

Actitudes y hábitos ante la prevención

Estefana Concepción Lara-Esquivel,¹ Yadira del Carmen Torres-Muñoz,¹ Mireya Moreno-Gómez²

¹Universidad Iberoamericana Noroeste, Baja California, ²Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, Baja California, México.

Palabras clave:

Servicios preventivos de salud,
Prevención primaria,
Promoción de la salud

Resumen

Introducción: La cultura de prevención está relacionada con actitudes y hábitos en los pacientes; ellos deben tener una participación activa en la prevención de la enfermedad, porque cada individuo tiene necesidades, deseos y metas distintas, es de suponer que desean estar sanos. En México el sobrepeso y la obesidad ocasionan anualmente más de 50 mil muertes. La dificultad para cambiar hábitos y costumbres propicia una actitud de desánimo en los pacientes ya que no solo la información de una guía es lo único que interviene para un cambio de conducta.

Objetivo: conocer actitudes y hábitos de los derechohabientes en dos Unidades de Medicina Familiar (UMF) del IMSS para ser suspicaces ante enfermedades que son prevenibles.

Metodología: estudio cualitativo correlacional, teoría fundamentada con diseño sistemático; se entrevistaron y audiograbaron a dos grupos de derechohabientes mayores de 18 años que contaran con cartilla de salud más de tres años; con base en una guía semiestructurada, para indagar actitudes y hábitos ante la prevención. Codificación abierta y categorización para el análisis de información.

Resultados: en ambas clínicas se encontró que hay una disonancia cognitiva entre actitud y hábitos para un adecuado autocuidado. Los pacientes consideran «*es muy importante, estarse checando*», pero también mencionan «*para que ir a consulta sin estar enfermo*».

Conclusiones: la población cuenta con información útil relacionada con la salud, sin embargo, tienen una actitud indiferente del autocuidado, lo cual se manifiesta en los hábitos inadecuados de prevención; la información debería proporcionar un cambio positivo en la actitud; el cómo se obtiene debería de ser más significativo para lograr cambios en los hábitos.

Key Words:

Preventive health services,
Primary prevention,
Health promotion

Abstract

Introduction: the culture of prevention is related to attitudes and habits in patients, they must be actively involved in preventing the disease, because each individual has different needs, desires and goals, and we can assume they want to be healthy. In Mexico overweight and obesity cause more than 50 000 deaths annually. The difficulty in changing habits fosters an attitude of discouragement in patients, as information in a guide is not the only factor involved for a change of behavior.

Objective: to determine attitudes and habits of beneficiaries of two Family Medicine Units (UMF) of the Instituto Mexicano del Seguro Social to be suspicious of preventable diseases.

Methodology: qualitative and correlational study, grounded theory with systematic design; two groups of beneficiaries, aged 18 years or older who had health card for more than three years, were interviewed and audio taped, based on a semistructured guide to explore attitudes and habits towards prevention. Open coding and categorization were used for data analysis.

Results: in both clinics, it was found that there is a cognitive dissonance between attitude and correct self-care habits. Patients consider «it is very important to have regular checkups», but also mention «why going for a consultation without being sick».

Conclusions: population has useful information concerning health, however, they have an indifferent attitude towards self-care, as shown by inappropriate preventing habits, the information should provide a positive change in attitude; the way information is obtained should be more significant to achieve changes in habits.

Correspondencia:

Estefana C. Lara Esquivel

Correo electrónico:

estefana.lara@gmail.com

Fecha de recepción: 04/10/2011

Fecha de aceptación: 02/12/2011

Introducción

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control de la salud para mejorarla, la cual no solamente abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.¹

Por otra parte la prevención de la enfermedad emplea medidas destinadas no solo a reducir factores de riesgo y prevenir con esto la aparición de la enfermedad, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.¹ Por consiguiente la promoción de la salud y prevención de la enfermedad son importantes para mejorar la calidad de vida del individuo y la sociedad.

En América Latina se están implementando iniciativas para lograr un mejor desempeño en la atención primaria de la salud, con el objetivo de “lograr una equidad en la atención y una mejora en la calidad de vida del individuo y de la sociedad”. Es por esto que se han realizado modificaciones en las políticas de salud de América Latina las cuales incluyen universalidad de los servicios primarios de salud para modificar la morbilidad de la población² Asimismo, en México se realizan esfuerzos para lograr que la promoción de la salud y prevención de la enfermedad llegue a toda la población, mediante la estrategia nacional de promoción y prevención para una mejor salud; cuyo objetivo es: disminuir mediante medidas anticipatorias el impacto de las enfermedades y lesiones sobre los individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto,³ y para lograrlo se cuenta con los programas creados por diferentes instituciones.

Actualmente en las instituciones se toman medidas preventivas integrales, apoyándose con el uso de las tarjetas de citas, para realizar una serie de actividades destinadas a la prevención y detección oportuna de enfermedades prevenibles, de esta manera ponen en práctica la promoción de la salud. Considerando que uno de los objetivos principales de las instituciones de salud es definir y resaltar la importancia de realizar prácticas preventivas, con el personal con que cuenta,⁴ pues son ellos quienes tienen un rol importante y una participación esencial, como lo menciona Pender, “los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida”. Es importante resaltar que es el personal de salud quien brinda la información al individuo. Por tal motivo son ellos quienes deben tener claro cuáles son los objetivos

a seguir respecto a las conductas que deben modificar las personas y manejarlo de manera holística, no como un ser fragmentado, esto facilita la comprensión de la conducta y las modificaciones que favorezcan la salud; si se lleva un intercambio adecuado en la comunicación lograrán objetivos tanto del sujeto como del personal de salud.⁵ Para lograr estos propósitos, es necesario contar con personal calificado y certificado para realizar estas acciones; ya que deben ser capaces de detectar las necesidades individuales y familiares de la sociedad. El personal de salud con estas características es pieza clave e indispensable para modificar cambios en la conducta de los individuos.

Por otra parte se debe tomar en cuenta a la persona a quién se le ofrece el servicio, puesto que a ellos van dirigidos. Si consideramos que los individuos son sistemas abiertos en transición con el entorno⁵ es importante que ellos tengan participación activa en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, puesto que cada individuo tiene necesidades, deseos, y metas distintas,⁵ y se supone que desean estar en equilibrio con su entorno para prevenir la enfermedad. También se debe tener presente que las personas poseen actitudes que influyen en sus hábitos, sean estos positivos o negativos pero que se ven reflejados en su salud.

En la mayoría de casos ante situaciones de estrés que provocan un desequilibrio en la salud, también se relaciona con un deficiente conocimiento sobre acciones o actividades de promoción a la salud.⁵

En México se estima que el sobrepeso y la obesidad ocasionan anualmente más de 50 mil muertes. La dificultad para cambiar hábitos y costumbres, propicia una actitud nihilista y de desánimo en el personal de salud y los pacientes. El cambio de conducta no es la consecuencia lógica de haber recibido una guía con información; se requiere motivación para el cambio, habilidad para efectuar las tareas exigidas (seleccionar alimentos, planear actividades, negociar el apoyo familiar y laboral, manejar el estrés, etcétera) y tener confianza en la efectividad de los programas propuestos.⁶

Actitudes positiva o negativa siempre tienen efecto en los hábitos que realiza el individuo. Si se tiene una actitud positiva en un suceso conductual, se adquiere un compromiso y se actúa, a menos que haya factores personales (biológicos, psicológicos, y socioculturales) que no lo permita.

En México las primeras causas de muerte en la población son: diabetes mellitus, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebro vascular, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y la enfermedad pulmonar

obstructiva crónica; seguidas de cáncer de mama y cérvico-uterino en mujeres, cirrosis y VIH/SIDA en hombres; asfixia, trauma obstétrico, infecciones intestinales, infecciones respiratorias agudas bajas en niños; los accidentes automovilísticos, suicidios, nefritis, homicidios en adolescentes.⁷ Lo anterior refleja un gran problema de salud en nuestra población, por tal motivo el personal de salud debe comprometerse a realizar acciones que minimicen esta problemática.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2002, puso en marcha su programa PREVENIMSS para toda su población derechohabiente con la finalidad de lograr la prevención de las enfermedades crónicas degenerativas; por medio de varias actividades educativas y para realizar detecciones oportunas sobre ciertas enfermedades que preocupan en nuestra sociedad como: diabetes, hipertensión arterial, cáncer, obesidad, infecciones de transmisión sexual, etcétera. Ya que todas estas enfermedades se pueden prevenir por medio de una adecuada intervención del primer nivel de atención.⁸

En una encuesta realizada en México en 2006, para evaluar los avances del programa PREVENIMSS, se obtuvo un incremento significativo en la cobertura de atención a los diferentes grupos etarios. Los grupos con menor cobertura fueron el de adolescente y del hombre. También reflejó que las enfermedades con más prevalencia en la población derechohabiente son: sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y anemia.⁹ Con estos resultados es indiscutible decir que la prevención juega un papel importante, y que se emplean nuevas estrategias y herramientas para la obtención de resultados, pero aún no se ha llegado al objetivo principal: concientizar a la población sobre el autocuidado. Pender menciona

los conocimientos y la percepción que tenga el individuo sobre promoción de la salud es determinante para que se comprometa con las conductas destinadas al fomento de la misma y que éstas conductas a su vez están influenciadas por sus fuentes primarias (la familia, la pareja y los cuidadores de salud).⁵

En un estudio realizado en Brasil sobre conocimientos, actitudes y práctica del examen del Papanicolaou; se observó que las mujeres con mayor grado de escolaridad tenían un adecuado conocimiento, actitud y práctica, las principales barreras para la realización del examen fueron: descuido, falta de solicitud del examen por el médico y vergüenza.¹⁰

Otro estudio realizado sobre el papel del derechohabiente en la prevención y control de la diabetes mellitus, se

encontró que la diabetes es prevenible, que la mayoría de los recursos necesarios están disponibles desde el primer nivel de atención y que el derechohabiente mejor informado participa activamente en su tratamiento y toma decisiones apropiadas para el cuidado de su salud.⁶

Un estudio realizado en Uruguay sobre conocimientos, actitudes y práctica sobre prevención de lesiones, aporta los siguientes resultados, al preguntar que si los accidentes que sufren los niños son productos del azar, 90% contestó que sí, y 82% piensa que se pueden evitar.

Los adultos responsables del cuidado de los niños manifestaron haber recibido información para la prevención de accidentes por diferentes vías, siendo los medios masivos de comunicación audiovisual los más mencionados (74%) y sólo 17% menciona al personal de salud como fuente de información.¹¹

Con esta información observamos que muchas de las enfermedades causantes de la mortalidad en nuestra población, pueden prevenirse si se implementan acciones encaminadas a la promoción a la salud, especialmente si se logra que los individuos se interesen en las acciones y actividades preventivas y adopten un cambio de hábitos.

El sistema de salud en México, posee grandes fortalezas, pero también debilidades para cumplir exitosamente su cometido. En los últimos años las instituciones de salud se han esforzado por impulsar la promoción de la salud, desafortunadamente la información estadística muestra que son las mismas enfermedades antes mencionadas las causantes de muerte, lo cual lleva a la conclusión de que las estrategias de promoción a la salud, no se están llevando de forma adecuada, es decir, no se ha logrado concientizar sobre el autocuidado a un porcentaje significativo de la población; ya que de ser así, se reflejaría una disminución en la prevalencia de enfermedades prevenibles, las cuales están asociadas tanto a las condiciones de vida de la sociedad, como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de la familia.

Tijuana no es ajena a esta problemática, en la región se tienen altos índices de obesidad y diabetes mellitus, enfermedades totalmente prevenibles que tienen que ver con los estilos de vida.

Por lo anterior es importante evaluar el impacto que han tenido estas medidas preventivas en los derechohabientes, ya que por medio de ello podemos saber si en realidad se ha contribuido a un cambio en su estilo de vida o saber de qué manera han influido estas acciones en ellos. Consideramos que la participación de la población es esencial para mantener las acciones en materia de prevención de enfermedades.

Por estos motivos el presente estudio está enfocado a conocer actitudes y hábitos que tienen los derechohabientes de las UMF "A" y UMF "B" del IMSS para ser suspicaces ante enfermedades que son prevenibles. Asimismo, saber la influencia que ha tenido la información u orientación otorgada por las instituciones respecto al autocuidado.

Metodología

Se utilizó la metodología cualitativa, correlacional, del tipo de teoría fundamentada, con un diseño sistemático en el manejo de la información; el tamaño de la muestra se determinó por el método de saturación de información. Se tomaron dos grupos de individuos de las UMF del IMSS. Estas unidades fueron seleccionadas porque una de ellas cuenta con certificación de calidad y tiene un mayor porcentaje en Atención Preventiva Integrada (API) en comparación con la otra; esto es relevante para saber el impacto en salud que han tenido estas UMF y si han logrado modificar actitudes y hábitos en su población. Las características de los individuos en estudio son: ser derechohabiente del IMSS, adultos jóvenes o adultos mayores, contar con su tarjeta de citas médicas con antigüedad igual o mayor a tres años. Las unidades se denominaron UMF "A" y UMF "B", se tomaron en cuenta factores éticos.

Se elaboró una guía semiestructurada que consta de 10 preguntas, los indicadores utilizados fueron: Hábitos, definido como el comportamiento repetido regularmente sobre el autocuidado. Actitud, la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y en tono afectivo, a responder de un modo persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), en relación con el autocuidado, este se obtuvo con base en el planteamiento de Pender quien lo define desde la teoría del Modelo de Promoción de la Salud (MSP), que se basa en los conceptos de características y experiencias individuales, conocimientos y efectos específicos de la conducta y resultado conductual; ya que se consideró que serían útiles para explorar los hábitos y la actitud de los derechohabientes de la UMF "A" y "B" sobre prevención.

Se le invitó al derechohabiente a participar en el estudio con previo consentimiento informado, buscando siempre un ambiente favorable y de confianza, se grabaron entrevistas respetando el anonimato e individualidad para que se contestaran libremente, se pidieron

datos personales como: edad, ocupación y escolaridad; las entrevistas fueron realizadas en la sala de espera de la clínica, solo a los pacientes que aceptaron la entrevista mientras esperaban su consulta médica, siempre y cuando cumplieran con las características de inclusión; el tiempo en que se realizaron las entrevistas fue aproximadamente de 20 minutos, en un periodo de cinco días; se realizaron 10 entrevistas en cada clínica, conforme se fueron realizando se pudo ver la saturación teórica de la información recabada.

La técnica utilizada en la recolección de datos, fue la grabación de voz durante la entrevista, también se realizaron anotaciones en un cuaderno donde se plasmaron las reacciones y los cambios ergonómicos que presentaba el entrevistado y observaciones en general. Para la codificación de las entrevistas primero se transcribieron las grabaciones para enumerarse el texto por líneas, lo que permitió identificar con más rapidez segmentos referidos al tema; el segundo paso consistió en agrupar las unidades de análisis por medio del Método Comparación Constante (MCC) a fin de identificar, componentes temáticos en codificación abierta que permitieron construir las categorías y posteriormente se analizaron cada una de las propiedades de acuerdo a los aspectos teóricos de Pender y de Festinger. Las categorías se establecieron a partir de los datos recolectados en las entrevistas, observaciones, anotaciones, etcétera. Las categorías arrojaron propiedades que se representaron por subcategorías, las cuales fueron codificadas en este caso: información sobre prevención, alimentación, ejercicio, sobrepeso, concepto de autocuidado, exploración de mamas, papanicolaou, ingesta de agua y cuidado bucal.

Resultados

Se utilizó la letra E seguida de un número consecutivo para señalar al entrevistado, así como CLA o CLB, según sea el caso para la respuesta.

En los aspectos valorados en ambas clínicas se encontró que hay una disonancia en la parte cognitiva versus conducta respecto a la prevención, alimentación, salud, ejercicio, sobrepeso, autocuidado, exploración de mamas, papanicolaou, ingesta de agua y técnica de cepillado dental.

En relación con la prevención se percibe falta de cultura en salud ya que las personas consideran que solo hay que acudir a consulta cuando se está enfermo y no por llevar un control de su estado físico; E3-CLA, E1-CLB, E5-

CLB “no tengo tiempo”, E1-CLB “porque no siento nada”, E3-CLB “creo que no lo ocupo”, E1-CLA, E5-CLA “para que ir a consulta sin estar enfermo”.

Los entrevistados consideran importante cuidar la salud y realizarse chequeos periódicos E2-CLB “ir mas o menos cada seis meses al chequeo, cuando uno está bien cuando no tiene enfermedades”, E4-CLB “prevenir las enfermedades”, E5-CLB “es lo primordial de uno”, E4-CLA, E1-CLB “es muy importante, estarse checando”.

En cuestión de alimentación, se encontró que los alimentos que las personas consumen son variados y cuentan con información adecuada sobre los tipos de alimentos que son necesarios para tener una vida sana, también consideran que llevan una alimentación más o menos saludable; E1-CLA “como de todo, carne, frutas, verduras, pescados”, E2-CLA “yo creo unas tres veces a la semana más bien en la hamburguesa”, E3-CLA “carne, fruta verdura, chatarra también”, E4-CLA “huevo, frijolito, arroz y de vez en cuando un pedacito de carne, lo que es una comida más o menos sana”, E3-CLB “si comemos mucha fruta”.

Sobre ejercicio encontramos que la gran mayoría sabe que es importante realizarlo pero no lo realiza, atribuyéndolo a la falta de tiempo y al cansancio y consideran la actividad física de labores diarias como ejercicio; algunos de ellos quisieran dedicarle tiempo al ejercicio ya que piensan que es importante; E1-CLA, E2-CLA, E1-CLB “llego muy tarde de trabajar”, E1-CLB “me da flojera hacer”, E3-CLA, E4-CLA, E4-CLB, “no tengo tiempo”, E4-CLB “tengo que cuidar a mis hijos”, E3-CLA “10 minutos de la parada del camión a mi trabajo”, E5-CLA “apartar un tiempo para eso porque es importante el ejercicio”.

Consideran que el sobrepeso es un factor importante para adquirir enfermedades crónicas degenerativas; la mayoría de los entrevistados refieren un incremento en su peso desde que les entregaron su cartilla de salud, “es una de las principales causas que nos afecta para las enfermedades”, E4-CLB “mal para la salud”, E1-CLA “te puede dar el azúcar también, varices”, E4-CLB “mientras uno este mal de peso que empiece que el colesterol, la presión y todo eso”.

Respecto al concepto de autocuidado los entrevistados de la CLB tienen poca información, ya que no conocen lo que implica este concepto. E2-CLB “¿como del autocuidado?”, E1-CLB “¿autocuidado... como...?”. Los pacientes de la CLA manejan más información sobre este concepto; E3-CLA “cuida uno su salud, hay cosas que debes de tomar en cuenta para que no te puedas enfermar, que taparte bien, tomar muchos líquidos,

comer sano, no comer en la calle”, E4-CLA “pues si es importante si uno se ama a uno mismo tiene que tener cuidado de uno mismo”.

En el caso de las mujeres entrevistadas se encontró que sí se realizan su exploración de mamas, pero no de la manera adecuada ni en el tiempo ideal, también cuentan con información certera sobre cuál es el objetivo de realizarse dicha exploración. E1-CLA “unas dos veces al mes, sino es que se me olvida”, E3-CLB “cada seis meses” E3-CLA “cada mes, cuando estoy reglando para ver si no encuentro algún problema, alguna bolita o algo”, E5-CLA “para prevenir el cáncer”.

En cuanto al papanicolaou las entrevistadas cuentan con información adecuada, pero se encontró un decremento en la realización del estudio en comparación con la exploración de mamas; E4-CLB “ahorita ninguno”, E3-CLB “prevenirnos si tenemos cáncer o otra cosa”, E4-CLA “hace un año y medio”.

En relación con la ingesta de agua se encontró que es muy baja, la mayoría de los pacientes toman menos de un litro al día, su principal fuente de ingesta es el refresco seguido de las aguas de sabor y jugos procesados. No muestran demasiado interés en este aspecto; E1-CLA “no puedo decir a lo mejor dos vasos”, E5-CLA “tomo mas soda que agua”.

Respecto a la frecuencia y técnica de aseo dental, se encontró que la actividad si la realizan aunque no con la frecuencia adecuada, ni la técnica completa ya que ninguno de los entrevistados menciona el uso del hilo dental cuando realiza su aseo. E1-CLA “diario tres veces al día”, E3-CLA “cuando me levanto y mmm... cuando termino de comer y antes de acostarme a dormir”.

Discusión

A pesar de que la UMF “A” cuenta con la certificación de calidad y tiene un porcentaje de API’s más elevado que la UMF “B”, en ambas clínicas los resultados no muestran grandes diferencias en los aspectos valorados, por tal motivo se analizan de manera conjunta.

La población cuenta con información útil en cuestión de salud, que al aplicar a su vida diaria debería de llevarlos a mantenerse con buena salud, sin embargo, el ambiente biopsicosocial donde se desenvuelven las personas, cambia constantemente y es difícil de sobrellevar, generándole estrés, por tanto los cambios entre sus sistemas no son los más adecuados; como lo refiere King en su teoría de consecución de objetivos. Esta situación provoca una

actitud negativa hacia el cuidado de la salud que se manifiesta en los hábitos inadecuados de la población, aun sabiendo que le genera enfermedades en algún momento de su vida; por lo tanto, el que la población cuente con información no es suficiente, se tiene que modificar el entorno del individuo, se requiere tener un entorno favorable para que se logre una actitud positiva respecto al cuidado de su salud, lo que favorece la práctica de buenos hábitos para preservarla.

En los resultados se encontró que en la UMF “A” los pacientes tienen más información sobre salud que en la UMF “B”, sin embargo, en ambas no se logró cambiar los hábitos para tener un estilo de vida saludable; como se esperaba que sucedieran sobre todo en la UMF “A” que es la unidad donde se daba más información.

Por otra parte la Teoría de la Disonancia Cognitiva de Festinger, habla de que el ser humano trata de establecer una armonía interna: congruencia entre sus actitudes, opiniones, conocimientos y valores para justificarse de las decisiones positivas o negativas que toma.¹² En este estudio se encontró que efectivamente existe una alta disonancia cognitiva respecto a la actitud y el hábito relacionado, aun cuando manejan información adecuada respecto a prevención, salud, alimentación, ejercicio y sobrepeso; incurren en la mala práctica de hábitos, lo cual se atribuyó principalmente a “falta de tiempo” al mal concepto de “para que ir a consulta sin estar enfermo” y al “no siento nada”.

El patrón general de los resultados sugiere que la disonancia cognitiva es un fenómeno constante en los entrevistados.

Pender señala que “la conducta previa y las características heredadas y adquiridas influye en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud”, entonces podemos decir que dentro de nuestra población, lo aprendido o heredado por parte de la familia y la sociedad está más presente en el individuo que lo adquirido de manera formal. Por lo tanto no hay una adecuada conducta de prevención y autocuidado.

Consideramos importante mencionar que la información que manejan los entrevistados la han obtenido en su mayoría de manera informal (familia y medios de comunicación) ya que el personal de salud lo mencionan poco y los hábitos los adquirieron mediante la experiencia de vida. Tomando en cuenta que la población entrevistada es derechohabiente de una institución se puede mencionar que el factor de aprendizaje formal está ausente.

El presente análisis es congruente con los hallazgos de Fernández J.¹⁰ en cuanto a que la educación formal favorece tener un mejor cuidado de la salud; por otra parte Loreley y Gándaro¹¹ encuentran una disonancia cognitiva en los padres, en cuestión de prevención de accidentes (los padres piensan que los accidentes son al azar pero consideran que se pueden evitar); y la información con la que cuentan sobre salud la reciben principalmente por medios informales.

Conclusión

Sabemos que modificar actitudes y hábitos no es fácil, sin embargo, consideramos que la educación formal en prevención y autocuidado debe ser desde la infancia, es decir, desde preescolar y continuar a lo largo de la formación educativa; el personal debe ser profesional, actualizado, comprometido y sobre todo debe creer en la importancia que tiene el primer nivel de atención.

Actualmente el objetivo de este primer nivel de atención es la educación dirigida al autocuidado, creemos que para lograrlo debe haber empatía y trato individual, lo que permitirá a los derechohabientes identificar las necesidades para prevenir y conservar la salud y sobre todo lograr motivarse para mantenerse sin enfermedades. El reforzamiento de una buena educación en salud aportará una actitud positiva y por tanto hábitos adecuados que propiciarán cambios en su entorno; de esta manera estarán en actitud positiva para prevenir enfermedades.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: OMS, 1998. pp.10, 13. [En línea] http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf [Consultado 05/03/2009].
2. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. Cap. 4. En: Salud en las Américas 2007. Volumen I-Regional. (Publicación Científica y Técnica No. 622). Washington, D.C., 2007. 2 vol. [En línea] http://new.paho.org/hss/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=10370&Itemid=99999999 [Consultado 07/05/2011].

3. Secretaría de Salud (México). Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: La Secretaría, 2007 [En línea] http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf [Consultado 07/05/2011].
4. Zas Ros B. Prevención en Instituciones de Salud: una tarea necesaria. *Psicol Clin*. 2006. [En línea] <http://www.psicologiainvestigacion.com/bv/psicologia/pdf-144-prevencion-en-instituciones-de-salud-una-tarea-necesaria.pdf> [Consultado 05/03/2009].
5. Marriner Tomey A, Allgood MR. (ed.). Modelos y teorías en enfermería. 6a ed. Madrid: Elsevier, 2006. pp. 296-316, 452-471.
6. Comité de Educación en Diabetes Fundación IMSS, A.C. El papel del derechohabiente en la prevención y control de la diabetes mellitus. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45(2):101-103.
7. Secretaría de Salud (México). Sistema Nacional de Información en Salud. Mortalidad: Información tabular [En línea] <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/> [Consultado 09/02/2011].
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas Integrados de Salud. Guía de actividades de enfermería para la atención preventiva integrada. México: IMSS, 2005.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. PREVENIMSS: Evaluación de los programas preventivos. Los nuevos retos, estilos de vida y sus consecuencias: obesidad, hipertensión arterial y diabetes. [En línea] http://estepais.com/inicio/historicos/190/19_suplemento_prevenimss.pdf [Consultado 09/02/2011].
10. Fernandes, J., et al. Conocimientos, actitudes y práctica del examen de Papanicolaou en Noreste. *Rev. Saúde Pública*. 2009, 43(5) 851-858. [En línea] http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000500015&script=sci_abstract&tlng=es [Consultado 09/02/2011].
11. García Gariglio L, Gándaro P, Cardozo N, Bianchi M, Santoro A, Pais T, Rubio I. Conceptos, actitudes y prácticas en salud sobre prevención de lesiones en niños menores de 10 años. *Arch Pediatr Urug*. 2008;79(4):284-2980 [En línea] <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v79n4/v79n4a03.pdf> [Consultado 09/02/2011].
12. Festinger L. La Teoría de la disonancia cognitiva. *Psicothema*. 1993; 5(1):201-206. [En línea] <http://www.psicothema.com/pdf/873.pdf> [Consultado 04/05/2010]. 

Cómo citar este artículo:

Lara Esquivel EC, Torres Muñoz YC, Moreno Gómez M. Actitudes y hábitos ante la prevención. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2012;20(1): 11-17.