

Representación social de la prevención de enfermedades en la atención primaria de salud

Social consideration related to diseases prevention in health primary care

Mariela Rodríguez Méndez

Máster en Psicología Clínica. Asistente. Investigadora Agregada. Policlínico "Joaquín Albarrán", municipio Centro Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: el plan del Médico de Familia está instaurado hace más de 20 años para prevenir enfermedades y promover salud; sin embargo, los resultados no se corresponden aún con lo esperado. La forma en que los profesionales de la Atención Primaria de la Salud se representan y practican la prevención pudiera condicionar tal problema.

OBJETIVO: explorar la relación de las representaciones sociales del profesional de la salud en la Atención Primaria de la Salud con sus prácticas preventivas cotidianas.

MÉTODOS: cualitativos, aplicando las técnicas de entrevista, observación y análisis de contenido a la Revista Cubana de Medicina General Integral.

RESULTADOS: los profesionales de la Atención Primaria de la Salud se representan la prevención de enfermedades esencialmente como la ejecución de acciones orientadas por programas e informar a la población sobre las pautas de conducta a seguir. Aunque se manifestó una actitud favorable hacia la prevención en sí, se quejan de sobrecarga laboral y las condiciones de trabajo en este nivel de atención.

CONCLUSIONES: las representaciones de la prevención de enfermedades y las prácticas preventivas en Atención Primaria de la Salud son complementarias, puesto que la práctica preventiva en este nivel de atención se caracteriza por realizar lo exigido por los programas, sobre todo, si son priorizados, así como por informar sobre las pautas de conductas preventivas.

Palabras clave: Prevención de enfermedades, representación social, práctica preventiva, atención primaria de salud (APS).

ABSTRACT

INTRODUCTION: family Physician program was established twenty years ago to prevent diseases and to promote the health; however, results are not as expected. How the Health Primary Care professionals consider and practice the prevention could fit such problem.

AIM: to explore the relation of social consideration of health professional in Health Primary Care with their daily preventive practices.

METHODS: qualitative types applying the interview, observation, and content analysis techniques to Cuban Journal of General Integral Medicine.

RESULTS: health primary care professionals consider the disease prevention essentially as the execution of actions directed by programs and the information to population on behavior guidelines to be followed. Although there was a favorable attitude toward the prevention per se, there are complaints of work overload and the work condition at this care level.

CONCLUSIONS: considerations of disease prevention and the preventive practices in Health Primary Care are complementary, since the preventive practice at this care level is characterized by that demanded by programs, mainly, if they are priority, as well as to inform on preventive behavior guidelines.

Key words: Disease prevention, social representation, preventive practice, health primary care (HPC).

INTRODUCCIÓN

La prevención de enfermedades es una tarea priorizada en nuestro sistema de salud pública, sobre todo en la Atención Primaria de Salud (APS). La psicología aporta teorías y modelos de cambio de comportamiento que pueden constituir esquemas conceptuales, desde los cuales el profesional de la APS puede orientar y organizar su práctica preventiva y de promoción de salud. El plan del Médico de Familia está instaurado hace 20 años y su objetivo es esencialmente preventivo; sin embargo, los resultados no se corresponden aún con lo esperado, por lo que es imprescindible comprender la relación existente entre la práctica preventiva y el modo en que nuestros profesionales de la APS se representan la prevención de enfermedades. En este contexto emprendimos nuestra investigación, diseñada para aproximarnos a la respuesta de la pregunta ¿cómo la representación de la prevención de enfermedades de los profesionales de la APS puede relacionarse con sus prácticas preventivas?^{1,2}

Lo psicológico es reconocido en la determinación de la salud en 2 sentidos fundamentales:³ se enuncia como parte del mecanismo interno de producción de las enfermedades de determinados tipos, en los cuales es comúnmente reconocido el papel del llamado factor emocional; y como mecanismo interno de regulación de las actividades que pueden propiciar u obstaculizar la salud, o sea, todo lo relacionado con la regulación de las formas de decisión del sujeto que influyen sobre su salud, y que conforman un modo o estilo de vida sano o insano en mayor o menor medida. En correspondencia, se pretenden prevenir enfermedades

estimulando la aparición de emociones positivas, así como estilos de vida saludables.^{4,5} La tarea es compleja, ya que no se trata de una prevención a través de acciones médicas como la vacunación, pruebas citológicas o pesquias, sino se trata de persuadir a las personas sobre "formas mejores de vivir", y lo que aún es más difícil, ayudarlos a trabajar sobre aquellos aspectos psicosociales que condicionan tales "formas de vivir". Los esfuerzos realizados para "anticipar" eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables, son conocidos con el nombre de *prevención*.⁵

Si tenemos en cuenta la clasificación realizada por *Goetz y Le Compte*,⁵ nuestras teorías pertenecerían a lo que consideran una gran teoría asociada a un modelo teórico, cuyo valor radica en la influencia que ejercen en la percepción de la realidad de los científicos, según el modelo con el que se identifiquen. En las ciencias sociales no existe una gran teoría con sistemas tan fuertemente interrelacionados de proposiciones y conceptos abstractos que describan, prediquen o expliquen, de forma exhaustiva, grandes categorías de fenómenos; en cambio, las grandes teorías existentes en las ciencias sociales asociadas a las grandes teorías (filosóficas), constituyen conjuntos de supuestos, conceptos y preposiciones interrelacionados de forma laxa que configuran una visión del mundo. Por tanto, un profesional cuya práctica se vincule a un aspecto o fenómeno psicológico, está llamado a elegir una posición ante el universo de teorías y cosmovisiones existentes, lo que implicará optar por una o varias de estas grandes teorías, cada una de las cuales puede ayudar a conformar una concepción del proceso salud-enfermedad, y por tanto, de las intervenciones necesarias para prevenir enfermedades.

A mediados de los años 70 del siglo precedente, comenzaron a desarrollarse modelos para estimular el cambio de comportamiento (MCC), que actualmente continúan en estudio y perfeccionamiento. Nos dan un marco referencial para saber por dónde empezar, qué pasos seguir, y qué técnicas necesitamos para facilitar un cambio en la conducta de las personas. Ayudan a explicar el comportamiento que es difícil de cambiar, y consecuentemente, a mejorar la efectividad de nuestras técnicas, mucho más allá que si lo hiciéramos por pura intuición o experiencia.

Aunque no contamos con un modelo que permita apoyar plenamente el trabajo en la prevención y promoción de salud, los existentes implican un giro en el modo de concebir la prevención psicosocial de enfermedades, pues ya comienza a atenderse lo psicológico y lo social en el condicionamiento del proceso salud enfermedad. Por otra parte, constituyen una valiosa herramienta de trabajo para aquellos trabajadores de la salud, cuya formación no es de las ciencias sociales como la psicología. La población que cambia tan solo de escuchar sugerencias e informaciones, constituye una minoría que ya está preparada para actuar. Con la aplicación de los modelos de cambio de comportamiento, aumenta el número de personas susceptibles de cambiar y adquirir estilos de vida saludables.³

Además, contamos con los aportes de la Psicología Psicosomática, la Psicoterapia, a la Psicología Comunitaria. Por otra parte, toda la prevención que atañe a lo emocional, al estrés (según el discurso epidemiológico) requiere, por un lado, subjetivar los síntomas o las quejas de los sujetos desde que acuden a una consulta de rutina, es decir, señalar, alertar, ayudar a asociar lo que molesta en el cuerpo con otras molestias en la vida subjetiva. Lo que nos preocupa es si podemos ser conscientes a tiempo, antes de sufrir una enfermedad, o si silenciosamente, ella va desenvolviéndose, hasta hacerse notar en síntomas ¿Por qué silenciosamente?, porque tratándose de afectos en conflicto, no siempre nos damos cuenta a tiempo de las emociones en juego en las peripecias de nuestra vida, sobre todo, porque no siempre resulta fácil admitir emociones tildadas como desprolijas, sea por parte de nuestra conciencia, de la familia o del contexto social.¹ Intervenciones, orientadas a

concienciar la relación de pequeños síntomas, molestias reiteradas o determinados hábitos con nuestras emociones y nuestra psicología podrían hacerlas distintos profesionales de la salud. Cuestión central sería que las personas rescaten la posibilidad de poder preguntarse: ¿qué más me está pasando?, ¿por qué enfermo de esto y no de otra cosa?, ¿cuál será el sentido específico de este mi trastorno orgánico?, ¿por qué siempre para esta época y circunstancias afines?¹

Los profesionales de la salud en la APS, al realizar las labores de prevención de enfermedades tanto como la promoción de salud, podrían emprender distintos tipos de intervenciones de corte psicosociales, como son: la consejería básica asociada a un tema, la orientación psicológica, la psicoterapia e intervenciones psicosociales comunitarias. La Psicología aporta todo un saber teórico y metodológico que suponemos desarticulado de la prevención de enfermedades en la APS.

Posiblemente, aún esté pendiente integrarlos y sistematizar su empleo como herramientas para la prevención de enfermedades y la promoción de salud; por eso emprendemos esta investigación, en tanto esta puede ser una de las causas del mantenimiento de las ECNT y otras cuya disminución requiere de una actividad preventiva sistemática, sustentada teóricamente.

MÉTODOS

Se empleó una metodología cualitativa. Se utilizaron las modalidades de estudio de caso único al investigar un policlínico, y la documental dada por el análisis de contenido de 119 artículos pertenecientes a los 6 números de la Revista Cubana de Medicina General en 2001 y el primer número de 2002, último publicado en el período de la revisión. Para la selección de los informantes se utilizó un muestreo por máxima variedad, ya que se seleccionó de forma deliberada una muestra heterogénea compuesta por 5 médicos, 4 enfermeras y una psicóloga. Las entrevistas y diálogos informales fueron realizados en el campo, es decir, en el policlínico o en los consultorios externos a este.

Las técnicas de recogida de datos empleadas fueron: la entrevista a profundidad o no estructurada, observación descriptiva no estructurada y el análisis de contenido. Recurrimos a la transformación de los datos textuales en numéricos para realizar análisis porcentuales. El acceso al campo lo dio la directora del policlínico, y se pidió verbalmente el consentimiento de los sujetos participantes antes de realizar las entrevistas. Para el análisis de los datos se siguieron los pasos propios de la investigación cualitativa: triangulamos los resultados obtenidos a través de las 3 técnicas empleadas para conformar nuestros resultados finales y entre los datos obtenidos, la bibliografía consultada, y las reflexiones de la investigadora para el análisis general de los resultados.

RESULTADOS

Para los médicos, la prevención de enfermedades es esencialmente la ejecución de lo orientado por los programas de APS para evitar enfermedades o el empeoramiento del estado de salud de la población. El resultado dependerá esencialmente de ellos como máximos responsables de esta tarea. Estos son los elementos que ellos comparten con el *núcleo figurativo*, es decir, la esencia del concepto repetida por todos.

Quedan los siguientes contenidos conformando el *campo representacional*, que no es más que los atributos de la representación donde coinciden, pero no siempre. Para ellos la prevención de enfermedades es: su contenido de trabajo (83,3 %), informar y orientar a la población lo que debe hacer (83,3 %), perseverar, repitiendo las informaciones o mensajes sin cansarse (83,3 %), conjunto de acciones que realiza el personal de salud que se puede apoyar en las organizaciones de masas. Las acciones preventivas que ellos refirieron son las pruebas diagnósticas y acciones preventivas médicas (100 %), técnicas psicológicas y componentes de métodos psicológicos (66,6 %) y el terreno como técnica preventiva (50 %) (fig. 1).

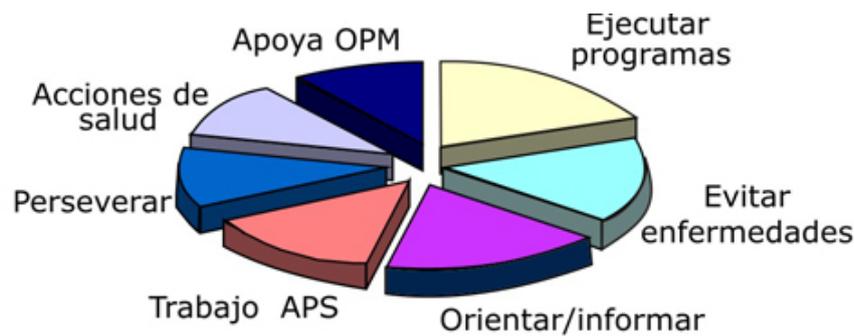


Fig. 1. La prevención de enfermedades para los médicos.

Los médicos consideran que la efectividad depende, en segundo lugar, de la concientización o comprensión de los sujetos (según el 83,3 % de la muestra). La capacidad persuasiva del personal de salud, la relación que se logre establecer con los sujetos o población, la ética (66,6 %) y la información en sí misma que el médico debe poseer y ofrecer íntegramente (50 %), son aspectos que ellos también consideran determinantes para el logro preventivo. Pocos de estos profesionales consideran algún aspecto condicionante del lado del sujeto, y estos se reducen a las condiciones socioeconómicas (50 %), la percepción de riesgo (33,3 %) y el nivel cultural (16,6 %).

Se representan la práctica preventiva realizada esencialmente según la exigencia de los programas, sobre todo si son priorizados (83,3 %), la mitad considera que se hace poca prevención, mientras una tercera parte (33,3 %) opina que se previene cotidianamente, y un 16,6 % considera que la prevención se realiza irregularmente, según la decisión personal.

El 83,3 % de los médicos entrevistados manifestó una actitud favorable hacia la prevención de enfermedades, en tanto el 16,6 % expresaba frases que nos hacen inferir la existencia de una predisposición negativa hacia la prevención de enfermedades. El 91,6 % de la muestra se queja de la sobrecarga y sobreexigencia de trabajo como una barrera para el éxito de la prevención de enfermedades, en tanto un 33,3 % afirma que existen condiciones de trabajo desfavorables para la prevención, que dificultan el trabajo. Para el 83,3 % de los médicos entrevistados la prevención se aprende empíricamente, aunque la enseñanza de pregrado y la especialidad también son fuentes de aprendizaje para el 66 %.

Para las enfermeras se mantiene la prevención como la ejecución de programas de salud en un lugar cimero de la representación (75 %), pero el *núcleo figurativo* de la representación de todas está constituido, esencialmente, por la idea de que prevenir es explicar a la población sobre las enfermedades, orientándoles lo que deben hacer para evitar padecerlas o empeorar el estado de salud. Por

consecuencia, para ellas la efectividad de la prevención depende, en primer lugar, de la comprensión que la población o el individuo tenga de las informaciones y orientaciones recibidas.

El *campo representacional* también se estructura de modo diferente para las enfermeras. Para ellas, la prevención es: evitar que las personas enfermen o empeoren, lo que constituye el contenido de trabajo propio de la APS y es una actividad que las organizaciones políticas y de masas deben apoyar (50 %); es repetir y perseverar (25 %), todas se representan técnicas psicológicas y médicas como herramientas preventivas. Las visitas al terreno lo son para la mitad, y para un 25 % algunos componentes de métodos psicológicos constituyen también útiles para prevenir (fig. 2).

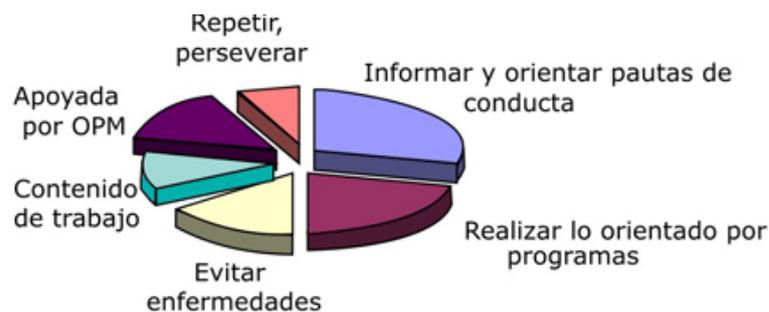


Fig. 2. La prevención de enfermedades para las enfermeras.

Se representan como mediadores de la efectividad en un mismo nivel la relación que logren establecer con los sujetos, su capacidad persuasiva, su nivel información sobre el tema a prevenir y la percepción de riesgo del sujeto (50 %). La personalidad del trabajador de la salud, su ética profesional, así como el nivel socioeconómico de la población, fueron considerados mediadores solo en un 25 % de las entrevistadas. Para todas, la educación de pregrado y posterior las capacita para hacer prevención, solo un 25 % se representa como fuente de aprendizaje la experiencia práctica.

En cuanto al factor actitudinal la mitad mostró una actitud favorable hacia la prevención de enfermedades. Entre ellas también existió insatisfacción, pero estaban más insatisfechas con las condiciones de trabajo (100 %) que con la sobrecarga y desprofesionalización (75 %).

En todo el policlínico solo trabajaban dos psicólogas. Las entrevistamos a ambas. Para ellas, la prevención de enfermedades es evitar enfermedades y el contenido de su trabajo cotidianamente, lo cual constituye el *núcleo figurativo* de la representación de ellas como grupo. El *campo representacional* en ellas estaría compuesto por elementos que definen la prevención como la realización de lo orientado por programas, realizar acciones de salud, perseverancia y constancia. Para ellas la prevención se realiza a través del diagnóstico de determinada situación de riesgo, planes de acción según objetivos, talleres, repartición de folletos y contactar con alguien, entre otras técnicas y cualidades psicológicas, como el compromiso y la coherencia personal (fig. 3).



Fig. 3. La prevención de enfermedades para los psicólogos.

Estiman que la efectividad de la prevención de enfermedades va a depender sobre todo del profesional de la salud, aunque también la ética del profesional, su personalidad y el nivel cultural de los sujetos se consideran mediadores del éxito preventivo en un 50 %. Consideran que, aunque no tuvieron una formación específica que les enseñase a hacer prevención de enfermedades, la formación profesional les aportó las herramientas necesarias para realizar prevención de enfermedades. El 50 % guía su práctica preventiva por una teoría determinada. Como parte de su contenido de trabajo, deben formar a los especialistas en MGI durante el estudio de la especialidad; no obstante, consideran que el tiempo que le ofertan solo permite una aproximación superficial a diferentes temas de Psicología. Además, opinan que los médicos no deben ser los principales protagonistas de la prevención de enfermedades porque no tienen tiempo ni quieren hacer prevención de enfermedades. Ambas se representan la práctica preventiva esencialmente irregular, opcional, según la decisión y el deseo de cada quien. También refirieron que la prevención se hace cotidianamente (50 %) y según programas (50 %).

Expresan una actitud positiva hacia la práctica preventiva, sin embargo ambas se muestran insatisfechas respecto a la sobrecarga de roles y las malas condiciones materiales de trabajo. Para ellas estos son obstáculos a la realización de una prevención efectiva. Consideran que la prevención deben hacerla personas especializadas en temas preventivos, en enfermedades, o en aspectos concretos. El hecho de que todos realicen prevención de todo, es valorado como un obstáculo para la práctica y éxito de la prevención.

Cada médico y enfermera planifica su horario de trabajo dividido en consulta y terrenos, y ofrece una cantidad de tiempo similar a ambos. Existen carteles que informan esto a la población en cada salón de espera de los consultorios fuera del policlínico. También se puede observar un mural y carteles con informaciones sobre la salud de la población que es atendida, y con mensajes de prevención de enfermedades y promoción de salud. En los consultorios del policlínico existe un salón de espera para varios consultorios, en los cuales se muestran carteles de promoción de salud y prevención de enfermedades en general, pero el observador debe esforzarse mucho para leerlos porque están distantes. Con ello se infiere que se realiza prevención a través de este tipo de información sobre las enfermedades y pautas de comportamientos preventivos.

Cuando realizan consultas, la población hace casi siempre colas para esperar a que los atiendan. En estas colas se comenta sobre la calidad de la atención del médico y la enfermera, entre otros asuntos de la cotidianidad personal y comunitaria. Se muestran apurados por recibir la atención esperada. En los consultorios los asientos o bancos están ubicados de modo circular, lo cual facilita una comunicación más grupal, mientras que en el policlínico están uno detrás de otro y se genera un diálogo de pequeños dúos o tríos. Existen días prefijados de interconsulta con un especialista, en los que son priorizados los casos que padecen síntomas

concernientes a la especialidad en cuestión. Los días de ginecología y pediatría parecen ser los de consultas más demoradas, y la población a veces protesta por la larga espera.

No se observó durante la investigación la aplicación de ninguna técnica preventiva como charlas, grupos de discusión o entrega de plegables, por lo que se deduce que se desaprovecha la oportunidad de realizar acciones preventivas en las salas de espera. Muchos de los que asisten, alegan que solo quieren una receta, un cuño, una remisión, o algo valorado como rápido o de poca importancia. En ninguna de las observaciones se escuchó como motivo de la consulta una demanda de orientación preventiva, por lo que se infiere que en el imaginario social comunitario, la APS no constituye una fuente y espacio de consejería u orientación, lo cual puede ser una contraparte del hecho de que en la práctica no se privilegie este aspecto.

Se suele interrumpir e irrumpir en la consulta para diferentes asuntos, sea una orientación, un paciente con una pregunta, o un comentario de otro profesional de la salud. En todas las entrevistas realizadas hubo una interrupción, sin que se supiese que era una situación de entrevista. Se pensaba que se atendía a una persona de la población, con lo cual se demuestra que no se garantiza la intimidad y protección a la relación entre el personal de salud y el sujeto atendido, lo cual constituye un obstáculo para la realización de una prevención a través de acciones psicológicas.

Los salones de las consulta presentan condiciones para ofrecer privacidad al paciente, pues en ellos solo consulta un médico cada vez. La enfermera no siempre se encuentra al lado de su médico, cuando este está consultando. En ocasiones se encuentra fuera de la consulta realizando otra actividad, pero nunca la observamos realizando una acción preventiva. Cuando un médico no puede asistir, su consulta es asumida por otro, y se trata de garantizar que la población no deje de ser atendida. Así sucedía con el 50 % de los médicos entrevistados, quienes cubrían a otros compañeros. Esto contribuye a que cada vez que la persona asiste a su consultorio pueda recibir una intervención preventiva.

Análisis de contenido de Revista Cubana de Medicina General Integral

Se analizaron 119 artículos pertenecientes a los 6 números de la revista en el año 2001 y el primer número de 2002, último publicado en el período de la revisión. Solo el 14,28 % de los artículos trataban la prevención de enfermedades como tema central, si se asume que un artículo versa sobre prevención de enfermedades cuando planteaba una teoría sobre prevención, o refiere una investigación preventiva a través de acciones médicas o psicológicas a un nivel primario, secundario o terciario.

La mayoría de los artículos (54,6 %) refería acciones o sistemas de trabajo, investigaciones realizadas que detectaban problemas de salud, y concluían la necesidad de prevenir a través de la vigilancia epidemiológica, determinación de factores de riesgo predisponentes de enfermedades, la dispensarización y la adherencia a tratamientos, pero muchas de estas acciones están prescritas por programas, por lo que se asume que en el *núcleo figurativo* se encuentra la ejecución de programas de APS, con prioridad a la ejecución de acciones médicas.

Asuntos teóricos asociados con la APS fueron tratados con mayor frecuencia (18,4 %) que los de la prevención de enfermedades. Los problemas presentes en la APS (12,6 %), y otros (10,7 %) como los de diagnóstico y tratamiento de enfermedades, información general, interdisciplinariedad en la APS, asuntos

históricos, la formación de los especialistas en MGI y la bioética, fueron menos tratados (fig. 4).

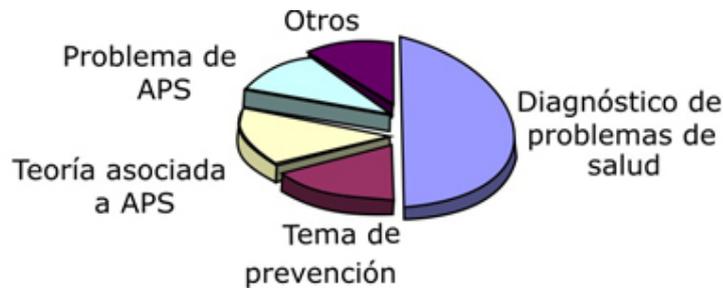


Fig. 4. Temas tratados en la Revista Cubana de Medicina General Integral.

En cuanto a los temas preventivos observamos que el 4,9 % de los artículos trató la prevención teóricamente, un 5 % refería intervenciones médicas preventivas a nivel primario (2,5 %) o a nivel secundario (2,5 %), mientras que solo un 3,3 % de los artículos plasmaron acciones psicosociales preventivas, ya sea a nivel primario (2,5 %) o secundario (0,8 %). Solo un 0,8 % de los artículos refirió la evaluación de impacto de acciones preventivas y de promoción de salud. No observamos ningún artículo que combinase las acciones médicas con las psicosociales en la prevención de enfermedades.

Si la revista fuese representativa de la práctica en la APS pudiéramos inferir que el trabajo se centra más en el diagnóstico de problemas de salud que en su prevención, sea esta primaria o secundaria. Por otra parte, la práctica de campañas o proyectos preventivos es pobre, y mucho más lo es la prevención psicosocial secundaria. La prevaencia de trabajos teóricos tratando el tema preventivo, puede ser indicador del momento particular en que se encuentran estos profesionales, en la constitución de una representación social de la prevención y la conformación de pautas de conductas sobre su práctica.

Se realizó un análisis de contenido de todos los trabajos que se referían a la prevención de enfermedades, para determinar las categorías a través de las cuales los profesionales de la APS se representan la prevención de enfermedades, a partir de las definiciones y prácticas evidenciadas en sus artículos. Así obtuvimos que la prevención de enfermedades es representada como:

- Informar y orientar pautas de conductas (52,9 %), asumiendo que la información determina el cambio de comportamiento, así como la desinformación la conducta de riesgo. Esta representación fue defendida solo por profesionales de la medicina.
- La aplicación de acciones médicas (17,6 %) que permitan disminuir un factor de riesgo o evitar complicaciones de alguna enfermedad. Los médicos manifestaron esta representación.
- La aplicación de técnicas psicológicas o psicosociales tradicionales de la Psicología (23,5 %) en la prevención primaria o secundaria. En tales artículos se observan frases como la siguiente: "Otras acciones han ido encaminadas al mejoramiento de las dinámicas familiares donde conviven estos pacientes, realizándose en estos casos entrevistas individuales a hijos o hermanos, o dinámicas con estos grupos como un todo". El 75 % de estos artículos eran escritos por psicólogos y un 25 % por médicos.
- Aplicación de medidas (11,7 %) por parte del sujeto y de los profesionales de la salud (el término *medidas* también puede ser entendido como *pautas de*

conductas). Una frase ejemplifica: "La educación debe estar encaminada a los cambios en los hábitos sexuales, a la evitación de la promiscuidad y de la liberalidad sexual, al aprendizaje del correcto aseo oral y genital en la mujer...." Fueron médicos quienes escribieron.

- Aplicación de acciones interdisciplinarias y multiniveles para enfrentar un problema de salud (11,7 %). Ejemplo de esto puede ver en el fragmento siguiente: "...los avances sustanciales en la promoción de salud y prevención del suicidio se han alcanzado a través de estrategias que implican una participación combinada de población voluntaria adiestrada, medios masivos de comunicación y personal de salud especializado, principalmente los que trabajamos en los niveles de atención primario y secundario del Sistema Nacional de Salud." Un 50 % de médicos y otros tantos psicólogos manifestó esta representación.

Según estos resultados pudiéramos inferir que informar u orientar pautas de conductas constituye el *núcleo figurativo* de la representación social de los profesionales de la APS. Otras acciones como la aplicación de tratamiento médico preventivo, las técnicas psicológicas, las acciones interdisciplinarias a distintos niveles y la práctica de comportamientos protectores por parte del médico y de los sujetos, son elementos constituyentes del campo representacional.

No obstante, existen diferencias entre médicos y psicólogos. Para los primeros prevenir es más informar y orientar medidas a seguir, además de aplicar acciones médicas preventivas, realizar actividades multifactoriales o interdisciplinarias y acciones psicológicas; mientras que para los psicólogos prevenir es más que estimular cambios a través de métodos preventivos a partir de técnicas y modelos psicológicos, incluyendo los de cambio de comportamiento.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos a través de las distintas técnicas reflejan que la práctica preventiva en la APS se caracteriza por la ejecución de las acciones exigidas por los programas en vigor en este nivel, sobre todo, si son priorizados, y por la orientación-información a los sujetos o población sobre las pautas de conductas preventivas.

Al parecer, la prevención psicosocial, es decir, la estimulación de comportamientos y emociones saludables, se practica poco en comparación con la aplicación de acciones médicas. Aunque no se afirma que la prevención es sobre todo la ejecución de acciones médicas, se manifiesta en las ejemplificaciones de la prevención realizadas en las entrevistas. Quien lleva la responsabilidad de las acciones preventivas a realizar es el profesional de la salud. El sujeto sobre el que recaen las acciones u orientaciones preventivas se encuentra ajeno en las descripciones de la práctica preventiva, asume un rol pasivo, lo cual se expresa con el anonimato de su carácter activo en el discurso de los entrevistados y de los autores de los artículos analizados, así como la postura asumida y los discursos pronunciados en el salón.

Lo anterior nos lleva a pensar que aún nos encontramos en el tránsito hacia una atención primaria más preventiva. Aunque se realizan acciones médicas preventivas, aún no se trabaja suficientemente en el necesario cambio comportamental o el empoderamiento comunitario.

A modo de síntesis podemos afirmar que existe una correspondencia entre las representaciones de la prevención de enfermedades de los profesionales de la salud y sus prácticas preventivas en APS. Así, prevenir enfermedades se asume esencialmente como la práctica de acciones médicas y la orientación poblacional sobre las pautas de conducta a seguir, orientadas por programas de salud para evitar enfermedades. Es también el contenido de trabajo propio de la APS, que exige perseverancia y recibe apoyo de organizaciones políticas y de masas. La calidad de la relación, las condiciones socioeconómicas y el nivel cultural del sujeto, se asumen como condicionantes del resultado preventivo.

El lugar de uno u otro elemento representacional varía ligeramente según la profesión que ejerzan (medicina, enfermería, psicología), lo cual no niega la existencia de una representación de la prevención de enfermedades para los profesionales de la salud como grupo psicosocial. Es lamentable que dicha definición de la prevención no incluya aportes teóricos y metodológicos de las ciencias sociales, que les permitirían orientar, estructurar y sistematizar su práctica preventiva con mayor efectividad.

Los programas de estudios no saldan suficientemente esta deuda, por lo cual consideramos oportuno valorar el entrenamiento de los distintos profesionales en el dominio de técnicas preventivas psicosociales. La representación que hoy se tiene de la prevención de enfermedades no es desestimable, debe ser tenida en cuenta para perfeccionarla y mejorar así la efectividad de la práctica preventiva cotidiana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Billiet L. Psicósomática: ¿Qué más me pasa? Rev Tatuajes. 1999;2 Sept. Disponible en: <http://www.psicomundo.com/tatuajes.htm> Consultado 20 de diciembre de 2005.
2. Pérez Lovelle R. La psiquis. En: La determinación de la salud. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1989.p.64.
3. Prochaska J. Assessing how people change. CANCER. 1991;67(I Supplement):805-7.
4. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Editorial Aljibe; 1996.p.14.
5. Zas B. La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml> Consultado 15 mayo de 2006.

Recibido: 17 de septiembre de 2008.
Aprobado: 29 de abril de 2009.

Mariela Rodríguez Méndez. Calle Jovellar, entre Aramburu y Soledad, municipio Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba. E mails: maromez@infomed.sld.cu
mariber@infomed.sld.cu