

19 artículo

Núria Codern i Bové [[Buscar autor en Medline](#)]
 Margarida Pla i Consuegra [[Buscar autor en Medline](#)]
 Àngels Cardona i Cardona [[Buscar autor en Medline](#)]
 Ramon Crespo i Forte [[Buscar autor en Medline](#)]



Contribuciones del enfoque cualitativo de corte etnometodológico al análisis de la entrevista motivacional en Atención Primaria.

[Ver resúmen y puntos clave](#)
[Ver texto completo](#)
[Volver al sumario](#)

Texto completo

Este artículo propone reflexionar acerca de las contribuciones del enfoque cualitativo de corte etnometodológico (estudia la organización de las conversaciones cotidianas) en el campo de la práctica profesional, a propósito de un análisis de la interacción usuario-profesional de salud (médico o enfermera) en la consulta de atención primaria. Estas reflexiones también se inscriben en la línea de artículos publicados con anterioridad¹⁻³ interesados en analizar y debatir tanto los elementos teóricos como los metodológicos de la práctica profesional cotidiana. Así pues, el propósito de este artículo es reflejar la contribución del análisis de la interacción usuario-profesional en la entrevista motivacional, en la consulta de atención primaria. En primer lugar se describe el proceso de construcción de la demanda por parte del equipo investigador de la Red de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud en Atención Primaria (redIAPP) y la concreción del proyecto. En segundo lugar se exponen algunos de los resultados que configuran el informe final del estudio, y que nos serán de utilidad para discutir, en la tercera parte, las contribuciones del enfoque cualitativo en la práctica profesional en salud

El contexto de la demanda

El consumo de tabaco se considera actualmente el primer problema de salud prevenible en los países desarrollados. Es la primera causa de mortalidad prematura (el 25% de muertes antes de los 65 años)⁴ y tiene un impacto importante en el medio ambiente y en la comunidad. Los problemas de salud relacionados con el consumo de tabaco son uno de los motivos más importantes en las consultas al sistema sanitario, en general, y al ámbito de atención primaria, en particular⁵. Los beneficios para la salud que se producen al dejar de fumar están científicamente establecidos, a cualquier edad y en personas con o sin síntomas relacionados con el consumo de tabaco⁶.

La atención primaria se configura como un espacio único para realizar intervenciones de ayuda para abandonar el consumo de tabaco. Existe una sólida evidencia de que el consejo médico y de enfermería, en las condiciones reales de la consulta de atención primaria, es efectivo para ayudar a dejar de fumar, consiguiendo unas tasas de abandono del 1 al 3%^{7,8}. Por otra parte, los profesionales de atención primaria ocupan un lugar estratégico para ayudar a las personas a dejar de fumar, dado que el 70% de fumadores se visitan anualmente en este ámbito y refieren que el consejo del médico es un factor motivador muy importante para dejar de fumar.

En el abordaje del tabaquismo, la entrevista motivacional (EM) ha suscitado un gran interés, dado que existe cierta evidencia de que las intervenciones centradas en el paciente producen mejores resultados⁹. La EM es una entrevista abierta que el profesional puede utilizar para ayudar a los pacientes a explorar y resolver sus ambivalencias y resistencias respecto a una conducta (quiero dejar de fumar pero me da miedo no conseguirlo). Se basa en un estilo de interacción centrado en la persona, para promover el cambio, en un clima de empatía, tolerancia y cooperación mutua, respetando siempre las últimas decisiones del consultante¹⁰. Incorpora entre otros, elementos teóricos del Modelo Transteorético¹¹, el modelo de las Creencias en Salud¹² y los acercamientos centrados en

bibliografía

1. Mercado F, Bosi M, Robles L, Weisenfeld E, Pla M. La enseñanza de la investigación cualitativa en salud. Voces desde Iberoamérica. Salud Colectiva. 2005;1(001):97-116.

2. Pla M, Codern-Bové N. Contribuções e reelaborações com base em uma avaliação alternativa de un programa de saúde na Catalunha. En: Bosi M, Mercado F, editors. Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde. Enfoques emergentes. Petrópolis: Editora Vozes; 2006. p. 347-365.

3. Pla M, Sánchez-Candamio M. La elaboración y formalización de registros de la observación participante en la investigación psicosociológica cualitativa. En: Investigación cualitativa en salud. Una antología sobre la producción iberoamericana. Métodos, análisis y ética. México: Medicina Social. Universidad de Guadalajara; 2002.

4. Doll R. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004 6;328(7455):1519-0.

5. Cabezas C, Martin C, Ballvé J, Bladé J, Borràs M, Granollers S, et al. **Detecció i tractament del consum del tabac [Internet]**. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2009.

Ver más

enlaces

No hay enlaces de interés



el paciente de Carl Rogers¹³).

En este contexto surgió el Proyecto ISTAPS (Intervención Sistemática sobre Tabaquismo en Atención Primaria de Salud). El proyecto ISTAPS es un ensayo clínico multicéntrico aleatorizado por clústers realizado durante los años 2006-2008 en 11 comunidades autónomas de España que evalúan las intervenciones para ayudar a dejar de fumar, entre ellas la EM.



Los investigadores del proyecto ISTAPS realizaron una demanda específica a nuestro equipo de investigación. Esta consistía en realizar un subestudio cualitativo para "describir la percepción cualitativa de las personas que están pasando por el proceso de deshabituación tabáquica" con la idea de conocer las vivencias que puede suponer esta experiencia en la vida de las personas. Después de una lectura minuciosa del proyecto y de algunos debates con los autores del mismo, hicimos una propuesta que diera cuenta como se estaba produciendo la EM en la situación de interacción cara a cara en la consulta. Nuestro argumento principal consistió en que para conocer si la intervención era efectiva, no bastaba saber si el profesional seguía o no las recomendaciones del protocolo de actuación, ni tampoco era suficiente conocer las percepciones de las personas que pasaban por la experiencia. Era necesario también conocer cómo se realizaban las acciones en un contexto interaccional, negociable y cambiante como el que se daba en la consulta de la AP.

A partir de la reformulación de la demanda en los términos anteriormente explicados nuestro equipo elaboró un subproyecto cualitativo de corte etnometodológico. Esta perspectiva permite estudiar, en la cotidianidad de la consulta, que métodos o técnicas utiliza la persona o el profesional de la salud para dar sentido a las palabras del otro^{14,15}. Se plantearon los siguientes objetivos: a) Conocer las estrategias que utiliza el profesional para aproximarse al usuario y obtener un profundo conocimiento y comprensión de éste y de sus rutinas cotidianas relacionadas con el tabaco; b) Conocer como el profesional encuadra la intervención en un contexto flexible y cómodo para el usuario; c) Describir como el profesional realiza una escucha activa de las necesidades sentidas y expresadas por el usuario que acude a la consulta y d) Conocer como el profesional genera estrategias para conocer las opiniones y percepciones de los usuarios. Estos objetivos pueden dar cuenta como el profesional facilita la participación de la persona que fuma y cómo adecua las acciones según las manifestaciones del usuario.

Se propuso utilizar técnicas de indagación propias de la práctica etnográfica. Por tanto, se programaron una serie de registros audiovisuales en las consultas¹⁶. Con la finalidad de reclutar a los usuarios que fumaban se realizó un muestreo teórico inicial eligiendo como ejes principales la clase social, la edad y el género. También se contemplaron otros criterios que debían estar presentes en los usuarios elegidos y que podían influir en el proceso de la intervención, tales como el consumo de tabaco al día, los años de consumo, las patologías asociadas, el consumo de psicofármacos, las motivaciones para dejar de fumar, el estadio del proceso del cambio y el número de fumadores del entorno familiar, laboral y social.

Finalmente, con la combinación de estos criterios se establecieron 8 perfiles de usuarios, estimando una muestra inicial de 22 personas para asegurar un seguimiento completo de todos los perfiles. En el caso de los profesionales, se eligieron 6 Unidades Básicas de Atención, las cuales están constituidas por equipos con personal de medicina y de enfermería.

El trabajo de campo del subproyecto cualitativo se insertó en las etapas propias del estudio ISTAPS. Fueron los mismos profesionales los que seleccionaron aquellas interacciones que cumplían con los criterios previstos. Todas ellas fueron grabadas por el mismo profesional y para ello se fijó una cámara en las consultas de AP.

La base documental para realizar el análisis fueron las videograbaciones de la interacción usuario-profesional. El proceso de análisis fue el siguiente:

- Análisis de Contenido Textual (ACt) del protocolo de actuación de la intervención. Este permitió identificar las acciones en las consultas y consensuar los significados mínimos con los investigadores del proyecto ISTAPS. El producto de este análisis fue un nuevo texto que pasó a ser una primera "guía de lectura" para las videograbaciones, donde se explicitaban las expectativas de la intervención.
- Análisis conversacional (AC) para realizar una descripción detallada de lo que sucedía y cómo sucedía en el contexto de la consulta. El planteamiento del AC es buscar, empíricamente el sentido que dan las personas a sus acciones en la vida cotidiana y, a las consecuencias que se derivan de ellas. El procedimiento analítico del AC consistió básicamente en analizar los turnos de palabra en la interacción usuario-profesional de la salud, generando categorías analíticas que los mismos investigadores y profesionales establecieron conjuntamente.

A continuación detallamos varios ejemplos de secuencias de interacciones en la consulta, con la intención de ilustrar las contribuciones del enfoque cualitativo de corte etnometodológico en la práctica profesional.

Primer ejemplo: "fumar es perjudicial para la salud"

El profesional, siguiendo las recomendaciones del protocolo de actuación propuesto en el proyecto ISTAPS, inicia la EM con un resumen de los datos referentes a la persona recogidos en la consulta selección¹⁷ y que sirven para verificar, conjuntamente con la persona, su disponibilidad para cambiar. Una vez comprobados los datos, la manera más común para reflexionar sobre la disponibilidad de cambio de la conducta es introducir preguntas en relación a la importancia para dejar de fumar y la confianza para conseguirlo. El siguiente ejemplo, corresponde a la parte inicial de la EM realizada a una persona con baja motivación a dejar de fumar.

Extracto 1

- PS1: ¿Por qué dirías que puntúas un tres y no un dos en confianza para dejar de fumar?
- U1: En confianza, porque... no confío en mí
- PS1: ((um)) – (sonido afirmación)
- U1: no me veo capacitada para dejarlo, me costaría

Lo que nos interesa de este ejemplo es mostrar que en la pregunta inicial¹ el profesional no dice "fumar es perjudicial para la salud", pero tanto la pregunta como la respuesta^{2,4} indican implícitamente esta interpretación. No se dice, pero la persona que fuma, puede entender, de manera fácil y rutinaria, los motivos por los que el profesional de la salud explora las posibilidades de dejar de fumar, sabe que en la consulta el profesional habla de problemas de salud. Así que, el contexto de la consulta de AP permite explorar la conducta de fumar en un encuadre de "valoración" (construcción de un estándar implícito) asumido por ambas partes.

Segundo ejemplo: "yo por las mañanas me encontraba que tosía mucho"

En la EM, siguiendo a Miller y a Rollnick, la conversación se centra en la persona, en sus ambivalencias y resistencias para dejar de fumar. A lo largo de la interacción el profesional se apoya de diferentes estrategias (escucha reflexiva, frases de apoyo, frase de afirmación a una predisposición a cambio), para producir una conversación profunda y multidimensional que facilite a la persona a reflexionar sobre la conducta de fumar¹⁰.

El siguiente ejemplo ilustra el uso de la pregunta abierta por el profesional como una estrategia que permite al usuario consolidar sus motivos para reducir el consumo de tabaco. El ejemplo empieza con una secuencia del profesional que completa una afirmación anterior del usuario. Esta intervención, denominada reiteración a nivel referencial, permite al profesional subrayar un punto de vista enunciado anteriormente por el usuario. Esta afirmación se enlaza con una secuencia de carácter interrogativo (una pregunta abierta). La pregunta abierta "¿por qué piensa que son pocos cigarrillos?"¹, es una pregunta que obliga a que el usuario conteste sobre su posicionamiento (interrogación a nivel modal, definido como una pregunta sobre actitud). La pregunta abierta es una oportunidad para que el usuario reflexione sobre su discurso "que es fumar mucho o poco"². La respuesta que da es una buena razón para que el profesional continúe preguntando sobre el contenido manifestado (interrogación a nivel referencial, definido como una pregunta sobre un tema)³ y eso permite, que el usuario centre su discurso y reflexione sobre su verdadero motivo de reducir su consumo⁴ "yo por las mañanas me encontraba que tosía mucho"¹⁸.

Extracto 2

- PS2: Hombre, usted ha hecho intentos de dejarlo, está reduciendo y dice que bueno, que piensa que su control seguro es fumar pocos cigarrillos. ¿Por qué piensa que son pocos cigarrillos y no muchos?
- U2: Yo pienso que son pocos cigarrillos, porque yo antes lo que te he dicho, yo antes fumaba a lo mejor sesenta cigarrillos diarios, y ahora fumo cinco, cuatro o tres, depende. Pues es tan poca cosa que no le doy ninguna importancia.
- PS2: ¿Pero por qué ha bajado de de números de cigarrillos?
- U2: Hombre he dejado, porque en realidad yo por las mañanas me encontraba que tosía mucho. Cuando el médico me dijo que eso me hacía daño, pues dejé un poco. Porque yo al principio fumaba un paquete al día y luego lo fui reduciendo hasta fumarme un paquete cada semana como meta.

Resumir (reiteración de tipo referencial o modal, repeticiones de puntos de vista del interlocutor) es otra de las estrategias que utiliza el profesional para repasar los aspectos importantes que manifiesta la persona y centrar el tema que le preocupa al usuario. Esta acción desencadena que el usuario pueda confirmar o rectificar datos y ahondar sus preocupaciones.

Tal como Enrique Alonso destaca, estas estrategias (interrogaciones y reiteraciones) son necesarias para establecer una interacción verbal negociada y con sentido. Para ello,

siguiendo a Alonso, es imprescindible la tarea reflexiva del entrevistador (profesional) durante la conversación¹⁸.

Tercer ejemplo: "te puede venir el cáncer"

A continuación mostramos un ejemplo donde la persona ha manifestado, anteriormente, que no quiere dejar de fumar porque valora que está fumando pocos cigarrillos al día. Respondiendo a eso, el profesional inicia una secuencia informando de los riesgos de salud que tiene el tabaquismo¹. El profesional determina el tema a conversar sin antes explorar la pertinencia. Seguidamente, el paciente rebate la afirmación². Se produce un desencuentro en la interacción entre el profesional y el usuario. No hay acuerdo del tema ni acuerdo en la actitud para tratar el tema. Y así sucesivamente, el profesional y el usuario van confrontando afirmaciones sin dejar espacio a la reflexión³⁻⁸. El profesional termina la interacción haciendo una declaración "fumar siempre es perjudicial para la salud de la persona y en cualquier situación"⁹. Las continuas interpretaciones del profesional son percibidas por el usuario como un ejercicio de poder sobre su discurso y provoca efectos de resistencia.

Extracto 3

- PS6: Te puede venir el cáncer
- U6: te puede venir el cáncer porque sí!. Yo por ejemplo tenía un tío deportista, nada de fumar, nada de beber, horarios de dormir, todo estupendo y tuvo la mala suerte de tener uno y morirse a los dos años.

Más adelante

- PS6: ¿Y qué tendría que suceder para que aumentara la importancia en dejar de fumar, encontrarte muy mal?
- U6: No::, fumar si tiene riesgo no merece la pena y que me dijeran, si continuas fumando te puede pasar esto. Yo que sé, y entonces lo dejo sin ningún problema
- PS6: Bueno, pero ya sabes que tienes más números!
- U6: si
- PS6: eso ya lo sabes
- U6: también si cojo el coche y voy en carretera, también tengo números, jajá y si me quedo en casa también

Al final de la conversación

- PS6: y decirte que tengas presente que aunque fumes poco, te va a perjudicar

Este fragmento ilustra la falta de acuerdo entre el profesional y el usuario acerca de la existencia de un problema. La persona no acepta que tenga un problema con la conducta de fumar y el profesional da por supuesto que fumar puede provocar problemas de salud. El profesional interpreta, de manera implícita, que la conducta de la persona en la conservación (no lo veo como un problema), se debe a una falta de información. Así que, el profesional informa de los riesgos de fumar, detallando los posibles problemas que le pueden acontecer a la persona. Sin embargo, al no ser negociado y compartido este significado, el usuario rechaza los argumentos, a pesar de los intentos del profesional de restablecer el orden en la conversación.

Es también relevante que, en la conversación, el profesional detalle el carácter problemático de la conducta de fumar con información sobre riesgos de salud físicos "te puede venir un cáncer" y no con problemas de la vida cotidiana de la persona. No hace uso del conocimiento que tiene de la persona y su entorno. El resultado es una EM no centrada en la persona y que se aleja del significado atribuido a esta.

Cuarto ejemplo: persona poco motivada para dejar de fumar con problemas de salud

En la línea del anterior ejemplo, nos encontramos con una interacción donde la persona tiene poca motivación para dejar de fumar, pero tiene problemas de salud que podrían aumentar si continua fumando. En este contexto, el profesional inicia una secuencia que informa de la no conveniencia de fumar debido al problema de tensión alta¹. El profesional introduce una interpretación y un juicio de valor. La persona responde que no ve riesgo en fumar 4 cigarrillos². A partir de aquí, el profesional continúa informando de los riesgos de fumar asociados a sus problemas de salud. Describe de manera detallada, que le puede ocurrir a la persona si continúa fumando⁵⁻⁷. El usuario repite las últimas palabras del profesional y, en ningún caso, las confronta con argumentos conectados con su experiencia de vida⁸⁻¹⁶. La EM se cierra sin haber logrado reflexionar sobre la disponibilidad del cambio.

Extracto 4

- PS6: Ahora, que usted sabe que para la tensión esto no le va bien.

- U8: si ya lo sé. Pero pienso, bueno yo creo que estos cuatro o cinco cigarros que te puedes fumar al día te puedan perjudicar tanto.
- PS6: es nicotina
- U8: si ya
- PS6: Entonces claro, todo esto va estrechando más las arterias. Claro la nicotina se va enganchando. ¿Colesterol no tenía?
- U8: no, me dijo que tenía muy poco colesterol.
- PS6: las placas de colesterol se van comiendo y cada vez se van haciendo más rígidas y encima está enganchada la nicotina y entonces las arterias se van haciendo más pequeñas y entonces claro, ayuda a aumentar la tensión y el colesterol es un factor de riesgo más.
- U8: de riesgo
- PS6: O sea que a ver, usted patología tiene, lo que pasa que a lo mejor usted no se, piensa que en su nivel de estos dos o tres cigarrillos pues qué no le afecta. Esto es lo que usted piensa, pero la realidad no es está.
- U8: la realidad no es esta
- PS6: A ver yo quiero que salga de aquí sabiendo lo que hay ¿no?
- U8: si si
- PS6: informado tiene que estar
- U8: si, si está bien
- PS6: usted no puede salir de aquí, diciendo a mí el tabaco no me afecta, porque si que le afecta, si que le afecta
- U8: ya lo sé que si

Este ejemplo ilustra, por una parte, cómo el profesional interpreta los motivos por los cuales la persona quiere continuar fumando, presuponiendo que ésta desconoce los riesgos que le puede conllevar. Fijémonos en cómo describe minuciosamente los riesgos de tener colesterol y fumar. Por otra parte, refleja una relación asimétrica. En este sentido, el profesional permite en la secuencia inicial que la persona opine "yo creo que". Sin embargo, esta respuesta no se enlaza con una nueva pregunta sobre cuáles son los motivos que argumentan esta valoración. La opinión de la persona es tratada como una valoración de carácter no válido. El conocimiento válido es el que enuncia el profesional e invalida los saberes de la persona^{19,20}.

Contribuciones del enfoque cualitativo de corte etnometodológico en el análisis de la entrevista motivacional

Para desarrollar este último apartado, agruparemos las contribuciones del enfoque cualitativo en el análisis de la EM en 2 bloques.

Importancia de identificar los saberes que manifiesta la persona y aquellos que pueden ser compartidos

Este enunciado conlleva dos afirmaciones. La primera "identificar los saberes que manifiesta la persona" implica, desde este enfoque, asumir que la persona construye el significado de fumar a lo largo de su vida. Para ello se basa en experiencias subjetivas y ancladas en el contexto de vida, social cultural y político. El acto de fumar solo tiene sentido y resulta comprensible desde su contexto. A la vez, a pesar de que también concibe el "riesgo objetivo" de fumar, es también una construcción en relación con el contexto social: yo ya sé que fumar es malo, pero en mi contexto tienes sentido fumar hasta que resuelva los otros problemas de mi vida²¹⁻²³. En los ejemplos tres y cuatro los profesionales no exploran aspectos contextuales y estructurales que puedan determinar el significado de la conducta de fumar de la persona. Es más, las afirmaciones que hacen sólo se apoyan en los riesgos objetivos de fumar. Esto no quiere decir, que los profesionales no reconozcan que cada persona tiene una relación singular y única con el tabaco y que las personas combinan diferentes dimensiones para valorar la conducta de fumar, sino que en la interacción (tal y como se muestra en los ejemplos) y en el contexto de AP existen dificultades para tratar los otros significados de fumar²⁴.

La segunda afirmación "identificar aquellos significados que pueden ser compartidos" está directamente ligada a la anterior afirmación. Hay significados compartidos (como el caso del ejemplo 1) que no son necesarios explicitarlos. Hoy en día, la sociedad acepta que fumar es perjudicial para la salud. Pero, tal y como hemos visto en el ejemplo 2, en la conversación emerge una construcción mental particular alrededor de la conducta de fumar "antes fumaba mucho y me encontraba mal". Es a partir de esta realidad manifestada que el profesional puede ayudar a reflexionar a la persona. Identificar los distintos significados que tiene la conducta de fumar, permite llegar a un acuerdo compartido sobre cuál es el problema a conversar. El análisis de las diferentes interacciones cara a cara (y no presentadas en este artículo) muestran que cuando hay una negociación y acuerdo inicial del problema a tratar (el problema en el sentido más amplio), facilita que la persona se posicione como agente activo en la interacción. Este resultado concuerda con los diversos estudios de Pilnick y Coleman. Estos muestran la importancia de llegar a un acuerdo inicial sobre el tema a tratar, ya que si no, es probable que se produzca una conversación sin objetivos, con respuestas hostiles y sin sentido y respuestas hostiles en la interacción^{25,26}.

Ser sensibles a los distintos saberes que operan en una situación determinada y utilizarlos en beneficio de la tarea profesional

Tal y como hemos visto, echar mano de diferentes estrategias produce una conversación centrada en la persona, sus ambivalencias y sus resistencias al cambio. Permite también que el profesional, personalice la información para que la persona la considere relevante y útil. En este sentido, hemos analizado diferentes interacciones (como el ejemplo 2) donde el profesional hace uso de estas estrategias y que le permiten, en la situación dinámica de la conversación, negociar el tema y el sentido de cómo quiere ser tratado a la vez, su uso facilita al profesional ajustar la información hacia el usuario.

Así pues, para que se produzca la EM, debe darse en el profesional la capacidad de mirar "al otro", a través de estrategias como el uso del resumen; la escucha reflexiva y las preguntas abiertas. Estos resultados concuerdan con otros estudios que muestran evidencias que estas estrategias favorecen una interacción verbal centrada en el usuario²⁷.

Sin embargo, cuando no hay un acuerdo negociado sobre el tema y la manera de tratarlo, el profesional tiene dificultades para ajustar la información a la persona. En estas situaciones, el profesional echa mano de estrategias de carácter informativo y, a menudo, no están ajustadas a las necesidades de la persona. De esta manera, pierde oportunidades de ahondar en las preocupaciones de la persona. Estos resultados concuerdan con diferentes estudios. Francis et al afirma que cuando no hay acuerdo, se incrementan las conductas de confrontación que dificultan la interacción²⁷. Coleman et al. muestra que cuando los médicos tienen una actitud "más directas" o "más firmes" (sobre todo cuando el paciente presenta problemas de salud directamente relacionados con el consumo de tabaco) se producen situaciones de confrontación y resistencia del paciente que provoquen que la conversación no avance con el objetivo previsto²⁵.

Así pues, los análisis detallados sobre lo que se hace en la consulta, y que tienen en cuenta los diferentes contextos donde se produce: el inmediato (la consulta), el organizativo, el institucional (el sistema sanitario), el histórico y cultural contribuyen a la comprensión de la EM. Finalmente, pueden también constituir un recurso de enseñanza/aprendizaje para mejorar la práctica profesional. En esta línea, pueden ser una herramienta útil que permita reflexionar, "anticipar" y construir una buena práctica en las relaciones cara a cara y así, aumentar la efectividad de las intervenciones preventivas.

