

Teoría de los comportamientos
en el área de salud
y sus cambios



3

3

Teoría de los comportamientos en el área de salud y sus cambios



Karen Slama

Resumen

Las teorías de los cambios de comportamiento tienen como meta el proporcionar una herramienta que nos permita poner en marcha programas y medir sus éxitos. Las teorías sobre los comportamientos en el área de la salud tienden a tomar en cuenta:

- *las cogniciones, es decir, cómo los individuos definen lo que hacen, lo que piensan de sus acciones y lo que les lleva a cambiar de opinión y, por consiguiente, a cambiar su manera de actuar*
- *el contexto: el entorno cultural, social, físico, emocional y psicológico que moldea los comportamientos de las personas y los factores que pueden facilitar los cambios.*

Ninguna teoría puede englobar todos los factores que intervienen en los comportamientos relacionados con la salud. Sin embargo, estas teorías pueden servir para poner de relieve ciertos aspectos de este tipo de comportamiento y nos pueden ser útiles para elegir los programas más adecuados para luchar contra el cáncer.

Agradecemos

la traducción de

Nadine Llombart-Bosch
y a Nicolás Zengarini



Teoría de los comportamientos en el área de salud y sus cambios



Karen Slama

Los hombres siempre han intentado entender y predecir los comportamientos humanos. Debido al alto porcentaje de fallecimientos prematuros y de incapacidades que se presentan como consecuencia del cáncer u otras enfermedades no transmisibles, como resultado de comportamientos sociales e individuales susceptibles de ser modificados, las personas que trabajan en el área de la salud están interesadas en conocer los factores que actúan sobre la promoción de la salud y sobre los comportamientos que favorecen la salud. Deseamos, especialmente, entender cómo y por qué los individuos y los grupos sociales cambian de comportamientos. Aunque el conocimiento del comportamiento humano no nos permite predecir con certeza lo que va a hacer una persona, nos puede permitir, sin embargo, entender mejor lo que ciertos grupos de personas son capaces de hacer. La identificación y la medida exacta de los factores que influyen pueden servir de guía a los profesionales de la salud y a los investigadores que se esfuerzan en promover comportamientos saludables.

Este artículo presenta algunas teorías que se sitúan dentro de las estrategias de intervención en cuestión de cambio y trata también de la evolución de nuestra comprensión de la utilización de estas teorías y de sus límites. Se ha incluido en este manual con el fin de dar una idea general sobre el tema y podría ayudar a establecer las bases teóricas de ciertas actividades.

Para una mejor comprensión de los cambios en los comportamientos, debe abordarse el análisis en tres dimensiones, a saber, comportamiento, cognición y contexto, y de los enfoques teóricos que permiten entender las relaciones existentes entre ellas.

Comportamiento: lo que hacen los individuos

Comportamiento es el término general que comprende todas las acciones físicas realizadas por los individuos. Acciones físicas son, por ejemplo, el andar, el intercambio con otros individuos, la escritura, la lectura o la acción de ponerse en situación de aprender. El comportamiento incluye la búsqueda de un consejo médico, el hecho de cumplir un régimen prescrito y, también, la relación de una persona con el tabaco, la alimentación, el alcohol, etc.

Cognición: lo que los individuos piensan y cómo piensan

La cognición es el nombre de todos los procesos mentales en un individuo. No sólo incluye todo lo que se refiere al pensamiento, los conocimientos, las actitudes, las motivaciones, las atribuciones y las creencias,

sino, también comprende las percepciones, los valores personales, las verdades culturales percibidas y la memoria. La cognición puede estar influenciada por la inteligencia y las experiencias pasadas. Las cogniciones son, por ejemplo, las convicciones religiosas, la voluntad de ser un buen padre, la desconfianza hacia la medicina moderna, el hecho de saber que el tabaco es peligroso para los demás pero que no lo es para uno mismo, etc.

Contexto: la localización del comportamiento y de las cogniciones

El contexto es el tercer elemento que se debe tener en cuenta. Es un término general que tiene un significado más amplio que la simple percepción del entorno. Además del entorno social, cultural y físico, incluye las influencias interpersonales sobre el comportamiento y el contexto psicológico y emocional de cada acto y de cada cognición. Incluye las leyes y las normas (cogniciones y comportamientos normalmente aceptados), así como las dinámicas sociales. Muchos comportamientos sanos no se siguen sencillamente porque no están definidos como útiles por la comunidad (como es el caso de la protección cutánea) o bien porque la elección apropiada no se encuentra disponible (como el tener una alimentación sana en el colegio o en el trabajo) o porque existen otras fuerzas que empujan a la sociedad hacia comportamientos malsanos (como lo es la industria del tabaco) o, también, porque ciertas contingencias exteriores refuerzan unos comportamientos malsanos (como los horarios estrictos que favorecen los desplazamientos en coche en lugar de ir andando).

Estas tres dimensiones pueden interactuar de diversas maneras.

Relación entre cogniciones y comportamiento

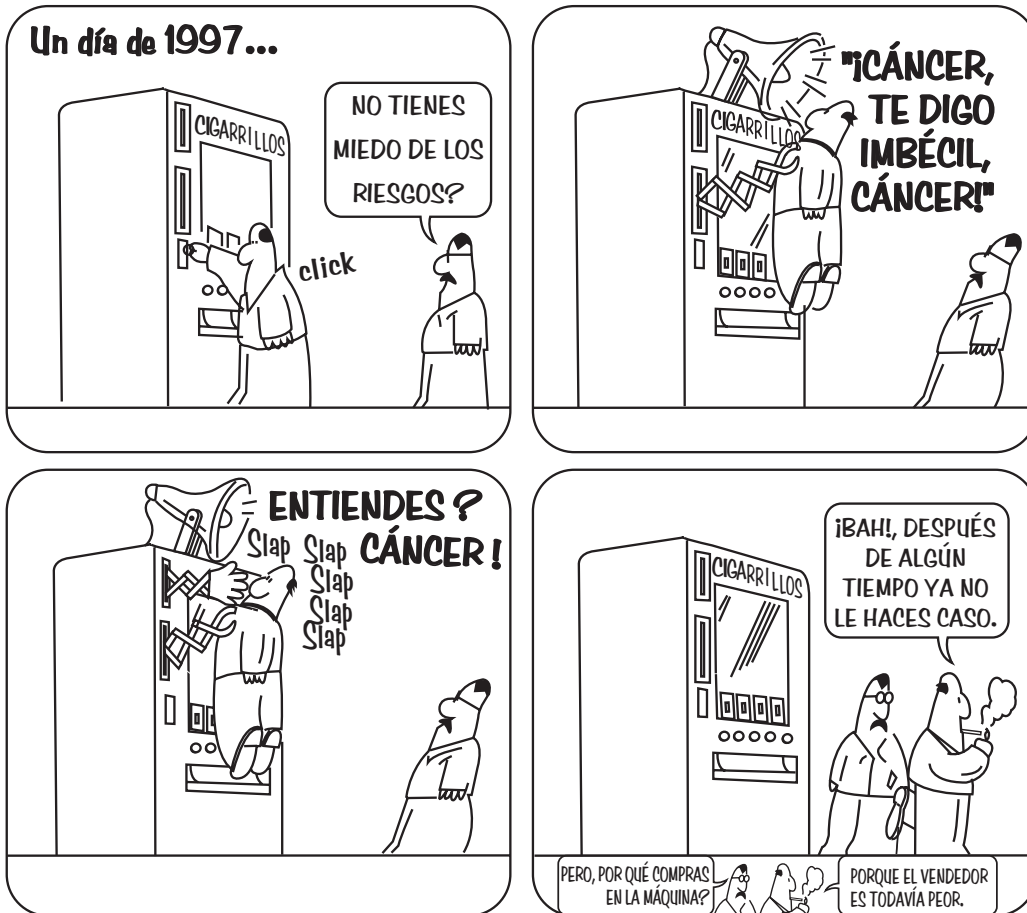
El ejemplo más evidente de que las cogniciones conducen a un comportamiento nuevo se encuentra en el desarrollo de las competencias por medio de una educación formal o informal. Las cogniciones, al igual que las creencias y las actitudes, pueden transformarse en acciones si la persona percibe que el cambio es posible y que no existe oposición ni dificultad en adoptar el comportamiento o si la cognición es un componente esencial del sistema de creencias de la persona, como en el caso de las creencias religiosas (1). Las cogniciones que se han forjado a partir de experiencias pasadas influyen, muchas veces, en el comportamiento (2). Por ejemplo, un paciente que ya ha sido tratado exitosamente por un médico, volverá probablemente a consultar a ese mismo médico para que lo trate por una nueva enfermedad.

Las teorías cognitivas sobre el comportamiento intentan predecir lo que harán los individuos en ciertas circunstancias. El reto consiste en determinar cuáles cogniciones son más esenciales y el grado de cambio que predicen. Una de las principales hipótesis de casi todas las teorías actuales sobre el cambio de comportamiento, es que las intenciones de un individuo constituyen un determinante esencial. Se estima que las intenciones son función de las consecuencias esperadas por los cambios y de las percepciones de dichos cambios a nivel individual y de aceptación social (3). La medida de la intención ha suplantado la de las actitudes en la tentativa de predecir un cambio de comportamiento (4). Por ejemplo, muchas personas saben que deberían hacer ejercicio y tener una alimentación sana; por lo tanto, tienen la intención de comenzar a entrenarse regularmente y de limitar su consumo de dulces y de grasas. Si un porcentaje alto

de las personas que tienen esta intención efectúa realmente los cambios de comportamiento correspondientes, entonces, la medida de la intención es una buena medida de predicción.

Sin embargo, en numerosos casos, nuestro comportamiento puede cambiar lo que pensamos. En el caso del deporte y de la alimentación, puedo desear gozar de buena salud, pero cuando me resulta difícil encontrar tiempo para hacer deporte y cambiar mis costumbres alimentarias, dejo de hacer esfuerzos en esta dirección y, por consiguiente, la alimentación y el deporte vuelven a ser menos importantes. Si eso ocurre con muchas personas, la intención no resulta ser una buena medida de predicción, o quizá hemos medido una falsa intención. A decir verdad, las observaciones del comportamiento humano nos indican que es más fácil encontrar buenas razones para actuar como lo hacemos que modificar nuestras acciones para estar en consonancia con nuestros pensamientos (5). Es la base de la teoría sobre la "disonancia cognitiva", la cual toma como hipótesis que cuando el comportamiento de una persona está en conflicto con sus mismas creencias, la disonancia es psicológicamente muy incómoda y se necesitarán cambios para crear una consonancia (acuerdo) entre los pensamientos y los actos; este cambio se produce sobre el aspecto menos resistente, generalmente sobre las cogniciones (6).

Como este dibujo humorístico lo demuestra, los comportamientos pueden influenciar las cogniciones



Reimpreso con permiso

He aquí otros ejemplos de comportamientos que provocan cambios en las cogniciones. Una persona que adquiere una nueva posición social o profesional puede, al principio, no comulgar con ciertas ideas, pero el hecho mismo de llegar a esta nueva posición puede llevarle a cambiar su manera de pensar. Alguien que pasa de tener buena salud a tener mala salud, puede cambiar su opinión sobre los servicios de salud. Un fumador que deja de fumar puede darse cuenta de que se han modificado ciertas de sus percepciones referentes a fumar en público.

Si no hay coacción exterior, el hecho de aprobar públicamente un cierto punto de vista (por ejemplo, el firmar una petición) puede llegar a reforzar la adhesión a este punto de vista. La observancia de un enfermo a un consejo médico es otro ejemplo (7). Un comportamiento conocido públicamente puede transformarse en una implicación personal, a pesar de que no existía anteriormente. Afirmar públicamente su intención de perder peso o de dejar de fumar se considera como una estrategia del comportamiento.

❖ Relación entre contexto y comportamiento

Sin embargo, el problema no es solamente una cuestión de cognición o de comportamiento. Un comportamiento futuro se puede predecir, en gran parte, por comportamientos anteriores (4). Por ejemplo, entre los pacientes que deben volver a repetir un tratamiento, los que no habían seguido bien el primer tratamiento son mucho más susceptibles de no cumplir correctamente el segundo, comparado con aquéllos que habían cumplido bien el primero (8). Cuando se trata de influenciar un comportamiento (9), la experiencia y la observación de lo que hacen los otros parecen muchas veces más importantes que las cogniciones, como lo ha mostrado la evolución social del tabaquismo en una población (10). Otros aspectos del contexto, por ejemplo, las condiciones sociales y la política gubernamental, están estrechamente ligadas al comportamiento y a sus cambios. Las cogniciones pueden unas veces preceder al comportamiento, otras veces es el comportamiento el que precede a las cogniciones. Esta reciprocidad se vuelve a encontrar en la relación entre contexto y comportamiento.

Varios estudios epidemiológicos modernos han identificado numerosos factores como determinantes



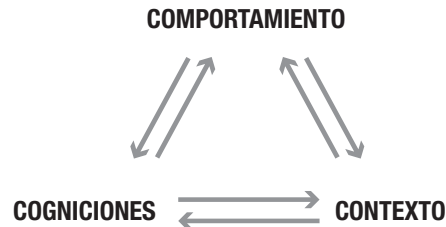
ambientales del comportamiento: tipo de empleo y estatus, instrucción y nivel de educación, distribución de la riqueza en la sociedad, servicios comunitarios y servicios de salud, así como las posibilidades de acceso a estos mismos servicios (11). Diversos estudios psicológicos y culturales reconocen que la situación socio-política, la coacción, la exclusión, la discriminación y los tabúes juegan un papel en la elección del comportamiento (12). Es difícil definir el papel del contexto en el comportamiento y en sus cambios, porque los individuos tienen diferentes maneras de interpretar una situación dada y de reaccionar frente a ella. También eligen muchas de las situaciones que los influyen y ayudan, incluso, a crear estas situaciones sociales (13).

Los determinantes ambientales del comportamiento influyen directamente en el comportamiento limitando el acceso a ciertas acciones, así como por la vía de las cogniciones, en particular, la

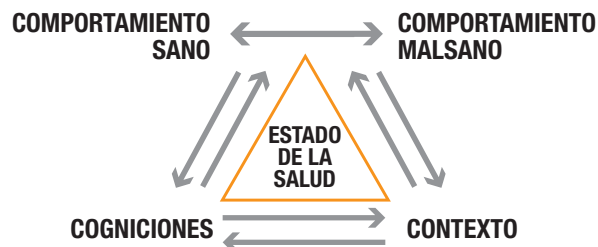
percepción de las elecciones de los comportamientos que están disponibles (14). Por ejemplo, lo que se plantea hacer una madre, sin experiencia anterior y sin conocimientos, cuando su hijo tiene fiebre, está determinado en gran parte por cuestiones de posibilidades y de comunicación interpersonal. El comportamiento mismo puede influenciar al entorno. Por ejemplo, los fumadores tienden a darse coraje mutuamente y a crear o mantener un contexto favorable al tabaquismo (15). En efecto, los resultados de una investigación en gente joven muestran que los fumadores ejercen mucha presión sobre los otros fumadores de su edad para que no dejen de fumar (16).

Basada en una combinación de factores cognitivos, emocionales y del comportamiento, la teoría del aprendizaje social, también llamada teoría cognitiva social, fue puesta en marcha a finales de los años 70 con el fin de describir los comportamientos. Tal teoría propone una interacción dinámica y recíproca entre tres elementos: los factores personales, el entorno y el comportamiento. En este concepto, el entorno (bajo la forma de relaciones interpersonales) moldea y mantiene el comportamiento, pero las personas pueden reaccionar y cambiar su entorno (17). La terapia individual con vistas a un cambio del comportamiento, basada en el aprendizaje social, considera la manera según la cual un individuo entiende sus acciones, cómo es premiado por ellas y cómo le da forma a su comportamiento respecto a otras acciones importantes. Sin embargo, hoy en día, se le da más importancia al papel del contexto y, en particular, al papel de la organización social y política de la sociedad, en lo relacionado con las elecciones de comportamiento y la posibilidad de cambio.

Las conexiones entre comportamiento, cogniciones y contexto se pueden definir como un triángulo en el cual los tres componentes se influyen mutuamente:



Sin embargo, en el campo del comportamiento de la salud, hay que considerar el papel del estado de la salud. Éste se puede concebir para representar las funciones físicas y los efectos de la enfermedad; inclusive las estrategias de salud, para actuar, toman en cuenta el problema del estrés (carga alostática) y los fenómenos como la adicción y los efectos del tratamiento. El estado de la salud puede tener un impacto sobre todos los elementos del triángulo. Su papel es considerado como primordial dentro del modelo conceptual de los determinantes de la transición entre los comportamientos sanos y los dañosos para la salud.



Como es imposible medir todos los factores potencialmente importantes en un comportamiento de salud determinado, nos apoyamos en las teorías y seguiremos utilizándolas mientras nos ayuden a comprender y a mejorar la salud de los individuos en sus comunidades y en el seno de la sociedad. Waisbord (19) describe las teorías como "unos conjuntos de conceptos y de proposiciones que articulan las relaciones entre diferentes variables con el fin de explicar y de predecir situaciones y resultados. Las teorías explican la naturaleza y las causas de un problema determinado y ofrecen consejos en vistas a intervenciones prácticas". Aunque las teorías permiten que la investigación tome en cuenta un cierto número de factores, pueden no captar los elementos más importantes de la cognición o del contexto y el grado de importancia de cada elemento medido puede variar considerablemente según los individuos y las poblaciones. Una teoría tiene como papel el desarrollar unas hipótesis y unos programas de intervención que pueden ser evaluados. La evaluación debería permitir afinar la teoría o formular nuevas teorías. En general, las teorías y las estrategias ligadas al comportamiento en salud conceden una mayor importancia a la conexión entre cogniciones y comportamiento o entre contexto y comportamiento. Las medidas se incluyen en dos categorías principales. Por una parte, las medidas cuantitativas que utilizan criterios objetivos de comportamiento, observables, estados de salud definidos y eventos contextuales o escalas contables para variables subjetivas tales como las cogniciones; en fin, las relaciones entre todos estos elementos. Por otra parte, las medidas cualitativas proporcionan un informe subjetivo de las percepciones sociales y culturales, el cual indica los elementos contextuales y los cambios del entorno necesarios para facilitar unos comportamientos alternativos, en coherencia con las creencias subyacentes.

❖ Teorías cognitivas sobre el comportamiento de salud

La mayoría de los modelos de cambio de comportamiento son teorías basadas en una hipótesis de voluntad, a saber, un comportamiento determinado de manera cognitiva. Por ejemplo, la teoría del *Health Belief Model** y sus derivaciones está fundada sobre la base de que las actitudes y las creencias son los mayores determinantes del comportamiento en salud, y que todo comportamiento en reacción a una amenaza para la salud se basa en dos tipos principales de cogniciones: la esperanza de que una acción específica conduzca a una mejoría de la salud y el valor subjetivo que la gente otorga a una mejor salud (4). La divergencia en los comportamientos está, entonces, ligada a la adecuación de las cogniciones y a la facilidad con la cual adaptamos nuestras cogniciones a nuevas experiencias. Las teorías cognitivas han estudiado el papel de la motivación, el miedo, las falsas percepciones y los sesgos heurísticos y, para todos estos elementos, la hipótesis de base es la misma: el comportamiento preventivo resulta de la percepción de una amenaza y de la creencia de que el mejor medio de actuar es adoptar un nuevo comportamiento (20-23). Al considerar que el contexto juega también su papel, una teoría reestructurada incluye unas señales que incitan a actuar y una tendencia general a la búsqueda de una buena salud como valores culturales subjetivos (24).

Los modelos de comportamiento correspondientes a etapas determinadas han sido definidos gracias al concepto de Rogers, según el cual la adopción de un nuevo comportamiento es un proceso que se difunde en la sociedad por el sesgo de los individuos, en diferentes estadio (difusión de innovaciones) (4, 19). La hipótesis de estos modelos es que se producen interacciones entre el comportamiento y las cogniciones, de tal manera que las distintas cogniciones operan en estadios diferentes. Por ejemplo, el modelo

* Modelo de las convicciones sobre la salud

transteórico de las fases de cambio se basa en el hecho de que un individuo tiene que pasar por diferentes estadios durante los cuales se va tomando conciencia progresivamente de la necesidad de este cambio antes de realizar este cambio (25). Las intervenciones basadas en los modelos por fases hacen hincapié en la identificación de una fase y dirigen las cogniciones asociadas a ella. En las teorías basadas en las fases, se considera la intención como la última fase antes de la adopción de un nuevo comportamiento. Los modelos cognitivos, generalmente, suponen que la autoeficacia (confianza en sí mismo, certeza de que se dispone de los medios para proceder a tal cambio) está en juego y que el papel específico del contexto viene a añadirse como percepción de las normas sociales y de las barreras a la acción (26).

El mercadeo social es una estrategia que aplica el modelo de cambio por fases, adaptando las estrategias de la mercadotecnia comercial para determinados públicos, particularmente durante las primeras etapas de la evolución hacia el cambio cuando la persona se siente dispuesta al cambio, con el fin de influenciar el anhelo y la intención de adoptar unos comportamientos sanos (27). Las estrategias de mercadeo social suponen que la perseverancia y las perspectivas a largo plazo son necesarias para influir en el comportamiento social y que esta comunicación debe corresponder a las necesidades y a los deseos de los grupos objetivo específicos, verificados por medidas cualitativas como los grupos diana y las entrevistas en profundidad (28).

Aunque el mercadeo social supone un modelo de cambio de comportamiento por fases, la educación para la salud supone un lazo más directo entre conocimiento y comportamiento. Para los que van a impulsar la moda de adoptar nuevos comportamientos y cuyos comportamientos influyen las elecciones del comportamiento de otras personas, los enfoques cognitivos que inducen la motivación tienen mucha importancia. Esta situación de principio es necesaria para que la comunidad se comprometa a efectuar cambios de política o cambios sociales (29).



Teorías relativas al contexto de los comportamientos de salud

Las teorías ambientales tienden a mirar más allá de la voluntad individual y rechazan en diferente grado el deseo u otras cogniciones, para basarse en la hipótesis siguiente: a pesar de que las actitudes interfieran en las reacciones de una persona a un contexto, es el entorno el que influye las elecciones de comportamiento. Se dice que una teoría general ligada al contexto es un enfoque "ecológico", que identifica niveles de influencia múltiples y recíprocos: factores individuales e intrapersonales (biología, psicología y comportamiento), factores interpersonales, institucionales o de organizaciones, factores comunitarios o de política pública (28). Esta perspectiva confiere a los elementos cognitivos un papel relativamente pequeño en el comportamiento de salud ligado al contexto, el cual se divide en varias categorías que se exponen a continuación.

Los modelos estructurales consideran que el cambio de un comportamiento individual es el resultado de unos cambios en las condiciones de organización dentro de las cuales los individuos viven y trabajan (30). El hecho de cambiar la estructura permite que el cambio se pueda realizar. La disminución del cáncer de estómago no se atribuye al hecho de que los individuos hayan cambiado su manera de comer, pero sí a la calidad y la variedad de los productos disponibles gracias a la refrigeración moderna y a las técnicas de conservación de los alimentos (31). La investigación efectuada por los sistemas de salud adhiere a un modelo estructural de comportamiento. El modelo Grounded Theory (modelo social y estructural utilizado frecuentemente para estudiar las diferencias entre los sexos en materia de salud) examina las experiencias subjetivas a través de una investigación cualitativa

con el fin de determinar, en una situación dada, los procesos estructurales y sociales dominantes que son responsables de la variación de comportamiento más importante. Entonces, estos mismos procesos se convierten en el centro de las acciones para facilitar el cambio de comportamiento de los individuos (32).

Los modelos participativos se basan en la afirmación de que el aspecto fundamental de un cambio continuado proviene de un cambio social orquestado por la propia comunidad (33). Los estudios participativos se interesan por los programas definidos en la comunidad que recalcan la necesidad de que los diferentes sectores de la sociedad trabajen conjuntamente para obtener el cambio deseado y definido por la comunidad. El estudio de Carelia del Norte ha tenido una influencia determinante al demostrar que una comunidad puede involucrarse en un cambio social y que los profesionales de la salud, dirigentes políticos e instituciones son capaces de trabajar juntos (34).

El apoyo público (advocacy) es una estrategia esencial para el cambio social: es una tentativa sistemática para obtener el apoyo político y social de la población, en favor de cambios ligados a la salud. No propone soluciones individuales, pero sí intenta obtener el apoyo necesario para realizar cambios en el entorno social, cambios que justifiquen o invaliden ciertos comportamientos, creando ciertos cambios en las condiciones sociales para que los individuos puedan adoptar un comportamiento sano (35, 36). La movilización social es una extensión de este principio de apoyo, con el fin de obtener cambios en las condiciones sociales. Subraya la necesidad de formar una coalición con el fin de provocar una toma de conciencia de la comunidad y de movilizarla para que exija una acción política en respuesta a sus necesidades, nuevamente definidas (37). Parece cada vez más importante el encontrar indicadores precisos para medir el proceso de cambio social y la eficacia de las estrategias de apoyo y de movilización social, para poder dar una mayor base empírica a las medidas sociales.

Encontrar la buena combinación

Las acciones asociadas al comportamiento en el área de la salud son eficaces si refuerzan la capacidad de ejercer un control sobre los determinantes de la salud. Por consiguiente, es importante identificar y poder medir estos determinantes. El campo de la promoción de la salud ha empezado con un enfoque del comportamiento puramente cognitivo, proponiendo unos cambios del comportamiento individual con el fin de lograr una población con buena salud (38). Es evidente, sin embargo, que tal enfoque ignoraba el papel del contexto. Con el paso del tiempo, esta visión se ha ido modificando y se ha reconocido el papel de unos procesos sociales y políticos más amplios que facilitan y favorecen unos comportamientos malsanos. En consecuencia, se ha dado menos importancia al papel del individuo en el proceso de cambio. Hoy en día, se considera la promoción de la salud como el proceso que modifica el entorno con el fin de favorecer elecciones sanas, utilizando una combinación de programas y de intervenciones y recalcando el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades gracias a una política de educación y al apoyo ambiental (39). Las teorías y las estrategias sólo tienen valor si ayudan a alcanzar ciertos resultados. Por ejemplo, en la lucha contra el tabaco, algunas personas tratan de cambiar el contexto legislativo; unas intentan cambiar las percepciones y las motivaciones relacionados con la utilización del tabaco y otras se dedican a buscar las opciones de tratamiento más eficaces para ayudar a las personas a combatir su adicción. Todos estos enfoques parecen importantes y útiles. Sin embargo, se basan en orientaciones teóricas diferentes, todas ellas destinadas a promover cambios en el campo de la salud. No obstante, la teoría es importante para evitar malgastar recursos en actividades ineficaces o para describir, comprender o influenciar los factores

asociados con el comportamiento en salud y a sus cambios. De esta manera, las teorías compiten entre ellas para adaptarse mejor a un problema de salud. Las teorías cognitivas de hoy conceden más importancia a los elementos contextuales, más allá de las relaciones interpersonales. Por otra parte, muchas veces, las teorías del entorno otorgan poca importancia al papel de las cogniciones.

Sin embargo, por regla general, se ha demostrado que los programas y las estrategias que implican teorías basadas en fases o en el aprendizaje cognitivo social que se apoya sobre la interacción entre cogniciones y comportamiento, son útiles en las situaciones en las cuales los individuos quieren cambiar; en cambio, cuando los individuos no están especialmente motivados por el cambio o cuando realmente tienen pocas opciones, parecen ser más útiles los programas y las estrategias basados en teorías estructurales o estrategias de participación de la comunidad que hacen hincapié en la interacción entre contexto y comportamiento. El reto consiste en determinar dónde y cuándo cada una de estas teorías cobra más importancia en relación con las demás. Cuando el contexto presenta barreras al cambio, las intervenciones sobre las cogniciones no resultan suficientes y el hecho de suprimir estas barreras llega a producir un cambio solamente en el caso de que los individuos tengan una buena razón para cambiar.

Es poco probable que las campañas de trote (jogging) tengan éxito en zonas donde dicha actividad pueda ser un riesgo.

Por otro lado, el cambiar el entorno da resultados solamente cuando se percibe que estas nuevas actividades son beneficiosas. Por ejemplo, aunque se ofrezca el poder adquirir gratuitamente un sustituto de la nicotina a ciertos grupos con ingresos bajos, no se conseguirá ningún cambio de comportamiento si esta población objetivo no siente la necesidad de dejar de fumar.

Así, las estrategias que tenemos para influenciar los comportamientos en el campo de la salud provienen de diversas orientaciones teóricas. El objetivo de una ONG consiste en dirigir sus esfuerzos a las vías más eficaces y en predecir los resultados que sus actuaciones van a producir en términos de cambios. Es fundamental que las decisiones estén basadas en la validez de las medidas con las cuales evaluamos el cambio. Se pueden encontrar distintos enfoques teóricos correspondientes a diferentes grupos y lugares determinados. Las investigaciones y las actividades de información bien estructuradas dependen de la elección de la teoría y de las bases conceptuales mejor adaptadas a la situación (40).

Sin embargo, en el área de la salud, el hecho de considerar un solo aspecto del comportamiento ya no es suficiente ni viable, como lo ha demostrado la evolución de la promoción de la salud, la cual ha pasado de un enfoque individual a un enfoque basado en la sociedad.

Las teorías estudian la forma como los individuos perciben y determinan sus acciones o en la cual el contexto moldea las elecciones del comportamiento de los individuos. Con el fin de poder cubrir un mayor número de posibilidades, los programas deberían incluir unas estrategias múltiples cuyo objetivo tendría que ser cambiar simultáneamente el contexto y las cogniciones.

Utilización y evaluación de las teorías seleccionadas sobre el cambio

Teorías	Estrategias de intervención	Variables del proceso	Objetivos finales que conducen a un cambio	Evaluación
Enfoques cognitivos				
Modelo de las convicciones sobre la salud (<i>Health Belief Model</i>)	Acceso a una información pertinente y bien adaptada Educación para la salud: persuasión, estrategias de transmisión de conocimientos	Susceptibilidad percibida Severidad percibida Evaluación del probable cambio del riesgo Valor social percibido Señales de acción	Percepción cambiadas	Modificación de los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas
<i>Modelos según las fases</i>				
1. Teoría de la acción razonada	Educación para la salud, consejos, promoción innovadora de la salud por los medios	Beneficios del cambio percibidos y sus valores Normas sociales percibidas y su importancia Intenciones	Percepciones cambiadas e intención de cambiar	Modificación de los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas
2. Teoría del comportamiento planificado	Educación para la salud, consejos, promoción de la salud, refuerzo de la confianza y de la motivación	Beneficios del cambio percibidos y valor de estos beneficios Normas sociales percibidas e importancia de estas normas Control personal Comportamiento percibido Barreras percibidas Motivación Intenciones	Confianza y motivación aumentada Intención de cambiar	Modificaciones de los conocimientos, actitudes, autoeficacia, motivación, intenciones y comportamiento
3. Modelo de cambio transteórico	Consejos e informaciones según el grado de aceptación Mercadeo social: campañas emocionales, programas comunitarios Estrategias de comunicación	Grado de aceptación del cambio por fases: Etapa preliminar sin ambivalencia, ambivalencia, decisión, acción, mantenimiento	Modificación del grado de aceptación Cambios en las actitudes Intención de cambiar	Modificación de la intención y del comportamiento
Enfoques contextuales				
<i>“Grounded theory”</i>	Interpretación del análisis subjetivo de las coacciones y de las reglas del comportamiento Apoyo público, cabildeo (lobbying)	Factores sociales y culturales	Opciones políticas que modifican los obstáculos sociales y culturales a un comportamiento sano	Nuevas leyes, reglamentaciones, políticas, normas sociales y culturales que favorecen unos comportamientos sanos
Teoría de participación	Actividades procedentes de la colaboraciones de varios sectores Implicación de la comunidad y adopción de nuevas relaciones	Factores sociales y culturales	Ampliación del círculo de los que toman decisiones, definición común de los problemas	Cambio de política, de la organización y de la reglamentación Comportamiento de la población
Modelos ecológicos	Mobilización social, Información dirigida, Estrategias de apoyo social, Medidas, definición e información referentes al origen de las coacciones ambientales, Apoyo público y cabildeo	Factores: intrapersonales, interpersonales, institucionales, de la comunidad, de los poderes públicos	Modificación del entorno para facilitar un comportamiento sano	Nuevas leyes y reglamentaciones, disminución de las coacciones ambientales que se oponen a un comportamiento sano, cambio de comportamiento de la población
Modelos estructurales	Análisis de las coacciones de la organización que impide el cambio Actividades de apoyo público	Factores de la organización	Mejor posibilidad de acceso a un comportamiento sano gracias a un cambio estructural	Nuevas reglamentaciones, estructuras, modificaciones de los hábitos, comportamiento de la población

❖ Bibliografía esencial

- Institute of Medicine Committee on Health and Behavior. Health and behavior: The Interplay of biological, behavioral, and societal influences. Washington DC: National Academy of Sciences, 2000.
<http://www.nap.edu/openbook/0309070309/269.html>
- Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Health behaviour and health education: Theory, research and practice. 2nd ed., San Francisco: Joey Bass. 1997.

❖ Bibliografía

1. Myers DG. Social psychology. New York: McGraw Hill; 1993. p.116.
2. Bettinghaus EP. Health promotion and the knowledge-attitude-behaviour continuum. *Prev Med.* 1986;15:475-91.
3. Fishbein M. Social psychological analysis of smoking behaviour. En: Eiser JR. *Social psychology and behavioral medicine.* Chichester: John Wiley & Sons; 1982.
4. Institute of Medicine. Committee on Health and Behavior. Health and behavior: the interplay of biological, behavioral, and societal influences. Washington DC: National Academy of Sciences; 2000.
<http://www.nap.edu/openbook/0309070309/269.html>
5. Wilson GT. Cognitive factors in lifestyle change: a social learning perspective. En: Davidson PO, Davidson SM, eds. *Behavioral medicine: Changing health lifestyles.* New York: Brunner/Mazel; 1980.
6. Reich B, Adcock C. Values, attitudes and behaviour change. London: Methuen & Co., 1976.
7. Noble LM. Doctor-patient communication and adherence to treatment. En: Myers LB, Midence K, eds. *Adherence to treatment in medical conditions.* Sydney: Harwood Academic Publishers; 1998.
8. Santha T, Garg R, Frieden TR et al. Risk factors associated with default, failure and death among tuberculosis patients treated with DOTS programme in Tiruvallur District, South India, 2000. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2002;6:780-8.
9. Burton A, ed. *What makes behavior change possible?* New York: Brunner/Mazel; 1976.
10. Slama K. Active smoking. *Resp Epidemiol Eur.* 2000;5(15):305-21.
11. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. En: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, eds. *Why are some people healthy and others not?* Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter; 1994.
12. Rangan S, Uplekar M. Socio-cultural dimensions in tuberculosis control. En: Porter JDH, Grange JM, eds. *Tuberculosis: an interdisciplinary perspective.* London: Imperial College Press; 1999.
13. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:1-26 (abstract).
14. Bartley M, Blane D, Montgomery S. Health and the life course: why safety nets matter. *BMJ.* 1997;314:1194-6.
15. Chen PH, White HR, Pandina RJ. Predictors of smoking cessation from adolescence into young adulthood. *Addict Behav.* 2001;26:517-29.
16. Myers MC, Brown SA, Kelly JF. A cigarette smoking intervention for substance-abusing adolescents. *Cogn Behav Pract.* 2000;7:64-82.
17. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health behavior change.* Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
18. Seeman TE, McEwen BS, Rowe JW et al. Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies of successful aging. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2001;98:4770-5. <http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.081072698>

19. Waisbord S. Family tree of theories, methodologies and strategies in development communication: convergences and differences. Prepared for the Rockefeller Foundation, May 2001.
<http://www.comminit.com/ctheories/sld-3152.html>
20. Curry S, Wagner EW, Grothaus LC. Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. *J Consult Clin Psych.* 1990;58:310-6.
21. Hale JL, Dillard JP. Fear appeals in health promotion campaigns. En: Maibach E, Parrott RL, eds. *Designing health messages. Approaches for communication theory and public health practice.* Thousand Oaks: Sage; 1995.
22. Doll R. Prospects for prevention. *BMJ.* 1983;286:445-53.
23. Kahneman D, Slovic P, Tversky A. *Judgment under uncertainty: heuristics and biases.* Cambridge: Cambridge University Press; 1982.
24. Becker MH, Janz NK. Behavioral science perspectives on health hazard/health risk appraisal. *Health Serv Res.* 1987; 22:537-51.
25. Prochaska JO, Velicer WF, Diclemente CC et al. Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *J Consult Clin Psych.* 1988;56:520-8.
26. Mesters I, Creer TL, Gerards F. Self-management and respiratory disorders: Guiding patients from health counselling and self-management perspectives. En: Kaptein AA, Creer TL, eds. *Respiratory disorders and behavioral medicine.* London: Martin Dunitz; 2002.
27. Martin GW, Herie MA, Turner BJ et al. A social marketing model for disseminating research-based treatments to addictions treatment providers. *Addiction.* 1998;93:1703-15.
28. National Cancer Institute [undated]. Theory at a glance. A guide for health promotion practice. NIH Publication No. 95-3896, revised 1997. Research Triangle Park, NC. <http://www.cancer.gov/cancerinformation/theory-at-a-glance>
29. Green LW, Richard L. The need to combine health education and health promotion: the case of cardiovascular disease prevention. *Promot Educ.* 1993;0:11-17.
30. Hertzman C, Frank J, Evans RG. Heterogeneities in health status and the determinants of population health. En: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, eds. *Why are some people healthy and others not?* Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter; 1994.
31. Hwang H, Dwyer J, Russell RM. Diet, *Helicobacter pylori* infection, food preservation and gastric cancer risk: Are there new roles for preventative factors? *Nutr Rev.* 1994;52:75-83 (abstract).
32. e.g., Greaves L. *Smoke screen. Women's smoking and social control.* Halifax: Fernwood Publishing; 1996; Wuest J, Merritt-Gray M, Berman H et al. Illuminating social determinants of women's health using grounded theory. *Health Care Women Int.* 2002;23:794-808 (abstract).
33. George MA, Green LW, Daniel M. Evolution and implications of PAR for public health. *Promot Educ.* 1996;3:6-10.
34. Mittelmark MB, Luepker RV, Jacobs DR et al. Community-wide prevention of cardiovascular disease: education strategies of the Minnesota Healthy Heart Program. *Prev Med.* 1986;15:1-7.
35. Chapman S. Advocacy in public health: roles and challenges. *Int J Epidemiol.* 2001;30:1226-32.
36. Wallack L, Dorfman L, Jernigan D et al. *Media advocacy and public health: power for prevention.* Newbury Park: Sage; 1993.
37. World Health Organization. *Combating the tobacco epidemic. World health report 1999.* Geneva: World Health Organization; 1999. <http://www.who.int/whr2001/archives/1999/en/pdf/chapter5.pdf>
38. Milsum JH. Lifestyle changes for the whole person: stimulation through health hazard approach. En: Davidson PO, Davidson SM, eds. *Behavioral medicine: changing health lifestyles.* New York: Brunner/Mazel; 1980.
39. MacDonald G. Quality indicators and health promotion effectiveness. *Promot Educ.* 1997;4:5-8.
40. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. *Health behavior and health education: theory, research and practice.* 2nd ed. San Francisco: Joey Bass; 1997.