

# CONTENIDO

Introducción	3
Nivel Intrapersonal	5
Modelo de creencias en salud	5
Modelo Integrado de comportamiento	6
Modelo trans-teórico	8
Modelo de proceso de adopción de	10
precauciones	
Nivel Interpersonal	12
Teoría de cognición social	12
Redes sociales y soporte social	14
Modelo transaccionalde estrés y	16
afrontamiento	
Nivel Comunitario	18
Modelo de organización y construcción	18
comunitaria	
Teorías de la comunicación y	20
mass media	
Modelo de difusión e innovación	21
Referencias	23

### Introducción

Actualmente se aborda la salud desde un concepto amplio que busca el bienestar físico, social y emocional de todas las personas; lo que fomenta que las personas tengan una buena relación consigo mismas y su entorno físico y social. El propósito es que todas las personas, sin discriminación alguna, tengan a su disposición las oportunidades y recursos para gozar de una vida saludable en el hogar, la escuela, el trabajo y el espacio público.

En las sociedades contemporáneas la salud y el bienestar de las personas está cada vez más influenciado por los comportamientos en salud, principalmente por la relación que ciertos hábitos culturalmente normalizados tienen con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, hipertensión, obesidad, depresión, entre otras. Todas estas enfermedades son altamente prevenibles si las personas adoptan hábitos de vida saludable como actividad física regular, una dieta equilibrada, actividad social, equilibrio emocional y evitar consumir productos tóxicos. Intervenir los comportamientos de las personas es una estrategia de salud pública para la promoción del bienestar y la calidad de vida, además de la prevención directa de enfermedades crónicas. Otros comportamientos saludables, como la higiene y uso de condón, previenen enfermedades transmisibles que aún son problemáticas.

Hoy sabemos que las intervenciones para la promoción de la salud desbordan las acciones tradicionales pues ésta no se limita a la prestación de servicios oportunos, pertinentes y accesibles, sino que también involucra acciones para generar cambios en comportamientos individuales y organizacionales, así como en los ambientes físicos y sociales de las comunidades, lo que hace que la intervención concierna en múltiples ámbitos y niveles. El propósito de este texto es proveer herramientas teóricas útiles para la construcción de intervenciones enfocadas en la promoción de la salud, que reconozcan las premisas de las teorías de cambio comportamental y los múltiples niveles sobre los que es preciso influir.

### Una perspectiva ecológica de los comportamientos

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, un comportamiento orientado a la salud (health behavior) se refiere a las acciones de las personas, grupos u organizaciones .cuya intención es promover, proteger o mantener el bienestar físico, mental y social, independientemente de si estas conductas son o no objetivamente efectivas¹². Los comportamientos orientados a la salud dependen de los elementos individuales, socioculturales y del contexto político y socioeconómico.

Las perspectivas teóricas contemporáneas propenden por enfoques holísticos que consideren los sistemas complejos en los que transcurre la vida; por ejemplo, el modelo de determinantes sociales de la salud y la perspectiva ecológica. La perspectiva ecológica es una perspectiva multinivel que se enfoca en las interacciones de las personas con su ambiente sociocultural y físico. Así, esta perspectiva permite entender la interacción y la interdependencia de los factores que influencian un comportamiento desde distintos niveles; igualmente, impulsa que se implementen intervenciones enfocadas en distintos niveles de manera complementaria.

Siguiendo la perspectiva ecológica, se pueden identificar tres niveles de influencia para incidir en los comportamientos en salud: intrapersonal, interpersonal, y comunitario (comprende lo organizacional, el ambiente construido y la política pública).

A partir de la perspectiva ecológica se pueden plantear modelos teóricos específicos para distintos problemas en salud o comportamientos en salud. Por ejemplo, Sallis, Owen y Fisher <sup>3</sup> plantearon un modelo ecológico específico para promocionar actividad física. Este modelo distingue el entorno sociocultural del físico para establecer que es necesario crear intervenciones en el ambiente construido para alcanzar objetivos de cambio comportamental, por ejemplo, construir rutas seguras para los ciclistas o iluminar los parques.

La perspectiva ecológica también facilita la organización de las variadas propuestas teóricas de cambio de comportamiento en dos sentidos: primero, permite visualizar las apuestas teóricas de acuerdo con los factores que cada una prioriza; segundo, invita al diseño de intervenciones en múltiples niveles de manera simultánea <sup>4.</sup> En este sentido, el presente documento presenta nueve teorías y modelos de cambio comportamental organizados en tres niveles de influencia: intrapersonal, interpersonal y comunitario.

Para avanzar en el contenido del texto, es importante explicitar las siguientes limitaciones. Primero, la organización multinivel

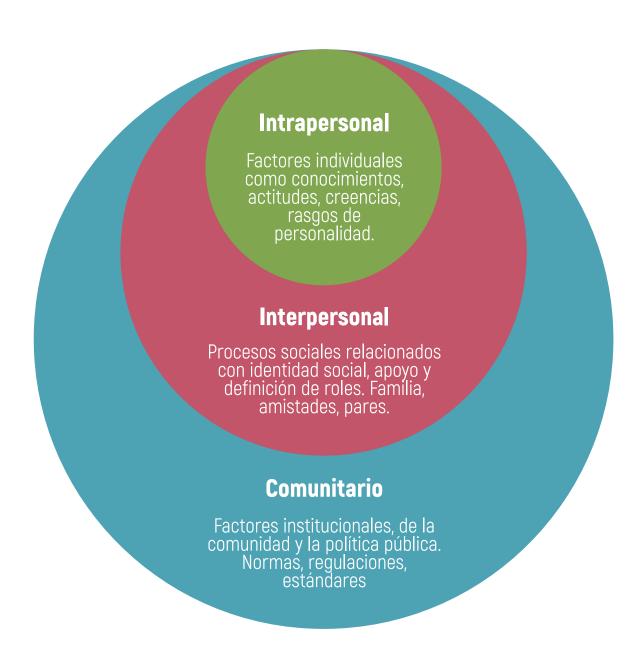
seleccionada no se trata de una clasificación única ni definitiva de las propuestas teóricas.

El lector puede rastrear en la literatura diferentes formas de estructuración para presentar las teorías de cambio comportamental.

Segundo, es preciso señalar que las teorías plantean formas de entender sistemáticamente eventos o situaciones, por definición, estas son abstractas ya que ofrecen marcos y rutas, pero no contenidos <sup>4</sup>. Su utilidad radica en que se puedan llenar de contenidos específicos de acuerdo con temas prácticos, objetivos y problemáticas. El uso de estas teorías en el diseño y desarrollo de intervenciones obedece a la demanda

actual de que las acciones en política pública estén basadas en evidencia 2. Además, las teorías permiten identificar las poblaciones objetivo más pertinentes para las intervenciones, los métodos para generar cambios y los resultados susceptibles de ser evaluados; por lo que los investigadores pueden identificar qué hizo que fueran exitosas o fallidas 5.

Tercero, se presenta una síntesis de modelos teóricos que, en lugar de ser simplificaciones, pretenden invitar a que el lector profundice en aquellas que sean de su interés. Solo la comprensión en profundidad de las particularidades de los contextos en los que se dan los comportamientos, puede hacer real y poderoso el encuentro entre las tres fuentes de conocimiento: teoría, evidencia empírica y práctica.



### Nivel Intrapersonal

### Modelo de creencias en salud

En esta sección se presentan cuatro teorías de cambio comportamental que se enfocan en el individuo, se trata de teorías que abordan los factores intrapersonales como el conocimiento, las actitudes, las creencias, la motivación, el auto-concepto, experiencias pasadas, habilidades, entre otras. Estas propuestas tienen como premisa trasversal que el cambio de comportamiento es un proceso individual y personal.

### ¿Qué es?

El Modelo de Creencia en Salud plantea que las personas tienen una valoración subjetiva sobre la salud, las enfermedades y los hábitos. Este valor subjetivo explica que las personas basen sus decisiones y adopten comportamientos que las lleven a evitar situaciones de riesgo según la expectativa y creencia de dicha conducta. Esta propuesta teórica se basa, por una parte, en el enfoque clásico del conductismo psicológico, el cual supone que el comportamiento es una respuesta a uno o varios

estímulos y, por otra parte, en las posturas cognitivistas clásicas, que suponen que el sujeto otorga valor a las consecuencias de su acción por lo cual justifica su toma de decisiones <sup>6</sup>.

### Origen

En los años cincuenta y con el propósito de incrementar la asistencia a programas de prevención de enfermedades crónicas, investigadores del Servicio Público de Salud de Estados diseñaron un modelo con el fin de esquematizar qué piensan las personas cuando adoptan hábitos saludables. Esta propuesta surgió en el campo de la psicología social y se extendió al estudio de las respuestas de las personas a los síntomas, diagnósticos y tratamientos médicos. Actualmente, este modelo es usado con frecuencia en la práctica de la salud pública 7.

### Conceptos clave

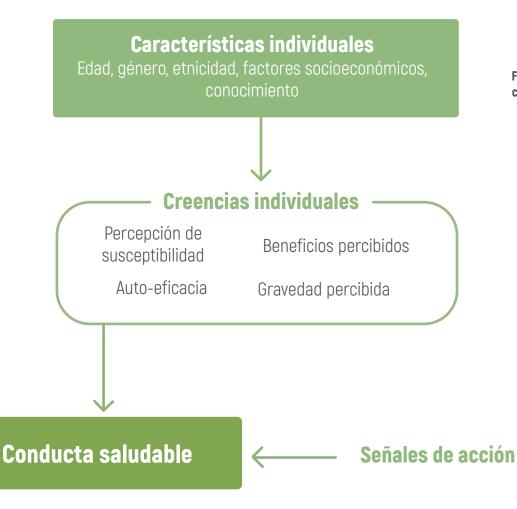
El modelo propone que los comportamientos en salud están determinados por la percepción de susceptibilidad, la gravedad y los beneficios percibidos, la autoeficacia y las señales de acción, un componente externo.

Componentes del Modelo de creencias en salud.

Fuente: elaboración propia

con base en Champion and

Sugg-Skiner 7



**Percepción de susceptibilidad:** Pensar qué tanta probabilidad hay de que pase algo relacionado con la propia salud.

**Ej:** "Es probable que en algunos años no tenga la misma movilidad si no hago ejercicio".

**Gravedad percibida:** Pensar qué tan grave sería no adoptar hábitos saludables o adquirir una enfermedad.

**Ej:**"Si no hago ejercicio con regularidad me dolerá la espalda".

**Beneficios percibidos:** Pensar cuál es la ganancia al hacer o no algo para meiorar la salud.

**Ej:**"¡Pues si hago ejercicio además de evitar el dolor de espalda, puedo adelgazar unos kilitos!"

**Autoeficacia:** El convencimiento de poder hacer algo o no relacionado con la salud.

**Ej:** Siempre que me propongo metas las cumplo, así que me pondré en forma. ¡Empiezo ahora mismo!".

Señales de Acción: Una señal externa que permita ejecutar el comportamiento saludable.

**Ej:**"Qué coincidencia, ahora que he pensado en ejercitarme, acaban de inaugurar un gimnasio a menos de una cuadra. No se diga más, ¡iré!".

### ¿Cómo funciona?

Desde esta postura teórica, se pueden crear intervenciones para incentivar hábitos saludables a partir de la modificación de la percepción de susceptibilidad, la gravedad y los beneficios percibidos y la autoeficacia de las personas frente a una acción particular. Por ejemplo, la adopción de una dieta saludable puede motivarse a partir de un conjunto de intervenciones que comuniquen los riesgos y beneficios de la dieta, potencien la determinación de la persona y usen señales o estímulos externo que motiven a la acción. En esta teoría, las creencias de las personas sobre la salud son determinantes para adoptar hábitos saludables.

#### Limitaciones:

Investigaciones alrededor de este modelo demostraron que las personas tienen una amplia diversidad de pensamientos sobre la salud y, por lo tanto, se requiere una amplia gama de señales de motivación individual. Además, es posible que factores distintos a las creencias del individuo influencien de forma importante los comportamientos en salud. Es así que se podrían plantear dos preguntas: ¿cómo incluir la variabilidad de creencias individuales en una misma estrategia de intervención? ¿Cómo lograr que las señales de acción sean significativas para personas que tienen creencias distintas sobre salud?

# Modelo Integrado de comportamiento

### ¿Qué es?

Este modelo integra las teorías de acción razonada y de comportamiento planeado para identificar los factores motivacionales que ayudan a hacer o no algo. Por un lado, la teoría de acción razonada enfatiza en la intención y determinación de una persona para realizar una acción saludable e identificar lo que otras personas podrían pensar al respecto. Por otro lado, la teoría de comportamiento planeado reconoce la percepción de control de una persona sobre los resultados de una conducta. Es así que, la sinergia de estas dos teorías constituye la construcción de un modelo en cambio comportamental en salud basado en la intención, la actitud y percepción del sujeto frente a adoptar y mantener conductas saludables.

### Origen

Desde la década de 1990, las teorías de acción razonada y de comportamiento planeado han ayudado a predecir y explicar comportamientos saludables desde las intenciones de las personas; por ejemplo, se han desarrollado investigaciones para abordar comportamientos específicos como consumo de alcohol, uso de condón y creencias sobre el VIH 8-10. En los últimos años, la integración de estas teorías, consolidaron un modelo unificado que se centra en la intención de la conducta 11,12, lo que ha llevado a crear estrategias de comunicación para cambiar la salud de las personas.

### Conceptos clave:

**Intención del comportamiento:** Las probabilidades de ejecutar una acción

**Ej:**"Últimamente el sol impacta más fuerte, es probable que me aplique bronceador en estos días".

#### Actitudes

**Actitud experiencial**: la relación emocional que se obtiene con tal acción

**Ej:**"El bronceador siempre me deja la piel grasosa" / "Me gusta como huele el bloqueador".

Creencia del comportamiento: la experiencia emocional negativa o positiva que acompaña los resultados de la acción

**Ej:**"Hoy me quemé los brazos porque no usé bloqueador, esto es muy doloroso".

### Norma percibida

**Norma subjetiva:** pensar si la mayoría de personas aprueban o no una acción

**Ej:** "La gente se burlará porque uso bloqueador solar todos los días, qué pena".

**Creencia normativa:** pensar si las personas más cercanas o influyentes aprueban o desaprueban la acción

**Ej:** "Mi papá siempre ha pensado que las personas que utilizan bloqueador solar son más débiles".

Motivación para cumplir: qué tan animada está la persona de ejecutar o cesar una acción

**Ej:** "Mi piel es lo más importante, debo aplicar todos los días bloqueador" / "Me da igual si se estropea mi piel, por eso no uso bloqueador solar".

Norma descriptiva: suponer que tantas personas tienen una conducta

**Ej:** "Que tantos hombres como mujeres se apliquen bloqueador solar es cada vez más común" / "¿Usar bloqueador solar? Eso nadie lo hace".

### Agencia personal

**Control percibido:** creencia de que la persona puede o no ejercer control sobre la acción

**Ej:**"Aunque me gustaría usar bloqueador, es demasiado costoso para mi presupuesto. No puedo hacerlo ahora".

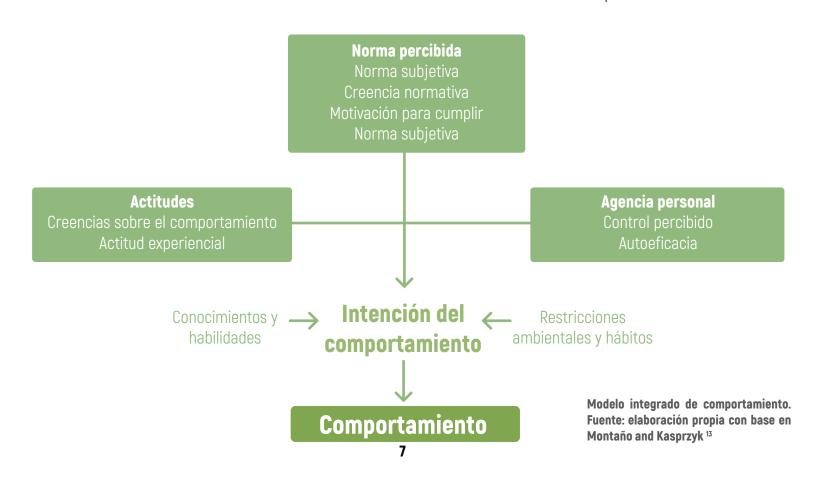
Autoeficacia: el convencimiento de poder hacer algo o no Ej:"El cuidado de mi piel sólo depende de mí, usaré bloqueador solar todos los días".

### ¿Cómo funciona?

Según este modelo, la motivación es el principal factor para adoptar un nuevo comportamiento<sup>14</sup>. Sin embargo, la sola intención de actuar no es suficiente para adoptar un hábito saludable, las habilidades, el significado de la acción y las condiciones del entorno son factores necesarios. Por ejemplo, una persona que contempla realizarse un examen médico sobre enfermedades de trasmisión sexual (ETS), debe conocer cómo y dónde se realiza tal examen, sus costos e implicaciones; así como es igual de importante que tenga acceso a lugares que lo practiquen. Además, es necesario saber qué piensa la persona sobre este examen y qué cree que las personas piensan al respecto. Aunque esta persona esté muy motivada, pensar que las personas a su alrededor la juzgarán y que casi nadie se realiza tales exámenes, reducirá considerablemente las posibilidades de que la persona se haga tal examen.

### Limitaciones:

Weinstein<sup>15</sup> hace una crítica particular a este modelo, argumentando que solo la correlación de los componentes no es suficiente para dar validez al modelo. Este autor considera que el modelo integrado de comportamiento contempla el comportamiento dirigido como una simple suma de los componentes, sin incluir una organización particular o una visión de la totalidad de los componentes.



### Modelo trans-teórico

### ¿Qué es?

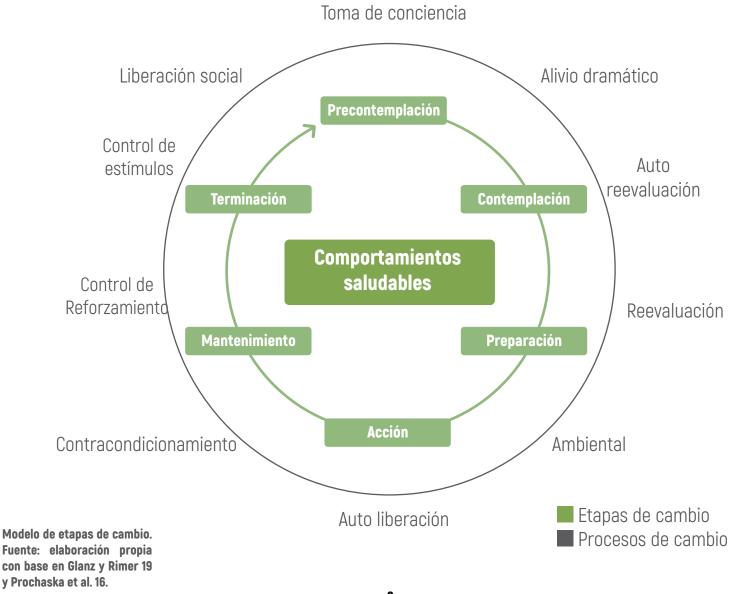
El modelo trans-teórico integra principios de cambio comportamental de las teorías de intervención psicológicas más representativas en el campo hasta el momento 16. También se conoce como modelo de etapas de cambio porque ha sido su componente que más ha llamado la atención. Describe el cambio de comportamiento como un proceso, y no como un evento, en el que las personas transitan a través de cinco etapas, teniendo en cuenta la motivación, las necesidades de información y la autoeficacia. De acuerdo con el modelo, el reconocimiento de tales etapas facilita la motivación de la persona a interrumpir alguna conducta que afecta su salud (p.e. fumar, prácticas sexuales riesgosas, alimentación inadecuada, etc.) o adoptar nuevas conductas que contribuyan a su calidad de vida (p.e. hacer ejercicio, realizarse exámenes médicos, etc.). Dentro de este modelo, la recaída también hace parte del proceso de cambio.

### Origen

En la década de 1980, el interés por la educación de la salud y los comportamientos saludables permitió que varios investigadores, entre ellos Prochaska, presentaran esta propuesta teórica. El autor estudió las etapas de cambios en fumadores, y encontró que, en la búsqueda por dejar de fumar, se generalizan diez etapas17,18. Estas investigaciones fueron esenciales ya que comenzaron a identificarse etapas similares en otros comportamientos.

### Conceptos clave

El modelo asume que el comportamiento se va modificando en el tiempo de manera dinámica, y no cambia de un momento a otro, por lo que establece etapas o momentos por los que atraviesa una persona al cambiar su comportamiento desde esta perspectiva 16. Así mismo, establece procesos de cambio, los cuales se dan de manera directa o indirecta en el proceso de cambio de etapa 18.



### **Etapas de cambio**

**Pre-contemplación:** Ausencia de intención para realizar una acción pronto. La teoría establece aproximadamente seis meses como referencia para tener la intención de hacer algo.

Ej:"Algún día dejaré de fumar, no será pronto".

**Contemplación:** Pensar en cambiar un comportamiento particular a mediano plazo, o en los próximos seis meses.

**Ej:**"Mi propósito en los próximos meses es dejar de fumar".

**Preparación:** Intención de tomar medidas sobre el cambio de un comportamiento en corto plazo.

**Ej:**"Desde mañana sólo usaré mis monedas para la alcancía y no para cigarrillos".

**Acción:** Ya los interesados han cambiado algunos hábitos que constituyen su deseo de cambio. El comportamiento se ha mantenido por menos de seis meses.

**Ej:**"Ya llevo una semana sin fumar, es un gran logro".

**Mantenimiento:** Ya se han realizados cambios significativos y el comportamiento hace parte de la cotidianidad de la persona. Se estima que un comportamiento se mantiene si ha sido constante por más seis meses.

**Ej:**"Llevo un año sin fumar y ya es mucho más fácil controlar las ganas de un cigarrillo".

**Terminación:** En esta etapa la persona ha modificado totalmente su comportamiento y puede mantener el comportamiento en diferentes situaciones. Aun expuesto a estímulos o estado emocional que antes provocaban la recaída, el comportamiento se mantiene.

**Ej:**"Ya no me gusta el cigarrillo, incluso puedo estar con gente que fuma y no me da ganas de fumar".

#### Procesos de cambio

Toma de conciencia: Hallar y aprender hechos o ideas que soportan el comportamiento, como reflexionar en las causas y consecuencias de conductas problema.

**Ej:**"Fumar me está haciendo toser bastante, y sé que si sigo así puedo dañar mis pulmones".

**Alivio dramático:** Experimentar emociones negativas o altibajos emocionales alrededor de la conducta a cambiar.

**Ej:**"¡Es muy difícil no fumar!... soy un fracaso por no poder dejarlo".

**Auto-reevaluación:** Evaluaciones racionales y emocionales en situaciones hipotéticas.

**Ej:**"Que admirable es que alguien me felicite por dejar de fumar ¡Qué orgulloso me siento! Aunque

fumar también me hace ver interesante, si sigo fumando me saldrán más arrugas pronto".

**Reevaluación ambiental:** Valoración racional y afectiva sobre el impacto de un comportamiento en el entorno social y ambiental.

**Ej:**"Es mejor que deje de fumar en casa, no quiero que mis hijos se enfermen por mi culpa" / "Saber que las colillas de cigarrillo contaminan el agua y envenenan a los peces, me hizo querer dejar de fumar".

**Auto-liberación:** Percepción de control sobre ejercer una conducta particular.

**Ej:**"Si quiero dejar de fumar, voy a tener que buscar otras personas para conversar en los recesos. Cuando estoy con ellos, no puedo decir NO".

**Ayuda de relaciones:** Dar cuenta de las oportunidades o restricciones sociales que existen alrededor de tales acciones.

**Ej:**"Hay muchos lugares a los cuales puedo ir cuando no fumo, incluso se si la gente fuma no me interesa a mí hacerlo".

**Contra-condicionamiento:** Incorporar nuevos comportamientos saludables que sustituyan hábitos problemáticos.

**Ej:**"Cuando fumaba creía que solo el cigarrillo me quitaba la ansiedad, pero ahora que hago ejercicio, me siento más relajado y con más energía".

**Control de reforzamiento:** Encontrar motivadores para los comportamientos saludables.

**Ej:**"Desde que estoy haciendo ejercicio, en lugar de fumar, las personas me han dicho que me veo mucho mejor, y además me siento más vital y atractivo".

**Control de estímulos:** Alejar estímulos que incentiven conductas poco saludables y encontrar nuevos estímulos que generen comportamientos más saludables.

**Ej:** "Ya quité de mi casa todos los ceniceros y cambié los espacios en los que fumaba, ahora hay plantas y cuadros que me motivan a tener pulmones limpios".

### ¿Cómo funciona?

En el proceso, la autoeficacia tiene un papel fundamental, dado que establece la confianza y motivación propia del sujeto frente a las nuevas conductas e incluye la reacción de atracción a conductas que se desean dejar como parte del proceso. Así mismo, las personas mantienen un balance decisional, en el que se evalúan los beneficios y pérdidas que la persona cree tener al ejecutar nuevas acciones. En el modelo, la temporalidad del

comportamiento, sobre todo su mantenimiento, es fundamental. Investigaciones han encontrado que si se mantiene el comportamiento por cinco años, se reduce casi a 7% el riesgo de perder el hábito adquirido 16.

Un programa de intervención basado en el modelo de etapas de cambio incluye el acompañamiento de las personas a través de las diferentes etapas y el uso de los procesos de cambio para incentivar el tránsito entre las etapas. Cada una de estas etapas mostrará diferentes estados que serán afrontados desde estrategias cotidianas que necesitan de una alta motivación, disciplina y esfuerzo, tanto del participante como de las personas que lo rodean. En este modelo el monitoreo y seguimiento es fundamental, dado que se requiere proporcionar a las personas la información, estrategias y acompañamiento adecuado según la etapa por la que transita. Es importante resaltar que, en este modelo, la recaída y las emociones negativas hacen parte del proceso, por lo que no se deben comprender como un fracaso.

#### Limitaciones:

El modelo presenta una integración teórica robusta, sin embargo, la identificación de la conducta susceptible de cambio suele recaer en el individuo, es decir, supone que las personas identifican por sí solas la conducta que se pretende modificar y tienen una intención de cambio. En este contexto, valdría la pena preguntarse ¿cómo una persona puede identificar que un hábito le está afectando su salud cuando se perciben beneficios inmediatos? Por ejemplo, si una persona que bebe frecuentemente alcohol percibe que esta conducta le permite socializar con otros y divertirse, ¿cómo lograr que la persona perciba los riesgos de beber alcohol y contemple la necesidad de cambio de la conducta?

Otra de las inquietudes que surgen en este modelo se relaciona con los programas de prevención y el modo en que se ajustan estas etapas de cambio de comportamiento cuando la intención es evitar un comportamiento que aún no se presenta, por ejemplo, evitar el primer consumo de sustancias psicoactivas en niños y adolescentes. Si lo que se pretende es evitar que aparezca una conducta de riesgo para la salud, ¿cómo se aborda el cambio comportamental si aún no existe la conducta per se?

### Modelo de proceso de adopción de precauciones

### ¿Qué es?

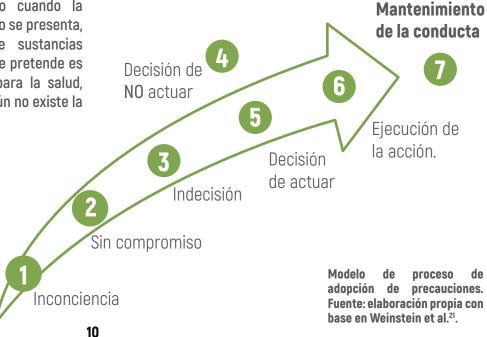
El Modelo de Proceso de Adopción de Precauciones explica el proceso mediante el cual una persona toma la decisión de adoptar un comportamiento y su posterior ejecución. Es decir, teniendo en cuenta que adquirir una nueva conducta o tratar de eliminarla implica posibles pasos deliberados, este modelo presenta una serie de relaciones cualitativas entre etapas que son constantes en la transición decisión-acción. Esta propuesta teórica hace énfasis en que no siempre las personas tienen creencias definidas sobre un comportamiento en salud, por lo que, es fundamental rastrear la posición cognoscitiva de la persona según el conocimiento, las actitudes o la motivación respecto a un comportamiento en salud. Esto permitiría la explicación del proceso total de cambio e incluso su predicción.

### Origen

Uno de los primeros investigadores en mencionar este modelo fue Weinstein <sup>20</sup> planteando un marco conceptual en el cual se discute, principalmente, el papel de las percepciones de riesgo <sup>21</sup>. El modelo surge con la intención de explicar los comportamientos de las personas para prevenir el contagio de VIH cuando no tenían suficiente información para tener una creencia particular sobre la epidemia de SIDA. Weinstein y Sandman <sup>22</sup> incorporan las siete etapas que caracterizan al modelo actual.

### Conceptos clave

Para este modelo el proceso de cambio de comportamiento se da en siete etapas, por las que, de manera secuencial, las personas transitan avanzando continuamente hasta llegar al mantenimiento de una conducta.



**Etapa 1:** Se desconoce por completo cuáles son los riesgos de una conducta. En algún punto inicial, no se identifica un problema.

**Ej:**"No sé qué importancia tiene dormir tantas horas, no creo que eso pueda afectar mi salud".

**Etapa 2:** Las personas comienzan a tener conciencia de la existencia de un comportamiento que es problemático, pero aún no hay un compromiso de cambio.

**Ej:**"Estoy cometiendo muchos errores en mi trabajo y estoy cada vez más irritable. Mi compañera dice que es porque no estoy durmiendo lo suficiente".

**Etapa 3:** Las personas contemplan una decisión, pero aún no están seguras de qué deberían hacer. Se evidencian creencias sobre la probabilidad y severidad de un comportamiento.

**Ej:**"Tal vez si duermo un poco más, pueda estar más atenta y tranquila en el trabajo, aunque en realidad dudo que eso tenga relación".

**Etapa 4.** Las personas pueden decidir no actuar dada la información disponible o las creencias sobre una conducta. Se puede generar una resistencia al cambio o las personas no perciben una ganancia que motive el cambio de una conducta.

**Ej:**"A veces creo que dormir tanto es perder el tiempo, puedo aprovechar ese tiempo para trabajar".

**Etapa 5:** Las personas deciden actuar y se evidencian preocupaciones por adoptar o no la conducta. Hay una intención de la acción basada en las creencias sobre los riesgos y la autoeficacia.

**Ej:**"Definitivamente, tengo que empezar a dormir mejor, de lo contrario tendré problemas en el rabajo. Ya es suficiente de estar discutiendo por todo".

**Etapa 6:** Las personas ejecutan las acciones que han decidido. Dan razones informadas que apoyan una conducta saludable. Se evidencian planes detallados para llevar a cabo una acción, se ejecutan las acciones y lidian con las dificultades exitosamente.

Ej:"Aunque he tenido que organizar más el tiempo, he logrado dormir mejor todas las noches. Siento que me rinde más en el trabajo y me siento más activa".

**Etapa 7:** Las personas mantienen una conducta saludable. Las acciones que se han implementado se extienden a lo largo del tiempo.

**Ej:** Soy una persona nueva desde que aprendí a dormir el tiempo suficiente y sin aparatos electrónicos cerca. He dejado de discutir con mis compañeros porque soy menos temperamental y

aprovecho más el tiempo en el trabajo porque estoy más atenta durante el día".

### ¿Cómo funciona?

Este modelo reconoce la variabilidad de las personas que no actúan o que pretenden no actuar, es por eso que la inacción hace parte del proceso. Así mismo, los tránsitos entre las etapas recobran importancia, dado que las intervenciones para motivar una conducta requieren aportar herramientas y estrategias que impulsen el paso de una etapa a la otra 21.Es claro que muchas veces las personas no son conscientes de tener conductas que afecten su salud, por lo que la exposición a información relevante sobre un tema permite generar conciencia sobre una posible necesidad de cambio, por ejemplo, una campaña en la oficina informando los beneficios del consumo de frutas y verduras. Sin embargo, darse cuenta de una conducta problemática no es suficiente para elaborar un plan de acción al respecto, es necesario que la persona empiece a contemplar una conducta como posible para su cotidianidad, por lo que la experiencia personal es fundamental.

En el proceso de toma de decisión, las personas pueden suspender el juicio y permanecer en la etapa 3 o pueden decidir actuar o no. En este momento, es fundamental diseñar estrategias de intervención sobre las creencias y normas sociales para que las personas logren percibir beneficios en un comportamiento saludable y que este comportamiento es factible en su vida cotidiana. Entonces, una actividad en la que se ofrezcan ensaladas de frutas en los descansos de trabajo, enfrenta a las personas a tener una experiencia personal con el consumo de frutas y muestra formas de introducir el comportamiento como parte de la vida cotidiana.

En los estados de acción y mantenimiento, las intervenciones se enfocan en permitir que los recursos para la acción estén disponibles y en dar información sobre el cómo actuar y motivar el mantenimiento. En estas etapas, las intervenciones se centrarían en garantizar que la cafetería de la oficina ofrezca permanentemente frutas y una variedad de preparaciones que las incluyan. Así mismo, se pueden ofrecer recetarios en donde se muestre cómo mantener la conducta en diferentes escenarios.

#### Limitaciones

Este modelo describe los pasos para tomar una decisión y ejecutarla, por lo que se detalla el proceso de toma de decisión de las personas con base en la información que tiene disponible. Este proceso deja algunos interrogantes, por ejemplo, ¿Cómo las características sociodemográficas (como edad, género, etnia, etc.) modifican este proceso? ¿La exposición a información es suficiente para que una persona empiece el proceso de cambio comportamental?

### Nivel Interpersonal

### Teoría de cognición social

En esta sección se presentan dos teorías que parten de la idea de que los individuos existen en un ambiente social y, por lo tanto, los factores psicosociales son determinantes en los comportamientos en salud. Para estas perspectivas teóricas el ambiente social se compone a partir de las interacciones recíprocas de las personas y sus familiares, amistades, compañeros de trabajo, profesionales de la salud y demás miembros de la comunidad con los que hay intercambio de opiniones, pensamientos, emociones y apoyo.

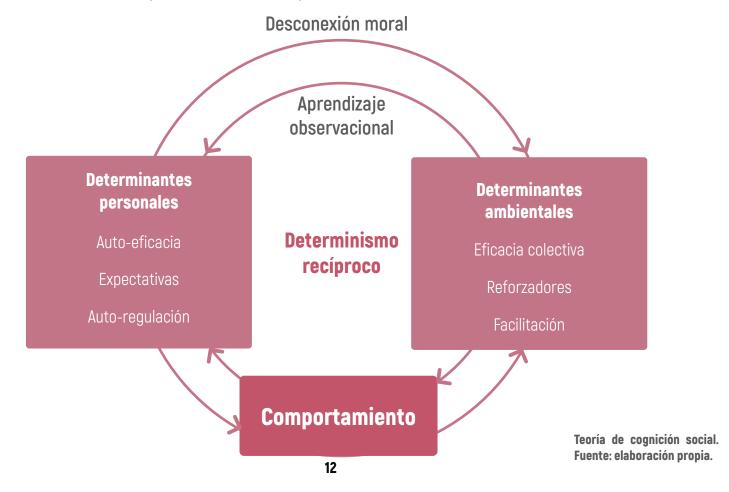
### ¿Qué es?

La Teoría Cognitiva Social enfatiza en la interacción entre las personas y su entorno como determinismo recíproco, es decir, establece la existencia de circularidad causal entre el comportamiento de los individuos en el ambiente y la influencia del ambiente en el comportamiento de los individuos <sup>23</sup>. Para la Teoría de Cognición Social, el comportamiento humano es el resultado de la interacción dinámica y constante de características personales, comportamentales y ambientales en entornos específicos. Según esto, las personas tienen cualidades activas con las que elaboran ambientes que

le permiten adaptarse; así mismo, en conjunto con los demás, construyen sistemas sociales organizados que fomentan cambios ambientales que beneficien al grupo <sup>19</sup>. Desde esta perspectiva, un programa de promoción de salud pretendería que los grupos sociales, de manera autónoma, controlen y modifiquen sus ambientes circundantes, los cuales, a su vez, modifican los comportamientos saludables de cada uno de los integrantes del grupo, lo que pondría en práctica el concepto de determinismo reciproco <sup>24</sup>.

### Origen

Respondiendo a la llamada Revolución cognitiva, en la década de 1970 Albert Bandura retoma la discusión sobre el aprendizaje para explicar que, sin necesidad de varios ensayos, los sujetos aprenden información de alta relevancia, especialmente de carácter social. Bandura <sup>24</sup> presenta la Teoría del Aprendizaje Social en la que tiene en cuenta las capacidades de procesamiento de información y de interacción con el ambiente a través del lenguaje de los trabajos de Miller y Dollard <sup>25</sup>. La aplicación de esta perspectiva en el campo de la sociología permitió el desarrollo del concepto de organización social donde intervienen procesos como la auto-determinación, el altruismo, la moral y la conducta <sup>26</sup>.



### ¿Cómo funciona?

**Determinismo recíproco:** Circularidad causal entre el comportamiento de los individuos en el ambiente y el ambiente influenciando en el comportamiento de los individuos.

Ej:"Me voy todos los días en bicicleta al trabajo porque me ayuda a tener buen estado físico y siento que aporto a tener un mejor medio ambiente. Cada vez lo disfruto más y cada vez es más fácil porque la ciclorruta está más iluminada y segura".

**Aprendizaje observacional o modelamiento:** Aprendizaje de nuevos comportamientos por exposición al comportamiento de otras personas.

**Ej:**"En la oficina del lado hay una chica que usa la bici todo el tiempo, se ve tan activa durante todo el día que he empezado a usar la bicicleta de vez en cuando".

Expectativas: Anticipar los resultados de un comportamiento.

Ej: "Si me voy en bicicleta al trabajo podría ahorrar algo del tiempo y dinero que gasto en transporte, además de sentirme más activa física y mentalmente".

**Auto-eficacia:** Confianza en la habilidad propia de llevar a cabo una acción y superar las barreras.

**Ej:**"Hoy fui al trabajo en bicicleta por primera vez. ¡Estoy agotada! Si lo hago seguido me acostumbraré pronto ¡No me rendiré!".

**Eficacia colectiva:** Habilidad de un grupo para influenciar los resultados de un comportamiento.

**Ej:**"Encontré un grupo de ciclistas que hacen la ruta hasta la zona empresarial, si me uno a ellos podría sentirme más segura para usar la bicicleta hasta el trabajo".

**Auto-regulación:** Control del comportamiento propio por medio del auto-monitoreo, auto-instrucción y uso de motivadores.

**Ej:**"Ya llevo un mes usando la bicicleta los fines de semana, ahora empezaré a usarla para llegar al trabajo. Cuando logre hacerlo por un mes, me premiaré".

**Desconexión moral:** Reflexión acerca de las posibles implicaciones sobre el entorno social y físico de una conducta como forma de auto-regulación moral.

**Ej:** Si usara la bicicleta a diario en lugar del carro, podría contribuir a que el medio ambiente fuese más l impio y seguro para todos. Seguro podría motivar a más personas".

**Reforzamiento de la conducta:** Uso de motivadores y castigos para modificar el comportamiento.

**Ej:**"La empresa entregará un bono para las personas que usen la bicicleta durante todo el mes porque están

celebrando el día sin carro. Ya estoy preparada para ganarme ese premio".

**Facilitación:** Utilizar recursos, herramientas o modificar el ambiente para facilitar el nuevo comportamiento.

**Ej:**"El grupo de ciclistas del barrio está haciendo una petición para mejorar la iluminación de la ciclorruta, seguro la firmaré".

### ¿Cómo funciona?

La teoría de cognición social no establece un procedimiento por el cual se logra un cambio conductual a manera de modelo, sin embargo, sí pone en evidencia principios teóricos para comprender el cambio conductual. Esta perspectiva se basa en la idea de que el comportamiento no es un producto simple de la persona y el ambiente y que el ambiente no es un producto simple del comportamiento y de la persona, sino que se interrelacionan entre sí de manera compleja. Así, las personas aprenden no solo por su propia experiencia, sino también porque observan las acciones de otros y perciben beneficios de sus acciones 19.

En cuanto a la aplicación de esta teoría en la promoción de la salud, es fundamental contemplar múltiples formas de promover el comportamiento a través de la transformación personal y del ambiente <sup>19</sup>. Dado que la conducta está influenciada por los recursos que se perciben en el entorno y por el comportamiento de los otros, las estrategias de intervención grupal toman relevancia dentro de los programas de intervención, así como la apertura de espacios en los que las personas puedan impactar su ambiente.

#### Limitaciones

El diseño de intervención basadas en la teoría de cognición social implica incluir múltiples componentes y establecer diseños complejos. La evaluación de la efectividad de este tipo de intervenciones son pocas y suelen tener grupos de control con intervenciones individuales o un grupo control sin tratamiento <sup>23</sup>. Dentro del planteamiento de su teoría, Bandura <sup>24</sup> advirtió que su teoría de cognición social es muy amplia y ambiciosa, ya que trata de plantear explicaciones dirigidas a casi todos los fenómenos humanos. Por estas razones, se hace necesario ampliar la evidencia de la aplicación de esta postura teórica y la evaluación de la efectividad de las intervenciones que se diseñan desde allí.

### Redes sociales y soporte social

### ¿Qué es?

La perspectiva de redes sociales y soporte social reconoce tres aspectos: las dinámicas de las relaciones entre las personas, el entorno social y la comunidad. Estos tres elementos de análisis permiten comprender la adopción de hábitos saludables en un grupo social particular, dado que explica el aporte de las provisiones percibidas o reales por parte de la comunidad, personas cercanas o amigos <sup>27</sup>. De esta manera, las redes sociales son los vínculos que las personas establecen entre sí. Estas redes pueden o no proveer soporte social. Recientemente, se ha usado el término capital social para describir los recursos y normas que tiene una red social para dar soporte a los individuos que la componen <sup>28</sup>.

### Origenes

Al explorar y describir los grupos sociales, Barnes <sup>29</sup> reconoció patrones en las relaciones interpersonales organizadas por cadenas complejas, lo que dio lugar al concepto de redes sociales. Este término se refiere al conjunto de relaciones sociales que rodea a las personas. A partir de este concepto, se descubrió de manera general que las redes sociales unidas son más afectivas en sus relaciones y eso les permite mayor influencia en cada uno de los miembros del grupo para adoptar las normas sociales <sup>30</sup>. Por otro lado, el epidemiólogo social Cassel <sup>31</sup> identificó el soporte social como un factor psicosocial que reduce los efectos del estrés en la salud. Los conceptos de redes sociales y soporte social no son teorías, en sí, pero describen la estructura, proceso y funciones de las relaciones sociales que se establecen entre las personas.

### Conceptos clave

Las redes sociales se describen por sus características estructurales y sus funciones. El soporte social, una de las funciones de las redes sociales, contemTpla cuatro tipos: emocional, instrumental, informativo y evaluativo. Todos estos conceptos se describen a continuación:

### Características estructurales de la red social

**Reciprocidad:** Medida de la relación de dar y recibir recursos y apoyo social.

**Ej:**"La clase de baile estuvo buenísima hoy, dentro de ocho traeré refrigerio para todos".

**Intensidad:** Medida de la cercanía emocional dada por las relaciones sociales.

**Ej:** "Mis compañeros de la clase de baile se han convertido en mis amigos, realmente los aprecio y confío en ellos. Por eso me gusta venir al grupo".

**Complejidad:** Medida de las diversas funciones que ejercen las relaciones sociales.

Ej:"Mi compañero del grupo de baile es muy buen amigo, conversamos de cosas personales, me ha ayudado a cuidar los niños y me ofreció prestarme dinero si lo requiero. Esa amistad me hace sentirme comprometida con ir a las clases".

Formalidad: Medida de la relación social en de acuerdo con las organizaciones formales.

**Ej:**"Con el grupo de baile estamos creando un blog para promocionar nuestro grupo. Me emociona que cada vez seamos más".

**Densidad:** Medida de conocimiento e interacción entre los miembros de la red social.

**Ej:**"Aunque en el grupo de baile hacemos grupitos de amigos, en general, nos conocemos entre todos. Me gusta que seamos un grupo unido".

**Homogeneidad:** Medida de las similitudes de los miembros de la red social.

**Ej:**"Casi todos los que vamos al grupo de baile somos del mismo pueblo. Me gusta venir a conversar con ellos porque nos gustan las mismas cosas".

**Geografía:** Medida de la proximidad espacial de los miembros de una red social.

**Ej:**"Debemos proteger este parque, es el que permite que todos los del barrio nos encontremos y vengamos a bailar".

**Direccionalidad:** Medida de influencia de cada uno de los miembros de la red social.

**Ej:**"En el grupo de baile del barrio todos participamos como iguales en la toma de decisiones, aunque a veces el liderazgo lo toma Ricardo".

#### Funciones de la red social

**Compañerismo:** Qué tanto comparten entre sí los miembros de la red.

**Ej:**"Con el grupo de baile salimos también a hacer caminatas y además, celebramos todos los cumpleaños".

**Capital Social:** medida de los beneficios dados por las normas de confianza de la red social.

**Ej:**"Además de hacer más actividad física, desde que vengo al grupo de baile, tengo más amigos y tengo más clientes en mi negocio. Sé que puedo contar con ellos si tengo un problema personal".

**Soporte social:** Medición de la ayuda entre los miembros de la red.

**Ej:**"Ayudaré a cuidar al hijo de mi amiga del grupo de baile mientras ella va a una cita médica. Sé que ella haría lo mismo por mí".

**Influencia social:** Medida de la forma en la que las acciones de un miembro de la red cambian el comportamiento de los otros.

**Ej:** "Mi amigo del grupo de baile también hace yoga los miércoles. Me parece tan chévere lo que cuenta, que comencé a ir a yoga también".

**Debilitamiento social:** Medida en que los comentarios o actos de un miembro afectan el logro de otro miembro de la red.

**Ej:** "Ya no voy a la clase de baile de los martes porque un señor me dijo 'este grupo es solo para nivel avanzado'. Prefiero ir los sábados, porque van personas más agradables".

### Tipos de soporte social

**Soporte emocional:**Expresiones afectivas que alientan una conducta.

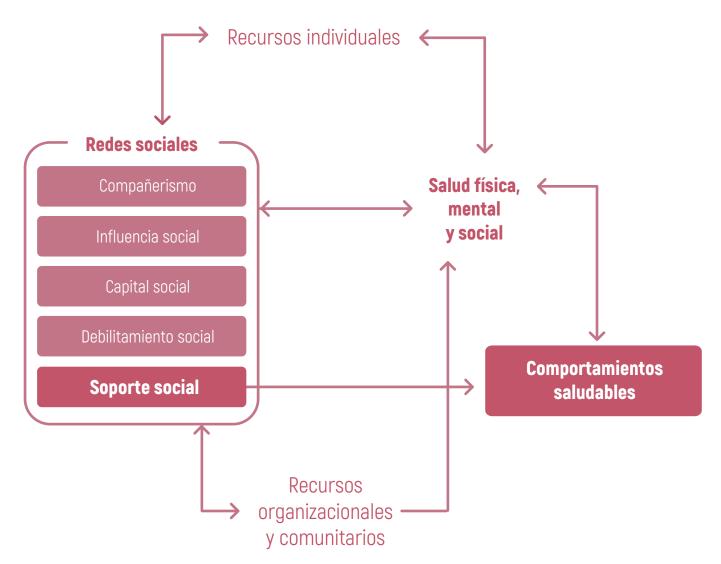
**Ej:**"Realmente aprecio que hayan asistido a este grupo de baile y estén tan comprometidos. Son personas maravillosas".

**Soporte instrumental:** Ayuda de la red con recursos físicos, como objetos o cosas.

**Ej:**"Hoy llevaré el sonido para hacer la clase de baile. Ya no debemos preocuparnos por ese recurso".

**Soporte informativo:** Comunicación de la red o transmisión de información valiosa para apoyar una conducta

**Ej:** "Encontré en internet un blog que habla de los beneficios de hacer actividad física bailando, en realidad es el mejor ejercicio. Enviaré el link al grupo de WhatApp".



Relación de las redes sociales y el soporte social con la salud. Fuente: elaboración propia con base en Heaney y Israel 30. **Soporte evaluativo:** Realimentación de algún miembro para la evaluación propia.

**Ej:**"Has mejorado mucho en los giros. Vas a ver que si sigues viniendo a las clases, prontos serás un bailarín experto".

### ¿Cómo funciona?

Satisfacer las necesidades humanas de compañía, intimidad, sentido de pertenencia y autosuficiencia a través del apoyo social fomenta la salud de cada miembro de la red 32. Tanto el apoyo social como las redes sociales pueden ayudar a incrementar el conocimiento respecto a algún tema que genere bienestar en uno de los miembros. Por ejemplo, el pasar más tiempo con otros puede reducir el estrés a causa de desempleo u otras problemáticas, y por lo tanto la salud de las personas. Investigaciones han demostrado que las redes sociales evitan que las personas adquieran conductas adictivas y facilitan que se adquiera y mantenga un comportamiento saludable como la actividad física regular y la dieta saludable.

En cuanto al diseño de intervenciones, esta perspectiva teórica invita a contemplar estrategias que fortalezcan el soporte social para motivar y mantener un comportamiento saludable a través de la modificación de la estructura y las funciones de la red social. Por ejemplo, para prevenir el consumo de alcohol de los estudiantes de una universidad, las estrategias de intervención incluirían detectar en la estructura de la red social las personas que más influencian el comportamiento de los otros y a través de ellos proveer información y motivadores para que los estudiantes moderen el consumo de alcohol. Así mismo, detectar las características en común que mantienen unidos a los grupos para que a través de estos se comunicaran mensajes de prevención y se provean recursos para motivar y mantener la conducta.

#### Limitaciones:

Estas líneas de pensamiento basadas en los conceptos de red y apoyo social dependen de la capacidad de establecer relaciones afectivas de las personas. Estás, a su vez, están intimamente ligadas a las características personales y los estados emocionales, por lo tanto, es necesario preguntarnos ¿cómo consolidar el apoyo y la red social cuando las personas que evitan establecer vínculos afectivos? Además ¿todos los integrantes de la red están dispuestos a generar la misma y estrecha confianza que la fortalece?

### Modelo transaccional de estrés y afrontamiento

### ¿Qué es?

Este modelo se centra en la relación que los sujetos comparten con el ambiente circundante y explica cómo las personas enfrentan situaciones estresantes cotidianas o esporádicas. Tener una vida saludable incluye que las personas sean capaces de afrontar situaciones que generan estrés adoptando comportamientos que promuevan, protejan o mantengan el bienestar físico, mental y social. Este modelo es muy útil para diseñar intervenciones de promoción de la salud con personas que están atravesando por situaciones inesperadas, como el diagnóstico de una enfermedad, un embarazo no planeado, el cambio de domicilio o la pérdida de empleo. Para este modelo el estrés es una relación de impacto con el ambiente dada por un factor estresor que se relaciona directamente con los recursos psicológicos, sociales y culturales que están a disposición de la persona 33. El proceso de afrontamiento depende del contexto, el tiempo y las características individuales 34.

### Origenes

El modelo surge en el marco de los estudios del estrés y su impacto en la salud. El modelo incorpora los estudios de las respuestas fisiológicas al estrés 35, las reacciones de alarma, resistencia y agotamiento 36, la Escala de Calificación de Reajuste Social y el significado subjetivo del estímulo 37,38. De este conjunto de ideas surgió un modelo en el campo de la salud ocupacional que explica el impacto del estrés en la salud de las personas en tres aspectos: las características personales, las características del ambiente y el ajuste persona—medio ambiente 39.

### Conceptos clave

Valoración primaria: Evaluación de un factor amenazante o estresante, en la que se tiene en cuenta la severidad de la situación.

**Ej:**"Me siento una masita en el seno. Espero que no sea nada extraño, pero mejor consulto con el médico porque me ha empezado a doler".

**Valoración secundaria:** Evaluación de control sobre el estímulo estresor.

**Ej:**"¡¿Qué puedo hacer ahora?! Lo único que puedo hacer es hacerme todos los exámenes para salir de dudas y acelerar el diagnóstico".

**Esfuerzos de afrontamiento:** Formas en las que se afrontan las evaluaciones primarias y secundarias.

**Ej:**"Ahora hay muchas técnicas para atacar este tipo de enfermedades, además mi familia me

apoya en todo sentido".

Afrontamiento basado en el significado o en las emociones: Proceso que induce a la experimentación de emociones positivas a partir de la situación estresante.

**Ej:**"Creo que esta situación ha fortalecido más la relación con mi familia".

**Resultados de afrontamiento:** Adaptación positiva o negativa a corto y largo plazo .

**Ej:**"Es una situación difícil que a cualquier persona le hubiera pasado. Mis hijos y yo nos hemos organizado para asistir a todos los tratamientos acompañada".

### ¿Cómo funciona?

Este modelo teórico considera que el resultado es la adquisición de un comportamiento en salud que disminuye el estrés ante un estímulo particular y que el proceso de adaptación es una transacción constante entre la persona y el medio ambiente. Al presentarse un estímulo estresante se tiende a evaluar la amenaza (evaluación primaria) y la forma como esta incide en las emociones y expectativas de la persona (evaluación secundaria). De tal manera, realizar esfuerzos reales de afrontamiento, organizando el problema y la regulación emocional, hace parte de la forma en la que se pueden tomar mejores ventajas de la situación inesperada. Incluso las emociones positivas pueden alterar de manera positiva la forma en la que se afronta

el estrés y mejorar la salud de la persona <sup>34</sup>. De esta manera, el afrontamiento positivo, dado por el apoyo percibido por la persona para afrontar tal situación, puede ayudar como amortiguador contra las consecuencias del estrés, prevenir la depresión y mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas <sup>40</sup>.

En cuanto al diseño de intervenciones en promoción de comportamientos saludables, el modelo invita a incluir estrategias que potencien tanto los recursos personales como los del medio ambiente. Por, ejemplo, un programa que se propone promover la actividad física en pacientes con cáncer, debería incluir intervenciones en al menos dos vías: por un lado, mejorar los recursos personales como la auto-eficacia, motivación y auto-regulación y, al mismo tiempo, proveer recursos en el ambiente como sesiones de aeróbicos. El programa acompañaría, también, el proceso de afrontamiento en cuanto facilita el intercambio de recursos personales y del medio ambiente. Uno de los resultados es la adopción y mantenimiento de la actividad física frecuente, lo que, a su vez, aporta al mejoramiento del bienestar emocional y el estado de salud de las personas.

### Limitaciones

Este modelo aporta una premisa importante en la promoción de la salud porque determina el intercambio de recursos personales y del medio ambiente. Si bien esta idea, es útil en la promoción de hábitos saludables, el modelo completo se limita al trabajo con poblaciones que enfrentan unas situaciones estresantes.



La evidencia científica ha comprobado que la actividad física durante el diagnóstico, tratamiento y post-tratamiento mejora la calidad de vida de los pacientes con cáncer, disminuye los efectos secundarios y aumenta la probabilidad de superación de la enfermedad<sup>11</sup>.



# Nivel Comunitario

En este nivel se ubican dos aproximaciones teóricas que exploran cómo funcionan y cambian los sistemas sociales y cómo se pueden movilizar miembros de la comunidad y organizaciones para generar acciones en favor de su bienestar. Los modelos teóricos que se ubican en este nivel reconocen las particularidades socioculturales de las comunidades y proponen intervenciones participativas y culturalmente pertinentes. Estas propuestas se han elaborado a partir de marcos conceptuales provenientes de las ciencias sociales y la práctica en este campo, por lo que pretenden impactar los sistemas sociales o contextos en los que están inscritas las instituciones y comunidades.

### Modelos de organización y construcción comunitaria

### ¿Qué es?

La organización comunitaria es un mecanismo para el cambio comportamental y se refiere al proceso en el que se facilita que grupos sociales identifiquen problemas u objetivos comunes, para movilizar recursos y desarrollar estrategias para alcanzar objetivos que se han establecido colectivamente con el fin de movilizarse para mejorar su salud 41,42. Cuando la agenda de los proyectos de organización comunitaria es establecida por la comunidad y no externamente, es más posible que sea exitosa. Igualmente, cuando hay participación individual y social, se incrementa el control percibido, el empoderamiento, la capacidad de afrontamiento individual, los comportamientos de salud y el estado de salud de las personas 43,46. Por su parte, la construcción de comunidad, el cual alude a la interacción social en la que cada miembro se identifica como parte del grupo y del proceso de lograr un cambio en la comunidad 47. Allí, se destacan los recursos activos de la misma y la identidad compartida encaminada hacia un objetivo común 41.

### Origenes

En el siglo XIX, trabajadores sociales de Estados Unidos utilizaron por primera vez el término organización comunitaria para coordinar servicios para grupos de inmigrantes 48. Desde entonces, se han implementado las estrategias que los grupos sociales han empleado en distintos contextos para alcanzar objetivos de cambio social, especialmente relacionados con la lucha por el reconocimiento y cumplimiento de derechos fundamentales. En el campo de la salud, en la década de 1980 la Organización Mundial de la Salud adoptó el enfoque de promoción de la salud, en donde reconoció el rol de la organización comunitaria en la construcción de ciudades saludables. Se establece que las personas pueden tener control

sobre los factores determinantes de su salud y que la participación pública y la cooperación intersectorial son fundamentales <sup>49</sup>.

### Conceptos clave

La práctica de la Organización Comunitaria sigue diferentes enfoques según la perspectiva teórica con la que se conceptualiza la noción de comunidad. Sin embargo, en un intento de clasificación, Rothman <sup>50</sup> identificó tres modelos de cambio:

- Desarrollo local o desarrollo comunitario: se enfoca en desarrollar cohesión, consenso, identidad y capacidad grupal.
- Planificación social: se enfoca en tareas y resolución de problemas, por lo que en buena medida depende de expertos.
- Acción social: contempla tanto el proceso como las tareas que hay que llevar a cabo para reparar injusticias sociales.

Aunque no existe un modelo unificado, a continuación, se presentan los conceptos clave que suelen emplearse para alcanzar y medir los cambios en las comunidades:

**Empoderamiento:** Proceso de acción social a través del cual cada miembro de la comunidad adquiere dominio de su propia vida y del bienestar de su comunidad.

**Ej:**"Soy responsable de mí mismo y hago parte del futuro del barrio, organicemos para cuidarlo".

**Conciencia crítica.** Reconocimiento de las fuerzas sociales, políticas y económicas que contribuyen a la configuración de problemas sociales. Implica discutir y entender causas y consecuencias de las situaciones actuales de la comunidad.

**Ej:**"Discutamos y entendamos por qué hay tanta basura en el barrio, ¿qué podemos hacer?".

Capacidad de la comunidad: Características de una comunidad que influyen en que ésta pueda identificar, movilizarse y abordar sus problemáticas

**Ej:** Posiblemente no denunciamos la inseguridad porque muchos viven acá en el barrio y son hijos de personas conocidas, eso limita las posibilidades de acción. Debemos tomar vías alternas".

**Capital Social:** Relaciones recíprocamente confiables, de autonomía y responsabilidad social basadas en el compromiso cívico.

Ej:"La idea es que para que seamos un barrio unido cada uno sea consciente de lo que hace y cómo fomenta la inseguridad, debemos proteger nuestro barrio confiando entre nosotros mismos, que somos los que vivimos en él".

Participación y relevancia: Compromiso de los miembros de la comunidad para involucrarse como iguales y capaces de actuar.

**Ej:** "Ya que cada uno trabaja, conoce o considera aspectos relevantes sobre el barrio, por favor, proponga qué puede hacer desde su disponibilidad y mostramos los avances en la próxima reunión").

Selección de problemas: Organización de la comunidad para identificar los temas prioritarios y la agenda a seguir con los que son considerados como problemas.

Ej:"Después discutir, nos dimos cuenta que el mayor problema es la delincuencia en los parques, por eso no hay inversión en el barrio, por considerarse inseguro. Debemos atacar el primer problema para solucionar este otro que está surgiendo y no se vuelva más grande".

### ¿Cómo funciona?

Para ilustrar los modelos de organización social y comunitaria, nos enfocaremos en el modelo de acción social. Esta propuesta busca que comunidades en condiciones de desigualdad emprendan acciones para su propio beneficio. Se enfoca en incentivar que los miembros de una comunidad desarrollen sus capacidades como ciudadanos activos, en donde el interés personal y el uso de medios de comunicación son elementos importantes para lograrlo. De esta manera, los individuos se sientan motivados a expandir su sentido de bienestar, de manera que vean que sus acciones contribuyen a su propio bienestar y al de su comunidad. Además, el uso de medios de comunicación potencia las intervenciones comunitarias que actúan sobre condiciones sociales y económicas que afectan la salud, pues visibilizan que los problemas en salud trascienden el nivel individual y conciernen a muchos ámbitos.

El diseño de intervenciones desde esta perspectiva teórica establece ejercicios de fortalecimiento de la ciudadanía a nivel individual y colectivo. Por ejemplo, el modelo Nuestra Voz es una aproximación comunitaria con perspectiva ecológica que consiste en un ejercicio de ciencia ciudadana que involucra a miembros de una comunidad en un ejercicio investigativo para que, mediante el uso de tecnologías de información y comunicación, documenten la situación de sus entornos, identifiquen problemáticas, prioricen las necesidades, y participen en colaboraciones transectoriales con tomadores de decisiones para generar soluciones prácticas y prometedoras.

El modelo se compone de cuatro pasos: (i) la recolección de las percepciones del entorno mediante fotos y audios geocodificados, (ii) la discusión y priorización de los hallazgos con otros miembros de la comunidad, (iii) socialización de las prioridades y proposición de soluciones factibles con tomadores de decisión, (iv) seguimiento a las acciones cambio. El modelo permite la participación y el empoderamiento de los ciudadanos como agentes de cambio en sus entornos, crea lugar para la selección de problemas y su jerarquización según relevancia, fomenta en las discusiones comunitarias la conciencia crítica.

### Limitaciones

En la práctica de los modelos de construcción y organización comunitaria se cuestiona por las estrategias efectivas para fomentar la movilización autónoma de la comunidad dirigida a la construcción de metas conjuntas, dado que muchos miembros de la comunidad, incluso cuando se han visto afectados directa o indirectamente, no se organizan ni construyen formas de resolver tales problemas.

# Teoría de la comunicación y *mass media*

### ¿Qué es?

Las teorías de la comunicación estudian la creación, transmisión, recepción y asimilación de los mensajes. En promoción de la salud esta teoría es importante porque permite diseñar estrategias y evaluar la pertinencia, relevancia y accesibilidad de la información sobre la salud 51. La relación entre los medios de comunicación y la audiencia es de doble vía; mientras los medios influencian el comportamiento, las necesidades, intereses y preferencias de las personas se reflejan en medios de comunicación 52. Las estrategias de comunicación en salud pública permiten influir los comportamientos en múltiples niveles. Por ejemplo, cambian el conocimiento, percepciones, creencias y aptitudes individuales; fortalece las organizaciones sociales y aumenta el apoyo social y físico (p.e. servicios); además, incentiva la organización comunitaria y posiciona un problema de salud en la agenda pública 19.

### Origen

Los estudios en el campo de la comunicación abordan los factores, procesos y resultados de la comunicación entre personas, grupos, organizaciones y comunidades. Sin embargo, la aplicación de las estrategias de comunicación en salud pública se concentra en determinar cómo mejorar la salud 52. Con la revolución digital, los estudios sobre los efectos de los medios de comunicación se desarrollaron desde la psicología, la sociología y la ciencia política, por lo que múltiples teorías y modelos se derivan del campo de la comunicación 53. Desde el

siglo XXI, múltiples experiencias de comunicación en salud se han implementado y sistematizado, en donde se destaca el uso de nuevas tecnologías y las estrategias de diversificación 52.

### Conceptos clave

No existe un modelo o teoría específica de la comunicación en salud, por el contrario, este marco de referencia se compone de múltiples perspectivas y propuestas teóricas. Con la intensión de ilustrar la influencia de los medios de comunicación y de los procesos comunicativos en los comportamientos saludables, se presentan a continuación algunos de los conceptos clave.

Audiencia: Proción de la población cuyo comportamiento se intenta cambiar con la intervención.

**Ej:**"Esta campaña está dirigida a todos los jóvenes que hayan iniciado su vida sexual o estén pensando en hacerlo".

**Mensaje:** Declaración específica de limitado alcance con una sola idea general.

**Ej:**"El condón protegerse de enfermedades de transmisión sexual y evitar embarazos no deseados".

**Creencias objetivo:** Ideas que sumen las personas sobre la realidad que son determinantes en su comportamiento y que son susceptibles a cambio.

**Ej:** "Si compro condones en la droguería van a pensar mal de mí"; "sólo con ciertas personas hay que usar condón"; "usar condón disminuye el placer sexual"

Contenido del mensaje: Conjunto de estrategias que aumentan la probabilidad de que el mensaje se aceptado por la audacia. Este es producto de un proceso creativo que garantiza que el mensaje sea pertinente y apropiado.

Personajes, hombres y mujeres, y se enfrentan a diferentes situaciones cotidianas en donde adquieren, piden o usan condones.

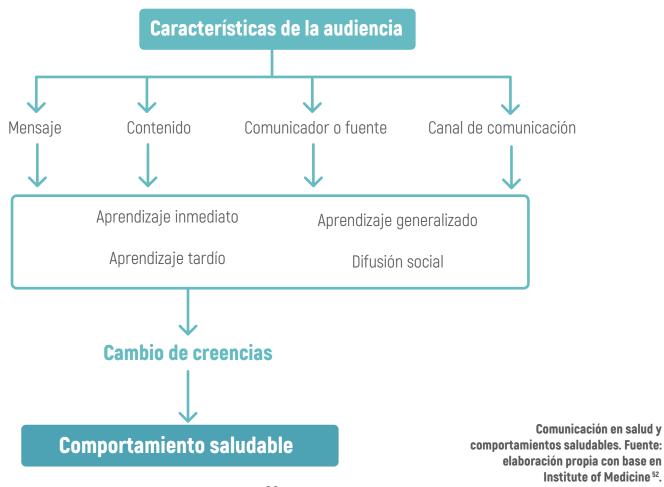
**Ej:**"Sin preservativo, ni pio" como lema en todas las situaciones.

**Comunicador o fuente:** Alguien que es influyente para la audiencia, bien sea porque es reconocido o porque es un personaje amigable.

Los personajes ficticios y animados con diversas personalidades con las que los jóvenes se reconocen.

Canal de comunicación: Los medios por los cuales el mensaje es transmitido, incluye mass media, material impresos, comunicaciones interpersonales, eventos, internet.

La campaña se transmite simultáneamente en medios de comunicación audiovisual como radio, televisión y redes sociales.



### ¿Cómo funciona?

La comunicación en salud es un plan estructurado que requiere definir objetivos concretos de cambio de comportamientos y estrategias pertinentes. El proceso inicia con la delimitación del comportamiento a cambiar y la audiencia, que es el paso fundamental porque de este se desprenden los siguientes momentos. El uso de la evidencia empírica es fundamental para conocer la audiencia a profundidad; esto incluye sus características demográficas (p.e. edad, educación, género, entidad, etc.), los predictores de la conducta como las creencias y actitudes, y el comportamiento actual 52,53. Las campañas comunicativas en salud buscan cambiar las creencias que determinan el comportamiento, pero las personas no podrán estar expuestas al mensaje si este no está disponible para ellas. Por esto, con base en las características de la audiencia, se determina el mensaje, el contenido, la fuente y el canal de comunicación. El mensaje debe ajustarse a los intereses y necesidades de la población objetivo 52.

Las teorías de la comunicación en salud, advierten que el mensaje impacta en el comportamiento de la audacia a través de cinco diferentes patrones:

- Aprendizaje inmediato: las personas aprenden directamente del mensaje.
- Aprendizaje tardío: el impacto del mensaje no es procesado hasta algún tiempo después.
- Aprendizaje generalizado: además del mensaje en sí mismo, las personas son persuadidas sobre los aspectos relacionados con el mensaje.
- Difusión social: el mansaje estimula la discusión entre grupos sociales, de esta manera, afectan sus creencias.

#### Limitaciones

Para la promoción de hábitos saludables y comportamientos complejos, a menudo, las campañas de comunicación son necesarias, pero no suficientes dada la influencia de los factores individuales y ambientales en el comportamiento humano. Las campañas comunicativas pueden ser complementadas con otras estrategias de intervención directa, además, vale la pena preguntarse: ¿Cómo diversificar el mensaje y los canales de comunicación, por ejemplo, las nuevas tecnologías, para aumentar la probabilidad de que un comportamiento sea modificado?

### Modelo de difusión e innovación

### ¿Qué es?

La difusión de programas efectivos es un desafío importante en la promoción de la salud, dado que los tomadores de decisiones a menudo son reacios a considerar intervenciones novedosas cuando no se ha demostrado la efectividad en su entorno particular <sup>54</sup>. Por esto, el uso eficiente de recursos exige que se consideren los criterios de alcance, adopción, implementación y mantenimiento de un programa. El modelo de difusión de innovaciones permite comprender el proceso necesario para lograr la comunicación y amplia cobertura de programas de salud pública exitosos. El interés se centra en que los procesos para la difusión activa y la rápida implementación de prácticas basadas en evidencia, sean coordinados y sistemáticos 55.

### Origen

Esta perspectiva ha permitido estudiar cómo ideas, productos y prácticas sociales que se perciben "innovadoras" se difunden a través de una sociedad, o de una sociedad a otra. Esto involucra innovaciones tan diversas como las prácticas agrícolas o la tecnología y en la actualidad, varios autores han tratado de consolidar las investigaciones de difusión e innovación en salud <sup>55</sup>.En general, se puede considerar que tres áreas de investigación abarcan la difusión e innovación: los estudios de desarrollo (énfasis en el contexto político, tecnológico o ideológico), la promoción de la salud y los basados en la evidencia médica.

La difusión basada en evidencia en el campo de la salud pública y la promoción de la salud no solo se ha expandido rápidamente en los últimos años. Además, el modelo teórico ha permitido estudiar en qué medida distintos comportamientos en salud han sido adoptados. La revisión de la evidencia interdisciplinaria muestra que la propagación de la actividad física, el control del cáncer, los programas de prevención y educación sobre el SIDA y los conceptos y métodos relevantes influenciaron directamente en la adopción de nuevas prácticas de salud <sup>56,57</sup>.

### Conceptos clave

Se le denomina difusión de innovaciones al proceso mediante el cual una innovación es comunicada a través del tiempo entre miembros de un sistema social 58. La difusión es, entonces, un proceso planificado, compuesto de esfuerzos sistemáticos diseñados para hacer que un programa o innovación esté más disponible para una audiencia objetivo o miembros de un sistema social 55.

**Diseminación:** Disponibilidad de los resultados de una investigación.

Ej:"¿Si viste la noticia en la que hablan de la ampliación de programas de actividad física gratuitos en Bogotá?"

**Canales de Comunicación:** Medios por los cuales se difunden los mensajes sobre investigaciones en salud.

**Ej:**"—¿Viste ayer en televisión el especial sobre la prevención de Bullying en colegios?

-No lo vi, pero esta mañana leí un artículo de eso")

Sistema social: Unidades especializadas interdisciplinarias que participan en el trabajo conjunto de adopción de innovaciones para lograr un objetivo común en salud.

**Noticia:** "Un grupo de psicólogos, antropólogos, educadores físicos y médicos trabajaron en la creación de una estrategia culturalmente atractiva para promover la actividad física".

**Adopción:** Proceso de acogimiento de la innovación por parte de una comunidad.

**Ej:**"La mayor parte de los que estamos aquí hemos llegado por el voz a voz a participar en el nuevo programa de aeróbicos del barrio".

**Implementación:** Planificación y ejecución del programa o innovación.

Ej:"El programa de aeróbicos para el barrio debe estar listo para el sábado, debemos tener la publicidad, el personal, los equipos de sonido y los permisos del parque para una semana antes de iniciar".

Mantenimiento: Sostenimiento de la implementación de la innovación en el tiempo.

**Ej:**"El programa de actividad física permanece funcionando porque la asistencia cada vez es mayor. ¡La gente del barrio está muy feliz con los profesores!"

**Sostenibilidad:** Cómo se auto-mantiene el programa.

**Ej:**"Este programa ha probado ser costo-efectivo por lo tanto es acertado continuar la inversión. De hecho, hay una fundación que nos quiere apoyar para reparar comprar un mejor sonido".

**Institucionalización:** Utilización organizacional, política y legislativa del programa.

**Ej:**"El programa de actividad física ha sido tan efectivo incrementando el ejercicio físico en el barrio que se convertirá en plan para toda la ciudad".

### ¿Cómo Funciona?

Para Oldenburg y Glanz <sup>55</sup> la una difusión de innovación exitosa se basa en el ajuste de los atributos de la innovación. Por ejemplo, si la intensión es difundir un programa de promoción de salud, se requiere evaluar y potenciar los siguientes atributos:

**Ventaja relativa:** ¿Es la innovación mejor que lo que había antes?

**Compatibilidad:** ¿La innovación se ajusta a la audiencia prevista?

Complejidad: ¿Es la innovación fácil de implementar? Susceptibilidad de ensayo: ¿Se puede probar la innovación antes de tomar una decisión? Posibilidad de observación: ¿Los resultados de la innovación son visibles y fácilmente medibles?

De acuerdo con esto, para que el individuo, la organización, el entorno o contexto adopte una innovación como propia, se debe establecer e implementar una estrategia organizada con tres propósitos: potencializar el programa utilizando canales de comunicación, procurar la cooperación de desarrolladores y usuarios, y caracterizar el entorno. La evidencia en esta perspectiva muestra que el éxito de la comunicación depende más de un proceso de intercambio, que de persuadir a una población para que la adopte 55. Así, por medio de canales de comunicación y de interacción interpersonal, se espera que líderes de opinión usen sus redes sociales para influir en las decisiones de adopción de un programa 58. En últimas, se debe proceso de adopción, implementación, considerar el mantenimiento sostenibilidad permite que institucionalización del programa a nivel organización o político.

#### Limitaciones

Si bien la difusión de innovaciones es importante para adaptar programas de promoción de salud de un contexto a otro, se pueden plantear dudas acerca del funcionamiento de los mecanismos para hacer circular las innovaciones en cada contexto. Puede ser indeterminado el impacto y receptividad que los distintos canales de comunicación tengan en los líderes de opinión. Por eso, es necesario sistematizar y evaluar con rigurosidad los programas de promoción de la salud en los diversos contextos.

### Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Promoción de La Salud. Glosario. Ginebra; 1998. doi:10.1017/CB09781107415324.004
- 2. Glanz K, Rimer BK, K. Viswanath. Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Print; 2008. doi:http://hdl.handle.net/2027/spo.10381607.0007.102
- **3.** Sallis J, Owen N, Fisher E. Ecological Models of Health Behavior. In: Glanz K, Rimer B, Viswanath K, eds. Health Behavior and Health Education. Theory, Research, And Practice. 4th ed. Jossey-Bass A Wiley Print; 2008:465-486.
- 4. Glanz K, Rimer B. Theory at a Glance. A Guide for Health Promotion Practice. Vol 83. Second. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health; 2005. doi:10.1111/j.1360-0443.1989.tb03059.x
- 5. Michie S, Johnston M. Theories and techniques of behaviour change: Developing a cumulative science of behaviour change. Health Psychol Rev. 2012;6(1):1-6. doi:10.1080/17437199.2012.654964
- 6. Soto Mas F, ti Lacoste Marín J, Papenfuss RL, Gutiérrez León A. EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD. UN ENFOQUE TEÓRICO PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA. Re\ E\p Salud Pública 1997:71:335-311.
- 7. Champion V, Sugg-Skiner C. The Healt Belief Model. In: Glanz, Rimer & Diswanath (Ed.), Health Behavior And Health Education Theory, Research, And Practice.; 2008
- **8.** Albarracin D, Fishbein M, Goldestein De Muchinik E. Seeking social support in old age as reasoned action: Structural and volitional determinants in a middle-aged sample of Argentinean women. J Appl Soc Psychol. 1997;27(6):463-476. doi:10.1111/j.1559-1816.1997.tb00642.x
- Albarracin D, Johnson BT, Fishbein M, Muellerleile PA. Theories of Reasoned Action and Planned Behavior as Models of Condom Use: A Meta-analysis. Psychol Bull. 2001;1(127):142-161.
- 10. Trafimow D. The Importance of Attitudes in the Prediction of College Students' Intentions to Drink. J Appl Soc Psychol. 1996;4(26):2167-2188.
- 11. Fishbein M. The role of theory in HIV prevention. AIDS Care. 2000;12(3):273-278. doi:10.1080/09540120050042918
- 12. Fishbein M, Cappella JN. The role of theory in developing effective health communications. J Commun. 2006;56(SUPPL.). doi:10.1111/j.1460-2466.2006.00280.x
- 13. Montaño D, Kasprzyk D. Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In: Glanz, Rimer & Diswanath (Ed.), Health Behavior And Health Education Theory, Research, And Practice.; 2005.
- Triandis H. Values, attitudes, and interpersonal behavior. Nebraska Symp Motiv. 1980;27:195-259.
- **15.** Weinstein ND. Misleading Tests Of Health Behavior Theories. Annals Of Behavioral Medicine. 2007;33(1):1-10. doi:https://doi.org/10.1207/s15324796abm3301\_1
- 16. Prochaska J, Redding C, Evers K. The Transtheoretical Model And Stages Of Change. In: Health Behavior And Health Education Theory, Research, And Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey - Bass; 2008:97-121.
- 17. Diclemente C, Prochaska J. Self Change And Therapy Change Of Smoking Behavior. A Comparison Of Processes Of Change In Cessation And Maintenance. Addict Behav. 1982;7(2):133-142. doi:doi.org/10.1016/0306-4603(82)90038-7
- **18.** Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, et al. Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. Vol 13.; 1994.
- **19.** Glanz K, Rimer B. Theory at a Glance. A Guide for Health Promotion Practice. Vol 83. Second. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health; 2005. doi:10.1111/j.1360-0443.1989.tb03059.x
- 20. Weinstein ND. The Precaution Adoption Process. Health Psychology. 1988;7(4):355-386. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.7.4.355
- 21. Weinstein ND, Sandman PM, Blalock SJ. The Precaution Adoption Process Model. Glanz, Rimer & Discourse (Ed.), Health Behavior And Health Education Theory, Research, And Practice. San Francisco: United State: Jossey-Bass; 2008.
- **22.** Weinstein N, Sandman P. A Model Of The Precaution Adoption Process: Evidence From Home Radon Testing. Health Psychology. 1992;11(3):170-180. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.11.3.170
- 23. McAlister A, Perry C, Parcel G. How individuals, environments, and health behaviors interact: Social cognitive theory. In: Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.; 2008:169-188.
- 24. Bandura A. Social Learning Theory. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall; 1977.
- 25. Miller N, Dollard J. Social Learning and Imitation. London: Routledge; 1998. http://search.ebscohost.com.ezproxy.uniandes.edu.co:8080/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=676321&lang=es&site=ehost-live&ebv=EB&ppid=pp\_iv.
- 26. Bandura A. Moral Disengagement In The Perpetration Of Inhumanities. Personal Soc Psychol Rev. 1999;3(3):193-209. doi:10.1207/s15327957pspr0303\_3
- 27. Lin N, Vaughn JC, Ensel WM. Social resources and occupational status

- attainment'. Soc Forces. 1981;59(4):1163-1181. doi:10.1093/sf/59.4.1163
- 28. Ferlander S. The Importance of Different Forms of Social Capital for Health. Acta Sociol. 2007;[50]:115-128.
- **29.** Barnes J. Class And Committees In A Norwegian Island Parish. Hum Relations. 1954;7[1]:39-58. doi:10.1177/001872675400700102
- **30.** Heaney CA, Israel BA. Social networks and social support. In: Glanz, Rimer & Ed.), Health Behavior And Health Education Theory, Research, And Practice.; 2008.
- **31.** Cassel J. THE CONTRIBUTION OF THE SOCIAL ENVIRONMENT TO HOST RESISTANCE 1 THE FOURTH WADE HAMPTON FROST LECTURE. Am J Epidemiol. 1976;104(2):107-123. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a112281
- **32.** Berkman LF, Glass T. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In: L. F. Berkman and I. Kawachi (Eds.), Social Epidemiology, New York: Oxford University Press.; 2000.
- 33. Lazarus R, Blackfield J. Environmental Stress. Hum Behav Environ. 1977:89-127.
- **34.** Glanz K, Schwartz M. Stress, Coping, and Health Behavior. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
- **35.** Cannon W. The Wisdom of The Body. New York: Norton & Company; 1932.
- 36. Selye H. The stress of life. In: New York, NY, US. McGraw-Hill.; 1956.
- **37.** Lazarus R. Psychological Stress and The Coping Process. Am J Psychol. 1966;83(4). doi:10.2307/1420698
- **38.** Antonovsky A. Health, Stress, And Coping. 1st ed. (Jossey-bass, ed.). San Francisco:; 1979.
- **39.** House JS. Occupational Stress and Coronary Heart Disease: A Review and Theoretical Integration. J Health Soc Behav. 2006;15[1]:12. doi:10.2307/2136922
- **40.** Tedlie Moskowitz J, Folkman S, Collette L, Vittinghoff E. Coping and mood during aids-related caregiving and bereavement. Ann Behav Med. 2008;18(1):49-57. doi:10.1007/bf02903939
- **41.** Walter C. Community Building Practice. In: Community Organizing And Community Building For Health . 2nd ed. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press; 2004:66-78.
- **42.** Minkler M, Wallerstein N. Improving Health Through Community Organization And Community Building. In: Community Organizing And Community Building For Health. 2nd ed. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press; 2005:26-50.
- **43.** Eng E, Briscoe J, Cunningham A. The Effect Of Participation In State Projects On Immunization. Soc Sci Med. 1990;30(12):1349-1358. doi:doi.org/10.1016/0277-9536(90)90315-J
- **44.** Wandersman A, Florin P. Citizen Participation And Community Organizing. In: Handbook Of Community Psychology. New York: Plenum; 2000.
- **45.** Link B, Phelan R. The Fundamental Cause Explanation For Social Disparities In Health. In: Handbook of Medical Sociology. 5th ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall; 2000.
- **46.** Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? 2006. http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf,.
- 47. Blackwell A, Colmenar R. Community Building: From Local Wisdom To Public Policy. Public Health Rep. 2000;115(3):161.
- **48.** Garvin C, Cox F. History Of Community Organizing Since The Civil War With Special Reference To Oppressed Communities. Itasca: Itasca, Ill.: Peacock.; 2001.
- 49. World Health Organization. Ottawa Charter for health Promotion. 1986.
- **50.** Rothman J. Approaches to Community Intervention. In: J. Rothman, J. L. Erlich, and J. E. Tropman (Eds.), Strategies of Community Intervention. Itasca, III: Peacock Publishers.; 2001.
- **51.** Bernhardt JM. Communication at the Core of Public Health. Am J Public Health. 2004;94(12).
- **52.** Institute of Medicine. Speaking of Health: Assessing Health Communication Strategies for Diverse Populations. Washington, D.C.: National Academies Press; 2002. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=87147&lang=es&site=ehost-live.
- **53.** Finnegan JR, Viswanath K. Communication Theory and Health Behaviour Change: the media studies framework. In: Glanz, Rimer & Discourse (Ed.), Health Behavior And Health Education Theory, Research, And Practice.; 2008.
- 54. Brownson RC, Ballew P, Dieffenderfer B, et al. Evidence-Based Interventions to Promote Physical Activity. What Contributes to Dissemination by State Health Departments. Am J Prev Med. 2007;33[1 Suppl.]. doi:10.1016/j.amepre.2007.03.011
- **55.** Oldenburg B, Glanz K. Diffusion of innovations. In: Glanz, Rimer & Diffusion of innovations. In: Glanz, R
- **56.** Bate P, Greenhalgh T, Gleen R, Macfarlane F, Kyriakidou O. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. Diffus Innov Serv Organ Syst Rev Recomm Milbank Q. 2004;82(4):581-629. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- **57.** Greenhalgh T, Robert G, MacFarlane F, Bate P, Kyriakidou O, Peacock R. Storylines of research in diffusion of innovation: A meta-narrative approach to systematic review. Soc Sci Med. 2005;61(2):417-430. doi:10.1016/j.socscimed.2004.12.001
- 58. Rogers E. Diffusion of Innovations. 5th ed. New York; 2003.



**Autores:** 

Carlos O. Wilches-Guzmán Sharon C. Sánchez-Franco María Alejandra Rubio Olga L. Sarmiento

Diseñado por: José Daniel Sánchez Créditos y agradecimientos:

Universidad de los Andes

Educación Continuada Vicerrectoría Académica

**Facultad** de Medicina 15