

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos

Health promotion and disease prevention. The role of the psychologist in public health

A promoção da saúde e a prevenção de doenças como atividades pertinentes à intervenção dos psicólogos

Raílda Fernandes Alves^I; Maria do Carmo Eulalio^{II}; Sylvia Alejandra Jiménez Brobeil^{III}

^IUniversidade Estadual da Paraíba (UEPB), Paraíba, Brasil

^{II}Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Paraíba, Brasil

^{III}Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, Granada, España

[Endereço para correspondência](#)

RESUMEN

La sociedad actual presenta nuevos perfiles biológicos, conductuales y epidemiológicos. Todo ello conlleva la necesidad de rediseñar prácticas y asistencias para priorizar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La asistencia psicológica a nivel primario representa un intento de responder a tal demanda, sin embargo, el modelo psicológico predominante es el de la psicología clínica que evidencia el carácter curativo desbordando el preventivo. La psicología de la salud propone un soporte epistemológico y práctico para las intervenciones psicológicas más allá de la clínica. A partir de esto, proponemos en este artículo presentar y explicar algunas nociones sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades, enseñar la compatibilidad de las acciones de salud con el trabajo del psicólogo en salud pública en los distintos niveles de atención, y proponer una guía de actividades del psicólogo en los niveles primario, secundario y terciario de asistencia en salud.

Palavras-chave: Promoción de la salud; Prevención de enfermedades; Psicología de la salud; Psicólogos en la sanidad pública.

ABSTRACT

Modern-day societies present with new biological, behavioral and epidemiological profiles, implying the need to redesign care practices and activities and prioritize health promotion and disease prevention. Psychological care at the primary care level represents an attempt to respond to this need. However, the predominant psychological model is clinical psychology, focusing on cure rather than prevention. Health psychology proposes epistemological and practical support for psychological interventions beyond the clinical setting. Based on this approach, this article presents and explains some ideas in health promotion and disease prevention, showing the compatibility between health actions and the work of the psychologist in public health at the different care levels, proposing guidelines for the activities of the psychologist in primary, secondary and tertiary care.

Keywords: Health promotion; Disease prevention; Health psychology; Psychologists in public health.

RESUMO

As sociedades atuais apresentam novos perfis biológicos, comportamentais e epidemiológicos. Tal fato implica na necessidade de se redesenhar práticas de assistência à saúde, em que se priorize a prevenção de enfermidades e a promoção de saúde. A assistência psicológica de nível primário representa uma tentativa de responder a essa demanda. Entretanto, o modelo clínico predominante enfatiza o caráter curativo sobre o preventivo. Na psicologia da saúde encontramos o suporte epistemológico e prático para as intervenções psicológicas que se estendem para além da clínica. Neste artigo, propomos apresentar algumas noções sobre a promoção de saúde e a prevenção de enfermidades; mostrar a compatibilidade das ações de saúde com o trabalho do psicólogo na saúde pública nos distintos níveis de atenção e sugerir algumas atividades desse profissional nos níveis primário, secundário e terciário de assistência à saúde.

Palavras-chave: Promoção de saúde; Prevenção de enfermidades; Psicologia da saúde; Psicólogos na saúde pública.

INTRODUCCIÓN

El ritmo y el dinamismo de la sociedad imprimen a los grupos humanos nuevos perfiles biológicos y conductuales. Los cambios observados en la trayectoria humana permiten constatar: el envejecimiento poblacional, el crecimiento de las poblaciones de las ciudades, los fenómenos migratorios entre los pueblos, las mudanzas en los patrones epidemiológicos, el fenómeno de la globalización, que agiliza el intercambio de las informaciones sobre salud a nivel mundial etc. Estos y muchos otros fenómenos más cambiaron las demandas y fomentaron la reformulación de las prácticas de salud. Hecho que conlleva la necesidad de asistir a las poblaciones de un modo cada vez más rápido, actuar en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades, todo ello, apuntando hacia una asistencia en salud más efectiva.

Tal contexto, de acuerdo con Lorenzo et. al. (2002), apunta hacia un incremento en la asistencia sanitaria mientras la gran circulación de informaciones sobre salud-enfermedad-cuidado hará con que los pacientes estén cada vez más informados sobre sus quejas y actúen menos como pacientes y más como agentes de su propio proceso de diagnóstico y cuidados. Este fenómeno, de acuerdo con los referidos autores, implicará formas muy distintas a lo que se practica en la actualidad y no resultará extraño hablar de cuidados primarios de salud impartidos por teléfono, vía Internet, a través de orientaciones en salas de Chat, por voz y cámara web (FORTIM, 2004; FORTIM; CONSENTINO, 2007) y además, realizados en grupos (MARTÍNEZ, 2003).

A nivel mundial, constatamos el surgimiento de nuevos modelos de asistencia mediados por la comprensión de una salud comunitaria construida y asistida de modo interdisciplinario. Bajo esta perspectiva surgieron nuevas profesiones para actuar en salud, como por ejemplo, en Brasil, el agente comunitário, A la vez, se han exigido de las profesiones ya consolidadas otras configuraciones teóricas y prácticas para atender al nuevo criterio de salud demandado. La actuación de psicólogos en salud pública y la inauguración de su asistencia a nivel primario representan un intento de responder a esa nueva demanda profesional.

La mirada hacia los psicólogos actuantes en salud pública señala el carácter novedoso de sus actividades en este campo y pone de manifiesto los escenarios de diversificación de su asistencia en los varios niveles de atención en salud. Cabe subrayar que la prevención de enfermedades es, de entre todas las novedades de acción psicológica, la menos desarrollada y conocida. Esto porque históricamente la psicología ha nacido clínica cuyo carácter curativo desborda el preventivo. Actualmente, el contexto de salud pública exige que la prevención avance hacia niveles optimizados.

El énfasis sobre la prevención indica por un lado una pluralidad de acciones, y por otro, la dificultad en adecuar cada acción a su nivel de pertenencia.

Esa coyuntura deberá tener en psicología de la salud su soporte epistemológico y práctico.

Las aportaciones de la psicología de la salud a la salud pública son todavía complejas. Su concepto presenta una historia muy corta y de acuerdo con Lovelle (2003), su desarrollo aún se encuentra en periodo embrionario. Por esta razón, y considerando que el presente trabajo no tiene la intención de discutir su concepto, utilizaremos aquí la definición de la American Psychological Association (APA), como estándar para el desarrollo de este trabajo.

La psicología de la salud es la suma de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de la etiología y el diagnóstico de los factores asociados a la salud, la enfermedad u otras disfunciones asociadas, así como al análisis y ayuda al sistema de salud y formación de la política sanitaria (apud LOVELLE, 2003).

Las contribuciones de la psicología de la salud deberán aportar a las intervenciones del psicólogo en la sanidad pública, el fundamento epistemológico y práctico para sus acciones en los tres niveles de salud. A nivel primario (Atención Primaria de Salud (APS)), las intervenciones deben volcarse en la salud general de los individuos dentro de sus colectivos sociales, priorizándose la asistencia de promoción de la de salud y de prevención de enfermedades. A nivel secundario (Atención Secundaria de Salud (ASS)), se brindan las intervenciones especializadas, cuyo objetivo principal es la salud mental. Ahí es donde actúan los psicólogos clínicos. El nivel terciario (Atención Terciaria de Salud (ATS)) enmarca las actuaciones en los hospitales y las investigaciones epidemiológicas.

Ante lo expuesto, el presente artículo tiene por objeto presentar y explicar algunas nociones sobre promoción de la salud; subrayar la prevención de enfermedades; enseñar la compatibilidad de las acciones de salud con la propuesta de trabajo del psicólogo en salud pública; y, por último, proponer sin ánimo de exhaustividad, una guía de actividades del psicólogo para sus actuaciones en los tres niveles de asistencia en salud pública. Para darle un carácter más didáctico se vincularán las acciones a su nivel de salud, para así destacar las diversas posibilidades desde dónde y cuándo hacer la prevención.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD GENERAL

Al día de hoy todavía hay confusión entre los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. De hecho, esto ocurre porque algunas veces una misma intervención puede valer para los dos casos. Para Godoy (1999, p. 61-62) la promoción de la salud es

[...] el conjunto de actuaciones volcadas a la protección, mantenimiento y mejoría de la salud y a nivel operativo, al conjunto de actuaciones (centradas en el individuo y/o en la comunidad) relacionadas con el diseño, elaboración, aplicación y evaluación de programas y actividades volcadas a la educación, protección, mantenimiento y mejoría de la salud (de los individuos, grupos o comunidades).

Guibert Reyes, Grau Abalo y Prendes Labrada (1999, p. 182), asociando la educación con la promoción de la salud, afirman que promover la salud significa educar, es decir, instaurar en la población un comportamiento que haya demostrado ser realmente efectivo para una salud óptima. Esto requiere formar nuevas conductas, modificar actitudes, fortalecer motivos especiales y fomentar creencias favorables mediante diferentes tipos de relaciones funcionales: formulaciones verbales, campañas, desempeños efectivos, trabajo en grupo, intermediación en centros laborales, intersectorialidad, etc., que propicien la condición de salud, pero que además definan cómo esos comportamientos se han de instaurar.

En el ámbito de este artículo, sus autores, aunque reconozcan la relación dialéctica y la falta de consenso de una existencia jerárquica entre las acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, proponen que las acciones de promoción sean anteriores a las acciones preventivas. Deben de pensarse sobre la base del perfil epidemiológico de la comunidad o grupo específico al cual se desea intervenir. Su principal característica es la de proponer y facilitar las acciones antes de la aparición de las enfermedades. Tiene un carácter muy amplio y responde al compromiso ético de mejorar el potencial de salud socioecológico de las comunidades.

La Prevención de Enfermedades

Después de involucrarse en la promoción de la salud, las intervenciones del psicólogo de la salud se vuelcan hacia la prevención de enfermedades en los diversos niveles de atención sanitaria.

Costa y López (1986), hablando sobre la prevención, argumentan que ésta pretende que se disminuya la incidencia de enfermedades y su prevalencia mediante el acortamiento del período de duración de la enfermedad o la disminución de secuelas y complicaciones.

Matizando las palabras de Costa y López (1986) la disminución de la incidencia de enfermedades se considera prevención primaria; la disminución de la prevalencia, se considera prevención secundaria; y la disminución de secuelas y complicaciones de las enfermedades, prevención terciaria.

Al ser la prevención de enfermedades lo más novedoso en el ámbito de las prácticas psicológicas, nos dedicaremos a aclarar las posibilidades de tales asistencias en los tres niveles de atención sanitaria.

Prevención e Intervención Primarias

El primer nivel de intervención psicológica se hace en los servicios de Atención Primaria de Salud (APS). En Brasil estos servicios se denominan *Unidades Básicas de Saúde* (Unidades Básicas de Salud) (UBS)¹. Debe realizarse en dos etapas: primero a nivel de prevención primaria y luego a nivel de intervención primaria.

a) Prevención primaria

La prevención primaria debe estar directamente relacionada y condicionada a la promoción de la salud. Sus acciones no van dirigidas a un individuo, sino a los planes de educación para la salud, los cuales podrán aportar contenidos de otras áreas de aplicación de la psicología (psicología del trabajo, psicología social, psicología comunitaria, psicología educacional). Tiene como característica central la actuación en los problemas epidemiológicos de la población beneficiaria e invierte en la construcción de estilos de vida saludables y en evitar comportamientos de riesgo. Busca desarrollar prácticas de prevención que se prolonguen o se utilicen durante toda la vida. Por ende, la prevención primaria deberá hacerse antes de que se encuentre un problema concreto utilizándose como guía de acciones el conocimiento epidemiológico previo del colectivo que va a ser intervenido.

El trabajo de Vázquez y Méndez (1999) sobre los procedimientos conductuales para el control de la diabetes puede utilizarse aquí como ejemplo. Éstos afirman que los programas de educación diabetológica no deben estar dirigidos solamente a los individuos afectados, sino también a sus familiares y cuidadores. Los objetivos de este programa se vuelcan en el entrenamiento de estrategias tanto de evitar la enfermedad, en el caso de hijos y nietos de los enfermos, como del desarrollo de conductas favorables a la adherencia a los programas de tratamiento de los familiares enfermos.

Aunque se ejecuten las acciones de salud mediante el seguimiento de planes elaborados sobre la base del previo conocimiento del colectivo social beneficiario del servicio, el plan debe tener como meta el desarrollo de la autonomía del colectivo en cuanto a la elección de los temas trabajados y su mejora. Es decir, que al fin y al cabo, el grupo deberá ser estimulado a tomar decisiones en lo que se refiere a las actividades programadas a nivel del plan.

b) Intervención primaria

La intervención primaria es la intervención directa sobre una queja detectada en un individuo o en un colectivo. Es la actuación primera ante la presencia de un problema que deberá ser identificado y orientado. A continuación, si se constata que el caso necesita una intervención psicológica especializada, se le derivará a uno de los otros niveles de atención de salud, ya que en este nivel la intervención no deberá ser, en ningún caso, especializada.

El adecuado abordaje de los problemas a nivel primario podría descongestionar los servicios de salud en sus niveles especializados, según señalaron los psicólogos de la Provincia de Granada (ALVES, 2008). En estos casos se dedicaría más tiempo a solucionar problemas más complejos que necesitan más atención, ya que muchos de los problemas trabajados en APS/UBS serían solucionados primariamente.

La intervención primaria del psicólogo en el equipo de salud aunque desempeñe un papel específico, deberá apuntar hacia unas prácticas interdisciplinarias y multiprofesionales, es decir, todo el trabajo necesita ser comprendido, planeado y ejecutado en equipos multiprofesionales. En este caso, no se trata apenas de realizar unas consultas en equipos multiprofesionales, sino de incrementar cada vez más la mirada del proceso salud-enfermedad-cuidado-vida-muerte como un fenómeno comunitario que se revela en las personas individualmente.

Por ello, para trabajar en este nivel de atención de salud, el psicólogo necesita un conocimiento más amplio de epidemiología, políticas sociales, antropología de la salud, sociología de la salud etc.

A nivel de APS/UBS las intervenciones del psicólogo deberán priorizar la salud general y no la salud mental. A este nivel la salud de un individuo en su colectivo social deberá considerarse como un todo y comprendida desde los distintos contextos biológico, psicológico, social, antropológico etc.

Para atender a estas acciones de salud el psicólogo deberá tener un perfil profesional que contemple los conocimientos teóricos y técnicos de psicología (clínica, comunitaria y social), epidemiología, salud comunitaria, políticas sociales, políticas públicas de salud, indicadores del desarrollo humano (IDH), además de una amplia gama de conocimientos.

c) Guía no exhaustiva de actividades compatibles con la prevención e intervención primarias

- Participar y actuar en los equipos de salud de los servicios de APS/UBS;
- atender a los pacientes en consultas primarias (según Trindade (2007), cuando afirma que dicha asistencia no puede ser confundida, en ningún caso, con la práctica de la psicoterapia);
- actuar en la salud general de los colectivos sociales a intervenir;
- elaborar e implementar programas de promoción y de educación para la salud (MARTÍNEZ, 2003);
- proponer programas de humanización y mejoría de la calidad de los servicios (TRINDADE; TEIXEIRA, 2007);
- estudiar el perfil epidemiológico de los colectivos sociales bajo su responsabilidad profesional de cara a elaborar un plan de intervención primaria;
- abordar temas/problemas de salud comunitaria, tales como: prevención de trastornos alimenticios; prevención del abuso de drogas legales o ilegales; desarrollo de estilo de vida saludable; evitar comportamientos de riesgo; prevención de enfermedades sexualmente transmisibles; desarrollo de responsabilidades sobre la concepción o prevención del embarazo indeseable; prevención de la violencia (urbana, de género, del tráfico, etc.); desarrollo de programas sobre sexualidad; programas particularmente volcados a la salud de los mayores, frente al envejecimiento de la población (SANTOS; TRINDADE, 1997) etc.;
- participar de las reuniones operativas de los servicios de APS/UBS y de los equipos de salud;
- hacer uso de las técnicas de dinámica de grupos;
- proponer y organizar grupos informativos (CARDOSO, 2002);
- pasar consulta en coordinación con otros profesionales de salud;
- apoyar a los profesionales de las escuelas de la comunidad bajo su responsabilidad a través de orientación y de elaboración de programas de educación para la salud;
- derivar a otros profesionales y/o servicios tanto de salud como sociales;
- atender a los pacientes por teléfono o por Internet;
- hacer visitas domiciliarias y asistencias familiares etc.

Prevención e Intervención Secundarias

a) Prevención secundaria

Se hace en los ambulatorios y/o centros de especialidades. Su principal objetivo es acompañar al paciente ayudándole en el seguimiento de su tratamiento, sea físico o psicológico, para prevenir el agravamiento de la dolencia. Los psicólogos de la salud que intervienen positivamente en este nivel echan mano del conocimiento producido a través de las investigaciones de las causas y factores asociados a la falta de adhesión al tratamiento. Conocer bien las características que llevan asociadas la falta de adhesión a determinados tratamientos facilita la formulación de programas preventivos además de utilizar las diversas actividades para prevenir comportamientos que refuerzan la dificultad del seguimiento.

Acerca de la adhesión es oportuno aclarar la falta de consenso sobre el uso del referido término. Friedman y DiMatteo (1989), prefieren hablar de cooperación para enfatizar la naturaleza bilateral de las interacciones profesionales de la salud-enfermo. Rodríguez Marin (1995) considera que el cumplimiento es una parte de la adhesión terapéutica. Maciá y Méndez (1996) y Ferrer (1995) emplean indistintamente los conceptos de 'cumplimiento o adhesión terapéutica'.

Ferrer (1995) añade que en el idioma español ninguno de los términos utilizados parece recoger exactamente el sentido que se pretende en cuanto al ajuste a las prescripciones del profesional de la

salud y simultáneamente, implicación activa del paciente a éstas. Sugiere que se haga una reflexión mayor sobre este tema con vistas a lograr una denominación de consenso que se emplee posteriormente de forma habitual, evitando confusiones al respecto o bien desconocimiento e incompreensión.

Martín Alfonso (2004) considera ser la adhesión terapéutica el término más adecuado entre los propuestos hasta el momento por el sentido psicológico que entraña. La define como una conducta compleja porque reúne aspectos propiamente conductuales a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento y del plan para su cumplimiento por parte del paciente.

Epstein y Cluss (1982) afirmaron que unos de los problemas más difíciles que tienen que afrontar los profesionales de salud es la falta de seguimiento o la no adhesión a las prescripciones de salud, por parte de los pacientes. Según Peck y King (1985) las prescripciones de salud de larga duración presentan menor seguimiento que las de corta duración. Las recomendaciones de larga duración presentan bajo nivel de adhesión desde el inicio del tratamiento y se va incrementando con el tiempo. Cuanto más complejas son las demandas más difícil es su cumplimiento.

Vázquez y Méndez (1999) presentan una propuesta de procedimientos conductuales para el control de la diabetes. Sus estudios demuestran lo importante que es conocer los factores que explican tanto la adhesión al tratamiento como la falta de seguimiento del mismo y apuntan un conjunto de medios por los cuales se puede valorar el apoyo familiar en el tratamiento de la diabetes y las habilidades de afrontamiento. Así, ellos proponen unos protocolos pertinentes a las intervenciones conductuales para el manejo de la diabetes, es decir, para promover y mejorar la adhesión al tratamiento.

La propuesta de estos autores es una importante aportación para los escenarios tanto de la incidencia como de la prevalencia de la diabetes en razón de la condición crónica del trastorno, lo que exige, de hecho, el seguimiento de ciertas conductas a lo largo de toda la vida. Entre los programas de Vázquez y Méndez (1999) se pueden destacar los protocolos dedicados al autocuidado para insulinodependientes. El programa visa el entrenamiento en autorregulación o automanejo y consiste en reuniones semanales de una hora de duración durante seis semanas. En las reuniones se utilizan lecturas y discusiones de material informativo y ejercicios de modelado y *role playing*. Tras el entrenamiento se pide a los adolescentes diabéticos que elaboren su propio programa de autorregulación para su régimen diabético.

El referido programa, aquí comprendido como de prevención secundaria, es un ejemplo del nivel de integración existente entre los demás niveles de salud considerados en sus status tanto de prevención como de intervención. En este caso, para que se llegase a la elaboración, hubo de hacerse antes una investigación (intervención de tercer nivel de salud) de la enfermedad y de los procesos conductuales que estarían involucrados. También, se habrá realizado la asistencia primaria de salud, lo cual comprueba que la integración de las asistencias de salud en los distintos niveles y su carácter interdisciplinario, es la condición básica para conducir bien la sanidad pública.

Con base en los estudios sobre el papel del contexto social como fuente de estrés en la diabetes, Hanson et. al. (1989) estudiaron los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento respecto a la relación con la adhesión al tratamiento. Los resultados evidenciaron una relación positiva entre las variables estudiadas.

Surwit et. al. (1989) investigó la efectividad del entrenamiento en relajación frente a la educación convencional, para mejorar el control metabólico. Sus resultados han confirmado que los sujetos portadores de la diabetes tipo II que recibieron el entrenamiento en relajación, tras ocho semanas presentaron mejoría en la tolerancia a la glucosa.

Labbé (1999) en su estudio sobre la preparación psicológica ante procedimientos de resonancia magnética nuclear (RMN), afirma que la evaluación de los factores que contribuyen a la aparición de problemas psicológicos durante o después de la RMN, puede prevenir que éstos ocurran. Los factores listados por la autora son: ansiedad, claustrofobia diagnosticada anteriormente, dolor y conocimiento íntimo del cuerpo.

Algunas técnicas preventivas apuntadas por Labbé (1999) ayudan en la preparación del paciente ante la RMN, de cara a favorecer la realización de la exploración y también prevenir problemas futuros en el paciente. A partir de las recomendaciones se puede inferir que cuando actuamos a nivel de la investigación de quienes son los que presentan dificultades en someterse a la exploración por RMN, o quiénes son los que presentan problemas psicológicos después de la exploración, nos estamos dedicando a la intervención de tercer nivel de salud, es decir, a la investigación.

En esta línea, cuando manejamos las técnicas de prevención ante la exploración con RMN, estamos actuando con la prevención de segundo o de tercer nivel.

La actividad psicológica a nivel de prevención es para los psicólogos un desafío, porque aunque se realice en algunas situaciones en las que el equipo de salud satura sus posibilidades de convencimiento del paciente para que le ayude en su tratamiento, la intervención del psicólogo es todavía un último recurso. De hecho, eso puede recibir críticas negativas ya que indica que el psicólogo no ha participado en la elaboración del programa propuesto al paciente desde el inicio de su tratamiento.

b) Intervención secundaria

Tiene en las asistencias especializadas la principal intervención. Asiste a los usuarios derivados de la APS/UBS para brindarles los tratamientos más específicos. La atención a los problemas de salud mental tiene aquí su lugar apropiado.

La intervención secundaria es el campo tradicionalmente más conocido y desarrollado tanto de la psicología como de las especialidades médicas en general. En términos de la psicología, posee un fundamento teórico/práctico bien sedimentado en la psicología clínica, es decir, es el campo en el cual se utilizan las técnicas más tradicionalmente desarrolladas de la psicoterapia.

Sin embargo, contradictoriamente, es el campo más problemático cuando se propone su aplicación en salud pública. De acuerdo con Alves et al. (2008), Campos y Guarido (2007) y Dimenstein (2003) en Brasil psicólogos que actúan en la APS/UBS presentan una sobreutilización de las intervenciones especializadas de segundo nivel sin darse cuenta de la inadecuación entre las prácticas y su nivel de aplicación. Los referidos autores aseguran que la dedicación al 80% de las actividades de los psicólogos de APS/UBS a la psicoterapia individual les impide desarrollar otras actividades importantes y más apropiadas al primer nivel de atención.

c) Actividades compatibles con la prevención e intervención secundarias

- Brindar las asistencias psicoterápicas en sus varias modalidades en todas las edades;
- realizar psicodiagnósticos diferenciales (mediante el uso de tests, o a través de diagnósticos descriptivos fenomenológicos);
- orientar y proponer actividades de soporte social;
- actuar en coordinación con los demás profesionales de salud y equipos de salud primaria/básica y secundaria/especializada;
- derivar pacientes a otros especialistas y servicios;
- elaborar en conjunto con el equipo multiprofesional programas de seguimiento/adhesión de tratamientos médicos (enfermedades crónicas, enfermedades mentales, cánceres etc.);
- aportar y emplear el conocimiento de neuropsicología, ya que es decisivo en los cuidados de las demencias y en las secuelas de los traumatismos del cráneo (TRINDADE; TEIXEIRA, 2007).

Prevención e Intervención Terciarias

a) Prevención de tercer nivel

Está relacionada con la asistencia a los problemas de alta complejidad derivados de los otros niveles de atención (1º y 2º), y con las investigaciones de salud. En general se hace en los hospitales pero también puede hacerse en los centros de especialidades. La prevención terciaria incluye el seguimiento de pacientes en tratamiento clínico, quirúrgico, quimioterápico y radioterápico.

De acuerdo con Antón y Méndez (1999, p. 227) "las intervenciones quirúrgicas son situaciones estresantes que suelen tener efectos negativos en el funcionamiento psicológico del enfermo, originando respuestas de ansiedad, depresivas, trastornos del sueño, de la alimentación, etc.". Así que, la preparación para las cirugías es una actividad muy corriente en las asistencias a los adultos. Es "la información proporcionada antes de la operación que, además de modificar respuestas cognitivas, puede producir cambios en las respuestas psicofisiológicas" (ANTÓN; MÉNDEZ, p. 228). Las técnicas de reducción o afrontamiento de la ansiedad son también muy utilizados en estas situaciones.

Con los niños también se utilizan las informaciones preparatorias. Se suman a las informaciones, por ejemplo, un paseo por el hospital, la presentación de equipamientos hospitalarios utilizados en las asistencias, todo ello para desmitificar la hospitalización y los procedimientos a los que se les someterá.

Yamamoto y Cunha (1998), en una investigación sobre las acciones de los psicólogos en hospitales, describen como actividades propias de la labor del psicólogo hospitalario: la preparación de los pacientes para readaptarlos a la nueva situación después del diagnóstico de cáncer, SIDA u otros. El objetivo de estas actuaciones es ayudar a que estos pacientes desarrollen una nueva expectativa de vida con otros valores que les de el soporte para afrontar la nueva realidad en consecuencia de la dolencia.

Las acciones junto a las familias de los pacientes son una importante intervención preventiva, es decir, promover la orientación y la preparación de los familiares, de modo que disminuyan los impactos de la noticia de la enfermedad y facilite la adaptación del grupo familiar. El trabajo con las familias es esencial sobretodo en los casos en los que las enfermedades no son conocidas por las familias. Considerando la importancia del papel de la familia en la recuperación de los enfermos, el trabajo desarrollado junto a ella enmarca de forma positiva la condición general del paciente.

b) Intervención de tercer nivel

La intervención de tercer nivel, en el ámbito de la psicología de la salud, tiene en la investigación una de sus más importantes actividades. El psicólogo de la salud investiga los factores biopsicosociales que intervienen en la etiología de los problemas de salud, analizando cómo el entorno sociocultural afecta a la salud-enfermedad-vida-muerte, en consecuencia de los estilos de vida.

A nivel de Brasil de acuerdo con Yamamoto y Cunha (1998), las actividades de investigación del psicólogo de la salud están muy relacionadas con la asistencia desarrollada en los hospitales y los temas donde se encuentran el mayor número de investigaciones se relacionan con la investigación de los diversos tipos de cánceres, de las dolencias infecto-contagiosas, de las enfermedades provenientes de lesión medular, de las enfermedades pediátricas, de los problemas originarios del sector de ginecología y obstetricia.

Andrasik, Otis, Turner y Simón (1999) recomiendan que la epidemiología se sitúe en los primeros peldaños de cualquier proyecto de investigación en psicología de la salud. Estos proyectos deberán dedicarse al análisis de los tipos de riesgos a los que una población está expuesta, en la búsqueda de marcos precisos sobre el principio y mantenimiento de la enfermedad.

De acuerdo con los citados autores la aproximación epidemiológica es una de las formas más significativas para la investigación y recogida de datos en psicología de la salud, ya que por medio de ella es posible examinar los aspectos conductuales, cognitivos, sociales, económicos, evolutivos y fisiológicos que tengan alguna relación con la salud-enfermedad.

A través de la epidemiología es posible conocer datos sobre la prevalencia e incidencia de las enfermedades. La prevalencia remite al número total de casos de una dolencia manifestada en una población en un período específico de tiempo. La incidencia indica la frecuencia de nuevos casos en un espacio de tiempo determinado. La prevalencia e incidencia de las dolencias son procesos muy estrechos y el conocimiento de estos es una condición básica de investigación en psicología de la salud ya que "(...) permite al investigador efectuar comparaciones entre diversos grupos de individuos. Además, la cuantificación del riesgo constituye un elemento fundamental en la formulación de políticas sanitarias (...)" (ANDRASIK; OTIS; TURNER; SIMÓN, 1999, p. 261).

Antón y Méndez (1999, p. 223), ratificando el objeto de investigación de la psicología de la salud dicen que

[...] la psicología de la salud hace hincapié en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad como forma de intervención, cuidando especialmente los aspectos metodológicos y analizando las variables desencadenantes del problema desde los tres sistemas que son responsables de la génesis de los mismos: biológico, psicológico y social. Su objetivo es, por lo tanto, identificar qué comportamientos son saludables y especialmente qué comportamientos son precursores de la salud .

Estos autores afirman la antigüedad de la existencia de una relación significativa entre los hábitos y la conducta por un lado y la salud-enfermedad por otro. En la misma línea dicen que es reciente la preocupación de los estudiosos en someter a investigación científica la naturaleza de tales relaciones. La base de tales investigaciones es saber que (...) "ciertos estados de enfermedad están causados por una confluencia de factores biológicos, comportamentales, ambientales y sociales; y constatar que unos relativamente pocos factores de riesgo, basados en el estilo de vida, son potencialmente responsables de la mayor parte de las principales causas de enfermedad y muerte precoz" (ANTÓN; MÉNDEZ, 1999, p. 217).

c) Actividades utilizadas en la prevención e intervención terciaria

- Apoyar y orientar a los pacientes ingresados;
- apoyar y orientar a las familias de pacientes ingresados;
- actuar en los cuidados paliativos (PSICOLOGÍA, 2006);
- asistir a los profesionales de la salud – cuidar de los cuidadores (PSICOLOGÍA, 2006);
- pasar consulta en coordinación con otros equipos de salud;
- desarrollar actividades con los niños (recreación, por ejemplo);
- preparar los enfermos para las cirugías;
- asistir a los pacientes ingresados en UTI (OLIVEIRA, 2002);
- estimular a los niños ingresados en UTI neonatal;
- orientar a las madres de niños ingresados;
- asistir a las urgencias psicológicas;
- hacer guardia en servicios que reemplazan a los hospitales psiquiátricos (Centros de Asistencia Psicosocial (CAPS), Residencias terapéuticas, Centros de día para mayores y otros);
- priorizar el desarrollo de las actividades de investigación.

CONCLUSIÓN

Una buena actuación de los psicólogos en salud pública debe tener en cuenta las posibilidades de intervención en los diversos niveles de atención de salud, sopesando la adecuación de cada acción en su nivel apropiado y también el carácter dinámico e integrativo de las mismas; teniendo claro que las intervenciones de salud primaria objetivan la salud general en la búsqueda de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; que las intervenciones de salud secundaria deben volcarse en las asistencias especializadas de seguimiento, donde la salud mental tiene su mayor expresión.

En cuanto a la asistencias terciaria, desde el punto de vista teórico, se define prioritariamente por las investigaciones. Sin embargo, en la práctica, observamos que engloba los cuidados de salud general de pacientes en tratamientos de alta complejidad, ingresados en los hospitales.

Es importante reafirmar que aunque en el ámbito de este artículo hubiese una división didáctica de las actividades preventivas, en el ejercicio profesional cotidiano, dado el carácter dinámico de las prácticas, es posible reunir en una misma intervención acciones tanto de promoción de la salud, a través de acciones educativas, como de prevención de enfermedades.

La prevención de enfermedades debe de encararse de forma amplia, o sea, como una actividad pertinente a los diversos niveles de asistencia en salud y no solamente a los servicios de asistencia primaria. Tampoco se debe asociar prevención exclusivamente con intervención precoz, condicionada por el criterio de edad.

La prevención es una actividad que se encaja en todos los niveles de atención de salud, debiendo ser ejecutada por todos los profesionales/equipos de salud, cada cual aportando su conocimiento especializado al equipo multidisciplinar de cara a la comprensión del perfil epidemiológico del colectivo social asistido y la elaboración de los planes de intervención.

En definitiva, la intervención de psicólogos se amplía hacia nuevos campos de salud, como en el caso de la prevención de enfermedades. De igual manera se exige una mirada y una preparación de estos profesionales más compatibles con los procedimientos psicológicos exigidos para su intervención en salud pública/comunitaria.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. F. **Intervenciones de profesionales en el campo de la salud**: estudio antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal. 2008. 269 f. Disertación (Doctorado en Antropología) – Universidad de Granada, Granada, España.

ALVES, R. F.; BROBEIL, S. A. J.; EULÁLIO, M. do C.; ANDRADE, D. A. de; BARROS, P. M. **Atenção Primária de Saúde**: desafio do trabalho de psicólogos que atuam no campo da saúde pública. 2008. I Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representações Sociais, Évora, Portugal.

ANDRASIK, F. OTIS; J. TURNER, B.; SIMÓN, M. A. Estrategias de investigación en psicología de la salud. In: SIMON, M. A. (Ed.). **Manual de psicología de la salud**. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Editorial biblioteca Nueva, 1999. p. 259-306.

ANTÓN, D. M.; MÉNDEZ, F. X. Líneas actuales de investigación en psicología de la salud. In: SIMON, M. A. (Ed.). **Manual de psicología de la salud**. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Editorial biblioteca Nueva, 1999. p. 217-256.

CAMPOS, F. C. B.; GUARIDO, E. L. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: SPINK, M. J. P. (Ed.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. p. 81-103.

CARDOSO, C. L. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 22, n. 1, p. 2-9, 2002.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Salud comunitaria**. Barcelona: Martínez Roca, 1986.

DIMENSTEIN, M. Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. **Revista Panamericana Salud pública/Pan Am J Public Health**, v. 13, n. 5, p. 341-345, 2003.

EPSTEIN, L. H.; CLUSS, P. A. A behavioral medicine perspective on adherence to longterm medical regimens. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 50, p. 960-971, 1982.

FERRER V. A. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. **Rev. Psicol Salud**, v. 7, n. 1, p. 35-61, 1995.

FORTIM, I. Terapia on line e orientação psicológica: diferenças. In: FARAH, M. (Ed.). **Psicologia e Informática: o ser humano diante das novas tecnologias**. São Paulo: Oficina do Livro, 2004. p. 67-98.

_____; CONSENTINO, L. M.. Serviço de orientação via e-mail: novas considerações. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 27, n. 1, p. 164-175, 2007.

FRIEDMAN, H. S.; DIMATTEO, M. R. Adherence and practitioner patient relationship. In: _____. (Ed.). **Health Psychology**. New York: Prentice Hall, 1989. p. 68 -100.

GODOY, J. F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. In: SIMON, M. A. (Ed.). **Manual de psicología de la salud**. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Editorial biblioteca Nueva, 1999. p. 47-62.

GUIBERT REYES, W.; GRAU ABALO, J.; PRENDES LABRADA, M. C. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? **Revista Cubana Medicina General y Integral**, v. 15, n. 2, p. 176-183, marzo-abr. 1999.

HANSON, C. L et. al. Coping styles in youths with insulin-dependent diabetes mellitas. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 57, p. 644-651, 1989.

LABBÉ, E. E. Preparación psicológica ante procedimientos de resonancia magnética nuclear. In: SIMON, M. A. (Ed.). **Manual de psicología de la salud**. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Editorial biblioteca Nueva, 1999. p. 435-448.

LORENZO, S. M.; KEENOY, E. M.; GASPAR, O. S. Situación actual y futuro de la atención primaria. **Informes SESPAS**, p. 395-438, 2002.

LOVELLE, R. P. La psicología de la salud en Cuba. **Psicología científica.com**, 2003. Disponible en: <<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia112-6-la-psicologia-de-la-salud-en-cuba.html>>. Acceso en: 20 marzo 2007.

MACIÀ, D.; MÉNDEZ, F. X. Evaluación de la adherencia al tratamiento. In: BUELA-CASAL, G.; CABALLO, V. E.; SIERRA, J. C. (Ed.). **Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud**. Madrid: Siglo XXI, 1996. p. 217-258.

MARTIN ALFONSO, L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. **Revista Cubana Salud Pública**, v. 30, n. 4, sept.-dic. 2004. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&nrm=iso>. Acceso en: 15 feb. 2008.

MARTÍNEZ, J. C. D. El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. **Revista Española de Salud Pública**, v. 77, p. 615-627, 2003.

OLIVEIRA, E. C. N. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 22, n. 2, p. 30-41, 2002.

PECK, C. L.; KING, N. J. Increasing patient compliance with prescriptions. **Journal of the American Medical Association**, v. 248, p. 2874-2877, 1985.

PSICOLOGIA, Ciência e Profissão – Diálogos. O crescimento dos cuidados paliativos. **Psicologia Ciência e Profissão – Diálogos**, v. 3, n. 4, p. 18-19, 2006. Reportaje de autoría institucional.

RODRÍGUES-MARÍN, J. **Psicología social de la salud**. Madrid: Síntesis, 1995.

SANTOS, A. C.; TRINDADE, I. Intervenção psicológica em programas de saúde para idosos. In: J. L. PAIS RIBEIRO (Ed.). **Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Lisboa: ISPA, 1997. p. 385-398.

SURWIT, R. S.; ROSS, S. L.; McCASKILL, C. C.; FREINGLOS, M. N. Does relaxation therapy add to conventional treatment of diabetes mellitus? **Diabetes**, v. 38, n. 2, p. 9A, 1989.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde** 1. ed. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2001. v. II.

TRINDADE, I. Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. In: TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. A. C. (Ed.). **Psicologia nos cuidados de saúde primários**. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. p. 54 - 64.

_____; TEIXEIRA, J. A. C. Intervenção psicológica em centros de saúde. In: _____ (Ed.). **Psicologia nos cuidados de saúde primários**. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. p. 41 - 54.

VÁZQUEZ, M. B.; MÉNDEZ, F. J. Procedimientos conductuales para el control de la diabetes. In: SIMON, M. A. (Ed.). **Manual de psicología de la salud**. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Editorial biblioteca Nueva, 1999. p. 469 - 503.

YAMAMOTO, O. H.; CUNHA, I. M. F. F. O. O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 11, n. 2, 1998. Disponible en: <<http://by108fd.bay108.hotmail.msn.com/cgi-bin/getmsg=B7D2D7D5-D7F1-4C>>. Acceso en: 5 oct. 2006.

[Endereço para correspondência](#)

Railda Fernandes Alves
E-mail: railda@correo.ugr.es

Maria do Carmo Eulalio
E-mail: carmitaoulalio@terra.com.br

Sylvia Alejandra Jiménez Brobeil
E-mail: jbrobeil@ugr.es

Recebido em: 26/08/2008
Aprovado em: 01/06/2009
Revisado em: 10/04/2009

¹*Unidade Básica de Saúde* es la nomenclatura actualmente utilizada por el *Sistema Único de Saúde* (Sistema Único de Salud (SUS)) de Brasil en sustitución al *Posto* ou *Centro de Saúde*. Aparte del cambio en la nomenclatura las UBS fueron reestructuradas de cara a garantizar una mayor capacidad de respuesta a las necesidades básicas de salud de la población a intervenir. Las UBS son más resolutivas y los equipos de salud que las componen deben ser capaces de atender a los problemas de salud más primarios, hacer derivación a los servicios especializados etc. (SUS, 2001).