

MODELOS DE CAMBIO DE CONDUCTAS

Los modelos y teorías referentes a los cambios de conducta nos permiten sentar bases sólidas en las cuales basar un programa exitoso en el ámbito de la Promoción de la Salud. A través de estos modelos podemos vislumbrar respuestas a las preguntas que normalmente se realiza un gestor de programas en Promoción de la Salud, por ejemplo ¿Qué conductas promover? ¿Qué conductas cambiar? ¿Cómo promover o cambiar dichas conductas? ¿Qué conductas medir finalmente?; por lo tanto, los modelos nos permiten guiar los procesos de formulación, implementación y evaluación de “Prácticas prometedoras”. A su vez, una base teórica consolidada nos permite evaluar, reproducir y adaptar “Buenas prácticas” (experiencias comprobadamente exitosas en otros contextos) a nuestra realidad. En otras palabras, los modelos ordenan la información que tenemos, por lo que nos permite centrarnos en los puntos claves, organizar nuestro pensamiento, y así, operativizar nuestra acción en busca de resultados.

En general, los modelos de mayor utilización en programas orientados al cambio de conductas pueden clasificarse en cinco tipos según el ámbito de aplicación:

- ✓ **Individuales:** Modelos centrados en requerimientos y necesidades de tipo individual. Estos modelos, en forma general se basan en tres supuestos básicos:
 - El comportamiento de las personas está influido por lo que saben y lo que piensan;
 - El conocimiento es necesario pero no suficiente para lograr cambios en la conducta
 - El cambio de conducta se ve influenciado por experiencias pasadas, percepciones, creencias, motivaciones, capacidades, rasgos de personalidad y factores del medio ambiente.

En este grupo de modelos podemos encontrar el “Modelo de Etapas de Cambio”, “Modelo de Creencias en Salud”, “Modelo de Acción Razonada”, “Modelo de Procesamiento de la información”, entre otros.

- ✓ **Interpersonales:** Estos modelos se centran en las relaciones entre personas y su influencia en la modificación de conductas. Suponen que los individuos se organizan socialmente y que la conducta de una persona se determina por lo que otros miembros de su sociedad sienten, piensan, actúan, y a su vez, como esta persona

influye en ellos. En este grupo podríamos considerar las teorías y modelos de “Aprendizaje Social”

- ✓ **Comunitarios:** En este grupo se encuentran los modelos y teorías que se centran en la participación de la comunidad en la identificación de las necesidades y problemas prioritarios de salud, así como para implementación las soluciones haciendo uso de sus propios recursos. En este grupo podemos contar con la “Teoría de la Organización Comunitaria”, la “Teoría de la difusión de innovaciones” “Desarrollo Local”, “Mercadeo Social” etc.
- ✓ **Políticos y legislativos:** En este último grupo (para algunos autores un sub-grupo de los modelos comunitarios), se encuentran las teorías y modelos centrados en el desarrollo de las Organizaciones e Instituciones.
- ✓ **Modelos Unificados:** Actualmente se están utilizando modelos que combinan distintas teorías en un entramado destinado a fundamentar proyectos en Promoción de la Salud de largo alcance (como en otros ámbitos). Un ejemplo de este tipo de Modelos es el “Precede – Procede” que considera en su formulación y sus fases las teorías de Organización Comunitaria, Mercadeo Social, Aprendizaje Social, etc.

En este apartado, queremos presentarles algunas compilaciones y resúmenes de los modelos y teorías aplicables en la elaboración de programas de Promoción de la Salud orientados al cambio de conductas nocivas o la adquisición de conductas saludables. Si bien estas teorías y modelos son algunos de los de mayor utilización en los programas orientados a la promoción de conductas, es necesario seguir ahondando en la búsqueda y validación de otros cuerpos teóricos de nos permitan orientar aún más la acción hacia la búsqueda de resultados en Promoción de la Salud.

Modelo de Creencias en Salud

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model (Hochbaum, Rosenstock, 1950 -1960) pretende explicar por qué las personas ponen en práctica determinadas conductas, desde una perspectiva de valoración subjetiva de una determinada expectativa. Esencialmente se trata de un modelo de inspiración cognitiva que considera que los comportamientos de las personas son el resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto realiza respecto a una situación determinada; estos comportamientos, según el modelo, estarían fundamentados en dos tipos de factores:

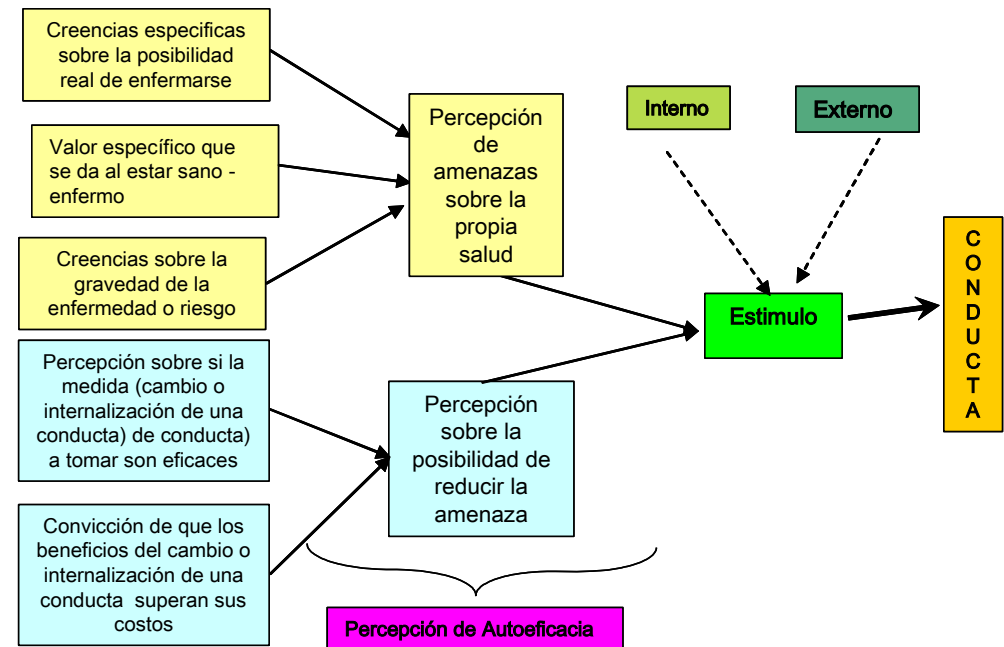
- ✓ **La percepción de amenazas sobre la propia salud**
- ✓ **Las creencias de las personas sobre la posibilidad de reducir dicha amenaza.**

A su vez estos dos factores estarían determinados por subfactores:

- ✓ **La percepción de amenazas sobre la propia salud:**
 - Valores generales sobre la salud
 - Creencias específicas sobre la posibilidad real de enfermarse (percepción de vulnerabilidad)
 - Creencias sobre la gravedad de la enfermedad - riesgo (percepción de severidad)
- ✓ **Las creencias de las personas sobre la posibilidad de reducir la amenaza.**
 - Creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas
 - Convicción de que los beneficios que traerá la medida tomada, superan los costos que supone llevarla a cabo (percepción de beneficios y barreras)

Una última variable que completa el modelo es la presencia de **estímulos internos** o **externos** que se constituyen en claves o disparadores para la acción. Una clave interna puede ser el síntoma de una enfermedad, mientras una clave externa puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad.

Adicionalmente, el concepto de **autoeficacia** (Confianza en las propias capacidades de generar cambios) ha sido adherido a algunas versiones del modelo de creencias de salud. La autoeficacia es útil para entender comportamientos relacionados con el cuidado de la enfermedad crónica que requiere cambios comportamentales en un largo período.



Modelo de Acción Razonada

El modelo de Acción Razonada (Fishbein, 1975, Fishbein y Ajzen, 1980), similar al MCS, intenta integrar factores asociados a las actitudes y al comportamiento para explicar conductas de salud. El planteamiento del modelo es que una conducta de salud es resultado directo de la “**intención comportamental**”, es decir, como una persona intenta llevar a cabo realmente la conducta.

Para estos autores, la intención comportamental está dada en función de dos determinantes:

- ✓ uno de naturaleza personal: las **actitudes** que se tengan respecto al comportamiento concreto
- ✓ y otro que es reflejo de la **influencia social**, la cual se define como la percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no realizar un determinado comportamiento: las **normas subjetivas (o valoraciones subjetivas)** con respecto a lo apropiado de la acción comportamental.

Los autores destacan que los individuos realizan un comportamiento cuando tienen una actitud positiva hacia su ejecución y cuando creen que es importante lo que los otros piensan acerca de lo que él debe realizar.

El supuesto del modelo es que los seres humanos somos seres racionales y aplicamos información disponible de manera sistemática para evaluar el costo beneficio de una acción particular, sostienen que muchos de los comportamientos de los seres humanos se encuentran bajo control voluntario, por lo que la mejor manera de predecir un comportamiento determinado es la intención que se tenga de realizar o no realizar dicho comportamiento. Así, la intención de realizar o no realizar una conducta determinada, es una ponderación entre lo que se cree que se debe hacer y la percepción que se tiene de lo que los otros creen que se debe hacer.

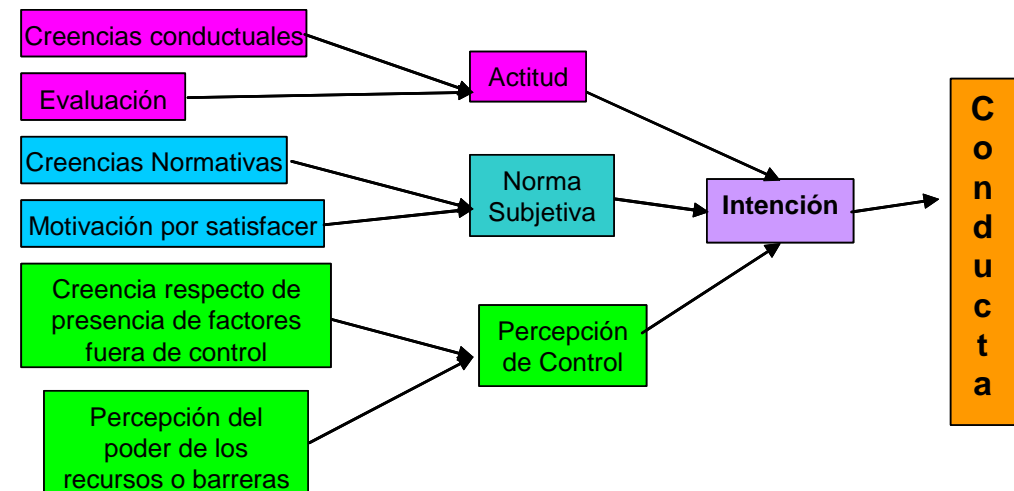
Las actitudes hacia un comportamiento determinado serían un factor de tipo **personal** que comprende los sentimientos afectivos de la persona (sean de tipo positivo o negativo) con respecto a la ejecución de una conducta en cuestión. Estas **Actitudes** estarían determinadas por:

- ✓ Las creencias respecto al resultado más probable de la conducta
- ✓ La evaluación final de esas consecuencias del comportamiento

En tanto que **las normas subjetivas**, estarían en función de:

- ✓ Las creencias normativas, es decir, lo que la persona cree que los demás piensan de la conducta.
- ✓ La motivación general que posee el individuo para actuar conforme a tales normas

El objetivo de la Teoría de la acción razonada es ser capaz de predecir y entender directamente los comportamientos observables que están primariamente bajo el control de los individuos.



Modelo de Promoción de la Salud.

El Modelo de Promoción de la Salud (1987,1996 N. Pender) es un esfuerzo desde las teorías de la enfermería por explicar tanto la conducta preventiva, como los comportamientos que favorecen la salud.

Este modelo pone énfasis en el rol activo de las personas en formar y mantener conductas saludables y en modificar el contexto medioambiental en el cual se dan dichas conductas.

El modelo integra elementos provenientes de la teoría Cognitiva Social (Bandura) y de la teoría de Acción Razonada (Fishbein).

Definición de conceptos :

Conducta previa relacionada: Frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Efectos directos e indirectos de comprometerse con las conductas de promoción de la salud

Factores personales: factores predictivos de cierta conducta

- **Factores personales biológicos:** variables como, edad, sexo, IMC, estado de menopausia, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad, equilibrio.
- **Factores personales psicológicos:** autoestima, automotivación, competencia personal, estado de salud percibido y definición de salud.
- **Factores personales socioculturales:** raza, etnia, aculturación, formación y estado socioeconómico

Beneficios percibidos de acción: Resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

Barreras percibidas de acción: Bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costes personales de la adopción de una conducta determinada

Autoeficacia percibida: Juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud

Afecto relacionado con la actividad: Son los sentimientos subjetivos, positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. Influye en la autoeficacia percibida.

Influencias interpersonales: Conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Incluyen normas, apoyo social y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). Fuentes primarias de influencia interpersonales, son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.

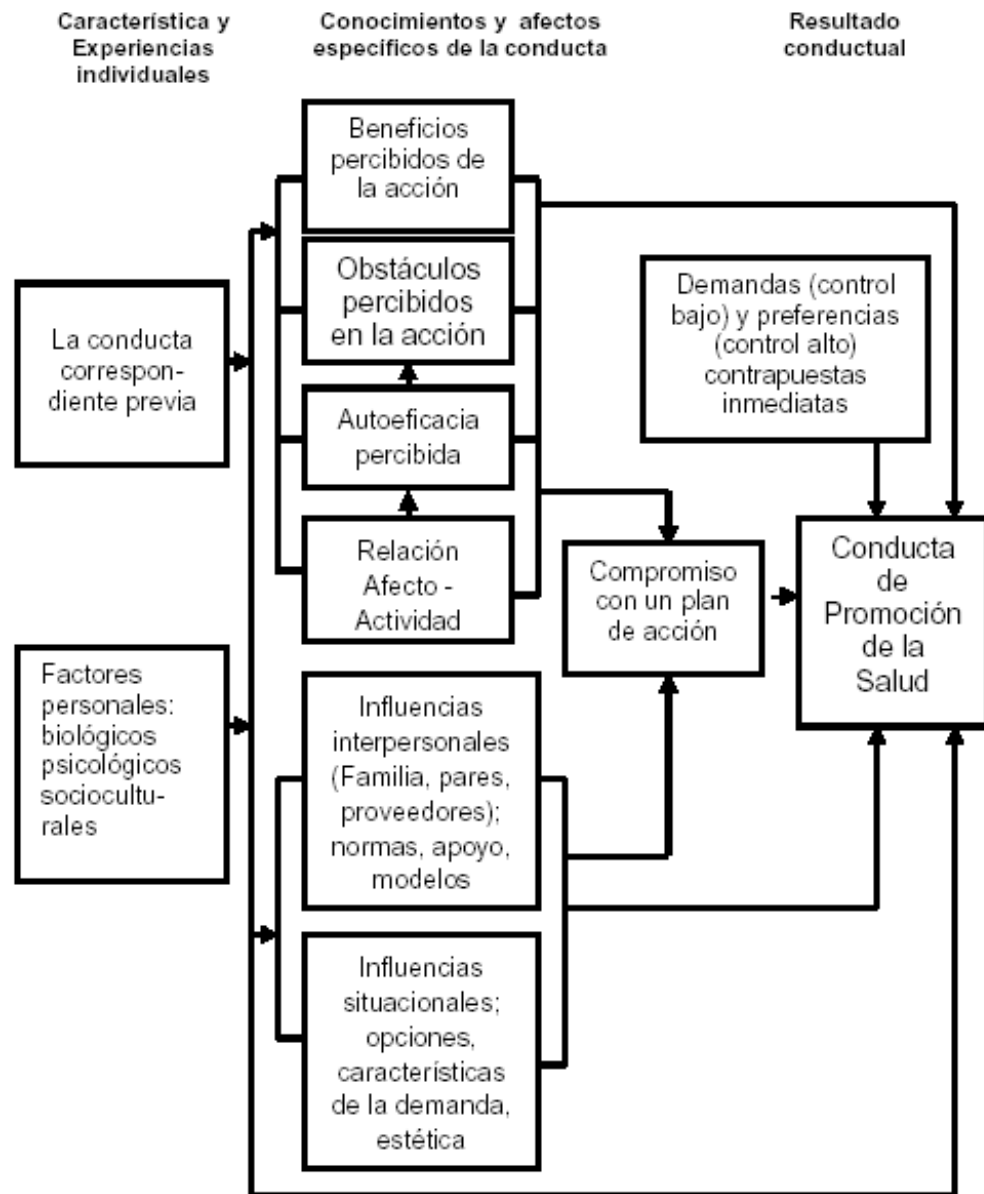
Influencias situacionales: percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puedan facilitar o impedir la conducta

Compromiso con un plan de acción: el concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.

Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas:

- **Demandas C.:** conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control por contingentes del entorno como el trabajo y las responsabilidades de cuidado de la familia.
- **Preferencias C:** conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, poder elegir.

Conducta promotora de salud: resultado de la acción, dirigido a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Ejemplos: dieta sana, ejercicio físico regular, controlar estrés, descanso adecuado, crecimiento espiritual, construir relaciones positivas.



Modelo de Promoción de Salud revisado

Modelo de Etapas de Cambio

El modelo de Etapas de Cambio (Prochaska) postula que las personas que logran cambios intencionales en sus conductas habituales, lo hacen a través de un proceso integrado por cinco etapas, en las cuales las personas se ubican según su disposición para cambiar conductas indeseables o adquirir conductas saludables.

Las etapas del modelo son:

- ✓ **Pre-contemplación:** No hay intención de cambio, la persona puede desconocer que ciertas conductas ponen en riesgo su salud, desconoce la existencia de un problema de salud o bien, conoce la existencia de un problema de salud pero está renuente a realizar cambios en su conducta
 - Fomentar la re-evaluación del comportamiento actual
 - Validar la falta de disposición
 - Aclarar: la decisión ES PERSONAL
 - Evaluar las formas que usa para no cambiar
 - Explicar y personalizar el riesgo
 - No empujar a la acción
 - No sermonee
 - No abandone
 - No sea permisivo
- ✓ **Contemplación:** Intención de cambio en los próximos 6 meses; la persona percibe que ciertas conductas ponen en riesgo su salud o bien percibe la existencia de un problema de salud y se encuentra dispuesto a realizar cambios próximamente.
 - Fomentar la evaluación de los pros y los contras de cambio de comportamiento
 - Identificar y promover nuevas y positivas expectativas de resultados
 - Evitar la búsqueda de "certezas absolutas, momentos mágicos y acciones prematuras"
- ✓ **Preparación:** Intención de cambiar en el próximo mes. La persona piensa seriamente en modificar su conducta.
 - Autoreevaluación
 - Apoyar en la identificación de apoyos sociales

- Establecer compromisos: Hacer del cambio una prioridad, Preparar el propio plan de acción, Hacer público el compromiso y Establecer el Gran Día
- Identificar y ayudar en la solución de problemas
- Estimular a las pequeñas primeros pasos

- ✓ **Acción:** Cambios en los estilos de vida en los últimos 6 meses. La persona se encuentra seriamente trabajando para cambiar su conducta.
- Centrarse en la reestructuración y del apoyo social
 - Reforzar la auto-eficacia para hacer frente a los obstáculos
 - Apoyar lucha contra los sentimientos de pérdida y de reiterar los beneficios a largo plazo
 - Apoyar en la "Sustitución": ejercicio, alimentación y técnicas de relajación
 - Control de estímulos y Recompensas

- ✓ **Mantención:** Evita recaídas (6 meses – 5 años). La persona ha logrado mantener una conducta saludable, adoptándolas como un hábito.

Este modelo es circular, lo que significa que una persona puede entrar y salir en cualquier etapa y está expuesto a sufrir recaídas y regresar a periodos anteriores. A su vez, el modelo supone que no todas las personas a los cuales se dirige un programa orientado a la adquisición de conductas se encuentran en la misma etapa, por lo que evidencia la necesidad de diagnósticos y evaluaciones para lograr una mayor efectividad de dichos programas.

- Plan para el seguimiento de apoyo
- Importancia de reconocer las situaciones que lo pueden llevar a la recaída y discutir hacer frente a ellas

