

PROCESOS PSICOSOCIALES EN LA EDUCACIÓN EN SALUD Y EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER

Wilfredo Guibert Reyes,¹ Jorge Grau Abalo,² Teresa C. Romero Pérez,³ Marianela de la C. Prendes Labrada⁴ y Margarita Chacón⁵

RESUMEN: Se realiza una revisión bibliográfica cuyos objetivos fueron brindar información sobre las categorías psicosociales que intervienen en el proceso de educación en salud y reflexionar sobre la importancia de ellas para la formulación y ejecución de acciones y programas efectivos dirigidos a la prevención del cáncer en el espacio de la comunidad. Se analizan aspectos esenciales de 5 categorías psicosociales para su empleo en la prevención y educación en cáncer, utilizando herramientas que permitan una modificación de los estilos de vida no saludables de las personas. Se muestran ejemplos sencillos de su aplicación y se concluye que una educación en salud de nuevo tipo requiere un cambio en la metodología interventiva de los agentes sanitarios, orientándose involucrar procesos que propicien la autorregulación y la adopción de precauciones.

Descriptores DeCs: **NEOPLASMAS/prevención & control; NEOPLASMAS/psicología; EDUCACION EN SALUD.**

En nuestro país, el cáncer es un importante problema de salud, por sus altos índices de morbilidad y mortalidad y su impacto emocional en la población. Su enfrentamiento efectivo sólo es posible mediante un abordaje integral y multisectorial, que incorpore el enfoque epidemiológico y que tenga por objetivo principal la prevención de factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables.

La promoción de salud en la Atención Primaria de Salud (APS) necesita la participación activa de las personas en la modificación de las condiciones de vida y de su manera de vivir, que conduzcan a la creación de una cultura de salud que apoye las políticas saludables y de equidad en los servicios de salud de nuestro estado.

Este marco de acción propicia que sea una necesidad el proveer información científica a los actores sociales (médicos, en-

¹ Especialista de I Grado en Psicología de la Salud. Instructor de la Facultad "Calixto García". Policlínico Docente Reina.

² Doctor en Ciencias Psicológicas. Investigador Titular INOR. Jefe del Grupo Nacional de Psicología.

³ Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Investigadora Agregada INOR. Jefa del Departamento de Control de Cáncer.

⁴ Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Instructora de la Facultad 10 de Octubre. Policlínico Docente Santos Suárez.

⁵ Licenciada en Enfermería. Investigadora Agregada. INOR.

fermeras, educadores, voluntarios, etc.) que interactúan en el escenario comunitario, con el objetivo de que afronten el problema de salud cáncer con herramientas efectivas y eficaces para su prevención, y aún más, para la promoción de salud.

El director de la OPS afirmaba en 1990: "El concepto del cuidado de la salud ha evolucionado de tal forma, que la aceptación pasiva de las decisiones hechas por los médicos y agentes sanitarios debe ceder paso a una participación activa en esas decisiones. Empero, no basta con reconocer que son los individuos, familias y comunidades los que tienen el derecho y la responsabilidad de vigilar su propia salud. Es preciso también apoyar sus esfuerzos con los conocimientos que los ayuden a detectar y prevenir los problemas de salud más comunes y a determinar cuándo requieren atención profesional".¹

Hoy en día se considera que los factores medioambientales y los comportamientos tienen el mayor peso específico en la probabilidad de que las personas enfermen o se mantengan saludables.² Este planteamiento, conocido como modelo de *Blum*, es aplicable al cáncer y a los factores responsables de su prevención pues el 80 % de los cánceres dependen principalmente de la influencia de factores medioambientales y de conductas que asumen las personas, y por lo tanto son potencialmente evitables. No es casual que el psicooncólogo *Ramón Bayés* exprese que "el elemento carcinogénico más importante es el comportamiento irresponsable del hombre".³

Consideramos que es necesario fortalecer las capacidades de la población para participar conscientemente en las decisiones que afectan su vida y para optar por estilos de vida saludables, a partir de una cultura de la salud que modifique aquellos valores, creencias, conductas, emociones,

actitudes y relaciones que dificulten su desarrollo. Para potenciar estos cambios es indispensable que los Médicos de Familia, psicólogos y otros agentes facilitadores conozcan no sólo *qué* tiene que ser modificado, sino *cómo* propiciar la transformación y trabajar con los elementos esenciales de algunas de las categorías psicosociales intervinientes.

Los objetivos que pretende esta revisión son:

1. Brindar información esencial sobre las categorías psicosociales que intervienen en el proceso de educación para la salud y en su efectividad.
2. Reflexionar sobre la importancia de estas categorías analizadas para la formulación y ejecución de acciones, estrategias y programas dirigidos a la prevención del cáncer en el espacio de la comunidad.

LA MOTIVACIÓN

En el proceso de adopción de estilos de vida saludables y conductas preventivas, un papel importante lo tiene la personalidad del sujeto, compuesta esencialmente por una agrupación de motivos rectores que le dan dirección a su actuación.

Hoy en día se concibe a la personalidad como la máxima instancia de autorregulación individual, gracias, precisamente, a la presencia de una estructura jerárquica de la esfera motivacional. "En la base de la dirección (orientación) de la personalidad se halla el sistema de motivos dominantes, surgidos en el proceso de la vida y en la educación del hombre, los cuales subordinan a los restantes"⁴ y modulan la percepción selectiva de la realidad.

El surgimiento de este sistema jerárquico de motivos con sus correspondientes estructuras cognitivas funcionales, permite la estabilidad y la dinámica de la

personalidad, pues "nadie puede hacer algo, que no sea en aras de alguna de sus necesidades"⁵ ni "los seres humanos observan pasivamente alguna realidad verdadera. Por el contrario, cada individuo construye activamente su propia realidad privada, atendiendo selectivamente a un porcentaje muy pequeño de estimulación presente y organizando esta entrada selectivamente".⁶

La motivación humana es "la integración de procesos psíquicos que en su constante transformación y determinación recíproca con la actividad externa regula la dirección (la meta) y la intensidad del comportamiento".⁵ Su desarrollo está determinado por la vida real, por eso para lograr una fuerte motivación de la población hacia la salud no basta con brindar información, sino que hay que motivarla a una actitud responsable ante el cuidado de la salud, un mayor protagonismo social a través de los grupos primarios de pertenencia (familiares, laborales, escolares o informales), y a utilizar la información sanitaria de acuerdo con lo que aporte a su calidad de vida.

Motivar trasciende aquí el significado de "hacer agradable" una charla o un material divulgativo, de "amenizar" el mensaje de salud. Se trata de incentivar, con todos los recursos disponibles y apelando a la mayor creatividad, comportamientos y actitudes responsables que regulen e induzcan a la actuación protectora.

LAS EMOCIONES

Las emociones son un reflejo directo de las relaciones del sujeto con los objetos de la realidad; por eso, su seguimiento en el proceso de educación para la salud se convierte en un indicador confiable de la efectividad de nuestra labor informativa y edu-

cativa. Las emociones son indicadores de aquello que es importante para el individuo organizado como autoteoría de sí mismo. Hoy en día se piensa que las emociones tienen un peso específico en la dirección del proceso salud-enfermedad.⁷

Los seres humanos tenemos la habilidad de anticipar el futuro, de interactuar con otros, de transformar nuestro medio ambiente, por eso cuando una persona evalúa una situación como potencialmente peligrosa, amenazadora o frustrante, ella va a experimentar una reacción emocional, resultado de lo que consideramos está poniendo en peligro nuestra seguridad, autoestima y estabilidad personal.^{8,9} Ésta es la secuencia:

Evento- Percepción de amenaza-Reacción emocional

El miedo, la ansiedad, la depresión y la ira son emociones negativas que están estrechamente relacionadas con estados de enfermedad.¹⁰ Además, ellas pueden elevar el potencial patógeno de algunos factores de riesgo del cáncer como el hábito de fumar, y aumentar la propensión y la probabilidad de mortalidad por esta enfermedad.¹¹⁻¹³

Recientemente, *Grossarth-Maticek* y *Eysenck*, en sus investigaciones¹⁴ encontraron asociación entre la existencia de un tipo particular de relación emocional de las personas enmarcado en un patrón que ellos llamaron Tipo I y la mortalidad por cáncer, y que éste se caracterizaba por afrontamientos deficientes del estrés, frustración con desesperanza, abandono y depresión; conservando la cercanía emocional con los objetos (o personas) perdidas, idealizándolos y reprimiendo emociones.

También el papel de las emociones está en el impacto psicosocial del cáncer que es, en gran parte, debido a las experien-

cias negativas directas e indirectas, la incertidumbre por la impredecibilidad de los acontecimientos, la falta de información, la temida pérdida del control y las amenazas a la autoestima, por cambios en la imagen corporal.¹⁵

LAS CREENCIAS

En el proceso de asimilación de mensajes de salud tienen mucha importancia las creencias de los receptores, con respecto a diferentes aspectos del contenido de estos mensajes. Éstas determinan la representación que una persona se hace de su enfermedad, o sea, lo que se conoce como dolencia o padecimiento.

Krech y Grutehfield,⁸ definen las creencias como "una organización duradera de percepciones y conocimientos acerca de algún aspecto del mundo al que pertenece el individuo" y piensan que ellas son la parte cognoscitiva de las actitudes, ya que toda actividad que realiza el hombre implica creencias hacia el objeto. Las creencias son neutrales, mientras que las actitudes son *pro* o *anti*.

Las creencias son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente, son nociones preexistentes de la realidad que modelan el entendimiento de su significado.⁸ En la evaluación de los acontecimientos vitales se determina la realidad de cómo son las cosas en el entorno.

Hay varios tipos de creencias:

- Primitivas: aquellas no abiertas al razonamiento y tienen fuerte significado emocional para el sujeto.
- Orden superior: aquellas que son aprendidas y que el sujeto somete a crítica, modificables con el razonamiento.

- Generales sobre el control: grado en que el individuo asume que puede controlar los acontecimientos y las situaciones.
 - *Locus* de control interno, creencia de que los sucesos son contingentes con la conducta de uno.
 - *Locus* de control externo, creencia de que los sucesos dependen de la suerte, del destino, etcétera.

El *locus* de control interno favorece la adherencia a los tratamientos y se relaciona con un mejor curso de las enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer.

- Control situacional: el individuo cree que puede modificar sus relaciones estresantes con el entorno. Esta creencia de autoeficacia condiciona el éxito de muchos programas preventivos y es un predictor del éxito en programas de cesación del hábito de fumar, del control dietético y del consumo excesivo de bebidas alcohólicas.^{16,17}
- Existenciales: aquellas que son generales y ayudan a las personas a conservar la esperanza y a buscar significado a la vida, a pesar de sus experiencias dolorosas.

Existen diferentes modelos de creencias de salud que son muy importantes para Programas de Educación para la Salud que se quieran implementar (anexo).

LAS CONDUCTAS

Las conductas tienen una especial relevancia en promoción y educación en salud; se considera una conducta de salud a cualquier actividad emprendida por una persona que se cree sana con el propósito de mantener su salud o de prevenir enfermedades en un estado asintomático, y por

conducta de enfermedad a aquellas que indican que una persona está enferma. Estas últimas se integran en el llamado rol de enfermo, el cual se adopta gracias a la aprobación social.¹⁰

El proceso de educación en cáncer debe centrarse en desarrollar en las personas conductas preventivas y promotoras. Se entiende por conductas preventivas, el conjunto de acciones que las personas llevan a cabo para defenderse de enfermedades o de sus secuelas; y por conducta promotora, a aquellos comportamientos cuyo objeto es el incremento del nivel de bienestar y la autorrealización. Entre estos 2 tipos de conductas existen diferencias, que no niegan los nexos entre ellas.¹⁸

Aspectos Conductas preventivas Conductas promotoras

Motivación	Evitar amenaza o daño	Deseo de conocimiento, de salud, autoexpresión, de capacidades
Objetivo	Disminuir el riesgo de enfermar	Incrementar la calidad de vida
Población	Grupos de riesgo	Población sana y con riesgo
Agente sanitario	Ejecutor informado	Colaborador informado

Walkers y otros investigadores en promoción de salud de la Universidad del Norte de Illinois¹⁹ han definido los comportamientos que conforman un "Estilo de Vida Promotor de Salud" y han construido un instrumento para evaluarlo. Estos son:

1. Comportamientos de autoactualización: búsqueda de adecuada autoestima, propósitos vitales realistas y satisfacción con la propia situación personal.
2. Comportamientos de responsabilidad con la salud: información y educación acerca de la salud, uso racional de los servicios de salud, conocimiento del

estado personal actual de los factores de riesgo que causan las enfermedades más importantes de la época, autoobservación personal y compromiso con el mantenimiento de un medio ambiente sano.

3. Hábitos de ejercicios: estilo de vida activo y no sedentario, así como ejercicio físico apropiado para la salud y la edad.
4. Hábitos nutricionales: comportamientos relacionados con la cantidad y calidad de la alimentación.
5. Comportamientos de soporte interpersonal: interacción social, habilidades de interacción y de expresión de sentimientos, tanto con personas íntimas como con personas distantes.
6. Habilidades para el manejo del estrés: comportamientos de relajación, meditación, descanso y conocimiento de las fuentes de estrés.

Una acción efectiva de Educación en Salud debe concluir en la adopción, por parte de la persona, de comportamientos autocontrolados que enriquezcan su estilo de vida promotor de salud.

LAS ACTITUDES

Es una categoría psicológica compleja, que se va formando como resultado de la actividad y se desarrolla a lo largo de la vida humana. Desde el ángulo funcional, la actitud es el término de la Psicología Social que equivale a un motivo.

Allport ha definido la actitud como "un estado anímico-mental y neurológico de la disposición, nacido de la experiencia, y que ejerce una influencia directriz o dinámica en las reacciones individuales frente a todos los objetos y situaciones relacionadas con el estado anímico".²⁰

En esta definición se destacan 3 aspectos de la actitud:

Su carácter de tendencia o disposición, su carácter de aprender mediante la experiencia, y su influencia en las conductas del sujeto.

Para que exista una actitud tiene que existir siempre:

- a) Un objeto: aquello frente a lo cual se reacciona, sea material o ideal y puede ser una persona, un objeto o una situación.
- b) Una dirección: el signo de la actitud que va de la aceptación(+) al rechazo(-); por ejemplo, mi Médico de Familia "me puede caer bien" o "caer mal".
- c) Una intensidad: fuerza que reviste la actitud, o sea su magnitud. Existen 3 niveles: mínima, media y máxima. No debemos confundir intensidad con dirección; por ejemplo, a una persona puede parecerle desagradable (-) que fumen a su lado, pero quizás la intensidad de la actitud sea mínima, y por tanto, acepta pacientemente que el humo le moleste.

Estructuralmente, toda actitud está constituida por 3 componentes:²¹

Afectivo: aspecto central de la actitud, se refiere a los sentimientos y emociones que el objeto de actitud despierta.

Cognoscitivo: ideas, información y creencias que se tienen sobre el objeto de la actitud, integradas en una organización lógica.

Conductual: puede estar o no presente, formado por tendencias de conductas que producen acciones para proteger o ayudar al objeto de la actitud o para agredirlo, castigarlo o destruirlo.

Las actitudes surgen y se modifican a lo largo de la vida, pero este proceso de modificación tiene mucha importancia en la

práctica de la promoción y la prevención en salud, por lo que se hace necesario conocer los mecanismos básicos de formación y modificación de las actitudes.

Según *Hiebsch y Vorweg*²⁰ existen 4 mecanismos:

Imitación: los hombres copian ciertos modos de conducta o reacciones de otras personas de rango social superior o de prestigio en alguna actividad social. Ejemplo, niño imita a papá.

Identificación: la persona se identifica con el otro ser humano y adopta conscientemente sus disposiciones evidentes o supuestas a la reacción. Ejemplo, joven se identifica con su líder.

Instrucción: la persona es instruida directamente por otra acerca de actitudes para unos u otros problemas; el saber y la conducta pueden no estar en armonía. Ejemplo, el orientador de salud en cáncer fuma para relajarse.

Enseñanza: consiste en inculcarle al educando modos de conducta o reacciones que él asimile e interiorice con vivencia emocional positiva; mayor actividad subjetiva promete mayor efectividad. Ejemplo, aprendizaje de conductas saludables en dinámicas grupales no homogéneas (fumadores y no fumadores).

Hemos revisado diversas categorías que aporta la Psicología científica contemporánea para incorporarlas a la optimización de los procesos de educación en salud y prevención del cáncer, considerando que un proceso efectivo de educación en salud tiene las características siguientes:²² aportar a la persona un conocimiento asimilable a las condiciones intelectuales de los problemas de salud a que puede estar expuesta y de sus posibles soluciones; programar experiencias de aprendizaje variadas, dinámicas y vivenciales; tomar en cuenta los valores, creencias y cultura de las personas; producir cambios en los conocimientos

tos, actitudes y práctica de las personas frente a la salud; y reflejarse en un incremento de la calidad de vida.

Un correcto proceso educativo debe entenderse esencialmente como una programación de oportunidades de aprendizaje de muy diversa índole (información, modelamiento, entrenamiento, capacitación,

etcétera) y tal proceso no puede lograrse a partir solamente de la trasmisión de información, obviando el papel de los aspectos psicológicos, sino que resulta necesario involucrar procesos que propicien la autorregulación y favorezcan el proceso de adopción de precauciones.

ANEXO. Modelos de creencias de salud. Aspectos importantes

<i>Modelos</i>	<i>Creencias para ejecutar conducta esperada</i>	<i>Componente relevante</i>	<i>Aspectos negativos</i>
Centrado en la información	Mientras más informado esté es mejor Información amena y asequible	Información	No toma en cuenta los mecanismos emocionales de autorregulación No valora posición interna del individuo en relación con la información
<i>Rosentock y Kirsh</i>	Amenaza percibida de una situación Beneficios esperados con la ejecución	Miedo	No determina el cambio de conducta Puede deteriorar la autoestima Aumentar vivencias de sobreprotección
<i>Beicker y Maiman</i>	Amenaza percibida de la enfermedad Probabilidad de acción para modificaciones	Gatillos para la acción	No toma en cuenta las variables subjetivas internas del sujeto Variabilidad de los criterios de amenaza Desconocimiento de los gatillos claves específicos
<i>Leventhal</i>	Expectativa de autoeficacia Expectativa de resultados	Autoeficacia	Pobre análisis de las motivaciones intrínsecas Descuidar el apoyo social y el desarrollo de los recursos de afrontamiento

SUMMARY: A bibliographic review is made aimed at giving information about the psychosocial categories that take part in the health education process, and at considering their importance to formulate and implement effective actions and programs to prevent cancer in the community. Essential aspects of the 5 psychosocial categories are analyzed in order to use them in cancer prevention and education, utilizing tools that allow to modify the unhealthy life styles of some

persons. Simple examples of their application are shown. It is concluded that a new type of health education needs a change in the methodology of participations of the sanitary agents. Instructions are given to introduce processes that propitiate selfregulation and the taking of precautions.

Subject heading: **NEOPLASMS/prevention & control; NEOPLASMS/ psychology; HEALTH EDUCATION.**

Referencias bibliográficas

1. Guerra de Macedo C. Mensaje del director. Bol Of Sanit Panam 1990;108(2):i.
2. Buela-Casal G, Carrobes JA. Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. En: Buela-Casal G, Caballo VE, eds. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: Siglo XXI, 1996:3-12.
3. Bayés R. Psicología oncológica. Barcelona: Martínez Roca, 1991:2-12.
4. González F. Psicología de la personalidad. La Habana: Pueblo y Educación, 1986:9-15.
5. Calviño M. Manual de motivación y procesos afectivos. La Habana: Universidad de La Habana, 1983:15-24.
6. Mahoney MJ. Cognición y modificación de conductas. México DF: Trillas, 1983:26.
7. Grau J, Martín M, Portero D. Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas del estrés sobre la base del enfoque personal. Rev Interam Psicol 1993;27(1):37-58.
8. Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986:293-98.
9. Spielberger CD, Moscosos MS. Reacciones emocionales del estrés: ansiedad y cólera. Avanc Psicol Clín Latinoam 1996;14:59-82.
10. Friedman H, DiMatteo RD. Health psychology. London: Prentice Hall, 1989:38-51.
11. Eysenck H. The respective importance of personality, cigarette smoking and interaction effects for genesis of cancer and coronary heart disease. Personal Individual Differences 1988;9:453-64.
12. Grossarth-Maticcek R, Eysenck H, Vetter H. Personality type, smoking habit and their interaction as predictor of cancer and coronary heart disease. Personal Individual Differences 1988;9:479-95.
13. Temoshok L, Dreher H. The tipe C connection. New York: Ramdon House, 1992:9-30.
14. Grossarth-Maticcek R, Eysenck J, Vetter H, Schmidt P. Psychosocial types and chronic diseases: results of the heidelberg prospective psychosomatic intervention study. En: Maes N, Sarason D, eds. Topics in health psychology. New York: John Wiley, 1988:21-31.
15. Middleton J. Yo no quiero tener cáncer. México, DF:Grijalbo, 1996:57.
16. Kickbusch I. El autocuidado en la promoción de la salud. Soc Sci Med 1989;29(2):125-30.
17. Powell KE, Kreuter MW, Stephens T, Marti B, Heineman L. Dimensiones de la promoción de la salud aplicadas a la actividad física. J Public Health Policy 1991;12:492-508.
18. Celentano DD. Perspectivas epidemiológicas de la modificación del estilo de vida y la promoción de la salud en la investigación del cáncer. Cáncer 1991;67(3):808-12.
19. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish language version of the health-promoting life style profile. Nurs Res 1990;39(5):268-73.
20. Hiebsch H, Vorwerg M. Psicología social marxista. La Habana:Editora Política, 1982:25.
21. Cuba. Ministerio de Educación. Departamento de psicología. Las actitudes. Materiales de psicología social. La Habana: MINED, 1974:33-43.
22. Polaino Lorente A. Educación para la Salud. Barcelona: Herder, 1987:95-102.

Recibido: 17 de febrero de 1999. Aprobado: 18 de marzo de 1999.

Lic. *Wilfredo Guibert Reyes*. Serrano # 561 (altos) entre Santa Irene y San Bernardino, Santos Suárez, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.