵ publicada por el Ministerio de Salud Pública cubano (MINSAP), destaca en distintos momentos la promoción de salud y la prevención de enfermedades como acciones a desarrollar. Dichas acciones se señalan explícitamente; por ejemplo, en los acápites dedicados a la dispensarización, a la ampliación del perfil de la enfermera en la atención primaria de salud (APS), a la organización y funcionamiento de la estrategia de estomatología en la APS y a la creación y puesta en marcha de los equipos multidisciplinares de atención gerontológica (EMAG).

En el caso específico del proceso de dispensarización, entendido como un "proceso organizado, continuo y dinámico de evaluación e intervención planificada e integral, con un enfoque clínico, epidemiológico y social del estado de salud de los individuos y familias",¹⁵ se señalan entre sus propósitos promover estilos de vida saludables en los individuos y familias, e identificar e intervenir riesgos, enfermedades y otros daños a la salud individual y familiar. Entre las tareas orientadas está la evaluación de la percepción que tienen las personas del funcionamiento de sus familias así como la valoración de la salud del individuo tomando en cuenta la situación de salud de su propio grupo familiar. Por otra parte, la evaluación del equipo básico de salud (EBS) contempla entre sus indicadores la disponibilidad de material educativo para la población.¹⁵

Sin embargo, en ninguno de los acápites de este documento se hace alusión explícita y detallada, como sí se hace con aspectos clínicos y administrativos de la asistencia médica, a una metodología que oriente concretamente a los profesionales sobre cómo desarrollar acciones preventivas y de promoción de salud, lo cual no nos permite inferir que en este sentido se orienten por algún modelo científico o que realicen acciones sistemáticas fundamentadas en un saber psicológico sobre la estimulación del cambio preventivo.

Aunque en el examen del estado en que se encuentra la realización del análisis de la situación de salud,¹⁵ llegan a reconocer que la etapa de diagnóstico adolece de la profundidad requerida al no aplicarse con profundo enfoque epidemiológico y no explotar todas sus potencialidades para trazar estrategias y acciones que permitan la modificación de la situación de salud comunitaria, sabemos que esto es insuficiente. Para desarrollar una adecuada labor de prevención no basta con un diagnóstico profundo, sino que este debe ir acompañado, como parte de un mismo proceso, de acciones interventivas concretas hacia el cambio de actitudes.

También hay que tomar en cuenta que no siempre lo establecido es asumido de la misma manera por todas las personas implicadas. *Garfas*,¹⁶ por ejemplo, establece ciertas diferencias entre prevenir y prevención. La "prevención" la asocia a los grandes programas instituidos, estáticos, a ser aplicados por igual a todas las personas; mientras que el "prevenir" lo relaciona con la acción permanente, ajustada a las condiciones y necesidades actuales, con la flexibilidad particular que cada situación demanda. Más allá de las diferencias terminológicas lo más importante es subrayar que, aun cuando lo establecido esté claro y preciso, no es suficiente para garantizar un ejercicio profesional efectivo, y que desarrollar acciones de prevención implica conocimiento técnico, flexibilidad estratégica y una sistemática revisión del ajuste de nuestro quehacer profesional a la realidad sobre la que actuamos.

Aunque el ejercicio de la Medicina se ha ido moviendo de un enfoque más clínico e individual hacia un modelo más social que subraya la mayoritaria participación del modo de vida de la sociedad, las condiciones de vida de los grupos y los estilos de vida de las personas en la determinación de la salud de la población,¹⁷ estos aspectos no siempre son tenidos en cuenta al atender las demandas de las personas al Sistema Nacional de Salud (SNS).

En Cuba existen condiciones idóneas para el desarrollo de estrategias de promoción de salud, válidas también para la prevención de enfermedades. Esas condiciones han sido creadas por su modelo sociopolítico de atención en salud y entre ellas se encuentra el grado de organización social del pueblo, la existencia de organizaciones comunitarias y el avance alcanzado por la atención primaria de salud, en especial por el programa del médico y la enfermera de la familia.¹⁸ A pesar de estas circunstancias favorecedoras, el modelo médico tradicional aun tiene una fuerte presencia en nuestro medio, por lo que integrar los aspectos sociales y psicológicos a la atención médica, si bien es algo teóricamente superado, no es precisamente lo que guía la práctica asistencial de la medicina en todos los momentos y en todos los lugares.

En el mundo científico ya están más que reconocidos y aplicados los aportes del enfoque de cambio de comportamiento a la prevención. Una estrategia de prevención basada en el cambio de comportamientos contribuye a explorar los factores que determinan las conductas actuales, y luego permite ensayar otros comportamientos posibles de realizar que permitan mejorar la salud.¹⁹ No obstante, a pesar de la existencia de aportes teóricos y metodológicos de las ciencias sociales, así como de investigaciones que prueban niveles de efectividad en el cambio-reforzamiento de comportamientos y disminución del estrés, parece que las prácticas médicas aun no los han integrado a su despliegue cotidiano. Esta podría ser una de las razones, por ejemplo, de que se mantengan las estadísticas de morbilidad por ENT, cuya disminución requiere de una actividad preventiva sistemática y sustentada teóricamente.

Sin embargo, es de señalar que no solo contamos con el cuerpo de conocimientos si bien aun no suficientemente sistematizados necesarios para emprender esas prácticas preventivas más efectivas, sino que también contamos con la voluntad y el interés de muchos de nuestros médicos, quienes reconocen la importancia de la integración de las ciencias médicas y las ciencias sociales en un objetivo común: la salud y el desarrollo humanos.¹⁷

La prevención requiere cambios a nivel psicológico individual y a nivel social que implican a todos los mecanismos propios de los procesos de cambio. Los cambios no se producen de la misma forma en todas las personas ni en todos los contextos. Para algunos, la adquisición de comportamientos preventivos se producirá de manera rápida y fácil porque las propuestas les resultan coherentes con su dinámica subjetiva y con su estilo de vida. Estos son pocos y suelen ser los que menos requieren de ayuda para efectuar esos cambios. En esos casos puede resultar suficiente con incrementar el nivel de información sobre el tema.

Para otros, la solicitud o imposición de un cambio aunque mínimo en alguno de sus comportamientos o actitudes, podría violentar su subjetividad, por lo que probablemente se activarán todas las resistencias posibles para "defenderse" contra tal cambio. Cuando este no ha sido "procesado" adecuadamente por la persona podría conducir a procesos mórbidos y, por tanto, al detrimento de su salud. Es decir, se lograrían los efectos contrarios a los que se buscan.

Es por eso que la prevención de enfermedades requiere sistematizar e incorporar los aportes de las ciencias sociales. Eso implica integrar los conocimientos que sobre el desarrollo de la subjetividad han acumulado las distintas disciplinas científicas, especialmente la psicología, la sociología y la pedagogía.

Se hace necesario definir los mecanismos de emergencia de las enfermedades y la participación que lo subjetivo, lo social y lo biológico tienen en ellos. Es imprescindible que las ciencias sociales participen activamente en la comprensión, definición y estimulación de la prevención de enfermedades tanto como las ciencias médicas lo

hacen. De esa forma podríamos hablar de una prevención psicosocial de enfermedades.

Si quisiéramos enunciar un mínimo de requerimientos necesarios para la realización del ideal preventivo, diríamos que al menos se requiere que se dirija y concentre la atención en la persona como sujeto social, y en lo subjetivo en todos sus niveles: individual, grupal, comunitario y social, pues es allí donde adquiere sentido cualquier comportamiento preventivo, cualquier cuidado a la salud y, por supuesto, todo el bienestar al que se aspira. En correspondencia, es esencial ampliar la concepción física del cuerpo a una dimensión psicosocial puesto que el cuerpo es un espacio y medio de expresión de lo subjetivo, y se construye también desde la historia de cada quien. Los síntomas deben ser subjetivados sobre todo si son recurrentes, sin causa física evidente o demostrada, o incluso cuando la haya. Es importante indagar qué más le pasa al sujeto además del dolor del cual se queja, qué puede estar simbolizando ese dolor y qué sentido tiene para él.²⁰

El supuesto de que la prevención implica al sujeto psicológico en su complejidad requiere que se le contemple en las diferentes etapas del proceso preventivo: el diagnóstico, la acción o intervención y su evaluación. El cuidado de la salud es esencial en cualquier proceso preventivo y resulta ser uno de los aspectos de la vida por el cual cada quien es responsable. Los salubristas pueden contribuir al y potenciar el cuidado de la salud, pueden incluso promover y facilitar el cambio de actitudes y conductas, pero no pueden responsabilizarse absolutamente por éste ya que no depende únicamente de ellos.

Si no se incorporan activa y responsablemente al individuo, a los grupos sociales y a la comunidad en el cuidado de su propia salud, cualquier estrategia de educación, de prevención y de promoción de salud estará condenada al fracaso.²¹ El hecho de que la población cubana aun no se sienta totalmente responsable con el cuidado de su salud¹⁵ nos indica que hay mucho que trabajar todavía en esa dirección, sobre todo si tomamos en cuenta que trabajar en función de que las personas asuman o elijan estilos de vida más saludables o modifiquen sus comportamientos de riesgos, es mucho más humano y económico que incrementar los servicios de salud para darles tratamiento y rehabilitación una vez que hayan enfermado.²²

En el plano metodológico, la prevención de enfermedades puede requerir distintos métodos y técnicas de trabajo integradas en diferentes estrategias interventivas, con diversos niveles de profundización: educación, capacitación, consejería, orientación, psicoterapia, psicoanálisis.

Cada estrategia tiene un alcance determinado. Por ejemplo, nos podemos encontrar ante el caso de un obeso, para quien disponer de información sobre las nefastas consecuencias de la ingestión excesiva y poco balanceada de alimentos no sea suficiente. En ese caso, ofrecer información como parte de una estrategia educativa no basta. Este obeso podría necesitar un tratamiento psicoterapéutico para superar ciertos obstáculos subjetivos que le impiden modificar su estilo de vida y así incorporar una dieta que le permita vivir de una manera más saludable. Por eso es preciso definir los distintos niveles de trabajo y los indicadores que nos van a permitir decidir cuál es la estrategia más adecuada para cada caso.

Consideramos que los siguientes tipos de relaciones de ayuda se constituyen en estrategias necesarias y útiles para la realización de una verdadera prevención de enfermedades que contemple los determinantes psicosociales de estas:

*Consejería asociada a un tema*²³: Es una relación de ayuda psicológica especializada mediante la cual se realizan acciones educativas y tendientes a la estabilidad

emocional, de un modo personalizado y con el empleo de métodos y procedimientos desarrollados por la psicología. Sin adentrarse en un gran nivel de complejidad, permite actuar en áreas básicas de dimensión interactiva del funcionamiento psicológico individual a nivel consciente y en la relación del individuo con el medio y consigo mismo.

Estas acciones no son desplegadas exclusivamente por profesionales de la Psicología. Se puede entrenar a otros profesionales en el conocimiento de temas de salud y su prevención, así como en el dominio de determinadas técnicas y recursos. Se puede capacitar incluso a consejeros voluntarios en la aplicación de los modelos de cambio de conducta más eficaces.

Temas específicos en los que pudiera aplicarse la Consejería sería en VIH/sida, hepatitis, ITS, hipertensión arterial. Para esto se trabajaría circunscribiéndose a la infección, enfermedad, factor de riesgo o aspecto de salud en cuestión, cuya expresión, determinación, dinámica y cambio deben estar estudiados y sistematizados previamente. De esta manera el profesional logra tener estructurado su campo de acción según diversas posibilidades. En este nivel se pueden incluir las acciones de subjetivación de síntomas, mencionadas anteriormente.

La Consejería cara a cara o entrevista personal es un servicio especial de Consejería que ha tomado auge en la prevención del VIH/sida^{23,24} tanto para ofrecer apoyo emocional como para estimular el cambio de comportamiento. En Cuba, el Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/sida está generalizando y sistematizando sus servicios para las personas que han recibido un diagnóstico de VIH/sida o ITS y están en chequeo médico, así como para aquellas que se perciben en riesgo o están afectadas de alguna manera por esta problemática. En la capital del país funcionan varios servicios centrales de Consejería. En una caracterización de estos servicios, uno de los resultados fue que pocas veces se realizaban tres o más sesiones de seguimiento. El equipo de investigadores consideró entre las posibles causas de esto, la aplicación limitada de la metodología respecto al cambio de comportamiento.²⁴

Orientación psicológica: Es una relación de ayuda dirigida a personas en esencia sanas, pero con problemas en un área concreta. Se estructura a partir de la estrecha interrelación entre el orientador y el orientado, en torno a un problema de orden/origen psicológico, sus causas, condicionantes, recursos, alternativas, costos y consecuencias de una toma de decisión, entre otros aspectos a trabajar. Se pretende que el orientado sea capaz de arribar por sí mismo, con la ayuda del profesional, a sus decisiones y se comprometa con ellas y sus consecuencias.

Su fin es esencialmente profiláctico, el cual pretende que en el futuro el orientado sea capaz de arribar a decisiones similares sin depender del especialista.²⁵ También puede tener funciones remedial, educativa y de crecimiento personal.²⁶ Muchas emociones negativas para el sujeto podrían ser superadas a partir de una orientación, donde él pueda concientizar las causas de sus vivencias y definir las en términos de problemas a solucionar. La orientación debe ser realizada por profesionales con capacitación y entrenamiento psicológico.

Psicoterapia: Tipo de intervención psicológica o relación de ayuda cuyo objetivo es propiciar o provocar cambios más profundos en las personas (individuos, parejas, familias, grupos), ayudándoles en la solución de diversos problemas psicológicos y empleando procedimientos psicológicos.²⁷ En la psicoterapia se establece una relación específica en la cual la persona que busca ayuda puede construir nuevos significados y sentidos.²⁸

Los instrumentos de la psicoterapia y la orientación son básicamente los mismos, pero se usan para distintos fines, con distinta profundidad, partiendo de habilidades diferentes, y centrados en dimensiones temporales también distintas.²⁶ La psicoterapia debe ser realizada por psicólogos, especialmente psicoterapeutas.

Intervención social: Es un nivel de intervención que pretende estimular cambios en los sistemas sociales (instituciones, comunidades) con la finalidad de restablecer el bienestar comunitario o social, empleando para esto procedimientos variados: psicológicos, de trabajo social y administrativo. Para efectuarlos, también se requieren elevados niveles de especialización profesional, pues se realizan dinámicas grupales, facilitación de la comunicación entre agentes sociales, capacitación y formación de habilidades, por citar algunos ejemplos. La intervención social contempla, entre otros, los modelos comunitarios, los organizacionales y el de difusión de innovaciones²⁷

A nivel social también se han practicado intervenciones desde perspectivas cualitativas para realizar promoción de salud y prevención de enfermedades, que incluso se integran a modelos de cambio como el transteórico, y a aspectos del modelo de aprendizaje social, cuyos resultados son satisfactorios.²⁹⁻³⁴ Las teorías de las representaciones sociales,³⁵ de la educación popular,²¹ el modelo de participación-acción en la investigación,³⁶ constituyen distintos paradigmas de la psicología social comunitaria³⁷ que han sido empleados al trabajar en esta área.

Existen experiencias más recientes que exploran otros aportes de la psicología a la prevención. Es el caso de la inclusión del modelo de inteligencia emocional en la prevención del consumo de drogas en poblaciones básicamente juveniles.³⁸

La psicología puede aportar todo este saber teórico y metodológico a la atención primaria de salud. Está pendiente aun su integración y sistematización para ser asumido como herramienta para la prevención de enfermedades. Tales modelos y paradigmas están siendo modificados en función de los resultados de las investigaciones contemporáneas, pero ¿son del conocimiento de nuestros profesionales de la salud? ¿Están nuestros médicos, enfermeras y demás personal de la salud lo suficientemente preparados para incorporar estos conocimientos y enfrentar los retos de la prevención de enfermedades en su quehacer cotidiano?

Investigaciones internacionales refieren que los médicos no suelen dedicarse a la consejería u orientación preventiva. Entre las causas que se plantean se cuentan la falta de tiempo, el mismo salario haciendo o no estas labores, y el poco adiestramiento recibido en técnicas de prevención o promoción de salud, como la consejería.³⁹⁻⁴¹ En Cuba, Pérez Maza⁴² ha señalado que si bien en la práctica muchos profesionales se muestran reacios o poco interesados en la educación para la salud, el personal de enfermería parece mostrar más interés y ocupación.

En esta investigación¹ predominaron los profesionales cuya actitud hacia la prevención de enfermedades era favorable. El hecho de que se sintieran inclinados hacia las prácticas preventivas facilita el logro del ideal preventivo, pues las acciones psicosociales serán más exitosas si están condicionadas por el deseo de quienes las van a ejecutar.

Si la medicina clásica se construía despersonalizando el cuerpo, y la moderna se centraba en la relación médico-paciente, la medicina posmoderna ha incorporado la preocupación por la implicación de la subjetividad del médico o personal de salud en sus acciones profesionales.⁴³ La subjetividad del trabajador de la salud, entendida como sus representaciones sociales acerca de su práctica, de su profesión, de sus responsabilidades, de las personas con quienes trabajan, así como de los problemas a

tratar, mediatizan su práctica y, por tanto, la relación con quienes reciben sus servicios.

En Cuba, como en muchos otros países, el trabajador de la salud está concebido como agente clave en la prevención de enfermedades. Esta responsabilidad requiere una toma de partido por parte del profesional pues está bien definido cómo prevenir desde la medicina con vacunas y demás, pero no ocurre así respecto a la prevención psicosocial que está colmada de paradojas y cuyo quehacer no se encuentra pautado, por lo que el personal de salud está obligado a asumir un papel activo valiéndose de conocimientos de otras disciplinas.

Si la subjetividad del médico mediatiza la relación con el paciente o consultante a través de sus acciones médicas, mucho mayor es la mediatización de lo subjetivo en la realización de acciones preventivas, donde la comunicación constituye la herramienta fundamental y es, a la vez, el medio por excelencia de expresión de nuestra subjetividad. Las representaciones sociales, como parte de esa subjetividad, guían y justifican la acción⁴⁴ Por esta razón, es imprescindible que, en la formación de estos profesionales, pongamos especial atención en el desarrollo de sus representaciones sociales y en cómo estas pueden ser enriquecidas y traducirse en una práctica preventiva más efectiva.

La formación de nuestros profesionales no se ha correspondido en todo momento con las exigencias de tan compleja tarea. Aunque la inserción de la psicología en los estudios de pregrado de la carrera de medicina no es nueva, no es hasta 1999 que *Domínguez, Morales y Landero*⁴⁵ plantean la necesidad de cambiar, en dicho plan de estudios, el término de "psicología médica" por el de "psicología de la salud pública". La propuesta de cambio se fundamentaba en que este último concepto es de mayor amplitud, con un enfoque diferente que integra la dimensión psicosocial del proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y organizativo de los cuidados a la salud de la población.

Esta concepción diferente del proceso salud-enfermedad ha sido resultado de las limitaciones propias del modelo biomédico, del fracaso de los sistemas sanitarios con una concepción restrictiva y descontextualizada de la salud, así como de la comprensión cada vez más amplia de la participación de variables personales y sociales en la mediatización de este proceso.⁴⁶

Si queremos contribuir significativamente a la reducción de las ENT y de las ITS, es imprescindible que prestemos mayor atención al desarrollo de su prevención psicosocial y, al mismo tiempo, formar responsablemente a los profesionales que tienen a su cargo facilitar el cambio de comportamiento y el bienestar subjetivo de las personas.

Por otra parte, se requiere de una delimitación de espacios, roles, estatus y responsabilidades ante la tarea preventiva. Médicos, enfermeras, psicólogos, incluso las organizaciones políticas y de masas y los diferentes individuos, tienen distintos roles que deben ser redefinidos al abordar la prevención de enfermedades. Posiblemente se deban incorporar más profesionales de las ciencias sociales para contribuir con esta tarea.

Superar definitivamente el modelo médico tradicional centrado en el individuo enfermo, aislado y pasivo, el cual es compartido no solo por profesionales, sino por la propia población, no es algo que pueda hacerse por mera voluntad ni de un día para otro. Se requieren acciones congruentes y consecuentes en todos los niveles. Pueden existir muchos profesionales que comprendan la necesidad de la prevención y la promoción de salud, pero ¿sus tareas cotidianas, incluyendo el fuerte componente

administrativo de estas, les permiten hacerlo? ¿Puede una doctora dar un consejo médico a cada individuo que acude a su consulta, si tiene una sala de espera colmada de personas enfermas e impacientes? Posiblemente esa doctora requiera de cierto entrenamiento para dar esos consejos, pero si, por ejemplo, esas acciones realizadas y ese tiempo dedicado a la prevención no se le exige ni se refleja en la evaluación de su trabajo, difícilmente las priorice o considere necesario prepararse en ellas. Es más fácil y rápido recetar un medicamento que aconsejar y estimular cambios de actitudes. Es más fácil y rápido decir lo que hay que hacer que promover la reflexión y la acción de las personas a favor del cuidado de su propia salud.

Sobre el tema del tiempo y el contenido de trabajo de los profesionales de la salud es importante señalar la necesidad de atender las quejas de algunos de ellos, referidas a la sobrecarga y desprofesionalización que vivencian.¹ Estas pudieran constituir un verdadero obstáculo al logro del ideal preventivo, y podrían ser producto también de una concepción inadecuada por parte de la organización a la que pertenecen, en aspectos como la distribución del tiempo en disímiles contenidos de trabajo.

De no tomarse en cuenta la sobrecarga, esta pudiera devenir lo que ha sido descrito en la literatura como *burnout* o síndrome de estar quemado por el trabajo, el cual puede entenderse como una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, compuesto por tres dimensiones básicas: agotamiento personal, despersonalización y reducida realización personal.⁴⁷

En lo referido a la queja sobre las condiciones de trabajo, si bien la prevención de enfermedades no precisa inversiones tan costosas como otras áreas de la medicina, siempre requerirá recursos, como pueden ser locales y materiales impresos, que serán definidos según las necesidades concretas de cada lugar. Este es un elemento a tener en cuenta a la hora de redistribuir los recursos.

El tema del autocuidado en profesionales de la salud y de su satisfacción con la labor que realizan, merece una reflexión que excedería los propósitos del presente trabajo, pero tomarlo en cuenta también es fundamental si se pretenden potenciar los recursos de dichos profesionales para que efectúen una labor de prevención cada vez más sistemática y efectiva.

Se concluye que existe una actitud favorable hacia la prevención en los profesionales de la salud, pero el insuficiente entrenamiento en técnicas y habilidades, las condiciones de trabajo no favorables y la sobrecarga laboral pudieran ser algunas de las razones que dificultan el desarrollo de una práctica preventiva más sistemática y eficiente.

Es esencial la preparación de los profesionales de la salud para desarrollar la prevención psicosocial de enfermedades. No basta con tener información y conocer su importancia, sino que se trata de una preparación sistemática que debería iniciarse en el pregrado y abarcar los diferentes niveles de formación. De esta manera se pueden hacer más congruentes el pensar, el decir y el hacer profesional en el ejercicio de la prevención.

El modelo médico tradicional, que responsabiliza casi totalmente al médico con el cuidado de la salud de la población, aun persiste en la asistencia médica y se refleja en la prevención de enfermedades. Para desarrollar una prevención más efectiva es necesario estimular la responsabilidad de ciudadanos, familias, grupos y comunidades en el cuidado de su propia salud.

Las acciones de prevención de ENT e ITS conllevan un fuerte componente de cambios de comportamientos, cambios de actitudes y, en ocasiones, cambios psíquicos más

profundos. En ese sentido, los aportes de las ciencias sociales, especialmente de la psicología, la sociología y la pedagogía, son imprescindibles para el diseño y ejecución de estrategias de prevención efectivas.

Aunque las políticas de salud pública en nuestro país reconocen explícitamente la importancia de la prevención de enfermedades y de la promoción de salud, no siempre se les dedica un espacio propio a estas medulares tareas en el SNS, sino que aparecen asociadas a otras no menos importantes. Si se pretende avanzar en el camino de la prevención psicosocial de enfermedades, sobre todo de las ENT y las ITS, es imprescindible fundamentar científicamente y con amplitud su importancia y ventajas, para continuar mejorando el estado de salud de nuestra población y proseguir defendiendo las conquistas incuestionables de nuestro SNS alcanzadas en estos 50 años de Revolución.

RECOMENDACIONES

A partir de la revisión realizada y de los resultados de nuestra investigación, ofrecemos algunas sugerencias que podrían contribuir al perfeccionamiento de la práctica preventiva:

- Reconceptualizar la categoría *prevención de enfermedades*, de modo que se puedan derivar prácticas preventivas más efectivas.
- Analizar y planificar la introducción de los aportes de las ciencias sociales a la prevención de enfermedades en el nivel primario de atención.
- Formar a los profesionales de la salud en una concepción y una práctica más efectivas de la prevención psicosocial de enfermedades.
- Explorar concepciones ideológicas de estos profesionales que puedan estar sustentando sus representaciones sobre la prevención de enfermedades y que pudieran obstaculizar su práctica preventiva psicosocial. A partir de ahí definir si se seleccionan a los profesionales más aptos para que realicen esta labor y/o si se capacita y entrena a los ya existentes.
- Tener en cuenta las actitudes de los profesionales en la definición de quienes realizan prácticas preventivas psicosociales.
- Realizar estudios sistemáticos de las representaciones sociales de los profesionales para determinar la existencia de cambios representacionales que contribuyan a una práctica preventiva más efectiva.
- Redistribuir los roles asociados a la tarea preventiva.
- Darle seguimiento al bienestar psicológico del personal que trabaja en el sector de la salud y su repercusión en la realización de tareas preventivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez M. Representación social de la prevención de enfermedades en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009;25(3):55-6.
2. Arango Y. Referentes sociohistóricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. Rev Cubana Sal Públ. 2008 [citado: 12 de Agosto de 2009];34(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100017&lng=es&nrm=iso
3. Glanz K, Rimer BK, Sutton SM. Teorías de un vistazo: guía para la práctica de la promoción de la salud. En: Modelos y teorías de comunicación en salud. Promoción de la salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1996 (reproducción de documentos. Serie No. 19).
4. Soldevilla C. Hacia una etiología psicosocial del SIDA: Los estilos de vida patógenos y su influencia en la enfermedad. En: León JM, Barriga S. Compendio Psicología de la Salud. Sevilla: Eudema; 1993.
5. Barriga S. La salud ¿para qué? En: León JM, Barriga S. Compendio de Psicología de la Salud. Sevilla: Eudema; 1993.
6. Joffe H. Adherence to health messages: a social psychological perspective [review]. Creating a successful. Int Dent J. 2000(Suppl.):295-303.
7. Zas B. La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales [citado: 12 de agosto de 2009]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>
8. Castell-Florit P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Rev Cubana Sal Públ. 2007 [citado: 28 de agosto de 2009];33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200009&lng=es&nrm=iso
9. Arce S. Inmunología clínica y estrés. En busca de la conexión perdida entre el alma y el cuerpo. La Habana: ECIMED; 2007 [citado: 28 de agosto de 2009]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/inmunologia_clinica/indice_p.htm
10. Odenburg B, French M, Sallis J. Health behavior research the quality of the evidence base. The Science of Health Promotion. 2000;14(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10915537>
11. Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Patridge KB. La educación sanitaria hoy y el modelo PRECEDE. En: Modelos y teorías de comunicación en salud. Promoción de la salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1996 (reproducción de documentos. Serie No. 19).
12. Sanabria G. ¿Hemos avanzado en la evaluación de la comunicación en salud? Rev Cubana Sal Públ. 2001 [citado: 28 de agosto de 2009];27(1):5-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100001&lng=es&nrm=iso

13. Sanabria G. El debate en torno a la promoción de salud y la educación para la salud. Rev Cubana Sal Públ. 2007 [citado: 12 de ago de 2009]; 33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200004&lng=es&nrm=iso
14. Choque R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. 2005 [citado: 24 de agosto de 2009]. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
15. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. VII Reunión Metodológica del MINSAP. Barcelona (España): Tallers Gràfics Canigó, SL; 2000.
16. Galfasó AS. ¿Prevenir vs. Prevención? [citado: 30 de enero de 2009]. Disponible en: <http://www.topia.com.ar/articulos/405-madres-10.htm>
17. Espinosa A. La formación social del médico. Rev Cubana Sal Públ. 2005;31(4). Citado: 12 de agosto de 2009. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400010&lng=es&nrm=iso
18. Beltrán BM, Ruiz M, Grau R, Álvarez I. Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada. Rev Cubana Sal Públ. 2007 [citado: 14 de abril de 2009]; 33(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n2/spu07207.pdf>
19. Mosquera M, Obregón R, Lloyd LS, Orozco M, Peña A. Comunicación, movilización y participación: lecciones aprendidas en la prevención y control de la fiebre dengue (FD). Investigación y Desarrollo. 2006 [citado: 24 de agosto de 2009]; 14(1):120-51. Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest_desarrollo/14-1/5_Comunicacion,movilizacionyparticipacion.pdf
20. Billiet L. Psicósomática: ¿qué más me pasa? Rev Tatuajes. 1999 [citado: 20 de agosto de 2009]; 2. Disponible en: <http://www.psicomundo.com/tatuajes/tatuajes2/billiet.htm>
21. Briseño-León R. Presentación. Fermentum, Revista Venezolana de Sociología y Antropología. Gisac, ULA, Mérida: año 4; 1994(9). p. 1-5.
22. Romeo DV. Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2007 [citado: 12 de ago 2009]; 23(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300013&lng=es&nrm=iso
23. Alfonso MA. Fundamentos teóricos-metodológicos para la creación de servicios de Consejería Cara a Cara en VIH/SIDA/ITS [maestría]. La Habana: Universidad de La Habana; 2000.
24. Alfonso MA, Lugo I, Rodríguez M, Sánchez L. Consejería cara a cara en VIH/sida. Experiencias en Cuba. 2000 [citado: 24 de agosto de 2009]. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu/aldia/saluden.html>
25. Arias G. La orientación psicológica. Un intento de elaboración teórica. En: Colectivo de autores: La creación y evaluación de servicios de orientación y atención

psicológica. La Habana: Centro de Orientación y Atención Psicológica a la Población "Alfonso Bernal del Riesgo". Facultad de Psicología. Universidad de La Habana; 1999.

26. Calviño M. Orientación psicológica. Esquema referencial de alternativa múltiple. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 2000.

27. Zaldívar D. La intervención psicológica. México, D.F.: Ed. ICME; 2001.

28. Aires, JMQ. A abordagem sócio-histórica na psicoterapia com adultos. *Psicol Am Lat.* 2006 (5). Citado: 28 de agosto de 2009. Disponible en: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100009&lng=pt&nrm=iso

29. Black M, Stein K, Loveland-Cherry C. Older woman and mammography screening behavior: Do possible selves contribute? *Health Educ Behav.* 2001;28(2):200-16.

30. Calfas K, Sallis JF, Oldenburg B, French M. Mediators of Change in Physical Activity Following an Intervention in Primary Care: PACE. *Prev Med.* 1997;26:297-304.

31. Conner M, Sheeran P, Norman P, Armitage J. Temporal stability as moderator of relationships in the Theory of Planned Behavior. *Br J Soc Psychol.* 2000;39:469-93.

32. García T, Rodríguez R, Castaño S. Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos sobre el sida en adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000 [citado: 28 de agosto de 2009];16(5):474-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000500009&lng=es&nrm=iso

33. Orbell SH, Sheeran P. Motivational and volitional processes in action initiation: a field study of the role of implementations. *J Appl Soc Psychol.* 2000;30(4):780-97.

34. Whitelaw S, Baldwin S, Bunton R, Flynn D. The status of evidence and outcome in stages of change research. *Health Educ Res.* 2000;15(6):707-18.

35. Joffe H. AIDS research and prevention: a social representational approach. *Br J Med Psychol.* 1996;69:169-90.

36. Steven P, Hall J. Participatory action research for sustaining individual and community change: a model of HIV prevention education. *AIDS Educ Prev.* 1998;10(5):387-402.

37. Wiesenfeld E. Paradigmas de la psicología social comunitaria latinoamericana. En: Montero M. Compendio de psicología social comunitaria. Jalisco: Universidad de Guadalajara; 1994. pp. 15-31.

38. Fernández B, Jorge V, Bejar E. Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología.* 2009;6(1):243-56 [citado: 12 de agosto de 2009];. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=3&sid=e1ce3fc0-6471-4e64-b991-b5ad6fec9b24%40sessionmgr11>

39. Jürgens R. HIV Testing and Confidentiality: Final Report. © Canadian HIV/AIDS Legal Network & Canadian AIDS Society. 2001 [citado: 26 de agosto de 2009].

Disponible en:

<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=282>

40. Epstein RM. Communication between primary care physicians and consultants. Arch Fam Med. 1995; 4: 403-9.

41. King AC, Sallis JF, Dunn AL, Simons-Morton DG, Albright CA, Cohen S, et al. Overview of the activity counseling trial (ACT) intervention for promoting physical activity in primary health care settings. Med Sci Sports Exerc. 1998; 30(7):1086-96.

42. Pérez B. La educación para la salud y la estrategia de salud de la población [editorial]. Rev Cubana Sal Públ. 2007; 33(2). Citado: 12 de agosto de 2009. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200001&lng=es&nrm=iso

43. Rance S. Doing abortion [Informe de tesis de doctorado]. Dublín: Department of Sociology, Trinity College; 1999.

44. Rodríguez T. Del carácter contextual de las representaciones sociales. V Jornada Internacional y III Conferencia Brasileña sobre Representaciones Sociales [Internet]. 31 de julio - 3 de agosto de 2007 [citado: 11 de agosto de 2009]. Disponible en: <http://taniars.files.wordpress.com/2007/06/sobre-el-caracter-contextual-de-las-representaciones-sociales.pdf>

45. Domínguez J, Morales F, Landeros M. La Psicología de la salud en el plan de estudios de la medicina. Rev Cubana Educ Sup. 1999; 19(1): 19-27.

46. Martín L. Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. Rev Cubana Sal Públ. 2003; 29(3). Citado: 12 de agosto de 2009: 275-81. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012&lng=es&nrm=iso

47. Salanova M, Llorens S. Estado actual y retos futuros en el estudio del *burnout*. Papeles del psicólogo. 2008; 59-67. Citado: 31 de agosto de 2009. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1539.pdf>

Recibido: 20 de junio de 2010.

Aprobado: 16 de octubre de 2010.

MSc. *Mariela Rodríguez Méndez*. Policlínico "Joaquín Albarrán". Jovellar e/ Aramburu y Soledad. Centro Habana. La Habana, Cuba. Teléfono: 873 4357. Correo electrónico: maromez@infomed.sld.cu