

Original

Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud



Montse Gil-Girbau^{a,b}, Mariona Pons-Vigués^{c,d,e}, Maria Rubio-Valera^{a,b,f,g}, Gabriela Murrugarra^a, Barbara Masluk^h, Beatriz Rodríguez-Martínⁱ, Atanasio García Pineda^j, Clara Vidal Thomás^k, Sonia Conejo-Cerón^l, José Ignacio Recio^m, Catalina Martínezⁿ, Enriqueta Pujol-Ribera^{c,d,e} y Anna Berenguera^{c,d,*}

^a Research and Development Unit, Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Barcelona, España

^b Primary Care Prevention and Health Promotion Research Network, Barcelona, España

^c Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, Barcelona, España

^d Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès, Barcelona), España

^e Universitat de Girona, Girona, España

^f CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^g Facultad de Farmacia, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^h Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

ⁱ University of Castilla-La Mancha, Social and Health Research Centre, Cuenca, España

^j Servicio de Salud Illes Balears, España

^k Gabinete Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Servicio de Salud Illes Balears, Instituto de Investigación Sanitaria de les Illes Balears, España

^l Instituto de Investigación Biomédica de Málaga, Unidad de Investigación, Distrito de Atención Primaria Málaga-Guadalhorce, Málaga, España

^m Institute of Biomedical Research of Salamanca, Primary Health Care Research Unit, La Alamedilla (Salamanca), España

ⁿ Primary Care Research Unit of Bizkaia, Basque Health Service-Osakidetza, Bilbao, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de octubre de 2018

Aceptado el 9 de junio de 2019

On-line el 18 de noviembre de 2019

Palabras clave:

Atención primaria de salud

Estilos de vida

Investigación cualitativa

Modelos teóricos

Práctica habitual

Promoción de la salud

RESUMEN

Objetivo: Comprender a qué modelos teóricos se ajusta la práctica actual de la prevención primaria y promoción de la salud en atención primaria de salud en diferentes centros de salud de siete comunidades autónomas de España, según los/las profesionales de distintas disciplinas de este ámbito asistencial.

Método: Investigación cualitativa descriptiva en la que participaron 145 profesionales de 14 centros de salud de siete comunidades autónomas de España. El muestreo fue teórico. Se realizaron 14 grupos de discusión. El análisis de datos se realizó siguiendo procedimientos del análisis de contenido temático y de acuerdo con siete modelos teóricos de promoción de la salud a nivel micro, meso y macro.

Resultados: Las prácticas de los profesionales de los centros participantes en relación con las actividades de prevención primaria y promoción de la salud se adhieren principalmente a modelos intrapersonales, centrándose en ayudar a que las personas se empoderen aumentando la conciencia de riesgo y de los beneficios del cambio en los comportamientos, y guiándolas en la implementación de un comportamiento saludable. Algunos/as profesionales realizan actividades que encajan en modelos interpersonales, implicando a la familia y al propio profesional en las estrategias. Solo en algunos casos las prácticas actuales encajan en modelos comunitarios de promoción de la salud.

Conclusiones: Las prácticas de prevención primaria y promoción de la salud de los profesionales de atención primaria siguen principalmente modelos intrapersonales, en algunos casos modelos interpersonales y más puntualmente modelos comunitarios. Es necesario potenciar la participación de la ciudadanía y la orientación comunitaria de los servicios de atención primaria de salud.

© 2019 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Theoretical models of health promotion in primary healthcare everyday practice

ABSTRACT

Objective: To understand which theoretical models apply to current primary care practice of primary prevention and health promotion in a sample of primary health centres of seven autonomous regions in Spain according to the various professionals involved.

Method: Descriptive qualitative research with the participation of 145 professionals from 14 primary health centres of seven autonomous regions in Spain. Theoretical sampling was used and 14 discussion groups were carried out. Data analysis followed thematic contents analysis procedures and was based on seven health promotion theoretical models at micro-, meso- and macro-level.

Keywords:

Primary health care

Lifestyles

Qualitative research

Theoretical models

Everyday practice

Health promotion

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: aberenguera@idiapjgol.org (A. Berenguera).

Results: Current practice of primary prevention and health promotion activities mainly follow intrapersonal models, which focus on assisting the empowerment of patients by means of raising awareness of risk and benefits of behavioural change and on guiding the adoption of the new healthy behaviour. To a lesser degree, the activities of some professionals adhere to interpersonal models, which involve also the family and the health professional. In only a few instances community models of health promotion were used.

Conclusions: Primary prevention and health promotion practice of primary healthcare professionals follow mainly intrapersonal models, few cases use interpersonal models and community models are only occasionally employed. Advance of public participation and community orientation in primary healthcare services is needed.

© 2019 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La promoción de la salud y la prevención primaria son actividades propias de la atención primaria de salud¹. Aunque la prevención primaria se enmarca principalmente en el entorno sanitario, el desarrollo de la promoción de la salud debe realizarse dentro del ámbito comunitario. Esta vertiente comunitaria de la atención primaria de salud es fundamental para abordar los determinantes sociales de la salud y para reducir, en colaboración con otros actores, las desigualdades en salud². En la atención primaria española se desarrollan proyectos como el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) y el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)³, que incluyen intervenciones complejas con numerosos actores en contextos complejos y promueven cambios conductuales. Desarrollar intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud (PPPS) exitosas en atención primaria de salud depende principalmente de la comprensión, de la caracterización de los elementos del sistema y de cómo interactúa en los profesionales. Además, hay una gran variabilidad entre centros de salud y entre comunidades autónomas, tanto en la cantidad como en las condiciones del contexto¹.

Existen muchos modelos teóricos para el desarrollo de actividades de PPPS en atención primaria de salud^{4,5}, la mayoría intrapersonales e interpersonales. Estas actividades encajan en un modelo ecológico que sitúa a las personas en el nivel más básico (microsistema), y los recursos comunitarios, los valores culturales, las condiciones sociales y las políticas en los niveles macro. Así, los modelos teóricos de PPPS pueden clasificarse en modelos micro, meso y macro según si se consideran solo constructos relacionados con la persona (intrapersonales), si incluyen interacciones con profesionales de atención primaria de salud y otros agentes de su contexto (interpersonales) o con elementos del contexto social de la actividad (comunitarios)^{6,7}. Modelos individuales como el modelo de creencias en salud, la teoría de la acción razonada y el modelo transteórico de las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente explican la PPPS según características individuales de la persona que influyen su comportamiento^{5,7}. Los modelos interpersonales, como la teoría cognitivo-social, el modelo de apoyo interpersonal-social y la teoría de la motivación por incentivos, consideran factores relacionados con las interacciones del individuo y su entorno directo, incluyendo al profesional sanitario y los familiares^{5,7}. Finalmente, los modelos comunitarios explican la influencia sobre la salud individual de las redes sociales y comunitarias, las políticas y las estructuras sanitarias^{5,7}.

El uso de modelos teóricos facilita la planificación de actividades de PPPS y la evaluación de su impacto^{4,8,9}. Bully et al.⁴, en una revisión sobre PPPS en atención primaria de salud, señalaron que existía muy poca evidencia sobre la efectividad de las intervenciones basadas en modelos teóricos sobre cambios de conducta. La mayoría de los estudios se han basado en el modelo transteórico de

las etapas de cambio, y se ha encontrado una fuerte evidencia de su efectividad en las intervenciones nutricionales a corto plazo y en la cesación tabáquica a largo plazo⁴. No obstante, este modelo tiene limitaciones para abordar comportamientos complejos (actividad física o conducta alimentaria) y en la intervención sobre más de una conducta al mismo tiempo, y la evidencia sobre su efectividad en atención primaria de salud es controvertida¹⁰. Tampoco hay suficientes experiencias con otros modelos¹¹. Las intervenciones de PPPS, incluso cuando han demostrado su efectividad, son difícilmente aplicables a la práctica clínica habitual por limitaciones de tiempo, motivación o competencias, entre otras razones¹². Para trasladar los resultados positivos obtenidos en condiciones controladas es necesario explorar el contexto y cómo integrar las nuevas intervenciones¹³.

Conocer los modelos teóricos sobre cambios de conducta que encajan en las intervenciones que actualmente se realizan en la atención primaria de salud permitiría reconocer los elementos y las prácticas clave y su interrelación. Este marco podría utilizarse para diseñar e implementar nuevas intervenciones que, en caso de demostrar su efectividad, podrían trasladarse a la práctica habitual. El objetivo de este estudio es comprender a qué modelos teóricos se ajusta la práctica actual de la PPPS en atención primaria de salud en una muestra de centros de salud de siete comunidades autónomas de España, según la percepción de los/las profesionales de distintas disciplinas de este ámbito asistencial.

Método

Diseño

Estudio cualitativo descriptivo basado en grupos de discusión con profesionales de atención primaria de salud. Se trata de un análisis secundario de un estudio cualitativo^{12,14} realizado en el marco del diseño, la implementación y la evaluación de una intervención compleja multirriesgo para disminuir el consumo de tabaco, la baja adherencia a la dieta mediterránea, una insuficiente actividad física y el riesgo cardiovascular y de depresión en personas de 45 a 75 años atendidas en atención primaria con dos o más de estas conductas o riesgos (proyecto EIRA)¹⁵. Este proyecto, de acuerdo con el UK Medical Research Council Framework¹², sigue una metodología de desarrollo en cinco fases secuenciales en las que se utilizan métodos tanto cuantitativos como cualitativos, y hasta el momento se han desarrollado las cuatro primeras fases^{14–18}.

Emplazamiento y participantes

Catorce centros de salud de siete comunidades autónomas participaron en el Proyecto EIRA (dos centros por comunidad autónoma): Andalucía (Málaga), Aragón (Zaragoza), Baleares (Mallorca), Castilla-La Mancha (Cuenca y Talavera de la Reina),

Tabla 1
Características de los/las profesionales de atención primaria de salud que participaron en los grupos de discusión

Comunidad autónoma	Participantes	Edad	Sexo	Disciplina profesional
Andalucía	20	1 menor de 30 años 6 entre 30 y 49 años 13 entre 50 y 65 años	13 mujeres 7 hombres	3 personal de atención al usuario 4 enfermería 11 medicina de familia 2 trabajo social
Aragón	22	4 menores de 30 años 5 entre 30 y 49 años 13 entre 50 y 65 años	18 mujeres 4 hombres	2 personal de atención al usuario 8 enfermería 10 medicina de familia 2 trabajo social
Castilla-La Mancha	19	2 entre 30 y 49 años 12 entre 50 y 65 años 5 sin información	14 mujeres 5 hombres	2 personal de atención al usuario 6 enfermería 1 fisioterapia 8 medicina de familia 2 trabajo social
Castilla-León	18	1 entre 30 y 49 años 17 entre 50 y 65 años	12 mujeres 6 hombres	4 personal de atención al usuario 6 enfermería 8 medicina de familia
Cataluña	25	1 menor de 30 años 17 entre 30 y 49 años 7 entre 50 y 65 años	22 mujeres 3 hombres	4 personal de atención al usuario 10 enfermería 1 estudiante de enfermería 8 medicina de familia 2 trabajo social
Islas Baleares	20	7 entre 30 y 49 años 13 entre 50 y 65 años	14 mujeres 6 hombres	3 personal de atención al usuario 6 enfermería 9 medicina de familia 2 trabajo social
País Vasco	21	3 menores de 30 años 3 entre 30 y 49 años 15 entre 50 y 65 años	15 mujeres 6 hombres	2 personal de atención al usuario 8 enfermería 11 medicina de familia
Suma participantes	145	9 menores de 30 años 41 entre 30 y 49 años 90 entre 50 y 65 años 5 sin información	108 mujeres 37 hombres	20 personal de atención al usuario 48 enfermería 1 estudiante de enfermería 1 fisioterapia 65 medicina de familia 10 trabajo social

Castilla-León (Salamanca), Cataluña (Barcelona y Cornellà de Llobregat) y País Vasco (Vitoria-Gasteiz). Los centros de salud se seleccionaron teniendo en cuenta los siguientes criterios: 1) ser representativo de las características generales de la población de la comunidad autónoma; 2) buen cumplimiento de los objetivos de evaluación del centro; y 3) más de un 70% de profesionales que aceptaran participar en el Proyecto EIRA. Todos/as los/las trabajadores/as que atienden a personas adultas de los centros de salud participantes (medicina de familia, enfermería, trabajo social, fisioterapia, personal de atención al usuario y estudiantes) fueron invitados/as a participar, buscando variabilidad en cuanto a sexo, edad, perfil profesional y años de experiencia profesional. La [tabla 1](#) muestra las características de las 145 personas participantes (108 mujeres y 37 hombres). La participación fue voluntaria y los/las participantes firmaron su consentimiento informado.

Técnicas de recogida de información

Entre noviembre de 2013 y mayo de 2014 se realizaron 14 grupos de discusión con los/las profesionales de atención primaria de salud (8-12 profesionales por centro de salud). Los/las entrevistadores/as de cada comunidad autónoma eran investigadores/as con experiencia en investigación cualitativa y con competencias en la técnica de la entrevista. Siguió un guion semiestructurado de entrevista con preguntas relacionadas con la práctica habitual en actividades de PPPS. El guion temático, pilotado en una comunidad autónoma, exploraba las actitudes y las prácticas de los/las profesionales de atención primaria respecto a la promoción de la salud, las prácticas de promoción de la salud en el centro de salud, y la reflexión y el debate de intervención sobre un caso práctico típico. El guion temático y ejemplos de preguntas se muestran en la [tabla 2](#).

Análisis de la información

Las personas investigadoras realizaron una revisión bibliográfica y consensaron siete modelos de cambio de conducta que frecuentemente se utilizan para diseñar intervenciones de PPPS o para enmarcar estas actividades⁴. Los modelos teóricos sobre cambios de conducta se clasificaron en los niveles micro o individual, meso o interpersonal y macro o comunitario. En el nivel micro se encuentran el modelo de creencias en salud, la teoría de la acción razonada y el modelo transteórico de las etapas de cambio; en el nivel meso, el modelo cognitivo-social, el modelo de apoyo interpersonal-social y la teoría de la motivación por incentivos; y en el nivel macro, el modelo de organización comunitaria⁴.

La [tabla 3](#) muestra los siete modelos utilizados, resume sus características y presenta los solapamientos o similitudes entre ellos. Los constructos o factores de cada modelo se definieron y se asociaron con actividades relacionadas con la PPPS en atención primaria de salud.

Los grupos de discusión se transcribieron literalmente y se anonimizaron. Las personas investigadoras se familiarizaron con los grupos de discusión escuchándolos y leyéndolos. Cada grupo de discusión fue analizado siguiendo los fundamentos teóricos y los procedimientos del análisis de contenido temático por parte de cinco analistas que trabajaron en dos grupos (grupo 1: MGG, GM y MRV; grupo 2: MPV y EPR). En primer lugar, todas las personas analistas, de forma independiente, segmentaron los textos e identificaron las citas que describían las prácticas actuales de PPPS en los centros de salud participantes. En una segunda fase se codificaron estas citas, en un proceso de triangulación dentro de cada grupo de análisis, asociándolas a los conceptos clave de cada uno de los modelos. Una vez analizados todos los grupos de discusión, se determinó a qué modelos teóricos se ajustaba la práctica actual. Para hacerlo, MGG y MRV revisaron de nuevo todas las citas y la aso-

Tabla 2

Guion de los temas de los grupos de discusión

Temas	Ejemplo de preguntas
Actitudes y prácticas de los profesionales del equipo de atención primaria de salud respecto a la promoción de la salud	Para vosotros/as, ¿hasta qué punto es importante impulsar las conductas promotoras de la salud? En vuestro día a día, ¿qué actividades hacéis para impulsar estas conductas? ¿Qué parte de vuestro trabajo diario dedicáis a impulsar conductas promotoras de la salud, en relación con otras actividades?
¿Cómo se hacen las intervenciones de promoción de la salud en el centro de salud?	¿Qué intervenciones de promoción de la salud habéis hecho durante el último mes? ¿Cómo veis la utilidad y la efectividad de estas intervenciones? (profundizar en las diferencias según el tipo de conducta: alimentación, actividad física, tabaco, OH, salud mental. . .) ¿Cómo las organizáis? ¿Cómo priorizáis estas intervenciones? ¿Cómo las integráis? ¿Cuándo las hacéis? (tipo de visita) ¿Tenéis en cuenta las preferencias y los valores de las personas que atendéis? ¿Contáis con otros «aliados»? (recursos comunitarios, organizaciones, entidades, agentes sociales, iniciativas ciudadanas, medios de comunicación locales) ¿Aplicáis modelos teóricos de promoción de la salud? ¿Se modifica la duración de las visitas si hacéis estas intervenciones? ¿Qué dificultades tenéis para hacer estas intervenciones? ¿Qué se podría hacer para superar las dificultades y mejorar la efectividad de estas intervenciones?
Reflexión y debate sobre un caso práctico	Prácticas habituales de los/las profesionales del equipo de atención primaria de salud en esta situación ¿Qué hacéis los profesionales del centro de salud en esta situación? ¿Qué podéis hacer los profesionales del centro de salud en esta situación?

Tabla 3

Resumen de las principales teorías sobre el cambio de conducta aplicadas en atención primaria de salud analizadas en este estudio

Modelo o teoría	Foco del modelo o teoría	Conceptos clave: explicación	Solapamientos entre conceptos de los modelos
<i>Modelos intrapersonales</i>			
Modelo de creencias en salud	La percepción sobre la enfermedad la determinan las creencias sobre la susceptibilidad y la gravedad La percepción sobre la conducta la determinan las creencias sobre el beneficio de la acción, la autoeficacia y el coste o las barreras para el comportamiento	Susceptibilidad percibida: fragilidad del individuo Gravedad percibida: daño potencial de la enfermedad Beneficios percibidos: efectividad de la conducta para reducir el riesgo o la gravedad Barreras percibidas: costes materiales y personales de la conducta Indicaciones para la acción: factores que aumentan la disposición a realizar la conducta Autoeficacia: confianza en las propias habilidades para conseguir la conducta Factores modulantes: demográficos, psicosociales y estructurales	Actitud hacia la conducta en la teoría de la acción razonada y expectativas en la teoría cognitivo-social
Teoría de la acción razonada	La intención de conducta, o disposición para realizar esa conducta, es un antecedente inmediato del comportamiento La intención de conducta viene determinada por las actitudes, la norma social y la percepción de control	Norma subjetiva: influencia que ejerce el grupo social sobre la persona Actitud hacia la conducta: suma de creencias sobre la conducta Control percibido sobre la conducta: confianza sobre la propia capacidad para llevar a cabo el comportamiento	Control percibido en la teoría de la acción razonada y autoeficacia en la teoría cognitivo-social
Modelo transteórico de las etapas del cambio	Cuando una persona pone en marcha una nueva conducta sigue un proceso de maduración que progresa a lo largo de cinco etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento	Precontemplación: aparece la duda, se empiezan a percibir los riesgos y problemas de la conducta actual, pero no hay intención de actuar en los próximos 6 meses Contemplación: la persona analiza los beneficios de su posible cambio de conducta y pretende actuar en los próximos 6 meses Preparación: se planifican los cambios a seguir y se actuará en los próximos 30 días Acción: la persona ha cambiado la conducta y la mantiene menos de 6 meses Mantenimiento: la persona intenta mantener el cambio 6 o más meses	Conceptos del modelo de creencias en salud Autoeficacia del modelo de creencias en salud y capacidad para comportamientos del modelo de la teoría cognitivo-social

Tabla 3 (continuación)

Modelo o teoría	Foco del modelo o teoría	Conceptos clave: explicación	Solapamientos entre conceptos de los modelos
<i>Modelos interpersonales</i> Teoría cognitivo-social	El determinismo recíproco es la La autoeficacia, los objetivos y las expectativas respecto al resultado de la conducta determinan la probabilidad de que una persona lleve a cabo una nueva conducta Las personas aprenden de sus acciones, pero también de la observación de la conducta de las otras personas y de las consecuencias de estas conductas	Determinismo recíproco: interacción dinámica de factores personales, del comportamiento y de factores ambientales Capacidad para los comportamientos: conocimientos y habilidades para realizar un comportamiento Expectativas: beneficios atribuidos a la conducta Autoeficacia: confianza en las propias capacidades para conseguir la conducta Observación: aprendizaje a través de la observación de las conductas y resultados Reforzamiento: respuestas a la conducta que aumentan o disminuyen la probabilidad de que se lleve a cabo	Autoeficacia Creencias en salud Control percibido sobre la conducta en la teoría de la acción razonada Autoeficacia en el modelo de creencias en salud y control percibido Recompensas de la teoría de la motivación por incentivos
Modelo de apoyo interpersonal-social	El entorno social facilita el cambio al ofrecer apoyo informativo y emocional, y sobre todo implicando a la persona en grupos sociales en los que participa Los efectos positivos de esta intervención provienen de la interacción de estos componentes	Apoyo informativo: conjunto de herramientas informativas e instrumentales que facilitan la conducta Apoyo emocional: conjunto de herramientas psicológicas (cuidado, empatía, confianza...) que facilitan la conducta Colaboración con el entorno: el entorno influye en la cognición, la emoción, el comportamiento y las respuestas biológicas a través de interacciones no necesariamente dirigidas a la provisión de ayuda o apoyo a la conducta	
Teoría de la motivación por incentivos	La conducta viene condicionada por las expectativas sobre los beneficios o recompensas como consecuencia de esta conducta; esto implica la recompensa y los estímulos que la preceden	Recompensas internas: sentimientos motivados por los intereses y las satisfacciones que produce la conducta en la persona Recompensas externas: determinantes ambientales que estimulan la conducta y recompensas que provienen del entorno	Reforzamiento de la teoría cognitivo-social
<i>Modelo comunitario</i> Modelo de organización comunitaria	La comunidad se organiza para identificar problemas de salud, movilizar recursos y desarrollar e implementar estrategias que permitan responder a objetivos colectivos Desde la perspectiva de los/las profesionales de la salud, este modelo se ha adaptado para mostrar que los programas de salud reflejan las prioridades de la comunidad, defina o no la agenda de objetivos	Empoderamiento: proceso social de acción a partir del cual la población gana control sobre sus vidas y sus comunidades Capacidad de la comunidad: habilidad para identificar problemas y movilizar recursos para solucionarlos Participación: implicación de los miembros de la comunidad como colaboradores en igualdad de condiciones Relevancia: organización comunitaria alrededor de las prioridades de sus miembros Selección del problema: identificación de objetivos de cambio y mejora que unifiquen y consoliden la comunidad Conocimiento crítico: conciencia de las fuerzas sociales, políticas y económicas que contribuyen al problema social	

ciación a los conceptos clave de los modelos realizados en la fase de triangulación. Finalmente, en caso de duda, todas las personas analistas revisaron conjuntamente la codificación.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la IDIAP Jordi Gol (2013; P12/073).

Resultados

Los resultados muestran que las prácticas de PPPS de los/las profesionales de atención primaria de salud en los 14 centros participantes se adhieren principalmente a los modelos intrapersonales. Se centran en empoderar a las personas, aumentando la conciencia de riesgo y de los beneficios del cambio en los comportamientos, y guiarlas en la implementación del comportamiento saludable. En menor grado, se observa que algunos/as profesionales realizan actividades de PPPS que encajan en modelos interpersonales, implicando a la familia y al propio profesional en las estrategias de PPPS. Excepcionalmente, las prácticas de PPPS encajan en modelos comunitarios.

Modelos micro o intrapersonales

La [tabla 4](#) muestra los modelos intrapersonales evaluados. Para cada factor del modelo se especifican las estrategias teóricas que deben desarrollarse para llevar a cabo las intervenciones de PPPS. Las estrategias que utilizaban los/las profesionales para promocionar actividades saludables y de prevención encajaban principalmente con las recomendaciones de estos modelos. Los/las profesionales se basaban en evaluar la actitud de la persona atendida ante el cambio propuesto para intentar concienciarla sobre los riesgos del comportamiento y los beneficios del cambio, apoyándose, cuando era posible, en la influencia de su entorno. Además, exploraban las barreras percibidas por la persona atendida, incluyendo factores socioeconómicos, y potenciaban su autoeficacia con educación para la implementación del cambio y utilizando estrategias progresivas de acción. También ofrecían apoyo y motivación en la implementación del cambio y en el mantenimiento del comportamiento, con evaluación de los resultados y la adherencia a largo plazo.

Tabla 4

Modelos micro: intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo con los modelos intrapersonales de salud

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	Comunidad autónomas
Modelo de creencias en salud	Susceptibilidad percibida	Definir las poblaciones a trabajar en función de su riesgo; adaptar la información del riesgo a las características y comportamientos de la persona; ayudar a la persona a desarrollar una percepción adecuada del riesgo	Sería conveniente que no fumaras tal y cual. Hombre, yo sí que utilizo a veces... Tenemos un botoncito en el ordenador que te calcula el riesgo cardiovascular... y te permite hacer una simulación, entonces yo ahí sí que hay veces que les explico, mira, si dejaras de fumar y dejaras de y bajaras de peso, al volver a calcular el riesgo le vuelves a dar y salen otras cifras, y entonces es como más gráfico ¿No? Intentas motivar al paciente a base de que vea que eso va a tener un efecto beneficioso.	Aragón
	Gravedad percibida	Especificar las consecuencias o amenazas de la enfermedad	Se sabe que cualquier motivación puede ser negativa o positiva. Está la positiva y que tú le das valores buenos y bonitos y le dices: «Qué bien vas a estar», y hay quien se lo cree; y luego está la negativa: «Mira lo que le ha pasado a fulanito y menganito», y eso también actúa. Hay gente que por miedo, porque ha tenido un infarto o una angina de pecho, pues cambia muchos aspectos en su vida, y hay quien, con el tiempo, esa motivación se diluye y vuelve a las andadas. Luego hay quien dice: «Me da lo mismo, yo quiero vivir la vida, me da igual, yo voy a comer lo que me dé la gana, voy a beber lo que quiera, voy a fumar lo que quiera y el día que me dé, que me dé, pero voy a vivir la vida a tope».	Castilla-La Mancha
	Beneficios percibidos	Explicar los beneficios de la acción	Yo les planteo dos cosas: salud y dinero; curiosamente, en lo que más se sorprenden es por dinero. Hay unas cartillas en las que te dicen la cantidad de tabaco que fuman, y según lo que fumes lo que te puedes ahorrar, y ellos al verlo se sorprenden. Yo a todos los que van a dejar de fumar les digo que cojan una botella grande y vayan echando las monedas sistemáticamente todos los días. Y es sorprendente que al cabo del año es por lo que más me felicitan, dicen: «Me he hecho un viaje de narices».	Castilla-La Mancha
Modelo de creencias en salud	Barreras percibidas	Ofrecer confianza, incentivos y asistencia para superar las barreras; corregir la desinformación	Llega un señor que está solo y que no sabe guisarse y yo le digo: «Pero si no es difícil, mira, coge el pescado y mira lo haces así, le echas un mínimo de sal y te lo puedes hacer tú solo y es muy saludable». O sea, que hacemos un poco de todo, lo que puedes.	Castilla-La Mancha
	Indicaciones para la acción	Informar sobre la manera de implementar el cambio; promover la conciencia y utilizar sistemas de recordatorio	Yo siempre pienso que hay que darles ideas, marcarles una pauta, marcarles un sistema, ofrecerles dentro de lo que puedan hacer, marcar un programa de ejercicios con esa persona	Castilla-La Mancha
	Autoeficacia	Ofrecer entrenamiento y guía en la implementación de la acción; marcar objetivos progresivos; dar refuerzo verbal; demostrar los comportamientos deseados	Cuando digo identificar y dar conocimientos e ilusionar no es «te lo cuento y ahí te quedas»; eso va a depender de cada uno de los que promocionamos la salud. Unos sabremos hacerlo, tendremos mejor estilo, y otros, peor. E iremos actuando sobre cosas pequeñas para llegar a cosas más grandes, o tendremos que buscar estrategias para poder solucionar este tema. Aun así, tendremos que reconocer y ser realistas de que muchas veces no lo vamos a conseguir. Pero ese es nuestro trabajo.	Castilla-La Mancha
	Factores modulantes	Considerar los factores sociales y contextuales de la persona que influyen en el comportamiento para adaptar la acción	Que hagan actividades, y si no pueden hacerlas en sus barrios, que vayan a otros lugares, que a lo mejor no están muy lejos, y eso a los niños les va bien, o sea, además es gente que tiene pocos recursos económicos, y hay muchas actividades para hacer, pero todas valen dinero.	Islas Baleares
Teoría de la acción razonada	Norma subjetiva	Evaluar la percepción del individuo sobre la opinión del entorno respecto al cambio y utilizarlo para promoverlo	Si yo tengo, vamos de los que tenemos todos, todos los días en consulta, un paciente mayor que viene a la consulta con su esposa y tiene sobrepeso evidente, y este sobrepeso puede estar influyendo mucho en su hiperlipidemia, en su dislipidemia y en su control glucémico. Entonces yo le insisto en la importancia de perder peso para mejorar ambas cosas que a él le preocupan mucho y me encuentro con que su esposa es una tremenda aliada, porque parece ser que está insistiéndole a él y busca cómo hacerlo y cómo poner en práctica eso, y bueno, es un ejemplo que a todos nos pasa casi a diario.	Andalucía

Tabla 4 (continuación)

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	Comunidad autónomas
Modelo transteórico de las etapas de cambio	Actitud hacia la conducta	Subrayar los aspectos positivos y los apoyos sociales hacia el cambio	Y a veces el meterte de lleno, decir «mira, tú tienes esto», y a veces tienes más cuidado y a veces dices «mira, no, tienes esto, tienes que perder peso, hacer ejercicio y quitarte del tabaco. Por dónde quieres que empecemos». Y también un poco la posibilidad de que él pueda elegir: «pues no, mira, el tabaco lo había pensado y voy a hacerlo»; «vale, y además puedes caminar un poco, vale, pues sales a caminar». Se lo planteas un poco todo, como en conjunto, para que cambie el estilo de vida en general, no que cambie una cosa... Y que no lo vea como un problema, sino como que voy a mejorar, ¿no? Voy a mejorar eso, comía mal, voy a comer bien, no salía a caminar, voy a salir a caminar. O sea, que lo vea que es como una cosa beneficiosa. A lo mejor no quitar la relación que tiene con la diabetes o con la hipertensión, sino decir, aparte de que tengas eso, esto es para que tú te encuentres mejor a largo plazo.	Islas Baleares
	Control percibido sobre la conducta	Explorar la capacidad percibida para lograr el cambio y fomentar la autoconfianza	Me decía el primer día: «¿Tú has dejado de fumar? ¿Tú fumas?». Digo que no. «¿Tú has sido fumador? Y digo «No, pero te voy a ayudar. No, pero te voy a acompañar. Y vamos a hacerlo juntas y te voy a ir visitando y me vas a ir explicando. Yo te voy a ir ayudando, no te preocupes. . . no te vas a quedar sola. . .»	Cataluña
	Precontemplación (la persona no pretende iniciar la acción en 6 meses)	Aumentar la conciencia de necesidad de cambio personalizando la información de los riesgos y beneficios	Es que eso es igual a lo del tabaco, depende en la fase en que están, si están en la fase precontemplativa, pues es que no hay nada que hacer, tendrás que esperar a la próxima vez que vengan, hasta que llegue un momento en que diga «Vale, voy a intentarlo», pero claro, es inútil, a veces. Hay que saber a quién hay que dar un consejo. Si no está receptivo es una bobada, habrá que esperar a que tenga. . .	Castilla y León
	Contemplación (la persona pretende realizar el cambio en los próximos 6 meses)	Motivar y animar a realizar planes específicos	Hacer una captación activa y desde ese momento que te diga el paciente, actuar. Aquí no creo que. . . yo creo que hay que recibirlo, ¿no?, y aprovechar el momento y no tanto. . . O sea, no son gente muy organizada, y entonces es difícil, a lo mejor, plantear actividades es más difícil.	Andalucía
	Preparación (la persona pretende realizar el cambio en los próximos 30 días)	Orientar los pasos conductuales hacia el cambio; ayudar a desarrollar e implementar una acción concreta dentro de la planificación para llegar a objetivos gradualmente	En el momento que ellos ya se motivan sí acuden. «Usted me dijo que aquí se podía quitar de fumar.» Eso es importante, porque saben que aquí sí lo pueden hacer. Lo vas encauzando, le pones una fecha.	Andalucía
	Acción (la persona ha cambiado la conducta hace menos de 6 meses)	Dar soporte a través de diálogo; solucionar problemas y reforzar el cambio	Has pactado con él posibles soluciones, en esa consulta demanda había salto de mapa y porque no se puede programar aparte tranquilamente con él para ver cómo ha podido, qué dificultades ha tenido en conseguir esos objetivos y analizarlos uno por uno.	Andalucía
	Mantenimiento (la persona realizó el cambio hace más de 6 meses)	Dar soporte a través de recordatorios y aportar alternativas ante los fallos que puedan producirse	Ver si lo están haciendo. Seguimiento y control.	Castilla y León

Modelos meso o interpersonales

La [tabla 5](#) muestra los modelos interpersonales evaluados. Los discursos de los/las profesionales mostraron que, hasta cierto punto, también se trabajaban factores interpersonales, específicamente de los modelos de la teoría cognitivo-social y de la teoría de la motivación por incentivos. Estas estrategias incluían el uso de modelos de comportamiento del entorno de la persona atendida o del propio profesional para convencerla y proponerle estrategias eficaces de actuación, así como la integración del contexto familiar

o social en el proceso de cambio. Los/las profesionales de atención primaria no utilizaban estrategias de recompensas externas basadas en la teoría de la motivación por incentivos.

Modelos macro o comunitarios

La [tabla 6](#) muestra el modelo macro o comunitario evaluado. Puntualmente, los/las profesionales de atención primaria utilizaban las figuras clave de la comunidad para promover estrategias de PPPS y realizaban actividades formativas dirigidas a empoderar a los miembros de la comunidad. Sin embargo, las estrategias para

Tabla 5

Modelos meso: intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo con los modelos interpersonales de salud

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	Comunidad autónoma
Teoría cognitivo-social	Determinación recíproca	Considerar múltiples estrategias para promover cambios, como hacer ajustes en el entorno e influir en las actitudes personales	Yo al paciente que fuma le pregunto: «¿Cuál es la cantidad ideal de tabaco al día que tú crees que debes de consumir?». «Tres, cuatro...», sabiendo que es cero. A pesar de que lo digan en la televisión, a pesar de que tú se lo digas, siempre hay que buscar la manera de interactuar con ellos, o sea, dónde está el punto, el punto fuerte del paciente, el punto débil del paciente. A veces, con decirle «Oye, contabilízalo, yo creo que a tal hora o a tal hora podemos quitar el tabaco».	Castilla-La Mancha
	Capacidad en los comportamientos	Mejorar los conocimientos y habilidades para realizar el comportamiento	Persistencia, tienes que mandarle medicación y tienes que hacerle revisiones muy continuadas, tienes que hacerle una buena educación sanitaria. En el sentido de explicarle que tiene que cambiar su vida en muchos aspectos en 3 o 6 meses, e identificar con él las situaciones que le llevan a fumar, para que cambien esas conductas y haga... suplemente esas actividades por otras, para que no fume.	Castilla-La Mancha
	Expectativas	Exponer los resultados positivos del comportamiento	Como un paso previo, ¿no?, antes de intentar que haga las cosas bien, que para él también sea algo bueno, igual él es de salir a andar todos los días y él no sabía que eso era beneficioso para él, explicarle lo qué es bueno o por qué es bueno, y luego conseguir que lo haga. Cuando se tiene una actitud reacia, lo primero es cambiar la actitud; el resultado va a venir mucho más tarde. Tú estás pidiendo a una persona que cambie a cambio de nada, que le dices «ya verás, que más adelante te sentirás...», pero claro, hay un margen de tiempo en que solo va a valorar lo que él pone de su parte, que hace un esfuerzo y no va a notar ningún cambio.	Aragón
	Autoeficacia	Depositar la confianza en la capacidad de alguien de tomar medidas y vencer barreras; planificar los cambios a través de pequeños pasos para asegurar el éxito	Pues cuando tienes un paciente que esta obeso, mal controlado con la glucemia y le haces formación de estilos de vida saludable. Lo vuelves a citar al mes y le aconsejas, pues bueno, anda, y ves que viene y ha perdido peso, y ves que los controles glucémicos van mejorando, pues eso es algo bueno que lo vemos mucho. Claro, los felicitas cuando vienen, y cuando ven que están mejor se van animando.	Andalucía
Teoría cognitivo-social	Observación	Ofrecer modelos de comportamiento (terceras personas) que sean fiables; promover el aprendizaje de habilidades a través de la observación	Y si eso funciona bien, lo que le ha funcionado a uno igual le funciona a otro. Intentas aplicar con el paciente si ves que tiene un perfil parecido. O sea, muchas veces recibes <i>inputs</i> de otras personas que han buscado soluciones y te explican que son correctas y demás, y a veces, cuando ves una persona con un perfil parecido, se los trasladas. A veces funciona y a veces no, pero es un poco intuitivo... No hay una norma...	Cataluña
	Reforzamiento	Promover las iniciativas personales e incentivarlas	Ayer mismo tenía un caso de tabaco. Estaba con una señora de unos 55 años, fumadora de dos paquetes diarios, hipertensa y con un síndrome depresivo. Desde el centro vemos que se ha ido deteriorando físicamente, y cuando venía a controlarse la presión le hacíamos el consejo antitabaco, el consejo mínimo, porque ella siempre decía que en aquel momento no quería. Según la fase en la cual se encontraba se le realizaba el consejo adecuado. Justo vino esta semana y dijo «Ahora sí». Yo le di el mismo consejo que las otras veces, y esta vez dijo «Ahora sí que lo acepto». Le pregunté por qué lo aceptaba ahora y dijo «porque ahora ya no tengo los nietos en casa, vivo sola con mi marido, tengo tiempo y quiero dedicarme a dejar de fumar y hacer otros hábitos saludables». Y pensé, bueno, no sé si ha ido bien que fuera incidiendo o es que ha habido este momento en su vida que ha hecho que pudiera recibir toda la información que le íbamos diciendo y hasta ahora ella tenía otras preocupaciones quizás.	Cataluña

Tabla 5 (continuación)

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	Comunidad autónoma
Modelo de apoyo interpersonal-social	Apoyo informativo	Repetir y clarificar instrucciones y averiguar el grado de resistencia al cambio	Todos los componentes que tiene la educación: una es la información y cerciorarte de si esa persona lo ha interiorizado; y otra es la evaluación, y ver si tienen los medios necesarios para hacerlo.	Castilla-La Mancha
	Apoyo emocional	Transmitir empatía y comprensión en relación con las dificultades del cambio; revisar la evolución y transmitir apoyo	Yo creo que ha cambiado eso. Nosotros lo que hacemos ahora es priorizar los problemas, primero te presentas delante de esta persona, antes de decir nada, pregunto «¿Trabajas?», porque realmente la situación de muchas personas ha cambiado. Creo que nosotros debemos ponernos en el lugar de la otra persona antes de decirle nada, porque decirle según qué, porque si no le sonará a chino, tú ya le puedes decir come esto, o haz esto o lo otro, y te dirá, «¿Qué? ¡No se está poniendo en mi lugar!». Ponerse en su lugar, a partir de aquí, ir dándole información y que él pueda ir recogiendo información para intentar hacer que cambie, que a lo mejor le va a hacer bien, por su salud, pero realmente, antes de todo, es ver la situación y también que él se implique en lo que pueda.	Islas Baleares
	Colaboración con el entorno	Invitar a la familia o al entorno a ayudar en el cambio, comprometiéndose y comprendiendo la necesidad del cambio; utilizar a la familia o al entorno como recordatorio y refuerzo	Pues el otro día también ella me comentaba que estaba muy contenta porque ya no bebía alcohol el marido. . . Bueno. . . Es un paciente con muchos factores de riesgo cardiovascular y alcohólico, bebía mucho alcohol. Y entonces estaba la mujer encantada: «Llega a la hora, cenamos juntos. . . no sé qué» Digo, o sea, digo. . . es que digo «¿Eso se lo has dicho a él?», porque claro, antes pasaba de él porque siempre malos modos, irritabilidad. . . y dice «No, no se lo he dicho», y digo «Hombre, díselo. Pero lo bueno y lo malo. O sea, ahora que estás encantada, díselo que estás encantada, ¿no?» Y lo que decimos siempre de lo positivo, ¿no?, de refuerzo positivo. Es un papel importante, que también hay que tener en cuenta para ayudar al paciente, la pareja, no sé. Yo le recomendaría, lo primero, que sacara un tiempo para ella exclusivamente, un día a la semana o lo que fuera, pero un tiempo para ella y fuera de casa. Un tiempo en función de lo que necesitara para hacer lo que a ella realmente le apetezca hacer, y pueda. Si le fuera el ejercicio físico bien, yo empezaría por algo que a ella le guste hacer y no pueda hacer, es decir, bueno, pues dedícate un día a la semana o dos, los que puedas, lo primero que ella se cuide un poco porque realmente una persona así no va a poder aparcar a los hijos, no va a aumentar sus ingresos económicos. . . Entonces, claro, yo creo que lo que tiene que hacer es fortalecerse ella y sentirse mejor con ella misma.	Cataluña
Teoría de la motivación por incentivos	Recompensas internas	Promover todo aquello que una persona tiene para autorrecompensarse	Yo le recomendaría, lo primero, que sacara un tiempo para ella exclusivamente, un día a la semana o lo que fuera, pero un tiempo para ella y fuera de casa. Un tiempo en función de lo que necesitara para hacer lo que a ella realmente le apetezca hacer, y pueda. Si le fuera el ejercicio físico bien, yo empezaría por algo que a ella le guste hacer y no pueda hacer, es decir, bueno, pues dedícate un día a la semana o dos, los que puedas, lo primero que ella se cuide un poco porque realmente una persona así no va a poder aparcar a los hijos, no va a aumentar sus ingresos económicos. . . Entonces, claro, yo creo que lo que tiene que hacer es fortalecerse ella y sentirse mejor con ella misma.	Aragón
	Recompensas externas	Ofrecer incentivos simbólicos que animen a la participación continuada	<i>En el discurso de los participantes no se menciona esta estrategia</i>	

implicar a personas de la comunidad en el liderazgo de la PPPS se realizaban de forma puntual y con frecuencia en el marco de programas dirigidos por los/las profesionales de salud pública de la zona o de proyectos de investigación. No se describieron acciones desde atención primaria de salud para promover que la comunidad identificara los problemas, priorizara los problemas que debían trabajarse y planificara acciones para resolverlos.

Discusión

Este estudio añade conocimientos sobre los modelos teóricos de PPPS subyacentes en la práctica habitual de los/las profesionales de atención primaria de salud. Actualmente, la PPPS en atención primaria se realiza sobre todo partiendo de modelos intrapersonales, pocas veces con los modelos interpersonales y excepcionalmente siguiendo el modelo comunitario explorado. Los/las profesionales

participantes utilizan simultáneamente diversos modelos de PPPS y, dentro de estos, solo algunas de sus estrategias. El solapamiento de conceptos entre los modelos explicaría la aplicación simultánea de distintos modelos.

El mayor uso de los modelos intrapersonales es coherente con una mayor tradición y conocimiento de los/las profesionales sobre su aplicación. Estos incluyen múltiples factores que definen el modelo y han mostrado su efectividad en algunas conductas promotoras de la salud, sobre todo mediante intervenciones intensivas y de mayor duración^{4,5,11,12}. Las guías de la US Preventive Services Task Force raramente asignan recomendaciones fuertes a las intervenciones de consejo sobre las conductas, a diferencia del PAPPs, cuyas recomendaciones sobre tabaco, dieta mediterránea y actividad física indican evidencia alta y recomendación fuerte a favor de su aplicación¹¹. No obstante, entre los/las profesionales persiste cierta ambivalencia en su aplicación. Se mueven entre la preocupación

Tabla 6

Modelos macro: intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo con los modelos comunitarios de salud

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	Comunidad autónoma
Modelo de organización comunitaria	Empoderamiento	Empoderar a los miembros de la comunidad para crear cambios deseados	Nos ponemos en contacto con otras administraciones para ver si podemos potenciar la formación de grupos, nos sigue costando mucho hacer grupos. Estamos hablando con el colegio desde atención primaria para que se promocioe la salud, el ejercicio y el que no empiecen a fumar. Las charlas que estamos dando en la población, estamos preparando... hicimos hace poco una de la menopausia.	País Vasco
	Capacidad de la comunidad	Activar la participación en la comunidad de sus miembros; promover la ganancia de habilidades de liderazgo e impulso	Aunque a su vez eso puede ser también un factor positivo. Es decir, el hecho de que sea un grupo donde hay un patriarca y tal, a lo mejor con una intervención sobre determinadas personas puede condicionar que se consigan muchos beneficios. Concretamente, con el tema de la vacuna se consiguió vacunar a niños simplemente con ir al patriarca, hablar y decir «no os preocupéis, mañana está aquí todo el mundo vacunándose». O sea, que eso tiene su aspecto positivo y negativo.	Andalucía
	Participación	Desarrollar en los miembros de la comunidad habilidades de liderazgo, conocimiento y recursos a través de su participación	El Plan de Barrios ha pasado por aquí recientemente y se ha vivido muy activamente, se han realizado muchas actividades. Por ejemplo, el «Actívate», el Taichí en el parque, etc. Yo fui un día y me gustó muchísimo. La gente se motiva con los temas de actividad física y además está relacionado con la relajación, también hay respiración, mente-cuerpo, etc. También hay actividades físicas que imparten enfermeras del centro, son actividades que también motivan a la gente. . . Seguramente se motivan unos cuantos y no todos los que quisiéramos, pero crea mucha cohesión. Después de un tiempo, continúan ellos solos haciendo las salidas para andar. Ahora estamos proyectando lo de la ruta saludable, que es animar a la gente a que salga a caminar, que lo hacemos, ¿no?, pero ahora lo que vamos a tener es conocimiento de por dónde pueden ir a caminar, los parques que hay, las zonas verdes por donde pueden ir. Entonces, ahora yo creo que tenemos un instrumento muy bueno para decir «puedes ir a este parque que está cerca de tú casa o puedes ir a este otro sitio», para que la gente se anime a salir.	Cataluña
	Relevancia	Ayudar a la comunidad a crear su propio orden del día basado en necesidades sentidas, el poder compartido y la conciencia de recursos	Ahora estamos proyectando lo de la ruta saludable, que es animar a la gente a que salga a caminar, que lo hacemos, ¿no?, pero ahora lo que vamos a tener es conocimiento de por dónde pueden ir a caminar, los parques que hay, las zonas verdes por donde pueden ir. Entonces, ahora yo creo que tenemos un instrumento muy bueno para decir «puedes ir a este parque que está cerca de tú casa o puedes ir a este otro sitio», para que la gente se anime a salir.	Islas Baleares
Modelo de organización comunitaria	Selección del problema	Potenciar que los miembros de la comunidad participen en la identificación de los problemas por orden de importancia	<i>En el discurso de los participantes no se menciona esta estrategia</i>	
	Conocimiento crítico	Animar a que los miembros de la comunidad hablen de las causas del origen de los problemas y que planifiquen acciones para resolverlos	<i>En el discurso de los participantes no se menciona esta estrategia</i>	

ética relacionada con el desarrollo de estas actividades y las dudas o el escepticismo sobre su efectividad y su impacto cuando las circunstancias de las personas dificultan los cambios de conducta^{11,16}.

En relación con los modelos interpersonales, los/las profesionales destacan estrategias de colaboración con el entorno de la persona, así como el papel del profesional para proponer y adaptar las estrategias de actuación al proceso de cambio. El modelo basado en la teoría cognitivo-social, uno de los más utilizados⁶, y el modelo de apoyo interpersonal-social aparecen en los discursos de los/las profesionales en la mayoría de los centros de salud. Esto concuerda con estudios previos que encuentran que implicar a familiares y amistades aumenta la probabilidad y el mantenimiento del cambio⁴.

Por otra parte, la menor utilización del modelo de organización comunitaria es coherente con el menor desarrollo de la acción comunitaria en atención primaria de salud, que contrasta con un mayor desarrollo de la prevención clínica y de la educación sanitaria individual¹⁹. Además, el enfoque predominante de la práctica clínica se centra en la enfermedad y en la resolución de problemas de salud o de los motivos de la consulta²⁰, en concordancia con las expectativas de las personas usuarias de los servicios y de algunos/as profesionales sanitarios/as. La práctica profesional prioriza curar, considerando las expectativas de la persona atendida, que espera que el/la profesional entienda su situación individual y resuelva su problema²¹. No obstante, mientras que los/las profesionales destacan barreras para la PPPS centradas en el/la paciente, este/a señala barreras contextuales (del ambiente construido,

culturales y socioeconómicas) que podrían reducirse con un abordaje comunitario, y demanda políticas de justicia social y equidad¹⁶.

El modelo de organización comunitaria es el único que trabaja el empoderamiento de la comunidad, reforzando la acción comunitaria y la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias protectoras y favorecedoras de la salud. El hecho de que este modelo, el más alineado con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, sea el menos utilizado, indica que aún queda un largo camino por recorrer en la PPPS en atención primaria^{22–24}.

El modelo de organización comunitaria se aplica muy poco. No obstante, distintas iniciativas promueven la integración de la intervención comunitaria desde atención primaria de salud. El PACAP de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria aboga por las intervenciones comunitarias en nuestro contexto²⁵. Asimismo, el grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) y la red Actuando Unidos Por la Salud (AUPA) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària²⁶ promueven una PPPS con mirada comunitaria. En 2013, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto con las comunidades autónomas, elaboró la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, que invita a integrar y coordinar los niveles, los sectores y los actores implicados en la PPPS²⁷, y enfatiza el consejo integral en estilos de vida en atención primaria de salud vinculado con los recursos comunitarios²⁸; además, incluye la aplicación *Localiza salud*, con un mapa de recursos para la PPPS²⁹. Finalmente, la Alianza de Salud Comunitaria facilita un espacio de encuentro de Administraciones, instituciones académicas y asociaciones de profesionales implicados en la promoción de la salud de las comunidades que desean implicar y empoderar a las personas en su propia salud³⁰. Así pues, para potenciar los modelos comunitarios habría que aumentar los vínculos con iniciativas ciudadanas como los diagnósticos de salud participativos³¹ o el paciente experto.

El desarrollo de las actividades de PPPS contempla oportunidades, dificultades y retos sociales, profesionales y científicos. La PPPS es social y multidisciplinaria, y debería basarse en los determinantes sociales de la salud, en la equidad, en estrategias multisectoriales y en la participación comunitaria, y ser aplicable en la práctica diaria de la atención primaria de salud³². De este modo, la atención primaria de salud debería orientar comunitariamente la práctica profesional³³. El sistema tiene que incorporar la participación y la orientación comunitaria, y facilitar el intercambio, la formación, la investigación, el reconocimiento en la cartera de servicios, la financiación y la evaluación. Para ello es necesario llevar a cabo una reorganización del sistema asistencial más centrada en la persona y en la comunidad, que haya voluntad política en alianza con la población y que tanto la salud pública como la atención primaria de salud ejerzan de manera integrada sus competencias en beneficio de la salud comunitaria¹⁹.

Una de las fortalezas de este trabajo es la riqueza y la complementariedad de los discursos generados en los 14 centros de atención primaria, lo que permite responder la pregunta de investigación. No obstante, los/las informantes trabajan en centros de salud que aceptaron voluntariamente participar en el proyecto EIRA¹⁵, lo que sugiere un interés particular en la promoción de la salud. Su experiencia podría no ser transferible a otros/as profesionales más escépticos/as respecto a la PPPS. Se han utilizado distintos procedimientos de rigor y calidad de la investigación: contextualización de la investigación, triangulación del análisis, reflexividad y multidisciplinariedad del equipo investigador³⁴. En este artículo únicamente se exploran algunos de los modelos intrapersonales e interpersonales de PPPS, y solo uno de los comunitarios. No obstante, el alto grado de solapamiento de algunos modelos intrapersonales e interpersonales, y el bajo grado de adherencia de las

prácticas actuales a los modelos comunitarios, sugieren que los modelos explorados son los más adecuados.

Conclusiones

Las prácticas de PPPS de los/las profesionales de atención primaria de salud participantes siguen principalmente los modelos intrapersonales. Además, algunos/as profesionales realizan actividades de PPPS que encajan en modelos interpersonales y más puntualmente en modelos comunitarios.

Es necesario potenciar la participación y la orientación comunitaria de los servicios de atención primaria de salud, así como evaluar el impacto de la atención basada en modelos intrapersonales, interpersonales y comunitarios en la mejora de la salud de las personas.

Editora responsable del artículo

Erica Briones-Vozmediano.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La promoción de la salud y la aplicación de medidas de prevención primaria son actividades propias de la atención primaria de salud. Existen numerosos modelos teóricos para el desarrollo de estas actividades en atención primaria de salud, como el modelo de creencias en salud, la teoría de la acción razonada, el modelo transteórico de las etapas del cambio, la teoría cognitivo-social, el modelo de apoyo interpersonal-social, la teoría de la motivación por incentivos y el modelo de organización comunitaria.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Las prácticas de prevención primaria y promoción de la salud actuales cubren adecuadamente los modelos intrapersonales, algunos de los cuales han demostrado un impacto positivo en la salud de los usuarios. Además, diversos profesionales realizan actividades de prevención primaria y promoción de la salud que encajan en modelos interpersonales y más puntualmente en modelos comunitarios. Es necesario potenciar la participación y la orientación comunitaria de los servicios de la atención primaria de salud, así como evaluar el impacto de la prevención primaria y la promoción de la salud basada en modelos intrapersonales, interpersonales y comunitarios en la mejora de la salud de las personas.

Contribuciones de autoría

A. Berenguera, M. Gil-Girbau, M. Pons-Vigués, E. Pujol-Ribera y M. Rubio-Valera participaron en la concepción y el diseño del estudio. B. Masluk, J.I. Recio, B. Rodríguez-Martín, C. Martínez, S. Conejo-Cerón, A. García Pineda, C. Vidal Tomás, A. Berenguera, E. Pujol-Ribera y M. Pons-Vigués realizaron el trabajo de campo

y las técnicas de recogida de datos. M. Gil-Girbau, M. Rubio-Valera, M. Pons-Vigués, E. Pujol-Ribera y G. Murrugarra realizaron el análisis de los datos. Todos/as los/las autores/as participaron en la interpretación y la discusión de los resultados. A. Berenguera, M. Gil-Girbau, M. Pons-Vigués, E. Pujol-Ribera y M. Rubio-Valera elaboraron la primera versión del manuscrito, que luego fue mejorada con contribuciones relevantes del resto de los/las autores/as. Todas las personas firmantes han participado en la redacción del manuscrito y su revisión crítica, y han aprobado la versión final.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a todos los profesionales de atención primaria de salud que participaron en el estudio. También queremos agradecer la colaboración de Anna Moleras, Bonaventura Bolívar, Joan Llobera, José Ángel Maderuelo, Rosa Magallón, Vicente Martínez, Elena Melús, Emma Motrico y Fernando Salcedo.

Financiación

Este proyecto fue financiado por el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía y Competitividad) con una subvención para proyectos de investigación en salud (PI12/01914; PI12/001616; PI12/02608; PI12/01974; PI12/02774; PI12/02635; PI12/02379) y por la Red de Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria (redIAPP, RD12/0005/0001; RD16/0007/0001), cofinanciado por la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Cabeza E, March S, Cabezas C, et al. Promoción de la salud en atención primaria. *Gac Sanit*. 2016;30:81–6.
- Hernández-Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26 Supl 1:6–13.
- Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, et al. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria*. 2005;35:478–83.
- Bully P, Sánchez Á, Zabaleta-del-Olmo E, et al. Evidence from interventions based on theoretical models for lifestyle modification (physical activity, diet, alcohol and tobacco use) in primary care settings: a systematic review. *Prev Med*. 2015;76:S76–93.
- Grandes Odriozola G, Sánchez Pérez A, Cortada Plana JM, et al. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. 2008 (Consultado el 30/10/2018.) Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2008.ostebe-publicacion/es-def/adjuntos/D.08.07_estilos.vida.pdf
- Rueda Martínez de Santos JR, Manzano Martínez I, Páez Rovira D, et al. La promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. 2008 (Consultado el 30/10/2018.) Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2009/06/d.08.08.promoci.salud.pdf>
- National Cancer Institute. Theory at a glance. A guide for health promotion practice. London; 2005. (Consultado el 19/10/2018.) Disponible en: <https://www.sbccimplementationkits.org/demandrnmch/wp-content/uploads/2014/02/Theory-at-a-Glance-A-Guide-For-Health-Promotion-Practice.pdf>
- Michie S, Abraham C. Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? *Psychol Health*. 2004;19:29–49.
- Michie S, Johnston M, Francis J, et al. From theory to intervention: mapping theoretically derived behavioural determinants to behaviour change techniques. *Appl Psychol*. 2008;57:660–80.
- Córdoba García R, Camarrelles Guillem F, Muñoz Seco E, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPs 2018. *Aten Primaria*. 2018;50:29–40.
- Coulson NS, Ferguson MA, Henshaw H, et al. Applying theories of health behaviour and change to hearing health research: time for a new approach. *Int J Audiol*. 2016;55:S99–104.
- Berenguera A, Pons-Vigués M, Moreno-Peral P, et al. Beyond the consultation room: proposals to approach health promotion in primary care according to health-care users, key community informants and primary care centre workers. *Health Expect*. 2017;20:896–910.
- Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ*. 2007;334:455–9.
- Pons-Vigués M, Berenguera A, Coma-Auli N, et al. Health-care users, key community informants and primary health care workers' views on health, health promotion, health assets and deficits: qualitative study in seven Spanish regions. *Int J Equity Health*. 2017;16:99.
- Zabaleta-del-Olmo E, Bolívar B, García-Ortiz L, et al. Building interventions in primary health care for long-term effectiveness in health promotion and disease prevention. A focus on complex and multi-risk interventions. *Prev Med*. 2015;76:S1–4.
- Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, et al. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One*. 2014;9:e89554.
- Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Fernández A, et al. Primary care patients' perspectives of barriers and enablers of primary prevention and health promotion – a meta-ethnographic synthesis. *PLoS One*. 2015;10:e0125004.
- Zabaleta-Del-Olmo E, Pombo H, Pons-Vigués M, et al. Complex multiple risk intervention to promote healthy behaviours in people between 45 to 75 years attended in primary health care (EIRA study): study protocol for a hybrid trial. *BMC Public Health*. 2018;18:1–15.
- Pasarín MI, Díez E. Salud comunitaria: una actuación necesaria. *Gac Sanit*. 2013;27:477–8.
- López-Dicastillo O, Canga-Armayor N, Mujika A, et al. Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gac Sanit*. 2017;31:269–72.
- Jacobsen ET, Rasmussen SR, Christensen M, et al. Perspectives on lifestyle intervention: the views of general practitioners who have taken part in a health promotion study. *Scand J Public Health*. 2005;33:4–10.
- March S, Torres E, Ramos M, et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: a systematic review. *Prev Med*. 2015;76:S94–104.
- Martínez Cía N, Pérez Pérez M, Heras-Mosteiro J, et al. Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018;32 Supl 1:17–21.
- Valls Pérez B, Calderón Larrañaga S, March Cerdà JC, et al. Formación en salud comunitaria: retos, amenazas y oportunidades. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018;32 Supl 1:82–5.
- PACAP. (Consultado el 30/10/2018.) Disponible en: <http://www.pacap.net/pacap/>
- CAMFiC, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. (Consultado el 30/10/2018.) Disponible en: <http://www.camfic.org/>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud; 2014. (Consultado el 25/5/2019.) Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocion-y-Prevencion.htm>
- Andradas E. Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015 (Consultado el 25/5/2019.) Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf
- Localiza Salud. (Consultado el 30/10/2018.) Disponible en: <https://localizasalud.msbs.es/maparecursos/main/Menu.action>
- Alianza de Salud Comunitaria. (Consultado el 24/1/2019.) Disponible en: <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/>
- Cofiño R, Pasarín MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26 Supl 1:88–93.
- Camarrelles Guillem F. Los retos de la prevención y promoción de la salud, y los del PAPPs. *Aten Primaria*. 2018;50:1–2.
- SEMFiC. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en atención primaria. (Consultado el 25/5/2019.) Disponible en: <https://e-documentossemfic.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria/>
- Calderon C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. 2009;10art:17.