

Conductas de salud



ESQUEMA DEL CAPÍTULO

Promoción de la salud: una visión general

Una introducción a las conductas de salud

Papel de los factores conductuales en enfermedades y trastornos • ¿Qué son las conductas de salud? • Práctica y modificación de las conductas de salud: una visión general • Obstáculos para modificar las malas conductas de salud • Intervenir con niños y adolescentes • Intervenciones en poblaciones de riesgo • La promoción de la salud y los adultos mayores • Diferencias de género y étnicas en los hábitos y riesgos de la salud

Modificación de los hábitos de salud

Cambio de actitud y conducta de salud • La teoría de la conducta planeada • Actitudes y modificación de las conductas de salud: algunas advertencias

Método cognitivo-conductuales para la modificación de una conducta de salud

Autoobservación y automonitoreo • Condicionamiento clásico • Condicionamiento operante • Modelado • Control de estímulos • Autocontrol de la conducta • Terapia cognitivo conductual de amplio espectro • Recaída

Modelo transteórico del cambio de conducta

Etapas del cambio • Importancia del modelo de las etapas de cambio • Empleo del modelo de las etapas de cambio

Modificación de las conductas de salud mediante la ingeniería social

Instancias para la modificación de los hábitos de salud

El consultorio del terapeuta privado • El consultorio del médico • La familia • Instituciones para la atención de la salud • Grupos de autoayuda • Escuelas • Intervenciones en el lugar de trabajo • Intervenciones comunitarias • Los medios Internet • Conclusiones

Jill Morgan acababa de empezar su segundo año de universidad. En el primer año había tenido que llevar muchos cursos obligatorios, pero el segundo año prometía ser más interesante, ya que podría cursar materias más relacionadas con la biología. La profesora que ella más admiraba tenía una plaza libre para un asistente de investigación en su laboratorio y se la había ofrecido a Jill. El novio de Jill, Jerry, acababa de ser transferido a su misma escuela, así que ahora en lugar de verse sólo dos fines de semana al mes, diariamente podían comer juntos y estudiar por las noches en la biblioteca. La vida parecía ir de maravilla.

El jueves en la mañana el sonido agudo del teléfono despertó a Jill.

Tenía que irse a casa inmediatamente. Su madre había ido a una mamografía de rutina y le habían encontrado un tumor maligno. Era necesario operarla, le explicó su padre, y era necesario que Jill estuviera en la casa para cuidar a sus dos hermanos pequeños. Tan pronto como su madre estuviera mejor, le dijo su padre, Jill podría regresar a la escuela, pero por ahora tendría que posponer, por lo menos un semestre, el inicio de su segundo año de universidad.

Jill sintió que su mundo se desmoronaba. Ella siempre había querido mucho a su madre y no podría imaginar enferma a esa mujer tan alegre y extrovertida. Y, además, ¿de cáncer! ¿Y si se moría? La situación de su madre era demasiado grave para pensar en eso, así que Jill empezó a pensar en la suya. No iba a poder tomar los cursos a los que se había inscrito para el año siguiente e iba a tener que olvidarse del puesto de ayudante de investigador. Y después del trabajo que les había costado a ella y a Jerry estar juntos, ahora tendrían que separarse otra vez. Jill se tiró en la cama de su dormitorio pensando que tenía que hacer sus maletas, pero sin fuerzas para ello.

“Como tú sabes, el cáncer de mama es hereditario”, le dijo su compañera de cuarto. Jill la miró asustada, sin poder articular palabra. “Si tu mamá tiene cáncer de mama, existe la posibilidad de que tú también lo padezcas”, continuó diciendo la compañera de cuarto sin tomar conciencia del efecto que sus palabras causaban en Jill. Jill sintió que tenía que salir de ahí inmediatamente. Salió a caminar y mientras caminaba, miles de ideas pasaban por su mente. Si había la posibilidad de que le diera cáncer de mama, ¿querría Jerry que siguieran siendo novios? ¿Podría pensar en tener hijos? ¿Les podía transmitir el riesgo de padecer esa enfermedad? Sin pensar se encaminó hacia el edificio de biología que se había convertido para ella en su segunda casa. La profesora que le había ofrecido el puesto de asistente de investigador, estaba en el vestíbulo, y como notó que algo le pasaba a Jill, la invitó a tomar un café. Jill le contó lo que le pasaba y se echó a llorar.

“Jill, tienes que saber que ahora el cáncer de mama se puede tratar, especialmente cuando se detecta a tiempo. Si a tu mamá le detectaron el cáncer mediante una mamografía, es probable que el tumor sea bastante pequeño. Actualmente la probabilidad de curación es de 90% o más. De acuerdo con lo que te dijo tu papá, la situación de tu mamá parece bastante prometedora.”

“¿Sí?” preguntó Jill, enjugándose las lágrimas.

“Además, ahora las cirugías por cáncer de mama son bastante sencillas, sólo remueven el tumor. Ya verán tu padre y tú como tu madre se recupera más rápido de lo que ustedes ahora se imaginan. Mira, te voy a guardar la plaza de asistente de investigador. Tu te vas a tu casa, ves como están las cosas y me hablas en una o dos semanas.”

“Mi compañera de cuarto dice que el cáncer de mama es hereditario”, dijo Jill.

“La herencia es uno de los factores que contribuyen al cáncer de mama. El hecho de que tu madre lo padezca significa que tú tienes que estar consciente del riesgo y someterte a revisiones frecuentes. Pero no significa que necesariamente tú tengas que padecerlo. Y si así fuera, eso no es el fin del mundo. Una detección temprana y un tratamiento rápido hacen que la mayoría de las mujeres sobrevivan y lleven una vida normal.” La profesora hizo una breve pausa. “Jill, mi madre también tiene cáncer de mama desde hace unos 7 años y está bien. Yo me hago revisar con regularidad y hasta ahora todo ha estado bien. No me alegro de tener el riesgo de padecerlo, pero hasta ahora, eso no ha hecho que cambie mi vida. Tengo un esposo, dos encantadores hijos y una estupenda carrera, y el riesgo de tener cáncer de mama es sólo algo que sé que puede ocurrir. Sé que en este momento ves esto como una tragedia, pero ya verás que el enorme temor que ahora tienes probablemente no se llegue a materializar nunca.”

“Gracias”, dijo Jill, “creo que más vale que me vaya a empacar”.

En el capítulo 3 nos ocuparemos de las conductas de salud y de los factores que significan riesgos de enfermedades. Lo esencial en este capítulo es la idea de que una buena salud está al alcance de todos a través de la práctica consciente de los hábitos de salud. Promoción de la salud significa ser consciente tanto de los hábitos de salud que conllevan un riesgo de enfermedad futura como de los riesgos ya existentes como la vulnerabilidad al cáncer de mama que tienen Jill y la profesora de biología. En las páginas siguientes nos ocuparemos de los hábitos de salud y de los factores de riesgo con objeto de modificarlos de manera adecuada, antes de que conduzcan al desarrollo de una enfermedad.

■ PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA VISIÓN GENERAL

La **promoción de la salud** es una filosofía que se centra en la idea de que la buena salud, o el bienestar, es un logro personal y colectivo. Para un individuo, esto significa el desarrollo, en los primeros años de su vida, de un programa de hábitos de buena salud a observar durante su adultez y vejez. Para los practicantes de la medicina, promoción de la salud significa enseñarles a las personas la mejor manera de lograr este estilo de vida sana y ayudar a la población **en riesgo** a un determinado problema de salud, a adquirir conductas que compensen o controlen esos riesgos. Para los psicólogos, promoción de la salud significa desarrollar intervenciones que ayuden a las personas a poner en práctica conductas saludables y modificar conductas inadecuadas. Para la comunidad y para los políticos, la promoción de la salud implica dar especial importancia a la buena salud, a la capacidad de información para ayudar a las personas a desarrollar y conservar estilos de vida sanos, y la disponibilidad de recursos, medidas e instalaciones que ayuden a las personas a modificar hábitos inadecuados de vida. Los medios de comunicación masiva pueden contribuir a la promoción de la salud informando a las personas acerca de los riesgos para la salud que implican determinadas conductas como el fumar o el consumo excesivo del alcohol. Las leyes pueden contribuir a la promoción de la salud haciendo obligatorias ciertas actividades como el uso de asientos de seguridad para niños y de cinturones de seguridad en los automóviles.

■ UNA INTRODUCCIÓN A LAS CONDUCTAS DE SALUD

Papel de los factores conductuales en enfermedades y trastornos

En los últimos 90 años, el patrón de distribución de las enfermedades en Estados Unidos ha cambiado sustancialmente. La prevalencia de trastornos infecciosos, la tuberculosis es un trastorno infeccioso crónico, la gripe, sarampión y poliomielitis han disminuido debido a las innovaciones en los tratamientos y a cambios en la salud pública. Las vacunas han disminuido la incidencia de este tipo de enfermedades, más que otro tipo de acciones.

Simultáneamente, se ha presentado un aumento de lo que se ha llamado trastornos “previsibles”, entre los que se encuentran el cáncer de pulmón, las enfermedades cardiovasculares, el abuso del alcohol y de otras sustancias y los accidentes automovilísticos (Matarazzo, 1982).

El papel de los factores conductuales en el desarrollo de estos trastornos es claro (ver tabla 3.1). Se estima que casi la mitad de las muertes en Estados Unidos se deben a con-

TABLA 3.1 | Factores de riesgo de las principales causas de muerte en Estados Unidos

Enfermedad	Factores de riesgo
Enfermedades cardíacas	Tabaquismo, colesterol, hipertensión arterial, inactividad física, obesidad, diabetes, estrés.
Cáncer	Tabaquismo, dietas no sanas, factores ambientales
Evento vascular cerebral	Hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, hipercolesterolemia, inactividad física, obesidad
Lesiones por accidente	En las calles y carreteras (cinturones de seguridad) y en la casa (caídas, intoxicaciones, fuego)
Enfermedades pulmonares crónicas	Tabaco, factores ambientales (contaminación, radón, asbestos)

Fuentes: American Cancer Society, 2004; American Health Association, 2004; Center for Disease Control and Prevention, 2004.

ductas evitables, siendo las tres principales: fumar, comer en exceso y beber. Esto se ha observado durante los últimos 10 años, y lo único que ha cambiado es que la obesidad y la falta de ejercicio están a punto de superar al tabaquismo como principales causas de muerte en Estados Unidos (Center for the Advancement of Health, abril 2004). Sólo las muertes por cáncer se podrían reducir en 50% con hacer, únicamente, que las personas redujeran el tabaquismo, comieran más frutas y verduras, mejoraran su actividad física y se sometieran oportunamente a estudios de gabinete como la mamografía y el ultrasonido para la detección de cáncer de mama o cáncer cervical (Center for the Advancement of Health, 2003, abril 29).

De manera que, modificaciones adecuadas de los hábitos de salud, pueden tener diversos efectos benéficos. El primero, es que disminuirá el número de muertes debidas a enfermedades relacionadas con el estilo de vida. El segundo es que se puede retrasar el momento de la muerte, aumentando con esto la longevidad individual y la expectativa de vida general de la población. Y el tercero y más importante, que la práctica de las buenas conductas de salud puede aumentar la cantidad de años en los que un individuo pueda disfrutar de una vida libre de los problemas que representa el padecer una enfermedad crónica. Por último, la adecuada modificación de las conductas de salud puede empezar a hacer mella en los más de 1.5 de trillones de dólares que se gastan anualmente para la salud y las enfermedades (Center for Medicare and Medicaid Services, 2004). En la tabla 3.2 se muestra el enorme gasto que se hace en el tratamiento de

TABLA 3.2 | Costo del tratamiento de algunas enfermedades previsibles

Enfermedad	Intervención evitable	Costo por paciente
Enfermedades del corazón	Cirugía para colocar un bypass	\$ 30000
Cáncer	Tratamiento de cáncer pulmonar	\$ 29000
Lesiones	Cuadriplejía, tratamiento y rehabilitación	\$ 570 000 (de por vida)
	Fractura de cadera, tratamiento y rehabilitación	\$ 40000
Déficit de peso al nacer	Tratamiento del síndrome de insuficiencia respiratoria	\$ 26500

Fuente: M. McGinnis, 1994.

algunas de los problemas crónicos más comunes que se enfrentan en Estados Unidos. Debido a evidencias como esta, las entidades encargadas de la atención a la salud han puesto su atención en la multitud de maneras por las que se puede mejorar la salud y prevenir la enfermedad (Center for the Advancement of Health, 2000c).

¿Qué son las conductas de salud?

Conductas de salud son conductas que adoptan las personas para mejorar o para conservar la salud. Las conductas inapropiadas de salud son importantes no sólo porque conllevan enfermedades, sino también porque fácilmente pueden convertirse en hábitos inadecuados de salud.

Un **hábito de salud** es una conducta de salud firmemente arraigada y que con frecuencia se realiza automáticamente. Estos hábitos, por lo general se desarrollan durante la infancia y empiezan a estabilizarse alrededor de los 11 o 12 años (R. Y. Cohen, Brownell y Felix, 1990). Usar el cinturón de seguridad, lavarse los dientes y tener una alimentación sana son algunos ejemplos de esta clase de conductas. Aunque, inicialmente, un hábito de salud puede haberse desarrollado por haber sido reforzado por determinados resultados, como la aprobación de los padres, con el tiempo se vuelve independiente de ese reforzamiento y persiste debido a los factores ambientales con los que usualmente está relacionado. Por esta razón un hábito de conducta puede ser extremadamente difícil de cambiar. Por tanto, es importante que a edad temprana se establezcan las buenas conductas de salud y se eliminen las malas.

Una ilustración dramática de la importancia de los buenos hábitos de salud para la conservación de una buena salud es el que proporciona un conocido estudio sobre los habitantes del condado de Alameda en California, realizado por Belloc y Breslow (1972). Estos científicos empezaron por definir siete hábitos de salud importantes:

- Dormir diariamente 7 u 8 horas.
- No fumar.
- Desayunar todos los días.

- No tomar más de una o dos bebidas alcohólicas por día.
- Hacer ejercicio con regularidad.
- No comer entre comidas.
- No tener más de 10% de sobrepeso.

Después les pidieron a casi 7 000 habitantes del condado que indicaran cuáles de esos siete hábitos practicaban. También se les pidió que indicaran cuántas enfermedades y qué enfermedades habían tenido, y con qué frecuencia habían estado enfermos (por ejemplo cuántos días habían faltado a su trabajo) en los últimos 6 a 12 meses. Los investigadores encontraron que entre más hábitos de buena salud habían observado estas personas, menos enfermedades habían tenido y mejor se habían sentido.

En un seguimiento de estos individuos que se hizo 9 a 12 años más tarde se encontró que las tasas de mortalidad eran dramáticamente menores entre las personas que practicaban los siete hábitos de salud. Concretamente, los hombres que seguían estas prácticas tuvieron una tasa de mortalidad de sólo 28% respecto del de los hombres que seguían de cero a tres de estas prácticas de salud y las mujeres que seguían los siete hábitos de salud, tenían una tasa de mortalidad de 43% respecto del de las mujeres que seguían de cero a tres de estas prácticas de salud (Breslow y Enstrom, 1980).

Prevención primaria La tarea de la **prevención primaria** es inculcar buenos hábitos de salud y modificar los malos. Esto significa tomar las medidas para combatir los factores de riesgo de enfermedades antes de que la enfermedad tenga la oportunidad de desarrollarse. Existen dos estrategias generales de prevención primaria. La primera y la más empleada ha sido emplear métodos para la modificación de la conducta con objeto de hacer que las personas modifiquen sus conductas problemáticas de salud. Un ejemplo de este método son los numerosos programas que se han desarrollado para ayudarles a las personas a bajar de peso. El segundo, y más reciente consiste en evitar, en primer lugar, que las personas desarrollen malos hábitos de salud. Un ejemplo de este método son los programas de prevención del tabaquismo que se emplean en adultos jóvenes, progra-

mas que consideraremos en el capítulo 5. De los dos tipos de prevención primaria, es claro que es preferible evitar que las personas desarrollen conductas problemáticas a ayudarlos a que dejen esas conductas una vez que se han implantado.

Práctica y modificación de las conductas de salud: una visión general

¿Quiénes practican los buenos hábitos de salud? ¿Cuáles son los factores que llevan a una persona a llevar una vida sana y a otra a poner en riesgo su salud?

Factores demográficos Las conductas de salud difieren de acuerdo a factores demográficos. Los más jóvenes, con más recursos económicos, con mejor educación, con menores niveles de estrés y con mayor apoyo social, tienen por lo general mejores hábitos de salud que las personas que están bajo alto nivel de estrés y con menos recursos, como los individuos de las clases sociales bajas (N. H. Gottlieb y Green, 1984).

Edad Las conductas de salud varían con la edad. Por lo general en la niñez, los hábitos de salud son buenos, se deterioran en la adolescencia y al comienzo de la adultez, pero mejoran nuevamente entre personas más grandes (H. Leventhal, Prohaska y Hirschman, 1985).

Valores Los valores tienen una gran influencia en la práctica de hábitos de salud. Por ejemplo, que las mujeres hagan ejercicio es algo deseable en algunas culturas, pero no en otras (Donovan, Jessor y Costa, 1991). Como consecuencia, el ejercicio que hacen las mujeres es muy diferente en esas culturas.

Control personal La idea de que la propia salud esté bajo el control personal determina también los hábitos de salud. Por ejemplo, la investigación sobre la escala del **locus de control de la salud** (K. A. Wallston y DeVellis, 1978), mide el grado en el que las personas sienten que tienen control de su propia salud, que otros que tienen el control de su propia salud o ven a la casualidad como el principal determinante de su propia salud. Aquellas personas que tienden a considerar la salud como algo bajo su control personal es más probable que pongan en práctica buenos hábitos de salud que aquellas que ven a su salud como consecuencia de factores que dependen de la casualidad.

Influencia social La influencia social afecta la práctica de los hábitos de la salud. Familia, amigos y compañeros de trabajo pueden influir en las conductas relacionadas con la salud; algunas veces en un sentido favorable y otras en un sentido adverso (Broman, 1993; Lau, Quadrel y Hatman, 1990). Por ejemplo, la presión de los compañeros en la ado-

lescencia, con frecuencia conduce al tabaquismo, pero en la adultez puede influir para que las personas dejen de fumar.

Objetivos personales Los hábitos de salud están íntimamente relacionados con los objetivos personales (R. Eiser y Gentle, 1988). Si la condición física y los logros atléticos son objetivos importantes, es más probable que la persona haga ejercicio con regularidad que si la condición física no es un objetivo personal.

Síntomas percibidos Algunos hábitos de salud son controlados por los síntomas observados. Por ejemplo, los fumadores pueden controlarse según sientan la garganta. Un fumador que se despierta con una tos de fumador y con ronquera puede, en ese momento, restringirse en el fumar al pensar que está en riesgo de tener problemas de salud.

Acceso al sistema de atención de la salud El acceso al sistema de atención a la salud puede también influir en la práctica de las conductas de salud. Ejemplos de conductas directamente relacionadas con los sistemas de atención a la salud son el uso de los programas de detección de tuberculosis, de exámenes de Papanicolaou, de mamografías y de vacunación para los niños contra enfermedades como la poliomielitis. Otras conductas, como el bajar de peso o el dejar de fumar pueden ser indirectamente favorecidas por los sistemas de atención a la salud ya que los médicos suelen ordenar el cambio a las personas acerca de sus estilos de vida.

Factores cognitivos Por último, la práctica de las conductas de salud está relacionadas a factores cognitivos, tales como la creencia de que ciertas conductas de salud son benéficas, o la idea de que uno puede estar expuesto a una determinada enfermedad si no pone en práctica una determinada conducta de salud.

Obstáculos para modificar las malas conductas de salud

La razón por la que es importante conocer los factores que determinan los hábitos de salud es que una vez que los malos hábitos se han arraigado, son muy difíciles de modificar. Los investigadores aún saben muy poco acerca de cuándo y cómo se desarrollan los malos hábitos de salud, así como de cuándo hay que intervenir para modificar estos hábitos de salud. Por ejemplo, los niños pequeños, por lo general, hacen suficiente ejercicio, pero a medida que van creciendo van adoptando una vida sedentaria. ¿Cómo y cuándo exactamente hay que intervenir para contrarrestar esta tendencia? El proceso se da de manera gradual y la disminución en la práctica del ejercicio se debe más a cambios en el entorno, como el ya no estar obligado a tomar la clase de educación física, que a la motivación para hacer ejercicio.

Además, las personas por lo general tienen pocos incentivos urgentes para observar las buenas conductas de salud. Los hábitos de salud se desarrollan en la infancia o en la adolescencia cuando la mayoría de las personas están sanas. El fumar, beber, la mala nutrición o la falta de ejercicio aparentemente no tienen ningún efecto en la salud y en el funcionamiento físico. El daño acumulativo que ocasionan estas conductas puede no percibirse por años y a pocos niños y adolescentes les preocupa cómo será su salud cuando tengan 40 o 50 años (R. J. Jonson, McCaul y Klein, 2002). Esto da por resultado que los malos hábitos puedan irrumpir.

Una vez que los malos hábitos se han arraigado, las personas no suelen estar muy motivadas para modificarlos. Los hábitos no sanos pueden ser placenteros, automáticos, adictivos y resistentes al cambio. Por estas razones, para muchas personas resulta muy difícil cambiar sus hábitos de salud debido a que sus malos hábitos les resultan placenteros. Los hábitos de salud están poco relacionados unos con otros. Conocer un hábito de salud no le permite a uno predecir otro con seguridad. La persona que hace ejercicio con regularidad no necesariamente usa el cinturón de seguridad y la persona que controla su peso puede seguir fumando. Instruir a las personas en un programa de buenos hábitos de salud puede resultar difícil y las conductas de salud deben atacarse una por una.

Inestabilidad de las conductas de salud Otra característica que contribuye a la dificultad para modificar los hábitos de salud es que éstos son inestables a lo largo del tiempo. Una persona puede dejar de fumar un año, pero volver a hacerlo en una época de mucho estrés. Alguien que hace una dieta puede bajar 20 kilos, sólo para volverlos a subir unos años después. ¿Por qué los hábitos de salud son inestables y relativamente independientes unos de otros?

Primero, los distintos hábitos de salud son controlados por factores distintos. Por ejemplo, el fumar puede estar relacionado con el estrés, mientras que hacer ejercicio puede depender de tener acceso a instalaciones deportivas. Segundo, una misma conducta de salud puede estar controlada por factores distintos en personas distintas. Así el comer demasiado puede tener razones “sociales” en una persona, puede ser que coma principalmente en presencia de otras personas. En cambio el exceso de peso en otra persona puede depender de los niveles de tensión, puede que coma demasiado sólo cuando está en situaciones de estrés.

Tercero, los factores que controlan una conducta de salud pueden cambiar durante la historia de esa conducta (H. Leventhal, 1985). Los factores que provocaron esa conducta pueden dejar de ser significativos y pueden desarrollarse nuevos factores que mantendrán esa conducta. Aunque la presión social del grupo de compañeros es importante para comenzar con el hábito de fumar, con el tiempo, el hábito

de fumar puede mantenerse porque reduce la ansiedad y la sensación de estrés. El grupo de compañeros en la adultez puede, en efecto, oponerse a que uno fume.

Cuarto, los factores que controlan una conducta de salud pueden variar durante la vida de una persona. En la niñez se hace ejercicio con regularidad porque forma parte de las actividades escolares, pero en la adultez este hábito automático debe practicarse de manera consciente.

Quinto y último, los patrones de la conducta de salud, el curso de su desarrollo y los factores que los modifican a lo largo de la vida variarán considerablemente entre los individuos (H. Leventhal *et al.*, 1985). Así un individuo puede haber empezado a fumar por razones sociales, pero continuar con ese hábito para controlar el estrés; el patrón inverso puede caracterizar el hábito de fumar de otro individuo.

Resumen En resumen, las conductas de salud son ocasionadas y sostenidas por distintos factores en personas distintas y estos factores varían durante la vida, así como durante el transcurso de la existencia de un hábito de salud. Por tanto, los hábitos de salud son muy difíciles de modificar. Esto da como resultado que las intervenciones en los hábitos de salud estén encaminadas principalmente a aquellos a quienes más se puede ayudar, es decir a los jóvenes.

Intervenir con niños y adolescentes

Socialización Los hábitos de salud se ven fuertemente afectados por la **socialización** a temprana edad, especialmente por la influencia de los padres como modelo (Hops, Duncan, Duncan y Stoolmiller, 1996). Los padres inculcan (o no) en sus hijos ciertos hábitos que se vuelven automáticos, como usar el cinturón de seguridad, cepillarse los dientes con regularidad y desayunar diariamente. Sin embargo en algunas familias a los niños no se les enseña ni siquiera estos hábitos básicos y aún en familias en las que conscientemente se trata de enseñarles a los niños buenos hábitos de salud puede haber fallas. Además, cuando los niños pasan a la adolescencia, algunas veces se pierden o ignoran la educación que recibieron de sus padres, debido a que con frecuencia no notan los efectos en su salud o en su funcionamiento físico. Asimismo, los adolescentes son susceptibles a una serie de conductas de salud problemáticas entre las que se encuentran consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, uso de drogas y riesgos sexuales, especialmente si no son estrechamente supervisados por sus padres y si sus compañeros practican estas conductas (Andrew, Tildesley, Hops y Li, 2002). Los adolescentes parecen no poder darse cuenta totalmente de los riesgos que corren con la práctica de hábitos erróneos como el fumar o el beber (R. J. Jonson *et al.*, 2002). Por tanto, las intervenciones en niños y adolescentes tienen una gran importancia.

Las bases para la promoción de la salud se desarrollan en la infancia, cuando se les enseña a los niños a observar las buenas conductas de salud.



Aprovechar el momento propicio para la enseñanza Las contribuciones para la promoción de la salud aprovechan las oportunidades educativas para evitar el desarrollo de malos hábitos de salud. El concepto de **momento propicio para la enseñanza** se refiere al hecho de que ciertos momentos son más propicios que otros para la enseñanza determinadas prácticas de salud.

Muchos momentos propicios para la enseñanza se presentan en la infancia. Los padres tienen la oportunidad de enseñarles a sus hijos conductas básicas de seguridad, como ponerse el cinturón de seguridad en el coche o ver a ambos lados antes de cruzar una calle, y hábitos básicos de salud, como beber en las comidas leche y no refresco (L. Peterson y Sodana, 1996).

Otros momentos propicios para la enseñanza se encuentran dentro del sistema de atención a la salud. Por ejemplo, en Estados Unidos muchos niños están protegidos por el programa de bebé sano (en México las instituciones de salud trabajan en la atención del niño sano). Los pediatras aprovechan esta oportunidad para enseñarles a los motivados nuevos padres lo básico sobre prevención de accidentes y seguridad en el hogar. Los dentistas aprovechan la primera visita de los niños para explicarles tanto a los padres como a ellos la importancia de un correcto cepillado. Muchas escuelas piden un examen médico al comienzo del año escolar o por lo menos una visita anual al médico. Esto garantiza que tanto padres como niños tengan contacto frecuente con el sistema de atención a la salud, de manera que se les pueda informar de hábitos de salud como el control de peso o la prevención de accidentes. Estas visitas garantizan también que los niños reciban las vacunas básicas.

¿Pero qué pueden realmente aprender los niños acerca de los hábitos de salud? Sin duda, los niños muy pequeños

tienen limitaciones cognitivas que les impiden comprender completamente el concepto de promoción de la salud, sin embargo los programas de intervención en niños indican claramente que ellos pueden desarrollar una responsabilidad personal por algunos aspectos de su salud. Conductas tales como preferir comida sana, lavarse los dientes con regularidad, usar asientos para coches y cinturones de seguridad, hacer ejercicio, tener cuidado al cruzar las calles y comportarse de manera apropiada en situaciones de emergencia real o simulada (como simulacros de terremotos) pueden ser perfectamente comprendidas por niños de hasta 3 o 4 años, siempre que las conductas se les expliquen en términos concretos y las consecuencias de las acciones sean claras (Maddux, Roberts, Sledden y Wright, 1986).

Los momentos propicios para la enseñanza no se reducen sólo a la niñez o a la adolescencia. El embarazo representa un momento propicio para la enseñanza de varios hábitos de salud, especialmente hábitos como dejar de fumar o mejorar la alimentación (Center for Advancement of Health, octubre 2002; Levitsky, 2004). Adultos a los que se les acaba de diagnosticar enfermedad coronaria también pueden estar especialmente motivados para modificar sus hábitos de salud como el tabaquismo y la dieta debido a la ansiedad que el diagnóstico reciente les ha causado.

Reconocer un momento propicio para la enseñanza, es decir, el momento crucial en el que la persona está dispuesta a modificar una conducta de salud, es de gran importancia en la prevención primaria.

Cerrar la ventana de vulnerabilidad La época de la escuela secundaria parece ser un momento especialmente importante para el desarrollo de varios hábitos relacionados con la salud. Por ejemplo, elección de alimentos, tentempiés



La adolescencia es una ventana de vulnerabilidad para muchos malos hábitos de salud. Por tanto, intervenir para evitar que se desarrollen hábitos de salud es muy importante en niños que están terminando la primaria y empezando la secundaria.

entre comidas y dietas empiezan a cristalizar más o menos en esta época (R. Y. Cohen *et al.*, 1990). Existe también una **ventana de vulnerabilidad** para el tabaquismo y el consumo de drogas que se da en la escuela secundaria cuando encuentran por primera vez con estos hábitos entre sus compañeros o hermanos (D'Amico y Fromme, 1997). Como veremos, las intervenciones a través de la escuela pueden ayudar a los estudiantes a evitar las tentaciones que los llevan a estas conductas que ponen en peligro su salud.

Las conductas de salud del adolescente influyen en la salud del adulto Una última razón para intervenir en los niños y adolescentes en la modificación de los hábitos de salud es que, cada vez más, las investigaciones nos muestran que las precauciones tomadas en la adolescencia pueden ser mejores predictores de las enfermedades después de los 45 años que las conductas de salud del adulto. Esto significa que los hábitos de salud de las personas cuando son jóvenes o cuando están en la universidad bien pueden determinar las enfermedades crónicas que padecen o de las que finalmente mueren cuando son adultos.

Para algunos adultos que deciden cambiar su estilo de vida, puede ser ya demasiado tarde. Las investigaciones actuales sugieren que este es el caso cuando se trata de la exposición al sol y del cáncer de piel, así como del consumo de calcio para prevenir la osteoporosis. La dieta, especialmente la ingesta de grasa en la dieta y el consumo de proteínas en la adolescencia, pueden también predecir el cáncer en el adulto. Por consiguiente, a pesar de la sensación de invulnerabilidad que experimentan muchos adolescentes, la adolescencia puede ser una etapa altamente vulnerable a diversas

conductas inadecuadas de salud que pueden significar causa de problemas futuros en la adultez.

Intervenciones en poblaciones de riesgo

“Soy una bomba de tiempo andante.”

—UNA MUJER DE 37 AÑOS EN RIESGO DE PADECER CÁNCER DE MAMA

Los niños y los adolescentes son dos poblaciones vulnerables hacia las que las contribuciones de promoción de la salud están fuertemente encaminadas. Otro grupo vulnerable es el constituido por las personas que están en riesgo de tener un determinado problema de salud. Por ejemplo, un pediatra puede trabajar con padres obesos para controlar la dieta de sus hijos con la esperanza de poder evitar la obesidad en los niños. Si los cambios en la alimentación tiene, además, como consecuencia que los padres bajen de peso, pues mucho mejor. Las hijas de madres que han padecido cáncer de mama constituyen una población vulnerable que debe vigilarse a sí misma, para detectar cualquier cambio en el tejido mamario, y someterse con regularidad a una mamografía. A medida que las bases genéticas de algunos trastornos se vuelven más claras, es más probable que las contribuciones para la promoción de la salud en las poblaciones de riesgo vayan asumiendo una importancia mayor.

Ventajas de enfocarse a las poblaciones de riesgo Trabajar con las personas que tienen riesgo de sufrir trastornos de salud ofrece varias ventajas. La identificación oportuna de estas personas puede evitar o eliminar los

malos hábitos de salud que pueden exacerbar la vulnerabilidad. Por ejemplo, ayudar a los hombres que tienen riesgo de padecer enfermedades cardíacas a evitar fumar o a dejarlo totalmente, puede evitar una enfermedad crónica debilitante (Schieken, 1988). Aun en el caso de que no se cuente con ninguna intervención para reducir el riesgo, el saber que existe el riesgo puede proporcionarles a las personas la información necesaria para estar vigilantes de su situación. (Swaveley, Silverman y Falek, 1987). Un ejemplo de tales grupos son las mujeres que tienen el riesgo de padecer cáncer de mama.

Trabajar con las poblaciones de riesgo representa un uso eficiente y efectivo de los recursos económicos para la promoción de la salud. Si un factor de riesgo tiene consecuencias sólo para una persona, no hay razón para implementar una intervención de salud para todos. Lo que sí tiene sentido es identificar a las personas para las que el factor de riesgo es relevante.

Por último, concentrarse en las poblaciones de riesgo facilita la identificación de otros factores de riesgo que pueden interactuar con el factor de que se trate y producir un resultado indeseable. Por ejemplo no todo el que tiene hipertensión en su historia familiar, padecerá hipertensión. Pero centrándose en esas personas que están en riesgo, se pueden identificar otros factores que pueden contribuir a su desarrollo.

Problemas de centrarse en el riesgo Sin embargo, es claro que existen dificultades para trabajar con las poblaciones de riesgo. Las personas no siempre perciben sus riesgos correctamente (Rothman y Salovey, 1997). En general, la mayoría de las personas tienen un optimismo poco realista acerca de su vulnerabilidad a los riesgos de salud (N. D. Weinstein y Klein, 1995). Las personas tienden a ver sus malos hábitos de salud como algo muy usual, pero sus conductas sanas como algo muy peculiar. Por ejemplo, los fumadores sobreestiman el número de fumadores. Cuando las personas perciben que otros también participan de las mismas prácticas poco saludables, parece percibir un menor riesgo para su salud (Suls, Wan y Sanders, 1988).

Algunas veces el resultar positivos a un determinado factor de riesgo, conduce a las personas a una innecesaria sobrevigilancia y a una conducta restrictiva. Por ejemplo las mujeres que tienen el riesgo genético de padecer cáncer de mama parecen ser fisiológicamente más reactivas a acontecimientos estresantes, aumentando con esto la posibilidad de que el estrés crónico relacionado con este riesgo de cáncer familiar pueda tener consecuencias por sí mismo a través de cambios en la reactividad fisiológica (Valdimarsdottir *et al.*, 2002). También ocurre que las personas se pongan a la defensiva y minimicen la importancia de su factor de riesgo y eludan así el empleo de los servicios apropiados o la super-

visión de su situación (por ejemplo, Brewer, Weinstein, Cuite y Herrington, 2004). El proporcionarles a las personas una retroalimentación acerca de su susceptibilidad genética a un trastorno como por ejemplo al cáncer de pulmón puede tener fuertes e inmediatos efectos sobre las conductas relevantes, en este caso en hacer que fumen menos (Lerman *et al.*, 1997). Hasta ahora no se han identificado completamente las condiciones bajo las cuales se presentan estas dos respuestas.

Cuestiones éticas En el trabajo con las poblaciones de riesgo existen importantes cuestiones éticas. ¿Hasta qué punto es adecuado alarmar a las personas en riesgo si su riesgo personal puede ser pequeño? Entre la población en riesgo a un determinado trastorno, sólo un cierto porcentaje tendrá el problema y, en muchos casos, sólo muchos años más tarde. Por ejemplo, ¿deben las hijas adolescentes de pacientes con cáncer de mama ser alertadas y alarmadas sobre este riesgo en un momento en el que ellas están tratando de salir adelante con su emergente sexualidad y con sus necesidades de autoestima? Se pueden ocasionar trastornos psicológicos por querer instaurar conductas de reducción de riesgos (Croyle *et al.*, 1997).

Algunas personas, como aquellas con predisposición a la depresión, pueden reaccionar de una manera especialmente mala ante la perspectiva o ante los resultados de pruebas genéticas para trastornos de la salud (S. W. Vernon *et al.*, 1997). Estos efectos pueden presentarse principalmente después de haber obtenido un resultado positivo para un factor de riesgo y pueden no ser a largo plazo (Lerman *et al.*, 1996; Marteau, Dundas y Axworthy, 1997; Tibben, Timman, Bannick y Duivenvoorden, 1997). En muchos casos no existe una intervención adecuada para factores de riesgo de origen genético y en otros la intervención puede no funcionar (A. Baum, Friedman y Zakowsky, 1997; Codori, Slavney, Young, Miglioretti y Brandt, 1997; M. D. Schwartz, Lerman, Millar, Daly y Masny, 1995). Por ejemplo, identificar a los chicos que tienen el riesgo de padecer enfermedad coronaria y enseñarles a manejar el estrés de manera eficaz puede no ser un método efectivo para modificar su situación de riesgo.

Para otros trastornos, puede que no se sepa cuál puede ser una intervención efectiva. Por ejemplo, ahora se cree que el alcoholismo tiene un componente genético, sobre todo en hombres, pero no está claro cuándo y cómo se debe intervenir con los hijos de los adultos alcohólicos.

Por último, hacer hincapié en los riesgos que son hereditarios puede hacer que surjan complicados problemas en las dinámicas familiares, poniendo potencialmente a padres e hijos unos contra otros y planteando el problema de quién es el culpable de ese riesgo (S. E. Taylor, Lichtman y Word, 1984a; Wellisch, Gritz, Schain, Wang y Siau, 1991). Intervenir en las poblaciones de riesgo es aún un tema controvertido.

La promoción de la salud y los adultos mayores

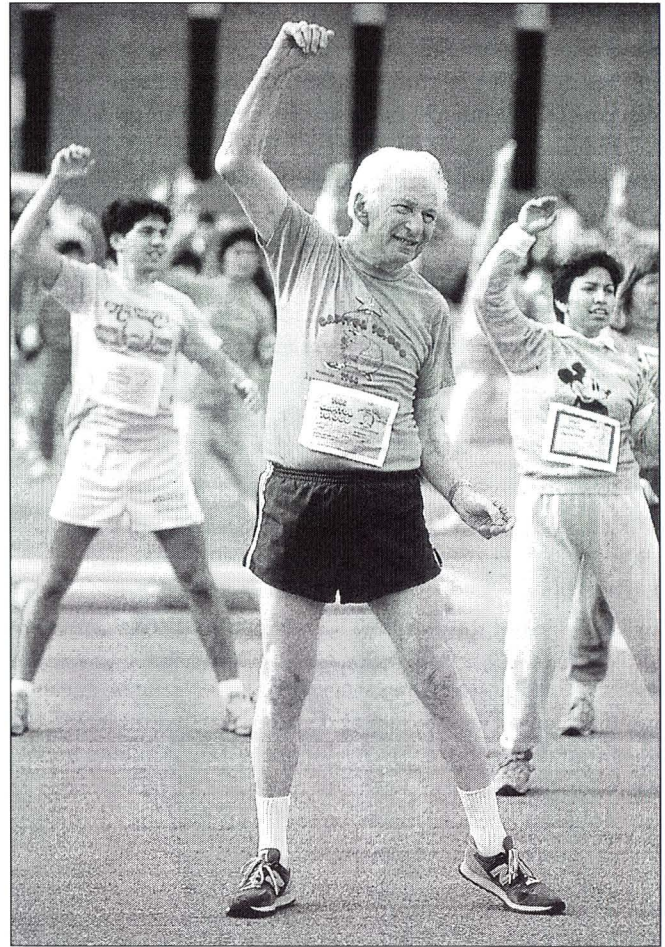
Frank Ford tiene 91 años y empieza su día con un vigoroso paseo. Después de un ligero desayuno de jugo de naranja y pan integral tostado, trabaja en su jardín una o dos horas. Más tarde se encuentra con un par de amigos para comer y si los logra convencer se van a pescar las primeras horas de la tarde. Leer el periódico y tener siempre un buen libro para leer lo mantiene mentalmente activo. Cuando se le pregunta cómo le hace para mantener un ritmo tan ocupado, Frank contesta “ejercicio, amigos y actividad mental” son la clave de su larga y sana vida.

El estilo de vida de Frank es precisamente el adecuado. Recientemente uno de los principales objetivos de las contribuciones a la promoción de la salud han sido los adultos mayores. En una época, se creyó que tales contribuciones a la promoción de la salud serían un desperdicio y se limitó el énfasis en ellas. Sin embargo, los políticos ahora reconocen que una población de adultos mayores sanos es esencial para el control de los gastos en atención a la salud y para garantizar que los recursos del país puedan sostener a la creciente población de adultos mayores que se producirá en las próximas décadas (Maddox y Clark, 1992; Schaie, Blazer y House, 1992).

Las contribuciones para la promoción de la salud en los adultos mayores se han centrado en ciertas conductas: tener una dieta sana y equilibrada; hacer ejercicio con regularidad; tomar medidas para reducir los accidentes; controlar el consumo de alcohol, eliminar el cigarro, reducir el uso inapropiado de medicamentos y hacerse vacunar contra la influenza (*Facts of Life*; octubre 2002; Kahana *et al.*, 2002; Nichol *et al.*, 2003).

El ejercicio es una de las conductas de salud más importantes porque el ejercicio ayuda a mantener a las personas con movilidad y capaces de cuidar de ellos mismos. El sólo mantenerse activos tiene ya beneficios para la salud. Participar en actividades sociales, realizar actividades y contribuir en otras actividades normales que probablemente tiene poco efecto en la condición física general, reducen sin embargo el riesgo de mortalidad, quizás porque proporcionan apoyo social o una sensación general de autoeficacia (T. A. Glass, deLeon, Marottoli y Berkman, 1999). Entre los muy viejos, el ejercicio es especialmente benéfico a largo plazo, debido esencialmente a que aumenta la posibilidad de que el adulto mayor pueda seguir realizando sus actividades normales de la vida diaria (Kahana *et al.*, 2002).

Controlar el consumo de alcohol es también un objetivo importante entre los adultos mayores para conservar la buena salud. Algunas personas mayores desarrollan problemas de alcoholismo como respuesta a cuestiones relacionadas con la edad como la jubilación o la soledad (Brennan & Moos, 1995). Otros quieren mantener los hábitos de frecuencia que tuvieron toda la vida, lo que resulta más ries-



Entre los adultos mayores, los hábitos de salud son determinantes importantes de si el individuo tendrá una vejez vigorosa o enfermedad

goso a edad avanzada. Por ejemplo, cambios metabólicos relacionados con la edad pueden reducir su capacidad de consumir alcohol. Además, muchos adultos mayores están bajo medicación y esto puede interactuar de manera peligrosa con el alcohol. El consumo de alcohol aumenta el riesgo de accidentes, lo que junto con osteoporosis puede ocasionar fracturas, las cuales limitan la movilidad y crean subsiguientes problemas de salud (Sheahan *et al.*, 1995). Entre los adultos mayores, conducir en estado de ebriedad representa un problema, dado que la ya deteriorada capacidad para manejar puede verse aún más deteriorada por el alcohol. Los adultos mayores tienen también el riesgo de la depresión, que también pone en peligro los hábitos de salud conduciendo a un acelerado deterioro físico. De manera que atender a la depresión que por lo general se considera como un problema de salud mental, puede también tener efectos en la salud física (Wrosch, Schulz y Keckhausen, 2002).

La vacunación contra la influenza es importante por varias razones. Primero, la influenza (gripa) es la principal causa de muerte entre los adultos mayores. Además, aumenta el riesgo de una enfermedad cardíaca o de un evento vascular cere-

bral debido a que exacerba otros trastornos que puede tener un adulto mayor (Nichol *et al.*, 2003). Hay que encontrar formas de que cada otoño los adultos mayores sean vacunados contra la influenza es un asunto de gran importancia.

El hincapié que se hace en los hábitos de salud de las personas mayores está justificado. A los 80 años, los hábitos de salud son los que determinan principalmente si un individuo tendrá una vejez vigorosa o enfermiza (Mc Clearn *et al.*, 1997). Además, las evidencias presentes sugieren que los cambios en los hábitos de salud están funcionando. La salud de nuestra población de adultos mayores está floreciendo.

Diferencias de género y étnicas en los hábitos y riesgos de la salud

En la vulnerabilidad frente a riesgos particulares de salud existen diferencias étnicas y de género. Los programas de promoción de la salud deben tomar en cuenta estas diferencias. Las mujeres negras y las mujeres de origen latino practican menos ejercicio que las mujeres de origen europeo y son un poco más propensas a engordar. Sin embargo, en lo que respecta a fumar, las mujeres negras y las de origen europeo están en mayor riesgo que las de origen latinoamericano. El consumo de alcohol es un problema sustancialmente mayor entre los hombres que entre las mujeres y el tabaquismo es un problema ligeramente mayor entre los hombres de origen blanco que entre los otros grupos.

Los programas de promoción de la salud para grupos étnicos también deben tomar en cuenta los factores de riesgo que se presentan en conjunto. Los efectos combinados de estatus socioeconómico bajo y predisposición biológica a determinadas enfermedades colocan a ciertos grupos en una situación de riesgo sustancialmente mayor. Algunos ejemplos son la diabetes entre las personas de origen latinoamericano y la hipertensión arterial entre los negros, temas que consideraremos más detalladamente en el capítulo 14.

■ MODIFICACIÓN DE LOS HáBITOS DE SALUD

“Un hábito es un hábito, y no puede ser arrojado por la ventana por hombre alguno, sino persuadido a bajar las escaleras peldaño por peldaño.”

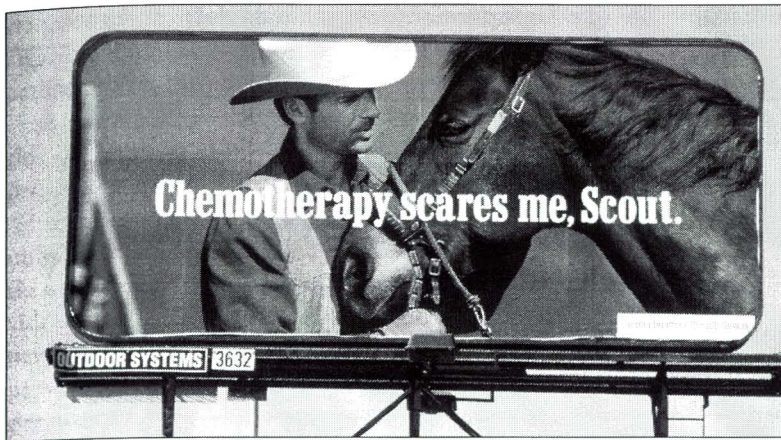
—MARK TWAIN

En lo que resta de este capítulo se verá la tecnología para cambiar los malos hábitos de salud. Primero, veremos los métodos actitudinales para la modificación de la conducta de salud, métodos que suponen que si a las personas se les proporciona la información adecuada sobre las consecuencias de sus malos hábitos de salud, éstas estarán dispuestas a cambiarlos en un sentido positivo. Como se verá, las campañas encaminadas a un cambio de actitud pueden provocar el deseo de modificar la conducta pero no logran enseñarles a las personas cómo hacerlo.

Cambio de actitud y conducta de salud

Campañas educativas Las campañas educativas parten de la suposición de que las personas cambian sus hábitos de salud cuando disponen de la información adecuada. La investigación nos ha proporcionado las siguientes recomendaciones acerca de las mejores maneras para persuadir a las personas a través de campañas educativas.

1. Las comunicaciones deben ser coloridas y vívida y no saturadas de datos estadísticos y lenguaje especializado. Si es posible, se deben usar también historias de casos (S. E. Taylor y Thompson, 1982). Por ejemplo, una vívida reseña de los beneficios para la salud del ejercicio frecuente junto con la historia del caso de alguien que empezó a andar en bicicleta después de un infarto, puede persuadir a alguien que tenga el riesgo de padecer enfermedades cardíacas.
2. El comunicador debe ser una persona especializada, de prestigio, confiable, agradable y afín a la audiencia (W. J. McGuire, 1964). Por ejemplo un mensaje de salud será más convincente si proviene de un médico respetable y reconocido y no del defensor de la tendencia de moda del momento en salud.
3. Los argumentos fuertes deben presentarse al comienzo y al final del mensaje y no escondidos en medio.
4. El mensaje debe ser corto, claro y directo.
5. El mensaje debe presentar las conclusiones de manera explícita. Por ejemplo, una comunicación que resalte las ventajas de una dieta baja en colesterol deberá concluir explícitamente que el lector debe cambiar su dieta a una dieta baja en colesterol.
6. Mensajes exagerados producen más cambios de actitud, pero sólo hasta cierto grado. Mensajes muy exagerados son ignorados. Por ejemplo, un mensaje que aconseje a las personas hacer ejercicio por lo menos media hora 3 veces a la semana será más efectivo que uno que recomienda varias horas de ejercicio al día.
7. Cuando se trata de conductas para la detección de enfermedades (como hacerse pruebas para la detección de VIH o mamografías) hacer hincapié en los problemas que pueden presentarse si no se detectan será lo más efectivo (por ejemplo, Banks *et al.*, 1995; Kalichman y Coley, 1996). Cuando se trata de conductas para la promoción de la salud (como el uso de bronceadores con filtro solar), hacer hincapié en los beneficios a obtenerse puede ser más efectivo (Rothman y Salovey, 1997).
8. Si la audiencia es receptiva a la modificación de un hábito de salud, entonces la comunicación debe presentar sólo puntos favorables, pero si la audiencia no parece muy dispuesta a aceptar el mensaje, la comunicación debe analizar los dos lados del problema. Por ejemplo, mensajes para fumadores decididos a dejar de fumar, deberán



Las campañas de miedo suelen alertar a las personas respecto a un problema de salud, pero no necesariamente hacen que se modifique su conducta.

hacer hincapié en los riesgos que el fumar tiene para la salud.

A los fumadores que aún no están decididos a dejar de fumar se les puede convencer más fácilmente mediante una comunicación en la que se les indique los riesgos que conlleva el fumar, reconociendo y refutando sus efectos placenteros.

Proporcionar información no garantiza que las personas la capten de manera exacta. A veces, cuando las personas reciben información negativa acerca de riesgos para su salud, procesan esa información a la defensiva (Millar y Millar, 1996). En lugar de hacer las modificaciones adecuadas en su conducta de salud, la persona puede considerar el problema como menos serio o más común de lo que previamente creía (por ejemplo, Croyle *et al.*, 1993), especialmente si piensa continuar con esa conducta (Gerrard, Gibbons, Benthin y Hessling, 1996). Los fumadores, por ejemplo, saben que corren un riesgo mucho mayor de padecer cáncer de pulmón que los no fumadores, pero ven el cáncer de pulmón como menos probable y problemático y el fumar como más común de lo que ven los no fumadores.

Campañas de miedo A estos problemas se debe en parte que los métodos actitudinales para la modificación de hábitos de salud hagan uso con frecuencia de las **campañas de miedo**. Este método supone que si las personas temen que un hábito determinado dañe su salud, modificarán esa conducta para reducir su miedo. El sentido común sugiere que la relación entre temor y cambio de conducta debe ser directa: entre más miedo tiene un individuo, más probable es que modifique su conducta. Sin embargo, las investigaciones han demostrado que esto no siempre es así (H. Leventhal, 1970).

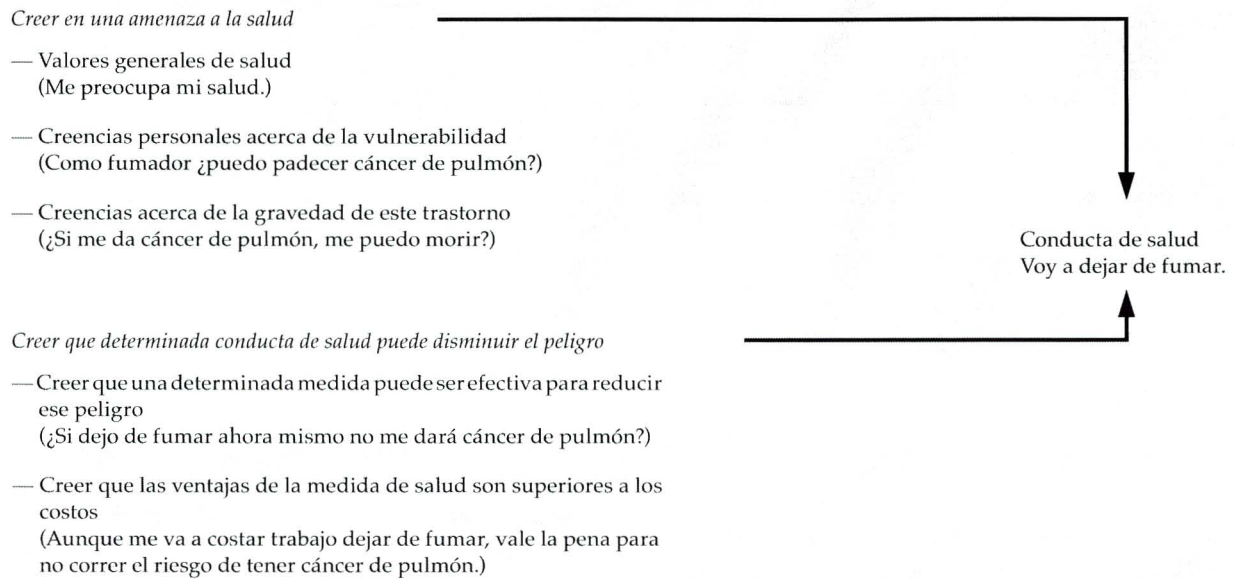
Mensajes persuasivos que producen demasiado miedo pueden socavar los cambios de la conducta de salud (Becker y Hanz, 1987). Además, las investigaciones indican que el solo miedo puede no ser suficiente para modificar una conducta. Algunas veces el temor puede tener efecto en la inten-

ción de modificar los hábitos de salud (por ejemplo, Sutton y Eiser, 1984), pero puede que no produzca cambios duraderos en los hábitos de salud, a menos que se presente junto con recomendaciones de qué hacer o con información acerca de la eficacia de la conducta de salud (Self y Roger, 1990).

Redacción de un mensaje Todo mensaje de salud puede redactarse en términos positivos o negativos. Por ejemplo, un recordatorio para hacerse vacunar contra la influenza puede hacer hincapié en las ventajas de vacunarse o, también, en las molestias de la gripa (McCaul, Jonson y Rothman, 2002). ¿Cuál de estos métodos es más acertado? Los mensajes que hacen hincapié en los problemas potenciales parecen dar mejores resultados cuando se trata de conductas que tienen resultados inciertos, mientras que los mensajes que hacen hincapié en las ventajas parecen más convincentes cuando se trata de conductas que tienen resultados definidos (Apanovitchm McCarthy y Salovey, 2003). Como en el caso de las campañas de miedo, recomendaciones de qué es exactamente lo que hay que hacer aumentan la efectividad (McCaul *et al.*, 2002).

Los psicólogos de la salud han desarrollado ahora métodos que integran factores educativos y motivadores dentro de modelos más generales para la modificación de las conductas de salud (ver Sturges y Rogers, 1996; N. D. Weinstein, 1993).

Modelo de creencias sobre la salud Una de las teorías actitudinales más importantes sobre las causas por las que las personas practican los hábitos de salud es el **modelo de creencias sobre la salud** (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1966). Este modelo establece que el que una persona siga una determinada conducta de salud se puede entender conociendo dos factores: si la persona percibe o no un peligro para su salud y si la persona cree o no que una determinada conducta de salud puede ser efectiva para reducir ese peligro.

FIGURA 3.1 | El modelo de creencias sobre la salud aplicado al comportamiento de salud de dejar de fumar

Percepción de la amenaza a la salud La percepción de un peligro para la salud personal depende por lo menos de tres factores: los valores generales de salud, los cuales comprenden el interés y la preocupación por la salud; creencias propias acerca de la vulnerabilidad personal a un trastorno particular, y creencias acerca de las consecuencias de ese trastorno, tales como si son o no serias. Así, por ejemplo, las personas pueden modificar su dieta procurando el consumo de alimentos bajos en colesterol si valoran la salud, si se sienten amenazados por la posibilidad de tener enfermedades cardíacas y si piensan que el peligro de tener enfermedades cardíacas es serio.

Reducción de la amenaza percibida El que una persona crea o no que una medida de salud reducirá la amenaza tiene a su vez dos componentes: si el individuo piensa o no que una práctica de salud resultará efectiva y si el costo de realizar esa medida es mayor que los beneficios que obtendrá con ella (Rosentock, 1974). Por ejemplo, un hombre que se siente vulnerable a un infarto miocárdico y está pensando en modificar su dieta puede pensar que la sola modificación de la dieta no reducirá el riesgo de sufrir un infarto y que esta modificación de su dieta le interferirá demasiado con el disfrute de la vida como para justificar esa modificación. De esta manera, aunque su creencia en su vulnerabilidad a un infarto es grande, si no confía en que un cambio en la dieta reducirá este riesgo, probablemente no haga ninguna modificación. En la figura 3.1 se presenta

un diagrama del modelo de creencias sobre la salud aplicado al tabaquismo.

Sustento de la teoría del modelo de creencias sobre la salud El modelo de creencias sobre la salud explica bastante bien la práctica de los hábitos de salud de las personas. Por ejemplo, predice el cuidado preventivo de los dientes (Ronis, 1992), el autoexamen de mama (Champion, 1990), el hacer dieta contra la obesidad (Uzark, Becker, Diezman y Rochini, 1987), las conductas relacionadas con el riesgo del SIDA (Aspinwall, Kemeny, Taylor, schneider & Dudley, 1991), la participación en una amplia serie de programas de exploración médica (Becker, Kaback, Rosenstock y Ruth, 1975) y las intenciones de fumar y beber entre los adolescentes (Goldberg, Halpern-Felsher y Mills-tein, 2002). Por lo general, las creencias sobre la salud son determinantes modestos de las intenciones de tomar estas medidas de salud.

Modificación de las conductas de salud empleando el modelo de creencias sobre la salud El modelo de creencias sobre la salud predice también algunas de las circunstancias bajo las cuales las personas modificarán sus conductas de salud. Un buen ejemplo es el caso de uno de mis alumnos en un curso de psicología hace unos años. Este estudiante (llamémoslo Bob) era la única persona que fumaba en esa clase, y los demás estudiantes de la clase lo presionaban para que dejara de fumar. Él conocía bien los

riesgos que tiene para la salud el fumar. Aunque sabía que el cigarro contribuye al cáncer de pulmón y a las enfermedades cardíacas, creía que se trataba de una relación débil.

Además como tenía muy buena salud y practicaba varios deportes, su sensación de vulnerabilidad era bastante pequeña.

En unas vacaciones, Bob se fue a casa para una gran reunión familiar y para su asombro se encontró con que su tío más querido, que fumaba como chimenea desde toda la vida, tenía cáncer de pulmón y que viviría sólo unos meses más. De repente, la salud se convirtió un valor importante para Bob, debido a que esto tocaba a su propia familia. La percepción de Bob respecto a su susceptibilidad a la enfermedad cambió, tanto porque un miembro de su propia familia había sido atacado como porque la relación entre el fumar y el cáncer le había sido ilustrada gráficamente. También la percepción de Bob respecto a dejar de fumar cambió. Llegó a la conclusión de que dejar de fumar sería suficiente para alejar el peligro de la enfermedad y que el costo de dejar de fumar no era tan grande como había pensado. Cuando Bob regresó de las vacaciones ya había dejado de fumar.

Las intervenciones que se valen del modelo de creencias sobre la salud, por lo general han sostenido sus predicciones. Acentuar la vulnerabilidad percibida y aumentar simultáneamente la percepción de que una determinada conducta de salud puede reducir el riesgo han tenido cierto éxito en la modificación de una conducta, ya sea que se trate de fumar (J. R. Eiser, van der Olight, Raw y Sutton, 1985), de una conducta dental preventiva (Ronis, 1992), o de medidas para la prevención de la osteoporosis (Kohn y Rogers, 1991), por ejemplo. Sin embargo, el modelo de creencias sobre la salud deja fuera un importante componente de la modificación de una conducta de salud: la percepción de que uno será capaz de llevar a cabo esa conducta de salud.

Autoeficacia y conductas de salud Un determinante importante de la práctica de las conductas de salud es el sentido de **autoeficacia**: la creencia de que uno mismo puede controlar su conducta uno mismo puede controlar su conducta (Bandura, 1991; D. A. Murphy *et al.*, 2001). Por ejemplo, los fumadores que creen que no son capaces de dejar ese hábito probablemente no tratarán de dejar de fumar, por mucho que piensen que fumar es un riesgo y que sería bueno dejar de fumar. La autoeficacia afecta conductas de salud tan diversas como abstenerse de fumar (Prohaska y DiClemente, 1984b), vigilar el peso (Strecher, DeVellis, Becker y Rosenstock, 1986), usar condón (Wulfert y Wan, 1993), hacer ejercicio (B. H. Marcus y Owen, 1992; Mc Auley y Courneya, 1992), modificar la dieta (Schwartzter y Renner, 2000) y una gran variedad de conductas de salud entre los adultos mayores (Grenbowski *et al.*, 1993). Normalmente, las investigaciones han encontrado una fuerte relación entre las percepciones de autoeficacia y el cambio

de conducta de salud inicial y la persistencia de ese cambio de conducta a largo plazo

Resumen Para resumir, podemos decir que el que una persona observe una conducta de salud determinada depende de varias creencias y actitudes: la magnitud del peligro para su salud, el grado en el que esa persona se siente vulnerable a ese peligro, el grado en el que la persona cree que puede dar la respuesta adecuada para reducir ese peligro (autoeficacia y el grado en el que la medida de salud recomendada es efectiva, deseable y fácil de realizar.

La teoría de la conducta planeada

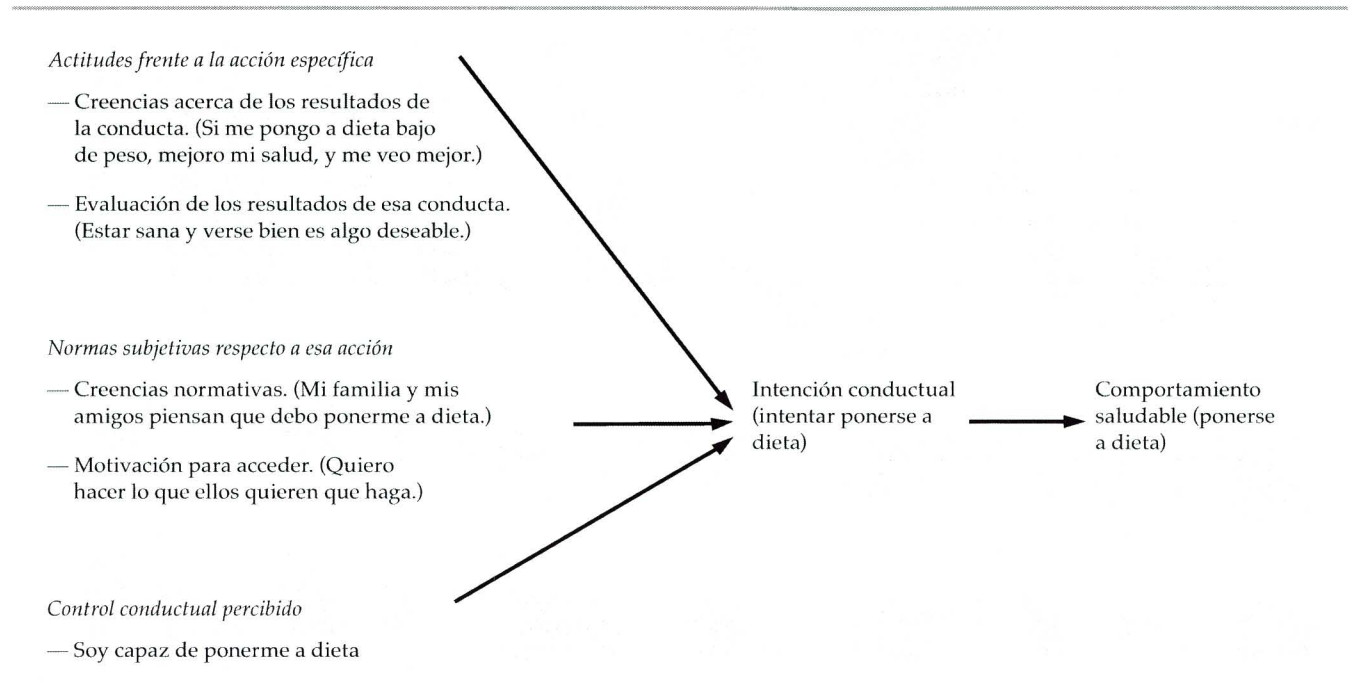
Aunque las creencias sobre la salud ya han avanzado para ayudarnos a comprender cuándo cambiarán las personas sus hábitos de salud, los psicólogos de la salud vuelven cada vez más su atención al análisis de la acción. Una teoría que trata de relacionar las actitudes de conducta directamente con la conducta es la **teoría de la conducta planeada** de Ajzen (Ajzen y Madden, 1986; M. Fischbein y Ajzen, 1975).

De acuerdo con esta teoría, una conducta de salud es el resultado directo de una intención conductual. Las intenciones conductuales, a su vez constan de tres componentes: actitudes frente a la acción específica, normas subjetivas tocantes a la acción y control conductual percibido (ver figura 3.2). Las actitudes frente a la acción están basadas en creencias acerca de los resultados probables de la acción y en la evaluación de estos resultados. Las normas subjetivas son lo que una persona cree que los *otros* piensan que debería hacer (creencias normativas) y la motivación para satisfacer esas referencias normativas. El control conductual percibido es cuando un individuo necesita sentir que es capaz de llevar a cabo la acción contemplada y que la acción emprendida tendrá el efecto pretendido; este componente del modelo es muy parecido a la autoeficacia. Estos factores se combinan para producir una intención conductual y, finalmente, un cambio de conducta.

Para tomar un ejemplo sencillo, los fumadores que piensan que fumar tiene resultados serios para la salud, que creen que otras personas piensan que deberían dejar de fumar, que están motivados para satisfacer esas creencias normativas y que creen que son capaces de dejar de fumar será más probable que traten de dejar de fumar que individuos que no tienen estas creencias.

Ventajas de la teoría del comportamiento planeado La teoría de la conducta planeada es una útil extensión para comprender los procesos de cambio en las conductas de salud por dos razones: primero, proporciona un modelo que asocia directamente creencias con conducta. Segundo, proporciona una imagen más detallada de las intenciones de las personas con respecto a determinado hábito de salud.

FIGURA 3.2 | La teoría de la conducta planeada aplicada a la conducta de salud que consiste en ponerse a dieta (Fuentes: Ajzen y Fishbein, 1980; Ajzen y Madden, 1986)



Evidencia a favor de la teoría de la conducta planeada La teoría de la conducta planeada predice una amplia selección de conductas de salud que comprenden el uso de condón entre los estudiantes (Sutton, McVey y Glanz, 1999), los baños de sol y el uso de los bronceadores con filtro solar (Hillhouse, Stair y Adler, 1996), el uso de anticonceptivos orales (J. Doll y Orth, 1993), el consumo de refrescos entre los adolescentes (Kassem y Lee, 2004), la toma de mamografías (Montano y Taplin, 1991), el autoexamen testicular (Brubaker y Wickersham, 1990), el ejercicio (Baker, Little y Brownell, 2003), la participación en los programas de detección de cáncer (B. DeVellis, Blalock y Sandler, 1990), las conductas relacionadas con el riesgo del SIDA (W. A. Fisher, Fisher y Rye, 1995), el tabaquismo (Norman, Conner y Bell, 1999), el comer saludable (Baker, Little y Brownell, 2003), la participación en programas de exploración médica (Sheeran, Conner y Norman, 2001) y diversos hábitos cotidianos de salud entre los que se encuentran dormir lo suficiente y tomar vitaminas (Madden, Ellen y Ajzen, 1992).

Actitudes y modificación de las conductas de salud: algunas advertencias

A pesar del éxito de las teorías que asocian creencias con la conducta y con la modificación de los hábitos de salud, los métodos actitudinales no logran muy bien explicar los cam-

bios de conducta espontáneos ni los cambios de conducta a largo plazo (Kirscht, 1983). Una agravante más es que las comunicaciones planeadas para modificar las actitudes de las personas respecto a su conducta de salud, algunas veces inducen procesos defensivos o irracionales: pueden ocurrir que las personas perciban un peligro para la salud como menos relevante de lo que en realidad es (A. Lieberman y Chaiken, 1992), pueden que falsamente se consideren a sí mismos como menos vulnerables que los demás (Clarke, Lovegrove, Williams y Machperson, 2000) y pueden que se vean a sí mismo como distintos a aquellos que han sucumbido a un determinado riesgo de salud (Thornton, Gobbon y Gerrard, 2002). La práctica continua de una conducta de riesgo puede conducir a cambios en la percepción del grado de riesgo para una persona, motivando una falsa idea de autosuficiencia (Halpern-Felsher *et al.*, 2001).

También suele ocurrir que las personas tengan ideas irracionales acerca de la salud, de las enfermedades y de los tratamientos, lo que los lleva a la distorsión de los mensajes relevantes para la salud o a la práctica de hábitos de salud como la ingestión de docenas de tratamientos sin prescripción médica (A. J. Christensen, Moran y Wiebe, 1999). Con todas estas posibilidades de distorsión de los peligros para la salud y de la importancia de los mensajes de salud, aún los mensajes más cuidadosamente diseñados son incapaces de sortear estos sesgos en el proceso de la información.

Además, pensar en enfermedades produce un estado de ánimo negativo (Millar y Millar, 1995), el cual a su vez pue-

de llevar a las personas a ignorar o a interpretar a la defensiva sus riesgos. Aunque algunos estudios han encontrado que una incorrecta percepción del riesgo puede ser modificada mediante información e intervenciones educativas (Kreuter y Strecher, 1995), otros reportes indican que el optimismo irreal es especialmente invulnerable a la retroalimentación (N. D. Weinstein y Klein, 1995).

Debido a que los hábitos de salud suelen estar profundamente arraigados y ser difíciles de modificar, los métodos para el cambio de actitud pueden no tener el suficiente alcance al simplemente proporcionar una base informativa para la modificación de los hábitos de salud (Ogden, 2003). Los métodos para el cambio de actitud pueden instilar la motivación para modificar un hábito de salud, pero no proporcionan los pasos o habilidades preliminares necesarios para en efecto modificar la conducta y mantener ese cambio de conducta (Bryan, Fisher y Fisher, 2002). En consecuencia, los psicólogos de la salud han vuelto la mirada hacia las estrategias de intervención.

■ MÉTODOS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LA MODIFICACIÓN DE UNA CONDUCTA DE SALUD

Los métodos actitudinales para la modificación de las conductas de salud parecen ser más útiles para predecir cuándo está motivada la persona para modificar una conducta de salud. Los métodos de **terapia cognitivo conductual** para la modificación de los hábitos de salud centran su atención en la conducta blanco —las condiciones que la producen y la mantienen y los factores que la refuerzan—. (Freeman, Simon, Beutler y Arkowitz, 1989). La terapia cognitivo conductual también da mucha importancia a las creencias que tiene la gente acerca de sus hábitos de salud. Las personas suelen sostener monólogos internos que interfieren con su capacidad para la modificación de sus conductas (Meichenbaum y Cameron, 1974). Por ejemplo, un persona que quiere dejar de fumar puede arruinar el proceso de dejar el cigarrillo mediante la autogeneración de dudas (“Nunca podré lograr dejar de fumar”; “Soy, simplemente, una de esas personas que dependen del cigarrillo”; “Ya he tratado, y nunca lo he logrado”). A menos que este monólogo interno sea modificado, sostienen los terapeutas cognitivo conductuales, es poco probable que la persona cambie su hábito de salud y mantenga, con el tiempo ese cambio.

El reconocimiento de que las razones que tiene la gente acerca de sus hábitos de salud son importantes en la producción de un cambio de conducta ha llevado a otra idea: la importancia de involucrar como coterapeutas a las personas en la intervención para la modificación de la conducta. La mayor parte de los programas para cambio de conducta empiezan con el paciente como objeto del intento de cambio

de conducta, pero en el proceso terapéutico, el control sobre la conducta pasa gradualmente del terapeuta al paciente. Al final de la intervención formal, los pacientes supervisan sus propias conductas, aplicando las técnicas de las intervenciones cognitivo conductuales a su propia conducta y premiándose, o no, a si mismos de manera adecuada.

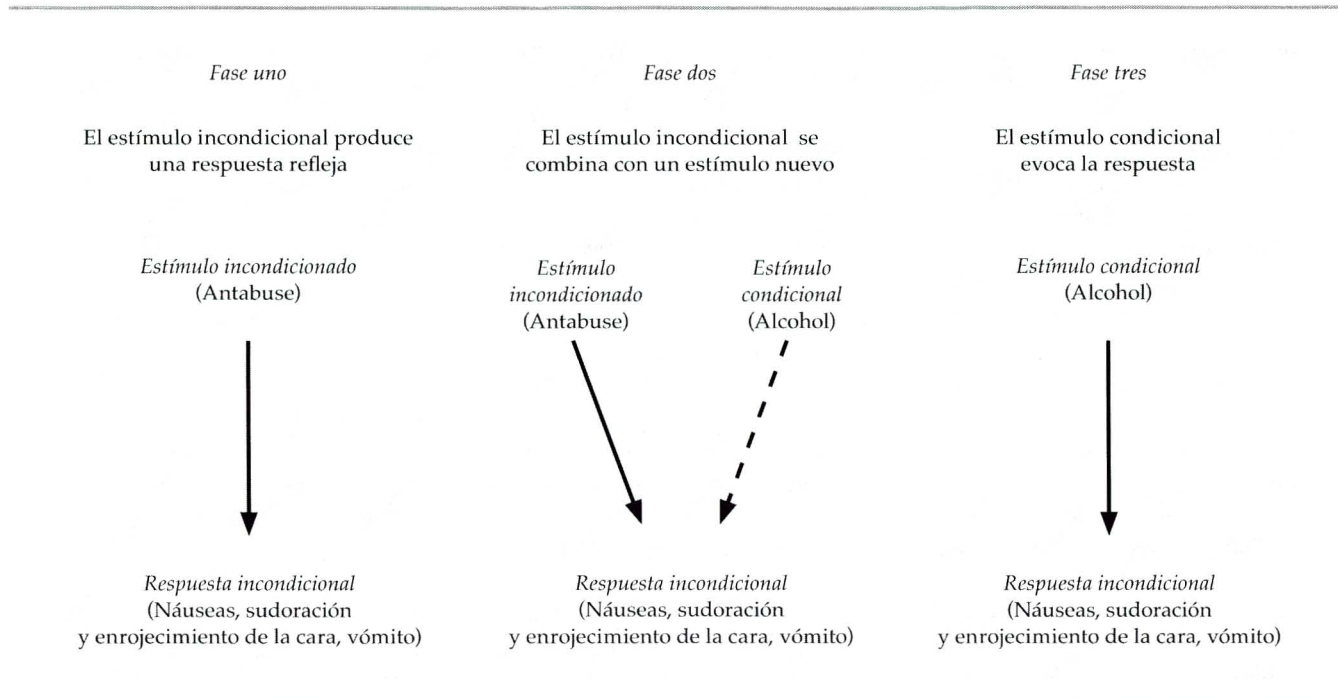
Autoobservación y automonitoreo

Muchos programas de modificación cognitivo conductual usan la **autoobservación** y el **automonitoreo** como primer paso hacia el cambio de conducta. La idea es que la persona tiene que captar la dimensión de una conducta blanco antes de que pueda empezar el cambio. La autoobservación y el automonitoreo evalúan la frecuencia de una conducta blanco y los antecedentes y consecuencias de esa conducta (Abel, Roleau y Coiné, 1987; Thorensen y Mahoney 1974). Este proceso también establece el marco para contar con la participación del paciente en la tarea de modificar conductas de salud.

El primer paso en la autoobservación es aprender a discriminar la conducta blanco. Con algunas conductas, este paso es sencillo. Un fumador puede, obviamente, decir si está fumando o no. Sin embargo, otras conductas como la necesidad urgente de fumar, pueden ser menos fáciles de discriminar; por tanto, se puede entrenar al individuo para vigilar estrechamente sus sensaciones internas con objeto de detectar la conducta blanco con mayor facilidad.

La segunda etapa en la autoobservación es anotar y graficar la conducta. Las técnicas van desde simples contadores para registrar cada vez que se registra la conducta hasta registros documentando las circunstancias bajo las cuales se exteriorizó la conducta así como los sentimientos que produjo. Por ejemplo, se puede entrenar a un fumador para llevar un registro conductual detallado de todas ocasiones en que fuma. Puede registrar cada vez que fuma un cigarrillo, la hora del día, la situación en la que se da, y si había o no otra persona presente. También puede anotar los sentimientos subjetivos de necesidad urgente que tuvo al encender el cigarro, la respuesta emocional que antecedió al encendido del cigarro (como por ejemplo, ansiedad o tensión) y los sentimientos que se generaron al fumar el cigarro. De esta manera puede empezar a darse cuenta de las circunstancias en las que fuma y así empezar a estructurar un programa de cambio de conducta que se enfrente a estas situaciones.

Aunque la autoobservación por lo general es sólo un paso inicial para el cambio de conducta, puede por sí mismo producir cambios de conducta. Por el simple hecho de estar atento al fumar, puede llevar a las personas a que disminuyan la cantidad de cigarrillos que fuman por día. Sin embargo, ocurre que por lo general, este cambio de conducta debido al automonitoreo es de corta duración y es necesario que sea combinado con otras técnicas (por ejemplo, McCaulm Glasgow y O’Neill, 1992).

FIGURA 3.3 | Un método del condicionamiento clásico aplicado al alcoholismo

Condicionamiento clásico

Descrito por primera vez por el fisiólogo ruso Ivan Pavlov al principio del siglo XX, el **condicionamiento clásico** fue uno de los primeros principios del cambio de conducta que encontraron los investigadores. La esencia del condicionamiento clásico es hacer aparear un reflejo incondicional con un nuevo estímulo para producir un reflejo condicional. En la figura 3.3 se representa en un diagrama el condicionamiento clásico.

El condicionamiento clásico fue uno de los primeros métodos empleados para modificar una conducta de salud. Consideremos, por ejemplo, su uso en el caso del alcoholismo. El Antabuse (estímulo incondicionado) es un medicamento que produce fuertes náuseas, sudoración y enrojecimiento de la cara y vómito (respuesta incondicionada) cuando se toma junto con el alcohol. Con el tiempo, el alcohol se asociará con las náuseas y el vómito causado por el Antabuse y provocará la misma respuesta de náuseas, sudoración, enrojecimiento de la cara y vómito (respuesta condicionada).

Los métodos del condicionamiento clásico para la modificación de los hábitos de salud si funcionan, pero el paciente sabe cómo funcionan. Los alcohólicos, por ejemplo, saben que si no toman el medicamento, no vomitarán al consumir alcohol. De manera que, a pesar de que el condicionamiento clásico logra producir la respuesta condicionada, depende

mucho del deseo de colaboración del paciente. Procedimientos como este, tienen también riesgos para la salud, y por esta razón, ya no son muy empleados.

Condicionamiento operante

A diferencia del condicionamiento clásico que aparear una respuesta automática con un nuevo estímulo, el condicionamiento operante aparear una conducta voluntaria con consecuencias sistemáticas. La clave del **condicionamiento operante** es el reforzamiento. Si un individuo realiza una conducta y esa conducta va seguida de un reforzamiento positivo, es probable esa conducta que se repita. De manera semejante, si un individuo realiza una conducta y el reforzamiento se retira o se castiga la conducta, es poco probable que esa conducta se repita. Con el tiempo estas contingencias fortalecen las conductas apareadas con reforzamientos positivos y decrementan las apareadas a consecuencias negativas o castigo.

Muchos de los hábitos de salud pueden entenderse como respuestas operantes. Por ejemplo el beber puede deberse a que con el alcohol mejora el estado de ánimo, o el fumar puede darse porque la compañía de los camaradas se socia con el cigarro. En estos dos casos, el reforzamiento hace que se conserve la conducta de salud inadecuada. Así, el empleo

de este principio para cambiar una conducta requiere que se modifique el reforzamiento o el momento de su programa de aparición.

Un aspecto importante del condicionamiento operante es el momento en el que se presenta el programa de reforzamiento que se debe utilizar. Un programa de reforzamiento continuo es aquel en el que la conducta se refuerza cada vez que ocurre ésta. Sin embargo el reforzamiento continuo está expuesto a la extinción: Si en ocasiones la conducta no va acompañada del reforzamiento, el individuo puede dejar de presentar esa conducta, ya que cada vez esperará el reforzamiento. Los psicólogos han visto que, con frecuencia, una conducta es más resistente a desaparecer si se mantiene mediante un programa de reforzamiento variable o intermitente que mediante un programa de reforzamiento continuo.

Condicionamiento operante para modificar conductas de salud Con frecuencia se usa el condicionamiento operante para modificar conductas de salud. Al principio, por lo general, a la persona se le proporciona un reforzamiento positivo por cada acción que lo acerca hacia la conducta objetivo. A medida que va progresando hacia la reducción o modificación del hábito de salud, se pueden exigir, por el mismo reforzamiento, cambios de conducta mayores. Por ejemplo, supongamos que Mary fuma 20 cigarros por día. Al principio, ella puede definir una serie de reforzadores que recibirá cuando logre una determinada reducción en cantidad de cigarros que fuma —reforzamientos como salir a cenar o ir al cine—. Mary puede establecer como objetivo una determinada mejoría en su conducta de fumadora (como fumar 15 cigarros por día). Cuando haya logrado ese objetivo, se dará un reforzamiento (irse al cine o a cenar). El siguiente paso puede ser fumar 10 cigarros por día y cuando lo logre tendrá otro reforzamiento. Después el objetivo puede ser ir bajando progresivamente a 5, 4, 3, 2, 1 y ninguno. A través de este proceso, la conducta blanco de dejar de fumar será finalmente alcanzada.

Modelado

El **modelado** es un aprendizaje que se da en virtud de observar que otra persona observa una conducta (Bandura, 1969). La observación y el subsiguiente modelado pueden ser métodos eficientes para modificar hábitos de salud. Por ejemplo, se observó que era más probable que estudiantes de preparatoria que vieran a otros donando sangre hicieran lo mismo (I. G. Sarason, Sarason, Pierce, Sharif y Sayers, 1991).

Un principio importante en el modelado es la semejanza. En la medida en la que las personas se consideren semejante a aquellas que observan una conducta de riesgo, es probable que ellas hagan lo mismo; en la medida en que las personas se consideren semejantes al tipo de personas que no obser-

van una conducta de riesgo, pueden modificar su conducta (Gibbons y Gerrard, 1995). Un nadador puede no aceptar un cigarro de un amigo porque ve que la mayoría de los grandes nadadores no fuma.

El modelado puede ser una técnica importante para modificar una conducta a largo plazo. Por ejemplo, el principio del modelado está implícito en algunos de los programas de autoayuda para el tratamiento de hábitos de salud destructivos como el alcoholismo (Alcohólicos Anónimos) o la adicción a las drogas. En estos programas, una persona que desea cambiar su conducta adictiva se reúne con individuos que han tenido el mismo problema y que han tenido por lo menos cierto éxito para solucionarlo. En estas reuniones, las personas suelen compartir los métodos que le ayudaron a superar su problema de salud. Oyendo estos relatos, el nuevo correligionario puede aprender cómo hacer lo mismo y modelar (imitar) técnicas efectivas para su propia rehabilitación.

El modelado también puede ser usado como técnica para disminuir la ansiedad que puede dar lugar al surgimiento de algunos malos hábitos o para disminuir el miedo que surge frente a algunas conductas de salud preventiva, como la vacunación. Se puede hacer que el miedo que siente una persona disminuya observando al modelo realizando la actividad temida y haciendo frente al miedo. Por ejemplo, Vernon (1974) usó el modelamiento para disminuir el miedo que los niños tienen a la vacunación. Antes de la inyección de la vacuna, un grupo de niños vio una película irreal de niños que eran inyectados sin experimentar dolor alguno o expresar alguna emoción. Un segundo grupo vio en una película real a niños que reaccionaban a la inyección con un dolor y una emoción breves y moderados. Un tercer grupo de niños (el grupo control) no vio ninguna película. Los resultados indicaron que los niños que vieron la película real fueron los que experimentaron menor dolor cuando después fueron inyectados. En cambio, los que sintieron más dolor, fueron los que vieron la película irreal. Los resultados de este estudio ilustran otro importante punto acerca del modelado. Cuando el modelamiento se utiliza para reducir el miedo o la ansiedad, es preferible observar modelos temerosos también pero capaces e controlar su tensión en lugar de modelos que demuestran no tener ningún miedo en esa situación. Como los modelos también temerosos representan una imagen real de la experiencia, el observador se puede identificar mejor con ellos que con modelos que muestran una tranquilidad irreal a la vista de la amenaza. Este proceso de identificación puede hacer que la persona aprenda y modele las técnicas de afrontamiento más eficientes (Kazdin, 1974; Meichenbaum, 1971).

El modelado o aprendizaje por imitación, tiene un papel importante en la modificación de los hábitos de salud porque expone a los individuos frente a otros individuos que han logrado modificar sus hábitos de salud. El modelado puede ser

más provechoso cuando muestra las dificultades reales con que se encuentran las personas para hacer estos cambios.

Control de estímulos

La modificación efectiva de una conducta de salud requiere la comprensión de los antecedentes así como de las consecuencias de la conducta meta. Los individuos que tienen malos hábitos de salud, tales como fumar, beber o comer en exceso establecen relaciones entre esas conductas y los estímulos alrededores su entorno. Cada uno de estos estímulos actúa como un **estímulo discriminativo** que es capaz de elicitar la conducta meta. Por ejemplo, la vista y el olor de comida actúan como estímulo discriminativo para comer. La vista de un paquete de cigarrillos o el olor de café pueden actuar como estímulos discriminativos para fumar. El estímulo discriminativo es importante porque indica que habrá un reforzamiento positivo

Intervenciones para el control de estímulos en pacientes que tratan de modificar sus hábitos de salud tienen dos vertientes: limpiar el entorno de estímulos discriminativos que evoquen la conducta problema y crear nuevos estímulos discriminativos que indiquen que se reforzará una nueva repuesta.

¿Cómo funciona el control de estímulos en el tratamiento de problemas de la salud? El comer es un ejemplo típico que se encuentra bajo el control de estímulos discriminativos entre los que se encuentran la presencia de alimentos apetecibles y las actividades con las que el comer se relaciona frecuentemente (como hablar por teléfono o ver la televisión). Como primer paso en el tratamiento de la obesidad, se les recomienda a los individuos disminuir y eliminar estos estímulos discriminativos para el comer. Se les exhorta a limpiar sus casas de alimentos gratificantes y que engordan, a limitarse a comer sólo en un lugar de la casa y a no comer mientras realizan otras actividades, como por ejemplo, ver la televisión. En el entorno se pueden introducir otros estímulos para indicar que el comer de manera controlada será seguido de un reforzamiento. Por ejemplo, las personas pueden poner señales en lugares estratégicos de la casa que les hagan recordar los reforzamientos a obtener después de lograr un cambio.

Autocontrol de la conducta

La terapia cognitivo conductual, incluyendo la que se usa para modificar hábitos de salud, se ha centrado cada vez más en el modelo terapéutico que acentúa el **autocontrol**. En este modelo, el individuo objeto de la intervención actúa, al menos en parte, como su propio terapeuta y, junto con un guía externo, ayuda a controlar los antecedentes y las consecuencias de la conducta objeto de modificación.

Autorreforzamiento El **autorreforzamiento** consiste en la autogratificación sistemática del yo para incrementar o disminuir la ocurrencia de la conducta meta. (Thorensen y Mahoney, 1974). El autorreforzamiento positivo consiste en el reforzamiento de uno mismo con algo que se desee, después de haber logrado una modificación de la conducta objetivo. Un ejemplo de autorreforzamiento positiva es concederse ir al cine después de haber logrado una disminución de peso. El autorreforzamiento negativo consiste en eliminar del entorno un factor desagradable después de haber logrado una modificación en la conducta objetivo. Un ejemplo de autorreforzamiento negativo es quitar el póster de Miss Piggy del refrigerador una vez que se haya logrado comer de manera controlada regularmente.

En un estudio Mahoney (1974) examinó el efecto del autorreforzamiento positivo en la disminución de peso. Mahoney desarrolló una investigación con cuatro grupos 1) un grupo control en el que no había ninguna intervención, 2) un grupo en el que los sujetos vigilaban su peso, 3) un grupo en el que el automonitoreo iba acompañada del autorreforzamiento con dinero o un certificado de regalo por haber logrado una disminución de peso y 4) un grupo en el que el automonitoreo se combinó con un certificado de regalo o dinero por haber logrado cambios en el comer. Los dos grupos en los que hubo autorreforzamiento lograron bajar más de peso que el grupo control o en el de automonitoreo. Es interesante observar de los dos grupos de automonitoreo, en el de automonitoreo para la modificación de un hábito (es decir, modificar la conducta alimenticia) se logró bajar más de peso que en el de automonitoreo para bajar de peso. Esto parece haberse debido a que el automonitoreo para modificar un hábito les permitió a estos individuos obesos modificar sus hábitos alimenticios, mientras que el automonitoreo para bajar de peso fue relacionada sólo con la disminución de peso, pero no con la modificación de la conducta que produce la disminución de peso.

Un ejemplo de autorreforzamiento negativo es el usado en un estudio para controlar la obesidad (Penik, filion, Fox y Stunkard, 1971). En este estudio se les pidió a personas con exceso de peso que colocaran en su refrigeradores bolsas grandes con sebo (grasa animal) para que les sirvieran de recordatorio de su exceso de peso, y cada vez que lograban bajar de peso una cierta cantidad se les permitía retirar de la bolsa una porción de sebo, disminuyendo con eso esa situación tan poco atrayente. Técnicas como esta pueden ser muy eficientes para mantener el compromiso en un programa para la modificación de una conducta.

En general, el autorreforzamiento ha demostrado ser una técnica útil para la modificación de la conducta (Thorensen y Mahoney, 1974). Además las técnicas de autorreforzamiento tienen ventajas intrínsecas por el hecho de no necesitar de ningún agente de cambio, como por ejemplo un terapeuta,

para vigilar y reforzar la conducta; el individuo actúa como su propio terapeuta.

Como autorreforzamiento, el autocastigo puede ser de dos tipos. El autocastigo positivo consiste en la aplicación de un estímulo desagradable para castigar una conducta indeseable. Por ejemplo, un individuo puede administrarse a sí mismo una leve descarga eléctrica cada vez que sienta el deseo de fumar. El autocastigo negativo consiste en retirar del entorno un reforzador positivo cada vez que se observe una conducta indeseable. Por ejemplo, un fumador podría hacer pedazos un billete de un dólar cada vez que fume un cigarro más de la cantidad preestablecida (Axelrod, Hall, Weis y Rohrer, 1974).

Los estudios que han evaluado los resultados del autocastigo dan dos conclusiones: 1) el autocastigo positivo funciona un poco mejor que el autocastigo negativo y 2) el autocastigo funciona mejor si se combina con técnicas de autorreforzamiento. Así, es menos probable que un fumador deje de fumar si cada vez que fuma hace pedazos un billete de un dólar, que si el mismo se administra descargas eléctricas; también es más probable que estos principios ayuden a fumar menos si el fumador se gratifica a sí mismo por no fumar, por ejemplo yendo al cine.

Contrato conductual El autocastigo sólo es efectivo si las personas efectivamente aplican el castigo. Si el autocastigo resulta demasiado desagradable, las personas suelen dejar de hacerlo. Pero, una forma de autocastigo que funciona bien y que se ha empleado mucho para la modificación de la conducta es el **contrato conductual** (Thoresen & Mahoney, 1974; Turk y Meichenbaum, 1991). En el contrato conductual, un individuo hace un contrato con otra persona, como por ejemplo con el terapeuta, en el que se detalla que gratificaciones o castigos se aplicarán por la observación o no observación de la conducta. Por ejemplo, una persona que desee dejar de beber deposita con el terapeuta una cantidad de dinero y queda de acuerdo en que se le ponga una multa cada vez que beba y que se le retribuya por cada día que logre mantener la abstinencia. Un ejemplo particularmente curioso de contrato conductual es el caso de una mujer negra (afroamericana) que quería controlar su abuso de las anfetaminas. Depositó una cantidad grande de dinero con su terapeuta y lo autorizó a darle 50 dólares al Ku Klux Klan cada vez que ella abusara de las anfetaminas. Por supuesto, este contrato logró inducir al paciente a reducir su consumo de anfetaminas (Thoresen y Mahoney, 1974).

Autocontrol encubierto Como se dijo antes, los malos hábitos de salud y su modificación suelen ir acompañados de monólogos internos de autocritica y de autoelogio.

El **autocontrol encubierto** entrena al individuo para reconocer y modificar estos monólogos internos con objeto de promover un cambio en una conducta de salud (Hollín y Beck, 1986). A veces las cogniciones modificadas son agentes causales de la conducta objetivo. Por ejemplo, si la necesidad imperiosa de fumar en un fumador va precedida por un monólogo interno en el que se dice que es débil y que no es capaz de controlar su necesidad imperiosa de fumar, estas son las creencias que se busca cambiar. Al fumador se le entrenará para desarrollar cogniciones causales que le ayuden a dejar de fumar (por ejemplo, "Sí puedo lograrlo", "Estaré mucho más sano").

Las cogniciones pueden también ser la consecuencia de una conducta meta. Por ejemplo, un individuo obeso que está tratando de bajar de peso puede desanimarse de seguir su programa para bajar de peso cada vez que no logre seguir la dieta. A esta persona se le puede entrenar para practicar reforzamientos cada vez que logre resistir a las tentaciones y autocritica constructiva después de un retroceso ("La próxima vez sacaré esos alimentos tentadores de mi refrigerador").

Las cogniciones *per se* pueden ser el objeto a modificar. La **reestructuración cognitiva** desarrollada por Meichenbaum (Meichenbaum y Cameron, 1974), es un método para modificar el monólogo interno que se ha empleado mucho en los trastornos de estrés. En una intervención de este tipo, se entrena al cliente para vigilar sus monólogos en situaciones que le producen estrés. De esta manera pueden reconocer qué es lo que se dicen a sí mismos en los momentos de estrés. Después se les enseña a modificar sus autoinstrucciones de manera que tengan cogniciones más constructivas. Por ejemplo, en un estudio (Homme, 1965), se entrenó a los pacientes que querían dejar de fumar para responder a su necesidad de fumar con pensamientos en contra del fumar ("Fumar causa cáncer") y con pensamientos que favorecieran no fumar ("La comida me sabrá mejor si dejo de fumar"). Con objeto de aumentar la frecuencia de estas cogniciones se entrenó a los pacientes para reforzarlas con una actividad gratificante como beberse un refresco.

Con frecuencia se emplea el modelado para entrenar al paciente en la reestructuración cognitiva. El terapeuta puede demostrar primero un **diálogo interno** adecuado. Puede reconocer una situación que produzca estrés y después darse a sí mismo(a) instrucciones positivas (como "Calma, estás haciendo bien las cosas"). El paciente tratará entonces de ocuparse de sus situaciones de estrés mientras que el terapeuta le enseña autoinstrucciones positivas. En la siguiente fase del entrenamiento, el paciente trata de hacer frente a la situación que le produce estrés dándose instrucciones a sí mismo en voz alta. Después de esta de esta fase se puede dar las instrucciones en voz baja, y por último, el paciente reduce su ansiedad dándose las instrucciones internamente.

Tareas conductuales Otra técnica para incrementar la participación del paciente son las **tareas conductuales**, actividades para practicar en la casa que ayudan al logro de los objetivos de la intervención terapéutica (Shelton y Levy, 1981). Las tareas conductuales tienen el propósito de dar continuidad al tratamiento del problema de conducta, y por lo general, estas tareas ponen en práctica lo visto en la sesión terapéutica. Por ejemplo, si en una sesión con un paciente obeso se le entrena en el automonitoreo, se le recomendará al paciente llevar un registro de su conducta alimenticia, en el que se incluyan las circunstancias en las que se observa esta conducta. El terapeuta y el paciente pueden emplear este registro en la sesión siguiente para futuras intervenciones conductuales. En la figura 3.4 se muestra un ejemplo de la técnica de tareas conductuales. Observe que contiene tareas tanto para el paciente como para el terapeuta. Esta técnica garantiza que ambas partes se estén comprometidas con el proceso de modificación de la conducta y que cada uno esté consciente del compromiso del otro. Además, escribirlas ta-

reas parece dar mejores resultados que el solo acuerdo verbal, ya que de esta manera se tiene un registro claro de lo que se ha acordado hasta ese momento (Cox, Tisdelle y Culbert, 1988).

El valor de la asignación de tareas de manera sistemática es ampliamente reconocido en el tratamiento de conductas. En un estudio de programas para el tratamiento de problemas de salud se encontró que 75% de los programas para obesidad, 71% de los programas para enfermedades físicas y rehabilitación y 54 % de los programas contra el tabaquismo se emplearon tareas conductuales (Shelton y Levy, 1981).

En resumen, las principales ventajas de las tareas conductuales son que 1) el paciente participa en el proceso del tratamiento, 2) el paciente proporciona un análisis de la conducta útil para planear intervenciones futuras, 3) el paciente se compromete con el proceso del tratamiento a través de un contrato contractual para descargar ciertas responsabilidades, 4) la responsabilidad del cambio de conducta es puesta gradualmente en manos del paciente y 5) el uso de las tareas aumenta la sensación de autocontrol del paciente.

FIGURA 3.4 | Ejemplo de una tarea conductual sistemática para un paciente obeso

(Fuente: Shelton y Levy, 1981, p. 6)

Tarea para Tom [paciente]

Contar el número de comidas ingeridas como golosina.

Anotar el número de comidas ingeridas como golosina, la hora, el lugar y porqué la ingirió.

Anotar todo lo que se come en una semana.

Llamar para hacer la cita.

Llevar las anotaciones a la cita.

Tarea para John [terapeuta]

Volver a leer el artículo sobre obesidad.

Entrenamiento en habilidades Cada vez más, los psicólogos han observado que algunos de los malos hábitos de salud se desarrollan o se mantienen como consecuencia de la ansiedad que algunas personas experimentan en situaciones sociales que las personas experimentan en situaciones sociales (Riley, Matarazzo y Baum, 1978). Por ejemplo, los adolescentes suelen empezar a fumar con objeto de reducir la ansiedad social por comunicar una imagen “buena onda” y sofisticada. Beber y comer en exceso pueden ser también respuestas a la ansiedad social. La ansiedad social puede actuar entonces como pié para los hábitos de mala adaptación necesitándose una manera alternativa para enfrentar la ansiedad. Esto significa que los individuos necesitan encontrar caminos alternativos para hacer frente a la ansiedad al mismo tiempo que modifican sus inadecuados hábitos de salud.

Muchos de los programas para modificar los hábitos de salud emplean el **entrenamiento de habilidades sociales** o **entrenamiento de asertividad** o ambos como parte de la intervención: Se entrena a los individuos en los métodos que les serán más útiles para ocuparse de la ansiedad social. Los objetivos de los programas de habilidades sociales como técnica auxiliar en un programa para la modificación de la conducta de salud son 1) reducir la ansiedad que se presenta en situaciones sociales, 2) crear nuevas habilidades para atender las situaciones que antes produjeron ansiedad y 3) proporcionar una conducta alternativa al hábito de conducta inadecuado que surgió como respuesta a la ansiedad social.

Entrevista motivacional La entrevista motivacional es cada vez más usada en la batalla a favor de la promoción

de la salud. Desarrollada inicialmente para tratar la adicción (W. R. Millar y Rollnick, 1991), esta técnica ha sido empleada contra el tabaquismo, para mejorar la dieta, para el ejercicio, exploraciones de cáncer y conducta sexual entre otros hábitos (Resnicow *et al.*, 2002).

La idea básica en la entrevista motivacional es que el entrevistador no juzgue, que sea empático y que anime al paciente para hacer cosas: la entrevista no es una entrevista de confrontación, es una entrevista de apoyo y el objetivo es que el paciente exprese todos los pensamientos positivos o negativos en relación a la conducta en una atmósfera libre de evaluaciones negativas. Por lo general, en la entrevista motivacional los pacientes hablan tanto como los terapeutas

Como puede resultar evidente, la entrevista motivacional es una amalgama de principios y de técnicas provenientes de la psicoterapia y de la teoría de la modificación de la conducta que aprovecha muchos de los principios que acabamos de discutir. Es un estilo de terapia centrada en el paciente encaminada a hacer que las personas trabajen cualquier ambivalencia que puedan experimentar respecto a modificar su conducta de salud. Parece especialmente adecuada para aquellos que en un principio se muestran dudosos acerca de si modificar o no su conducta (Resnicow *et al.*, 2002).

En la entrevista motivacional no se trata de eliminar la negación que con frecuencia está asociada a la práctica de la mala conducta de salud, o de confrontar las creencias irracionales ni siquiera de persuadir al paciente de dejar de fumar, de dejar de beber o de alguna manera de mejorar la salud. Más bien, el objetivo es hacer que la persona reflexione y exprese alguna de sus propias razones a favor y en contra del cambio y que el entrevistador escuche y anime sin dar consejos.

La entrevista motivacional ha expandido las herramientas para atender la promoción de la salud, aunque como toda técnica terapéutica uno a uno, se ve limitada en el número de personas a las que puede llegar.

Entrenamiento de relajación En 1958, el psicólogo Joseph Wolpe (1958) desarrolló un procedimiento conocido como desensibilización sistemática para el tratamiento de las fobias. Este procedimiento consiste en entrenar a los pacientes para que emplearan la relajación en las circunstancias que normalmente les producen ansiedad. Para inducir la relajación, Wolpe enseñaba a los pacientes a respirar profundamente y a relajar progresivamente los músculos (**entrenamiento de relajación**).

Al respirar profundamente, la persona inspira toma el control de su frecuencia y amplitud respiratoria, lo cual produce diversas modificaciones fisiológicas como disminución de la frecuencia cardiaca y de la tensión arterial y una mayor oxigenación de la sangre. Por lo general, las personas respi-

ran de esta manera cuando están relajadas. En la relajación muscular progresiva, las personas aprenden a relajar todos los músculos del cuerpo para descargar la tensión o el estrés.

Terapia cognitivo conductual de amplio espectro

El método más efectivo para la modificación de los hábitos de salud resulta con frecuencia de la combinación de múltiples técnicas para la modificación de la conducta. A este método ecléctico se le ha llamado **terapia cognitivo conductual de amplio espectro**, denominado terapia multimodal por Arnold A. Lazarus. De una serie de técnicas existentes, el terapeuta selecciona varios métodos complementarios para intervenir en la modificación de un problema determinado y de su contexto.

Las ventajas de un método de amplio espectro para la modificación de la conducta de salud son varias. Primero, un conjunto cuidadosamente seleccionado de técnicas pueden atender todos los aspectos del problema. La autoobservación y el automonitoreo definen las dimensiones del problema; el control de estímulos le permite a la persona modificar los antecedentes de la conducta; el autorreforzamiento controla las consecuencias de la conducta, y el entrenamiento en habilidades sociales se puede usar para sustituir la conducta de mala adaptación una vez que se tiene quitado cierto grado de control. Una combinación de técnicas puede ser más efectiva para tratar todas las fases de un problema que una sola técnica. Un ejemplo del empleo de este tipo de terapias al tratamiento del alcoholismo se presenta en el recuadro 3.1. La segunda ventaja es que el plan terapéutico se puede ajustar a cada problema individual. El mal hábito de hábito de salud de cada persona y la personalidad es diferente, así, por ejemplo, paquete de tratamiento específico para un paciente obeso puede no ser el mismo que el desarrollado para otro paciente obeso (M. B. Schwartz y Brownell, 1995).

Los métodos de amplio espectro para la modificación de una conducta de salud, con frecuencia han tenido éxito en casos en los que programas más limitados no lo han tenido, pero estos programas requieren una aplicación inteligente. Los intervencionistas demasiado entusiasmados algunas veces han pensado que es mejor más y han empleado tantos componentes como ha sido posible, en la esperanza de que al menos algunos de ellos tendrán éxito. En realidad, este método puede fracasar (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986). Los programas demasiado complejos para la modificación de la conducta pueden acabar con el interés debido sólo al volumen de actividades que requieren. Un programa multimodal debe estar dirigido por una selección inteligente, bien informada y prudente de técnicas apropiadas que se adapten a un problema individual. Además, gran

Mary era una ejecutiva de 32 años que vino a tratamiento, diciendo que creía que era alcohólica. Tenía un trabajo demandante y exigente que realizaba escrupulosamente. Aunque su esposo, Don, la apoyaba en su carrera, consideraba importante que todas las noches compartieran sus actividades. Últimamente habían tenido algunas discusiones debido a que Mary había estado tomando antes de llegar a casa y había estado escondiendo bebidas alcohólicas por toda la casa. Don había estado amenazando con irse si Mary no dejaba de beber y Mary estaba un poco alarmada por su propia conducta. Mary estuvo en tratamiento durante 3 meses con seguimiento durante el año siguiente.

La tarea de Mary en la primera semana fue escribir una autobiografía de la historia y desarrollo de su beber problemático —la conducta de sus padres respecto a la bebida, su primera experiencia de beber y su primera “borrachera”, el papel de la bebida en su vida de adulto, su imagen de sí misma, cualquier problema relacionado con su forma de beber. También realizó el automonitoreo de su conducta de beber durante 2 semanas, anotando las cantidades exactas de alcohol consumidas diariamente, la hora y los antecedentes y las consecuencias.

En la tercera sesión se determinaron los patrones siguientes: Mary empezaba a trabajar a las 8:30, normalmente comía un rápido almuerzo de negocios y con frecuencia no salía de su trabajo sino hasta la 6:00, hora para la que ya estaba tensa y acabada. Como sabía que Don no aprobaba que bebiera, había empezado a comprar una anforita de vodka después del trabajo y a beberse la mitad en los 20 minutos en el coche camino a casa, para sentirse relajada en la noche. También había empezado a esconder licor en la casa por si se le antojaba beber. Se daba cuenta de que beber mientras manejaba era peligroso, que estaba tomando demasiado y demasiado rápido y que se estaba sintiendo muy culpable y fuera de control. El enojo de su esposo parecía aumentar su deseo de beber.

La tercera y cuarta semanas de tratamiento, Mary estuvo de acuerdo de abstenerse de beber. En este periodo, se pudo ver que beber era su único medio para reducir la tensión que se le había acumulado durante el día y que era la única satisfacción que se permitía en esa diaria rutina de obligaciones por las demandas externas del trabajo y por los compromisos con su esposo y amigos. Se hizo un plan para modificar su estilo general de vida en el que había diversas maneras de relajarse y satisfacerse que no eran destructivas.

Mary se inscribió en un gimnasio y empezó a ir a nadar y al sauna todas las mañanas camino al trabajo. También dejó 2 días a la semana para comer sola o con un amigo. Aprendió una técnica de meditación que empezó a usar al final

del día cuando llegaba a casa después del trabajo. Se puso de acuerdo con Don para que una tarde a la semana cada uno hiciera cosas distintas de manera que ella pudiera retomar su pasatiempo favorito que era pintar.

También decidió que deseaba seguir bebiendo de manera moderada y que el apoyo de Don era esencial para que pudiera hacerlo abiertamente. En la sexta sesión, Don vino con Mary, se le explicó el plan del tratamiento, se exploraron sus preocupaciones y sentimientos y el estuvo de acuerdo en apoyar a Mary en su intento por modificar su estilo de vida así como en ser más comprensivo con que Mary bebiera. Durante las pocas sesiones siguientes, Mary aprendió varias técnicas para controlar la bebida entre las que se encontraban ponerse límites ella misma y regular el beber alternando el licor con refrescos. Mary también desarrolló estrategias para ocuparse de las situaciones de alto riesgo que para ella eran principalmente la acumulación de tensión en el trabajo y los sentimientos de culpa o enojo frente a Don. Aprendió a estar más atenta a estas situaciones cuando iban surgiendo y empezó a practicar maneras más directas de comunicación con Don. Se le indicó también que cualquier deseo de volver a los antiguos patrones de bebida debería usarlo como indicación para poner atención a los factores situacionales y usar respuestas alternativas en lugar de interpretarlos como signos de que era alcohólica.

La dos últimas sesiones se emplearon para planear y entrenar lo que había que hacer si había una recaída. Entre estas estrategias se encontraban el proceso de desacelerarse a sí misma, la reestructuración cognitiva, un ejercicio para toma de decisiones para revisar las consecuencias y los méritos relativos y las responsabilidades de beber de acuerdo tanto al viejo como al nuevo patrón, un análisis de la situación que la había conducido a la solución del problema para hallar una mejor repuesta de afrontamiento que emplear la próxima vez y la posibilidad de programar una sesión de apoyo con su terapeuta.

En el seguimiento final, un año más tarde, Mary informó que se había sentido mejor respecto a sí misma y más controlada, había estado bebiendo moderadamente en situaciones sociales y se había estado comunicando mejor con Don. Había tenido un par de resbalones, pero había logrado recuperar el control en uno de los casos siendo más asertiva con un superior, y en el otro viendo simplemente que podía aceptar algunos errores de su parte sin tener que castigarse a sí misma.

parte del éxito de estos programas se debe a la presencia de un profesional entusiasta y comprometido y no al uso de una gran cantidad de técnicas (Brownell, Marlatt *et al.*, 1986).

Recaída

Uno de los principales problemas que se encuentran para la modificación de los hábitos de salud es la tendencia que hay en las personas a reincidir en su conducta anterior después de lograr un cambio inicial de conducta (por ejemplo, McCaul *et al.*, 1992). Este problema se presenta tanto en las personas que han hecho una modificación de un hábito de conducta ellos solos como en aquellos que siguen programas formales para modificar su conducta. La recaída es un problema particular de los trastornos adictivos como alcoholismo, tabaquismo, adicción a las drogas y obesidad (Brownell, Marlatt *et al.*, 1986) en los cuales hay recaídas entre 50 y 90% (Marlatt y Gordon, 1985).

¿Qué es lo que se quiere decir con recaída? Un solo cigarrillo que se fuma en una fiesta o el consumo de un helado en una aburrida tarde de sábado no necesariamente lleva a una recaída permanente. Sin embargo, con el tiempo, la vigilancia inicial puede desvanecerse y la recaída puede instalarse. Las investigaciones indican que las tasas de recaída tienden a estabilizarse alrededor de los 3 meses, lo que lleva a los investigadores a suponer que la mayor parte de las personas que reincidirán, lo harán durante los primeros 3 meses. Sin embargo, investigaciones posteriores indican que aunque las tasas de recaída se mantengan constantes, las personas que se abstienen de un mal hábito de salud en un momento en el tiempo, no necesariamente son las mismas personas que se están absteniendo en otro punto en el tiempo. Algunas personas van de la abstinencia a la recaída; otras de la recaída vuelven a la abstinencia.

¿Por qué recaen las personas? El conocimiento de quién reincide es limitado. En el alcoholismo, el tabaquismo y la obesidad pueden existir factores genéticos (Stunkard *et al.*, 1986). Como respuesta a la abstinencia al alcohol o al cigarrillo puede presentarse el síndrome de la abstinencia que puede provocar la recaída, especialmente poco después de los intentos de modificar la conducta. Las asociaciones condicionadas entre los estimulantes y las respuestas fisiológicas pueden llevar a los deseos o a la ansiedad de retomar el hábito (Marlatt, 1990). Por ejemplo, la persona puede encontrarse en una situación en la que acostumbraba fumar, como por ejemplo una fiesta, y reincidir en ese momento de vulnerabilidad.

La recaída es más probable cuando las personas están deprimidas, ansiosas o estresadas (Bradon, Copeland y Saper, 1995). Por ejemplo si una persona se está mudando, terminando una relación o teniendo dificultades en su trabajo,

puede sentir una gran necesidad de sus hábitos adictivos que si se encuentra en momentos menos estresantes. La recaída se presenta cuando no se han establecido metas u objetivos para mantener la conducta de salud. La recaída es menos probable si la persona tiene apoyo social de su familia y de sus amigos para mantener el cambio de conducta, y es más probable que ocurra si la persona carece de apoyo social o se encuentra en una situación personal conflictiva.

Un momento en el que la persona está particularmente vulnerable a una recaída es cuando la persona tiene un descuido en la vigilancia. Por ejemplo ese único cigarrillo fumado o ese único helado pueden producir lo que se llama **efecto de violación de la abstinencia**; es decir, un sentimiento de pérdida de control que se presenta cuando una persona ha violado reglas que se ha impuesto. El resultado es que entonces es más probable una recaída más seria ya que la persona ve tambalear su resolución. Esto ocurre especialmente con las conductas adictivas ya que la persona tiene que enfrentarse con los efectos de reforzamiento de la sustancia misma. En la figura 3.5 se muestra el proceso de recaída.

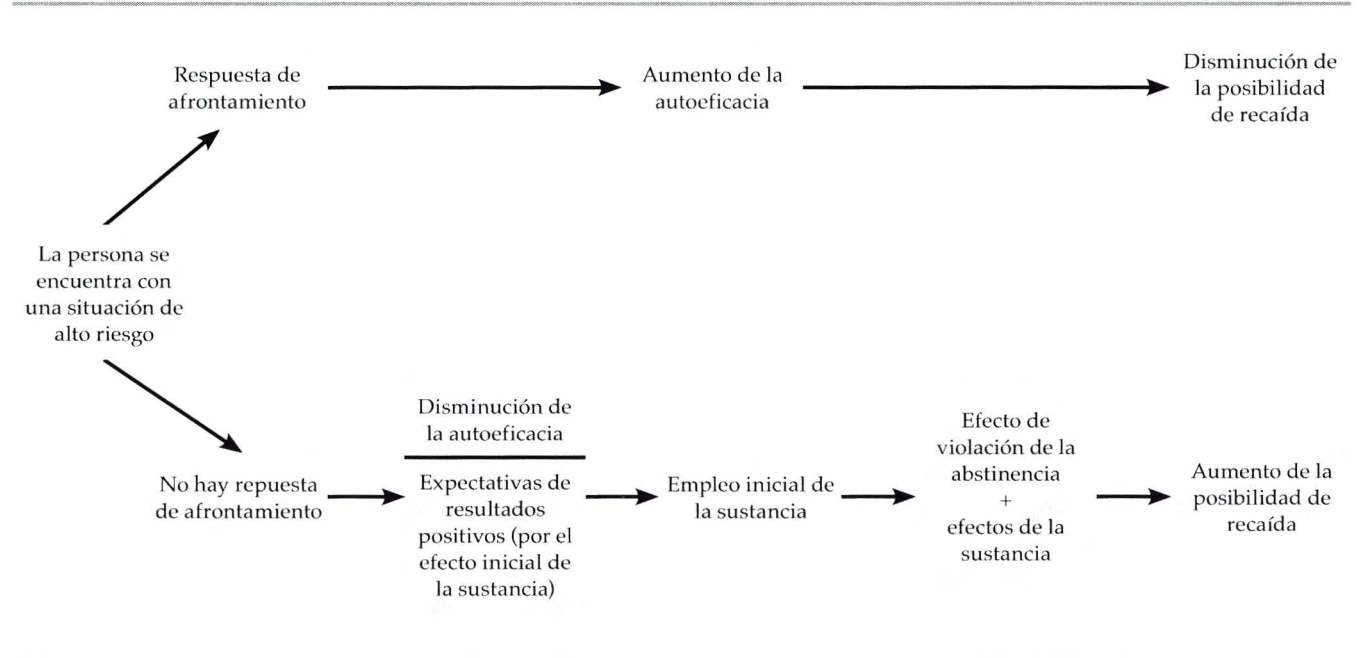
Consecuencias de la recaída ¿Cuáles son las consecuencias de la recaída? Es claro que la recaída produce emociones negativas como decepción, frustración, descontento o enojo. Incluso una sola recaída puede llevar a la persona a experimentar una profunda desilusión, a disminuir su sentimiento de autosuficiencia y a tener la sensación de falta de control sobre las conductas de salud y que el control es asumido por fuerzas externas. Las recaídas también pueden hacer que las personas piensen que nunca podrán controlar ese hábito, que se algo que simplemente está más allá de sus fuerzas. Existen también otras maneras en las que la recaída puede ser una fuerza disuasiva para el logro del cambio de conducta. Por ejemplo, entre los obesos, los repetitivos ciclos de disminución y aumento de peso hacen cada vez más difícil el seguimiento de la dieta (Brownell, Greenwood, Stellar y Shrager, 1986).

Sin embargo, en algunos casos la recaída puede tener efectos paradójicos, haciendo que la persona perciba que puede controlar sus hábitos por lo menos en un cierto grado. Los fumadores por ejemplo, hacen múltiples intentos de dejar de fumar antes de lograrlo completamente (Schachter, 1982) indicando que las experiencias iniciales para dejar de fumar parece que preparan a las personas para el éxito final. La persona que reincide puede, de cualquier manera, haber adquirido información útil acerca del hábito y haber aprendido maneras para en el futuro evitar la reincidencia.

Reducir la recaída Debido al alto riesgo de recaída, las intervenciones conductuales comprenden técnicas para tratar de reducir esta posibilidad. Por lo general, estas intervenciones se centran en tres técnicas. Uno de los métodos consiste en sesiones de refuerzo después de terminada la fase

FIGURA 3.5 | Un modelo cognitivo conductual del proceso de recaída

Esta figura muestra lo que ocurre cuando una persona trata de modificar un mal hábito de salud y se enfrenta a una situación de alto riesgo. Cuando hay una adecuada respuesta de afrontamiento, la persona es capaz de resistir a la tentación, lo que tiene como consecuencia una disminución de la posibilidad de recaída. Sin embargo, si no hay una respuesta adecuada de afrontamiento, la percepción de la autosuficiencia disminuye y la percepción de los efectos gratificantes de la sustancia aumenta, lo cual tiene como consecuencia una mayor posibilidad de recaída. (Fuente: Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Nueva York: Guilford Press.)



de tratamiento inicial. Semanas o meses después de la terminación de la intervención formal, los fumadores tienen una sesión más para la prevención del hábito de fumar o las personas sujetas a una dieta regresan para ser pesados y para repasar sus técnicas para el control de peso. Sin embargo, por lo general estas sesiones de refuerzo desafortunadamente no han tenido éxito como método para lograr mantener un cambio de conducta y prevenir la reincidencia (Brownell, Marlatt, *et al.*, 1986).

Otro de los métodos empleados consiste en agregar más componentes a la intervención conductual, como por ejemplo terapias de relajación o entrenamiento en asertividad, pero, como ya se indicó antes, la adición de componentes no parece aumentar las tasas de adherencia (quitar apego) y bajo algunas circunstancias puede incluso reducirlas.

El tercer método para la prevención de la recaída es considerar la abstinencia como un proceso de tratamiento para toda la vida, como se hace en programas como Alcohólicos Anónimos y otros conocidos programas de tratamiento. Aunque estos métodos pueden dar buenos resultados, tienen también ciertas desventajas. Esta filosofía puede dejar en las personas la percepción de ser constantemente vulnerable a la recaída, creando potencialmente el temor de recaer cuando la vigilancia mengüe. Además, este método implica que las

personas no tienen el control de su hábito, y las investigaciones sobre modificación de los hábitos de la salud indican que la autoeficacia es un componente importante en el inicio y en el mantenimiento del cambio de conducta (Bandura, 1985; Brownell, Marlatt *et al.*, 1986).

Prevención de la recaída Los investigadores han argumentado que la **prevención de la recaída** debe ser integrada desde un comienzo en los programas de tratamiento. Modificar un hábito de salud no es una cosa sencilla, sino un proceso que parece darse en etapas (Brownell, Marlatt *et al.*, 1986; Prohaska y DiClemente, 1984a) y la prevención de la recaída puede ser incorporada en todas estas etapas.

Hay varios factores que son especialmente relevantes cuando una persona inicia un programa de tratamiento. Las personas que están muy interesadas en el programa y motivadas para lograr un cambio de conducta son menos propensas a una recaída. Estas observaciones implican que un punto importante de los programas debe ser aumentar la motivación y mantener el interés. Los programas pueden, por ejemplo, crear un procedimiento para el manejo de contingencias en el que se le pide a las personas que depositen dinero, que se les regresa si asisten a las reuniones y modifican su conducta.

Un método más controvertido es el uso de técnicas de selección para eliminar a las personas que no están verdaderamente interesadas en un cambio de conducta y que por tanto son vulnerables a la recaída. Por otro lado, negarles a las personas el acceso a un programa de tratamiento que puede mejorar su salud puede resultar éticamente dudoso. Pero también, tener personas que finalmente reincidirán puede desmoralizar a los otros de los participantes en el programa de modificación de la conducta, desmoralizar al terapeuta y finalmente hacerle más difícil a la persona predispuesta a la reincidencia modificar su conducta.

Una vez que esa motivación y el interés para continuar han sido inculcados es necesario desarrollar dentro del mismo programa de modificación de la conducta técnicas para mantener ese cambio de conducta y que actúen como habilidades para la prevención de la recaída una vez que termine el programa. Una de estas estrategias consiste en hacer que las personas determinen las situaciones que pueden propiciar la recaída y desarrollen habilidades de afrontamiento que les permitan manejar de manera adecuada los acontecimientos estresantes. Esta estrategia recurre al hecho de que la adherencia exitosa promueve sentimientos de autocontrol y el tener estrategias de afrontamiento disponibles aumenta la sensación de tener las cosas bajo control la sensación de tener las cosas bajo control (Marlatt y George, 1988). Además, el ensayo mental de las respuestas de afrontamiento en una situación de alto riesgo puede favorecer los sentimientos de autoeficacia, disminuyendo con esto la posibilidad de recaída. Por ejemplo, algunos programas entrenan a los participantes para practicar diálogos internos constructivos que les permitirán hablar consigo mismos cuando se les presenten situaciones de tentación (Brownell, Marlatt *et al.*, 1986).

Para evitar situaciones que evoquen la conducta meta se puede emplear la eliminación de incitantes y la reestructuración del entorno (Boston, 2000). El alcohólico que bebe exclusivamente en bares deberá evitar los bares. Sin embargo, en el caso de otros hábitos, la eliminación de incitantes es imposible. Por ejemplo, para los fumadores resulta imposible eliminar de sus vidas las circunstancias que los llevan a fumar. En consecuencia, algunos programas de prevención de la recaída enfrentan deliberadamente a las personas a situaciones en las que es probable que evoquen el viejo hábito para que adquieran práctica en el uso de sus habilidades de afrontamiento. El poder de la situación puede extinguirse con el tiempo si la conducta no se repite (Marlatt, 1990). Además, el enfrentar a las personas a estas situaciones puede hacer aumentar el sentimiento de autoeficacia y disminuir las expectativas relacionadas con la conducta adictiva. Hacer que el nuevo hábito (como por ejemplo el ejercicio o la abstinencia del alcohol) se practique en una serie muy amplia de nuevos contextos es también importante para garantizar que perdure (Boston, 2000).

Reestructuración del estilo de vida Por último, el mantenimiento del cambio conductual se puede lograr haciendo que la persona lleve a cabo en su estilo de vida otras modificaciones orientadas hacia la salud, técnica a la que se le denomina **reestructuración del estilo de vida** (Marlatt y George, 1988). Modificaciones en el estilo de vida, tales como seguir un programa de ejercicio o aprender técnicas de manejo del estrés pueden favorecer un estilo de vida más saludable en general que ayude a reducir la posibilidad de recaída. Volver a fumar o al excesivo consumo de alcohol puede parecer inapropiado en el contexto de una vida en general más sana.

El papel del apoyo social en el mantenimiento conductual es dudoso. Actualmente, algunos estudios indican que es útil solicitar la ayuda de los miembros de la familia para el mantenimiento conductual pero otros estudios indican que no (Brownell, Marlatt *et al.*, 1986). Probablemente, la investigación aún no determina la manera exacta en la que el apoyo social puede ayudar el mantenimiento conductual.

En general, en este momento, la prevención de la recaída parece tener mejores resultados cuando las personas ven el logro de su cambio de conducta como un objetivo a largo plazo, desarrollan técnicas de afrontamiento para manejar las situaciones de alto riesgo e integran los cambios de conducta en un estilo de vida más sano en general.

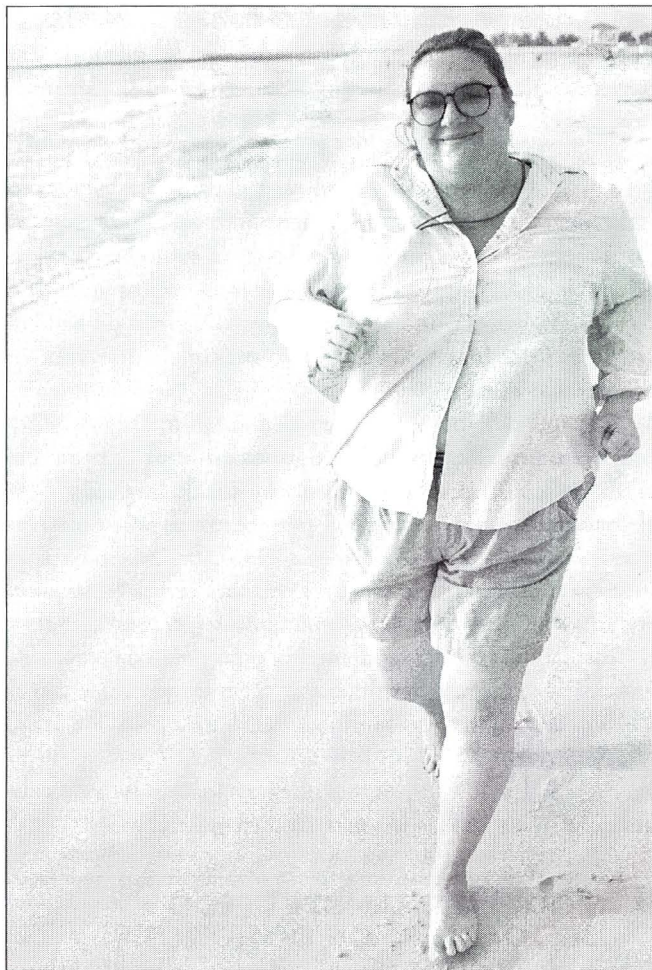
■ MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO DE CONDUCTA

Como se puede ver por el análisis previo, modificar una mala conducta de salud no se logra de sopetón. Al tratar de modificar sus conductas de salud, las personas pasan por diferentes etapas y el apoyo que necesitan de terapeutas o de programas formales para el cambio de conducta varía de acuerdo a la etapa en que se encuentren en relación a su mal hábito de salud (Prohaska, 1994; Rothman, 2000).

Etapas del cambio

Prohaska y sus colaboradores (Prohaska, 1994; Prohaska, DiClemente y Norcross, 1992) han desarrollado el **modelo transteórico de cambio conductual** un modelo que analiza las etapas y procesos por los que al tratar de llevar a cabo un cambio en su conducta e indican los tratamientos adecuados y las intervenciones en cada etapa. Desarrollado originalmente para tratar trastornos de adicciones, como fumar, uso de drogas o adicción al alcohol, el modelo de las etapas ahora ha sido empleado para otros hábitos de salud, tales como el hacer ejercicio o el someterse regularmente a una mamografía (Rakowski, Fulton y Feldman, 1993).

Precontemplación La etapa de precontemplación es la etapa en la que la persona no tiene intención alguna de



La disposición para modificar un hábito de salud es un prerrequisito importante para lograr hacerlo.

modificar su conducta. En esta etapa muchos individuos no se dan cuenta de que tienen un problema, aunque sus familiares, amigos, vecinos o colaboradores si lo estén. Un ejemplo de esta situación es el bebedor problemático, que no se da cuenta del problema que significa para su familia. En la etapa precontemplativa algunas veces las personas buscan un tratamiento, pero lo hacen sólo si han sido presionados por los demás y se sienten obligados a modificar su conducta. No es de sorprender que con frecuencia estos individuos vuelvan a su conducta anterior y no sean terreno apropiado para una intervención.

Contemplación La contemplación es la etapa en la que las personas se dan cuenta de que existe un problema y piensan en eso, pero aún no se han decidido a hacer algo. Muchos individuos se quedan en la etapa de contemplación durante años, como los fumadores que saben que deberían dejar de fumar, pero aún no se han decidido a hacerlo. En la etapa de contemplación, los individuos están todavía sopesando los pros y contras de modificar su conducta y siguen

encontrando agradables los aspectos positivos de su conducta. Los que se deciden a cambiar su conducta por lo general tienen buenas expectativas acerca de su capacidad para hacerlo y de los beneficios que obtendrá (Rothman, 2000).

Preparación En la etapa de preparación, los individuos tratan de modificar su conducta, pero puede que aún no hayan empezado a hacerlo. En algunos casos esto se debe a que no han logrado hacerlo en el pasado o porque lo estén postergando hasta que pase un acontecimiento o situación estresante. En la etapa de preparación, en algunos casos, los individuos ya han modificado ligeramente la conducta meta, como por ejemplo, fumar menos cigarrillos de lo normal, pero aún no se han decidido a eliminar la conducta por completo.

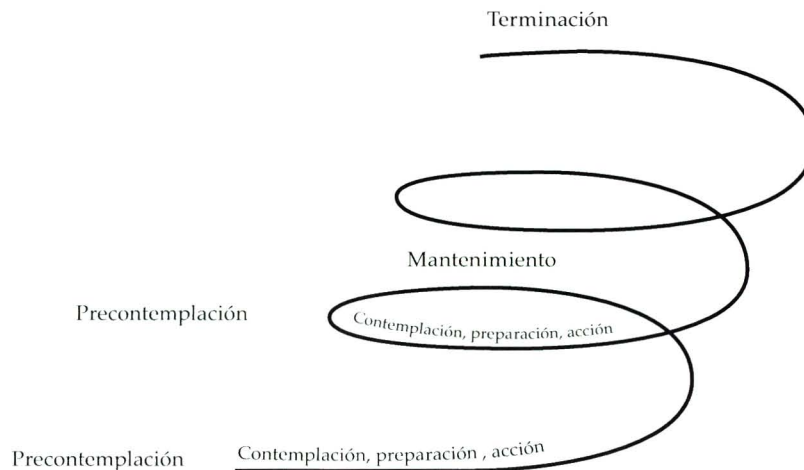
Acción La etapa de la acción es la etapa en la que los individuos modifican su conducta para superar el problema. En la etapa de la acción se necesita tiempo y energía para lograr un verdadero cambio de conducta. Esto comprende abandonar esa conducta y modificar el propio estilo de vida y el entorno de manera que se pueda liberar a la propia vida de los incitantes relacionados con esa conducta.

Mantenimiento El mantenimiento es la etapa en la que las personas tienen que prevenir la recaída y consolidar los logros obtenidos. Por lo general, si una persona es capaz de permanecer más de 6 meses libre de la conducta adictiva, se asume que se encuentra en la etapa de mantenimiento (Wing, 2000).

Como en las conductas adictivas, la recaída es la regla y no la excepción, este modelo de etapas se visualiza como una espiral. Como se muestra en la figura 3.6, los individuos pueden llegar a la etapa de la acción, intentar el mantenimiento, recaer, volver a la fase de precontemplación, continuar a través de las etapas siguientes hasta la acción, repetir el ciclo otra vez y hacer lo mismo varias veces hasta que logran eliminar la conducta (ver Prohaska *et al.*, 1992).

Importancia del modelo de las etapas de cambio

El modelo de las etapas de cambio de las conductas de salud es por varias razones potencialmente importante. Captura el proceso por el que pasan las personas cuando tratan de modificar su conducta, ya sea solos o con ayuda. Ilustra que el cambio no puede darse en el primer intento o en de una sola vez. Explica también por qué muchas personas logran modificar su conducta y por qué son tan altas las tasas de recaída. En concreto, las personas que están en la etapa de precontemplación o en la etapa de contemplación no están listas para ser llevadas a la acción. En efecto, la literatura indica que la mayoría de las personas que tienen hábitos adictivos no están en la etapa de la acción. Por ejemplo, en un estudio

FIGURA 3.6 | Modelo de la espiral de las etapas de cambio (Fuente: Prohaska *et al.*, 1992)

sobre fumadores se encontró que 10 a 15% estaba preparado para la etapa de la acción, 30 a 40% se encontraba en la etapa de contemplación y 50 a 60% estaba en la etapa de precontemplación (Prohaska *et al.*, 1992). Estos datos estadísticos explican porqué muchas de las intervenciones muestran deprimidas tasas de éxito. Si se recalculan las tasas de éxito considerando sólo a los individuos que están dispuestos a modificar su conducta —es decir aquellos individuos que se encuentran en las etapas de acción o de preparación—, la mayoría de estos programas se ven más exitosos.

Empleo del modelo de las etapas de cambio

El modelo de las etapas de cambio en conductas de salud es útil porque indica que determinadas intervenciones pueden tener más valor en una etapa que en otra. Por ejemplo, a un fumador en la etapa de acción no le sirve la información acerca de la importancia de no fumar, pero información acerca del control en el consumo de alcohol puede ser de gran valor para una persona que empieza a observar que tiene problema al beber.

En cada etapa, entonces, es necesario determinado tipo de información (por ejemplo, Blalock *et al.*, 1996); N. D. Weinstein, 1988).

En concreto, proporcionar información acerca de su problema a individuos que se encuentran en la etapa de precontemplación puede hacerlos pasar a la etapa de contemplación. Para ayuda a las personas a que pasen de la etapa de contemplación a la de preparación, una intervención que los induzca a evaluar cómo se sienten y a pensar en su problema y en cómo, solucionarlo puede cambiarlos, puede ser la adecuada. Intervenciones destinadas a hacer que las personas contraigan un compromiso explícito de cómo y cuándo modificarán sus

conductas pueden tender un puente sobre la brecha entre la preparación y la acción. Intervenciones que hacen énfasis en proporcionar autorreforzamiento, apoyo social, control de estímulos, y habilidades de afrontamiento serán las más adecuadas para individuos que ya se encuentran en la etapa de la acción y que se desplazan hacia el mantenimiento a largo plazo.

El modelo espiral de las etapas de cambio en conductas de salud puede que sea correcto, pero hasta ahora su aplicación no siempre ha dado buenos resultados. El modelo ha sido usado con distintas conductas de salud, entre las que se encuentran dejar de fumar, dejar la cocaína, control de peso, modificación de una dieta alta en grasas, conductas delictivas en la adolescencia, prácticas de sexo seguro, uso del condón, uso de bronceadores con filtro solar, control de la exposición al radón y mamografías frecuentes (Prohaska *et al.*, 1994). En algunos casos, las intervenciones que corresponden a la etapa en la que se encuentra la persona han tenido éxito (por ejemplo, Park *et al.*, 2003); en otros casos no (Lamb y Joshi, 1996; N. D. Weinstein, Rothman y Sutton, 1998).

■ MODIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE SALUD MEDIANTE LA INGENIERÍA SOCIAL

Muchos de los cambios de conducta se dan no mediante programas para el cambio de conducta, sino mediante la ingeniería social. La **ingeniería social** consiste en modificar el entorno de tal manera que afecte la capacidad de las personas para observar una determinada conducta de salud. A estas medidas se les llama pasivas porque no requieren que un individuo realice acciones personales. Por ejemplo, usar el cinturón de seguridad es una medida activa que debe rea-

lizar un individuo para evitar posibles daños en un accidente automovilístico, mientras que las bolsas de aire que se inflan automáticamente en el momento de un impacto, representan una medida pasiva.

Hay muchos hábitos de salud que ya están determinadas por la ingeniería social. La prohibición del uso de determinadas sustancias como la heroína o la cocaína y la reglamentación para el deshecho de sustancias tóxicas son ejemplos de medidas de salud dictadas por la legislación. Fumar y consumir alcohol están restringidas legalmente a determinadas circunstancias y edades. Exigir la vacunación para el ingreso a la escuela (N.T. en México se exige la vacunación para ingresar al kinder) ha dado como resultado que a más de 90% de los niños se les aplique la mayor parte de las vacunas que necesitan (Center for the Advancement of Health, octubre, 2002).

En muchas ocasiones, las soluciones proporcionadas por la ingeniería social para los problemas de salud tienen más éxito que las soluciones individuales. A los padres se les puede recomendar que vacunen a sus hijos contra enfermedades comunes de la infancia como sarampión, influenza, hepatitis, difteria y tétanos, pero el exigir la vacunación para entrar a la escuela ha resultado una mejor medida. Se puede intervenir con los padres para que reduzcan los riesgos de accidentes en la casa, pero medidas como el uso de contenedores de seguridad para medicamentos y la fabricación de ropa para niños con telas retardantes del fuego resultan más eficientes (Fielding, 1978). La disminución de los límites de velocidad ha tenido mucho más impacto sobre la muerte e invalidez por accidentes con vehículos motorizados que las intervenciones para hacer que las personas modifiquen sus hábitos al manejar (Fielding, 1978). Elevar la edad para beber de 18 a 21 años es más eficiente en la reducción del número de accidentes vehiculares fatales relacionados con el alcohol que los programas destinados a ayudar al conductor borracho (Ashley y Rankin, 1988). La disputa de las actuales negociaciones entre la industria tabacalera y el gobierno federal (no solamente en Norteamérica; en México ha habido cambios en la legislación) es probable que conduzca a mayores restricciones para los fumadores, en especial a aquellas restricciones que eviten la exposición en los llamados fumadores pasivos, es decir, aquellas personas que por estar cercanas a la persona que fuma, aspiran los humos del tabaco.

Las perspectivas para el uso continuado de la ingeniería social en la modificación de los hábitos de salud son enormes. Controlar lo que contienen las máquinas vendedoras automáticas que se encuentran en las escuelas, poner un recargo a los alimentos altos en grasas y de bajo valor alimenticio y controlar la publicidad de los productos altos en grasas y altos en colesterol, especialmente de aquellos que son para niños, serán medidas consideradas para combatir el enorme aumento de la obesidad que se ha observado en las últimas 2 décadas (M. F. Jacobson y Brownell, 2000). Efectivamente,

a medida que la contribución de la dieta y de la obesidad a la mala salud y a la muerte temprana resulta más evidente, las soluciones de la ingeniería social en relación a la venta de alimentos y a la publicidad, bien puede tomar importancia.

Un método relativamente nuevo de la ingeniería social para mejorar los hábitos de salud consiste en emplear los medios de entretenimiento para ilustrar las buenas prácticas. Se ha encontrado que en muchos países, especialmente en los países en desarrollo, las telenovelas influyen más en las personas que las lecturas o panfletos sobre los hábitos de salud. Las investigaciones muestran que cuando las personas observan que las estrellas de su telenovela favorita observan buenos hábitos de salud, las personas se muestran más inclinadas a cambiar (C. J. Williams, 2001). Por supuesto, existen límites para la medida en que se pueden usar los medios para este fin, pero para combatir problemas como embarazos en jovencitas y SIDA, los dramas de televisión muestran un cierto éxito potencial.

Existen límites más generales para la ingeniería social. Aún cuando en muchas áreas públicas se ha prohibido fumar, aún no es ilegal hacerlo; si esto ocurriera, la mayoría de los fumadores y un número considerable de no fumadores entenderían tales medidas obligatorias como una interferencia inaceptable con las libertades civiles. Aún cuando se puede ilustrar de manera dramática las ventajas que la ingeniería social tiene para la salud, el sacrificio en libertad social puede ser demasiado grande. De esta manera, muchos hábitos de salud tendrán que quedar a discreción de los individuos. A tales conductas es a las que las intervenciones psicológicas hablan de manera más persuasiva.

■ INSTANCIAS PARA LA MODIFICACIÓN DE LOS HáBITOS DE SALUD

¿Cuál es el mejor sitio para modificar hábitos de salud? Existen varias posibilidades: el consultorio del terapeuta privado, el consultorio del médico, los grupos de autoayuda, las escuelas, el lugar de trabajo, el entorno comunitario y los medios de comunicación. Cada uno tiene sus ventajas y desventajas particulares (Winett, 1995).

El consultorio del terapeuta privado

Algunas de las modificaciones a los hábitos de salud las dirigen psicólogos, psiquiatras u otros profesionistas clínicos de manera privada en terapias uno a uno. Estos profesionistas han sido cuidadosamente capacitados en el empleo de técnicas de modificación de conducta derivadas del modelo cognitivo-conductual parecen funcionar bien en la modificación de los hábitos de salud.

La práctica clínica y la terapia uno a uno para la modificación de los hábitos de salud tiene dos ventajas sobresalientes:

1. Precisamente debido a que es uno a uno, el amplio tratamiento individual que recibe la persona hace que tenga más probabilidades de éxito.
2. Debido a la naturaleza individual de esta práctica, el terapeuta puede adaptar el tratamiento para el cambio de conducta a las necesidades del individuo.

Existe, sin embargo, una importante desventaja. Sólo se puede cambiar la conducta de los individuos de uno en uno. Si se quiere que la modificación de los hábitos de salud tenga algún impacto en las tasas de enfermedad, tendremos que buscar maneras para la modificación de los hábitos de salud que no requieran de una cara atención uno a uno.

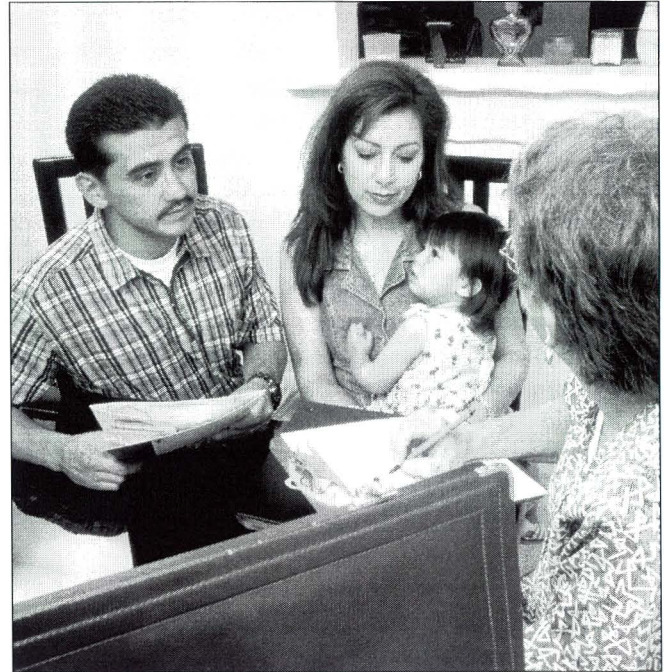
El consultorio del médico

La modificación de los hábitos de salud se puede llevar a cabo en el consultorio del médico. Muchas personas tienen contacto frecuente con un médico o con otro profesional de la salud que conoce su historia médica y que puede ayudarlos a modificar sus hábitos de salud. Una de las ventajas que tiene la intervención en el consultorio médico es que los médicos son fuentes altamente acreditadas para introducir un cambio en la conducta de salud y sus recomendaciones tienen la fuerza de sus conocimientos. Sin embargo, como en el caso de la terapia privada, este método uno a uno es caro y sólo reduce la situación de riesgo de una persona cada vez.

La familia

Los profesionales de la salud reconocen, cada vez más, la importancia de intervenir en la familia para mejorar la salud (Fisher *et al.*, 1998). Existen varias razones para esto. La primera y la más importante es que los niños aprenden de los hábitos de salud de sus padres, de manera que hacer que toda la familia se preocupe por un estilo de vida saludable es la mejor manera de darles a los niños la oportunidad de tener un inicio saludable en la vida.

Segundo, las familias, especialmente las familias en las que hay niños y uno o más adultos que trabajan, tienen, por lo general, un estilo de vida más organizado y rutinario que las personas solteras, de manera que la vida en familia suele inculcar conductas sanas, como por ejemplo comer tres veces al día, dormir 8 horas, lavarse los dientes, y usar cinturones de seguridad en el coche. Los aspectos de promoción de la salud de la vida familiar son evidentes en el hecho de que los hombres casados tienen mucho mejores hábitos de salud que los hombres solteros, debido en parte a que las esposas crean la vida de hogar que inculca estos hábitos sanos (por ejemplo, Hampson, Andrew, Barekley, Lichtenstein y Lee, 2000). Las mujeres solteras y casadas tienen estilos de vida igualmente sanos, con excepción de las mujeres solteras con niños, quienes están en desventaja con respecto a la salud (Hughes y Waite, 2002).



Una familia estable significa promoción de la salud, y las intervenciones cada vez están más dirigidas a las familias y no a los individuos con objeto de tener una mayor posibilidad de modificar la conducta.

La tercera razón para intervenir en las familias es que muchos miembros de la familia se ven afectados por los hábitos de uno cualquiera de los miembros de la familia. Un ejemplo claro es vivir con un fumador, ya que el resto de la familia se convierten en fumadores pasivos, por lo que el fumar no sólo pone en peligro al fumador, sino a todos los que están a su alrededor.

Por último algo muy importante, si se introduce un cambio de conducta a nivel familiar —como por ejemplo una dieta baja en colesterol o dejar de fumar— afecta a todos los miembros de la familia, lo que asegura un mayor interés en el programa de cambio de conducta y proporciona apoyo social para la persona cuya conducta debe cambiar (D. K. Wilson y Ampey-Thornhill, 2001). Las evidencias indican que la participación de los miembros de la familia puede aumentar notablemente la efectividad de una intervención (Wing y Jeffery, 1999).

Como veremos en breve, el énfasis en un cambio de conducta individual es un método culturalmente limitado que puede no ser una estrategia de intervención adecuada para las culturas de latinos, negros, asiáticos o del sur de Europa; a las personas de estas culturas se les puede persuadir de un cambio de conducta con mayor facilidad cuando el bienestar de la familia está en juego (Han y Shavitt, 1994; Klonoff y Landrine, 1999). Por consiguiente, hacer énfasis en un cambio de conducta de salud de la familia es especialmente adecuado tratándose de personas de estas culturas.

Instituciones para la atención de la salud

Cada vez más, muchos de nosotros empleamos servicios de salud de organizaciones médicas grandes y no de médicos privados individuales. Estas instituciones proporcionan información general sobre prevención de la salud que llega a muchas personas. Entre las intervenciones que se realizan en estas instituciones están clases prácticas para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, intervenciones nutricionales para proporcionar información y recetas para la modificación de la dieta, y programas para nuevos padres en los que se da información sobre medidas de seguridad en el hogar.

Debido a que casi la mitad de las muertes tempranas se deben a factores previsibles de conducta, las instituciones para la atención de la salud se preocupan por proporcionar atención preventiva, con lo que se pueden lograr de la atención a la salud. Muchas instituciones para la atención de la salud tienen programas para el alcohol, la bebida y las drogas, pero regímenes alimenticios, ejercicio y otras intervenciones preventivas son menos frecuentes (Center for Advancement of Health, 2000c). De manera que el papel que tienen estas instituciones en la modificación de la conducta de salud tiene que crecer aún mucho.

Grupos de autoayuda

Se estima que en Estados Unidos entre 8 y 10 millones de personas tratan de modificar sus hábitos de conducta mediante grupos de autoayuda. En estos grupos de autoayuda reúnen individuos que tienen el mismo problema de hábito de conducta y, algunas veces, con ayuda de un terapeuta, las personas tratan de resolver su problema conjuntamente. Algunos de los grupos de autoayuda más conocidos son Overeaters Anonymous y TOPS (Take Off Pound Sensibly) para obesidad, Alcohólicos Anónimos para alcoholismo, y Smokenders para fumadores. Muchos de los líderes de estos grupos emplean en sus programas algunos principios derivados de la terapia cognitivo-conductual. El apoyo social y la comprensión del sufrimiento en común son factores importantes en la obtención de resultados favorables. Actualmente, los grupos de autoayuda constituyen el principal medio para la modificación de los hábitos de salud en Estados Unidos. En los capítulos 4 y 5 examinaremos con mayor detenimiento la experiencia en estos grupos de autoayuda.

Escuelas

Las intervenciones para fomentar las conductas de salud se pueden realizar a través del sistema escolar (Center for the Advancement of Health, noviembre, 2003). Existen diversos factores que hacen de las escuelas una de las mejores opciones para la modificación de los hábitos de salud. Primero, la mayoría de los niños van a la escuela; por lo tanto, se puede llegar a prácticamente a toda la población, por lo

menos en sus primeros años de vida. Segundo, la población escolar es joven. Por lo que se puede intervenir antes de que los niños adquieran malos hábitos. En el capítulo 5 se muestran ejemplos de programas para la prevenir que fumen, los cuales se llevan a cabo con niños en edad escolar antes de que empiecen a fumar. Además, cuando a los jóvenes se les enseña, oportunamente, buenos hábitos, estas conductas pueden volvérselos hábitos y durarles toda la vida. Tercero, las escuelas tienen un vehículo natural para la intervención, las clases que duran aproximadamente una hora; muchas intervenciones para la salud pueden adecuarse a este formato. Por último, en la escuela se pueden emplear ciertas sanciones para promover las conductas de salud. Por ejemplo, algunas escuelas exigen que los niños hayan sido vacunados contra una serie de enfermedades para que puedan asistir a la escuela, y se niegan a aceptar a niños que no tengan estas vacunas; este requisito ha sido de suma utilidad para aumentar la proporción de niños que cuentan con las vacunas recomendadas (W. J. McGuire, 1984).

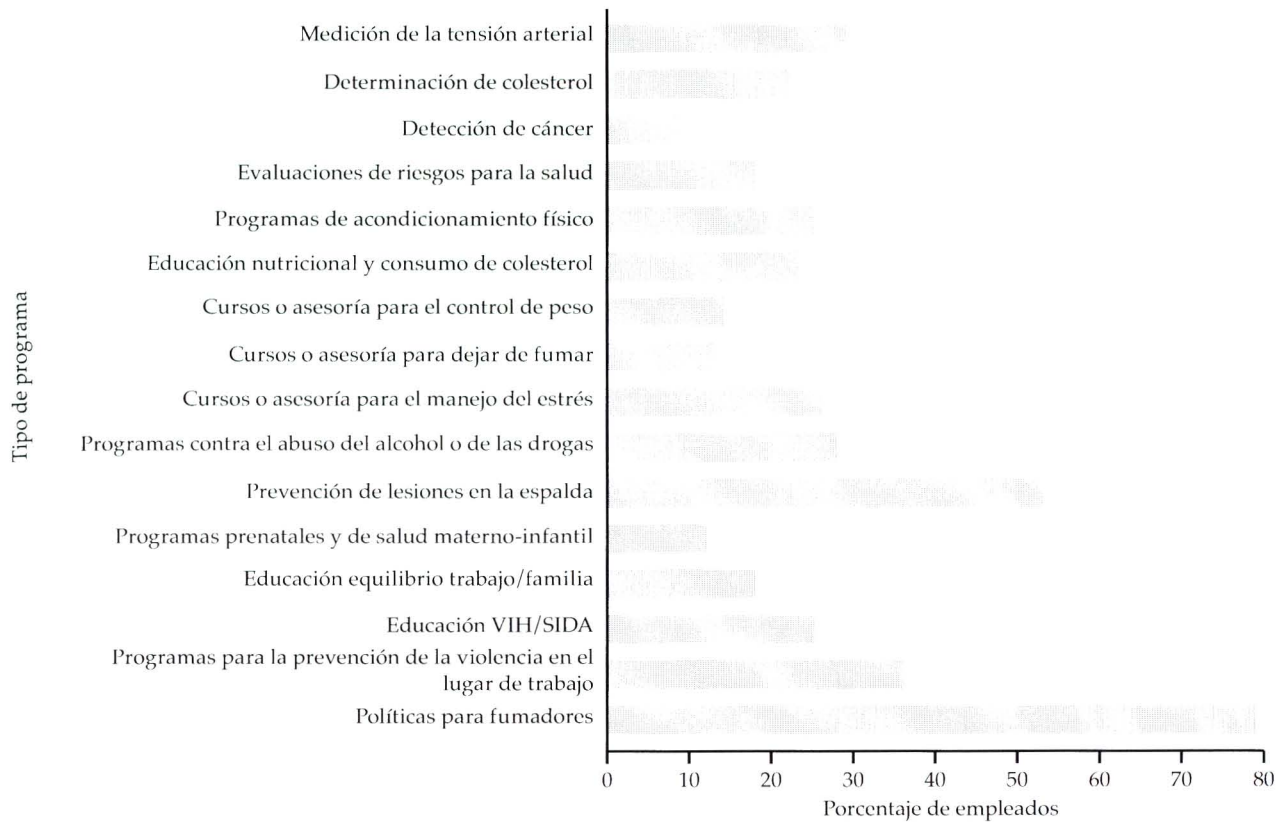
Por estas razones, con frecuencia las escuelas son una buena oportunidad para influir en los hábitos de salud. Por ejemplo, en las escuelas primarias las intervenciones dirigidas a incrementar el ejercicio y la información sobre la nutrición adecuada han documentado mejorías en la dieta y en los patrones de ejercicio que han favorecido especialmente a los niños obesos o con mala condición física (Center for Advancement of Health, noviembre, 2003). Además, los padres apoyan siempre las contribuciones de las escuelas para inculcar mejores hábitos de salud (Center for Advancement of Health, noviembre, 2003). A pesar de esto, incluso en estados que requieren educación en salud, suele ocurrir que no siempre se cuente con estos programas (Center for Advancement of Health, noviembre, 2003).

Intervenciones en el lugar de trabajo

A través de las instituciones para el cuidado de la salud se puede contactar a los niños muy pequeños y a los adultos mayores para promover conductas sanas. A los niños y a los adolescentes se les puede contactar a través de las escuelas. Sin embargo, el grueso de la población adulta suele ser difícil de contactar. La población adulta no emplea con regularidad los servicios de salud y es difícil contactarlos a través de otras organizaciones. Sin embargo, 70% de la población adulta tiene un empleo, y por consiguiente, el lugar de trabajo puede emplearse para contactar este amplio porcentaje de la población (S. G. Haynes, Odenkirchen y Heimendinger, 1990).

Hay por lo menos tres maneras en las que el lugar de trabajo se ha ocupado de los hábitos de salud de los empleados. El primero es proporcionando programas para la promoción de la salud que ayudan a los empleados en la práctica de mejores conductas de salud. Existen programas para ayudar a los empleados a dejar de fumar, a reducir el estrés, a modificar

FIGURA 3.7 | Porcentaje de empresas que ofrecen algunos tipos específicos de programas para la promoción de la salud en el lugar de trabajo (Fuente: Association for Worksite Promotion et al., National Worksite Health Promotion Survey, 2000)



su dieta, a hacer ejercicio con regularidad, a bajar de peso, a controlar la hipertensión o a controlar el beber problemático, entre otros (por ejemplo, Lindan *et al.*, 2002; Thoerell, Emdad, Arnetz y Weingarten, 2001) (ver figura 3.7).

La segunda manera en la que la industria ha promovido los buenos hábitos de salud es estructurando el ambiente para ayudar a las personas en la práctica de actividades sanas. Por ejemplo, muchas empresas prohíben fumar en el lugar de trabajo. Otras proporcionan clubes de salud para los empleados o servicios de restaurante en donde se sirven alimentos bajos en grasa, azúcar y colesterol. Tercera, algunas industrias proporcionan incentivos especiales como reducción en la prima de seguros a las personas que modifiquen sus hábitos de salud (por ejemplo a los individuos que dejen de fumar). Los psicólogos de la salud también han participado en la creación de programas de bienestar general destinados a ocuparse de múltiples hábitos de salud.

El sitio de trabajo, además de ser la principal instancia a través de la cual se puede hacer contacto con la población adulta, presenta otras ventajas para las intervenciones. Primero, se puede educar simultáneamente a un gran número de individuos. Segundo, el lugar de trabajo suele otorgar

permisos para participar en los programas. Por ejemplo, dar tiempo libre a los empleados si aceptan tomar parte en el programa. Tercero, en el lugar de trabajo se tiene un apoyo social formado por los compañeros de trabajo que pueden dar ánimo en la modificación de los hábitos de salud. Por último, como las personas pasan gran parte de sus vidas en el trabajo, modificar los reforzamientos y los estímulos discriminativos del ambiente puede ayudar a conservar buenos en lugar de malos hábitos de salud.

¿Qué tan efectivas son las intervenciones en el lugar de trabajo? Muchos de estos programas aún no han sido formalmente evaluados. Parece que estos programas tienen poco éxito (Fielding, 1991; R. E. Glasgow, Terborg, Strycker, Boles y Hollis, 1997); los hallazgos debieran interpretarse cautelosamente. La participación de los sujetos es por lo general baja, de 20% o menos (Winett, 2003). Las intervenciones suelen llegar a los que tienen empleos de alto y no a los de bajo prestigio ocupacional (Dobbins, Simpson, Oldenburg, Owen y Harris, 1998). Se necesita trabajar más para hacer participar a aquellos que tienen ocupaciones y posiciones de menos prestigio. Una evaluación formal y tasas altas de éxito serán críticas para poder continuar con estos programas. Si

Para poder llegar al mayor número de personas, de la manera más eficiente, los investigadores continuamente diseñan más programas comunitarios para ser realizados mediante los recursos comunitarios existentes.



las empresas ven una reducción del abstencionismo, de los costos de seguros, de los accidentes y otros indicadores de que estos programas tienen éxito, estarán más dispuestos a seguir apoyándolos (Fielding, 1991).

Intervenciones comunitarias

Las intervenciones comunitarias tienen el potencial para llegar a un gran número de individuos. Este término comprende diversos métodos. Un programa comunitario puede ser una campaña puerta por puerta para informar a las personas sobre un programa para la detección de cáncer, un bombardeo en los medios para alertarlas sobre los riesgos del cigarro, un programa para modificación de la dieta a través de las instituciones comunitarias o una intervención mixta en la que participen tanto los medios como intervenciones dirigidas a los miembros de la comunidad en alto riesgo.

Las intervenciones comunitarias tienen diversas ventajas potenciales. Primero, estas intervenciones llegan a un mayor número de personas que las intervenciones individuales o las intervenciones en ambientes limitados tales como un solo sitio de trabajo o salón de clase. Segundo, las intervenciones comunitarias pueden aprovechar al apoyo social para reforzar la participación en los cambios de salud recomendados. Por ejemplo, si todos sus vecinos están de acuerdo en cambiar a una dieta baja en colesterol, es más probable que usted también lo haga. Tercero, las intervenciones comunitarias pueden, potencialmente, atender al problema del mantenimiento del cambio de conducta. Si el ambiente comunitario se reestructura de manera que los estímulos y reforzadores de la conducta de riesgo se sustituyan por estímulos y reforzadores de conductas sanas, la recaída será menos probable (R. Y. Cohen, Stunkard y Felix, 1986).

Para la reducción de los factores de riesgo relacionados con las enfermedades cardíacas ha habido varias intervenciones comunitarias destacadas. Por ejemplo, el Programa de

Intervención en Múltiples Factores de Riesgo (MFIRT, por sus siglas en inglés), el Proyecto North Karelia en Finlandia y el Programa para la Prevención de las Enfermedades Cardíacas de Stanford (recuadro 3.2) todos estuvieron diseñados para modificar factores de riesgo cardiovasculares, como el fumar, los niveles de colesterol en la dieta y la medición de la tensión arterial así como la detección de personas con hipertensión arterial sistémica, mediante una combinación de intervenciones de los medios y contribuciones para la modificación de la conducta dirigidas a los grupos en alto riesgo (ver también Alexandrov *et al.*, 1988).

Las intervenciones comunitarias han sido controversiales. Algunos investigadores argumentan que estas intervenciones tienen buenas tasas de éxito. Por ejemplo, el proyecto North Karelia parece haber reducido la mortalidad cardiovascular (Tuomilehto *et al.*, 1986) y el programa MRFIT logró disminuir el consumo de cigarrillos, disminuir la tensión arterial y mejorar el conocimiento nutricional (M. Sexton *et al.*, 1987). Sin embargo, otros investigadores han argumentado que estas intervenciones resultan demasiado caras para los modestos cambios que producen. Además, a la larga puede que no se mantenga el cambio conductual (Klepp, Kelder y Perry 1995). Aunque estudios de intervenciones caras, a gran escala, que comprenden terapias de conducta individualizadas para las personas en alto riesgo es poco probable que puedan sostenerse por sí mismos en el futuro debido a los gastos, contribuciones más modestas para integrar programas de estilos de vida saludables en los programas comunitarios existentes es probable que continúen.

Los medios

Uno de los objetivos de la promoción de la salud es llegar a la mayor cantidad de personas que sea posible, por lo que los medios de comunicación masiva representan un enorme po-

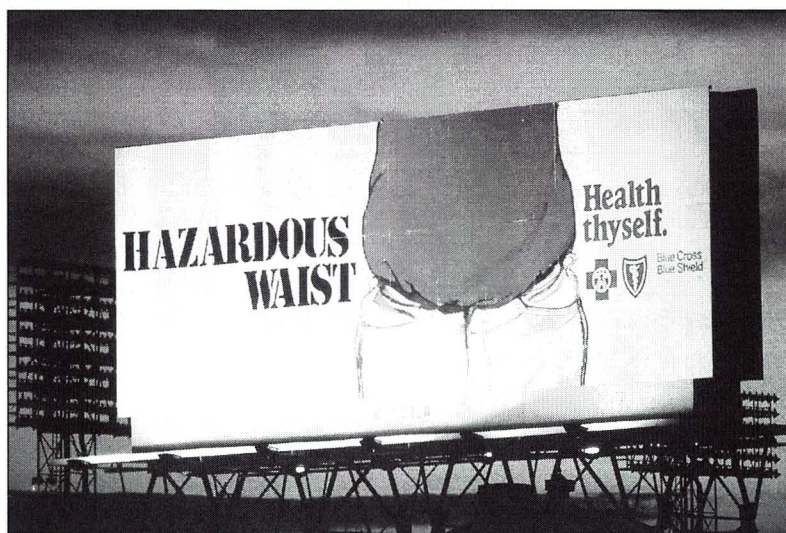
Retrato de una campaña en los medios para reducir el riesgo cardiovascular

Un grupo de investigadores de la universidad de Stanford organizaron un ambicioso proyecto para reducir el riesgo cardiovascular (A. J. Meyer, Maccoby & Farquhart, 1980). El Programa para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares de Stanford, fue diseñado con objeto de probar un modelo potencial de intervención en las comunidades mediante los medios de comunicación masiva con objeto de hacer que las personas modificaran sus hábitos de salud hacia la reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares.

Se identificaron tres comunidades de tamaño y condiciones socioeconómicas similares y se las comparó respecto a los factores de riesgo relacionados con enfermedades de las arterias en un estudio con evaluación inicial y final no fue expuesta a programa alguno. Las otras dos comunidades fueron expuestas, durante dos años, a campañas en los medios de comunicación masiva, vía radio, televisión, periódicos, carteles e información enviada por correo, acerca de los efectos del cigarro, de la dieta, y del ejercicio sobre el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. En una de estas dos comunidades, la campaña mediática se complementó con información, cara a cara dirigida a los participantes con mayor riesgo de padecer una enfermedad coronaria, sobre cómo modificar determinados factores de riesgo. Esta intervención fue anunciada como un avance importante en la modificación de los hábitos de salud debido a que empleaba un diseño experimental para examinar la modificación de los hábitos de salud mediante los medios y la interacción interpersonal.

En la comunidad que sólo fue expuesta a la campaña en los medios sólo se observaron modestos cambios de actitud y de conducta. Como resultado de la campaña, los participantes estuvieron más informados acerca de los factores de riesgo cardiovascular e indicaron haber reducido su consumo de colesterol y grasas en la dieta, en comparación a la comunidad control. Se encontró alguna evidencia de que el colesterol en plasma y la tensión arterial habían disminuido. Sin embargo, los efectos más dramáticos y duraderos se obtuvieron con la combinación de la campaña mediática y la información personal a los individuos en riesgo. Estos individuos modificaron su condición de riesgo cardiovascular en comparación con los otros dos grupos, principalmente fumando menos (H. Leventhal, Saber, *et al.*, 1980).

El estudio de Stanford fue un valioso paso en el uso de datos experimentales sólidos para la evaluación de las campañas en medios masivos y cara a cara. Las conclusiones indican que los medios masivos *per se* son únicamente modestamente eficientes en la modificación de la situación de riesgo. Dado que las campañas en los medios son muy caras, parece poco probable que investigaciones futuras empleen campañas sólo en los medios para ocuparse de los hábitos de salud. En cambio, parece más probable que futuros estudios en comunidades empleen a los medios sólo como uno de los componentes de un método más complejo para la modificación de los hábitos de salud.



Las campañas en los medios pueden modificar la actitud del público en general frente a un asunto de salud.

tencial. Evaluaciones sobre la efectividad de las campañas de salud en los medios dan algunos datos sobre su efectividad (Lau, Kane, Berry, Ware y Roy, 1980). En general, las campañas en los medios logran modestos cambios de actitud y aún menos modificaciones de conducta a largo plazo.

Los medios parecen ser más eficiente en alertar a las personas sobre riesgos de salud de los que de otro modo no estarían informados (Lau *et al.*, 1980). Por ejemplo, la atención dada por los medios a la información de los inspectores generales de sanidad (U. S. Public Health Service, 1982) sobre los riesgos que el cigarro representan para la salud, alertó a millones de personas más rápidamente de lo que se habría podido hacer con cualquier otra forma de comunicación.

Mediante la presentación constante de un mensaje, los medios pueden tener también un efecto acumulativo para la modificación de los valores relacionados con las prácticas de salud. Por ejemplo, el efecto acumulativo de los mensajes en contra del cigarro en los medios ha sido esencial y ahora la opinión pública está claramente a favor de no fumar. Combinados con otras técnicas para la modificación de la conducta, como las intervenciones comunitarias, los medios pueden también reforzar y subrayar elementos de los programas existentes para la modificación de la conducta.

Internet

Una herramienta prometedora aunque aún poco utilizada para la modificación de los hábitos de salud es Internet. Internet proporciona un acceso de bajo costo a millones de personas que pueden ser potencialmente beneficiadas por la

información, sugerencias y técnicas ofrecidas en los sitios de la red. Por ejemplo, un sitio en la red para la examen de la salud en el que uno ingrese su fecha de nacimiento, género y la información básica de su historia clínica podrían informarle a uno los sobre los hábitos de salud que uno debe observar y si el grado en que uno observa un hábito de salud (como por ejemplo la cantidad de ejercicio que se hace) es suficiente. Internet también permite a los investigadores reunir un gran número de participantes para sus estudios a un costo relativamente bajo, permitiendo de esta manera también la recolección de datos relativos a la salud (Lenert y Skoczen, 2002).

Conclusiones

La elección de la instancia para la modificación de un hábito de salud es un asunto importante. Necesitamos entender las ventajas y desventajas de cada instancia y continuar buscando los métodos que lleguen al mayor número de personas al menor costo posible. Haciendo uso de las ventajas de cada instancia, podemos modificar mejor los hábitos de conducta. Nuestro primer desafío para el futuro es integrar los conocimientos que se acumulan rápidamente de cómo los individuos modifican sus hábitos de conducta, con las amplias políticas para el cuidado de la salud de las entidades federales, estatales y privadas (como las HMO) para crear un método verdaderamente integrador para construir estilos de vida sanos (Orleáns, 2000). La multitud de evidencias de la efectividad de las intervenciones sólo tendrá éxito si se traducen a la práctica (Glasgow, Kleges, Dzenwaltowski, Bull y Estabrooks, 2004). ●

RESUMEN

1. La promoción de la salud es el proceso que le permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorar ésta. Consiste en llevar a cabo buenas conductas de salud y evitar las conductas que la ponen en peligro. El furor en la promoción de la salud se debe al reconocimiento del impacto que factores del estilo de vida, como fumar, comer o controlar el peso, tienen sobre los trastornos crónicos de la salud.
2. Los hábitos de salud están determinados por factores demográficos, factores sociales (como socialización temprana en la familia), valores y antecedentes culturales, síntomas percibidos, acceso a la atención médica y factores cognitivos (como las creencias sobre la salud). Los hábitos de salud están relacionados unos con otros sólo de manera modesta y son inestables a través del tiempo.
3. Las contribuciones a la promoción de la salud están dirigidas a niños y a adolescentes antes de que adquieran malos hábitos. También están dirigidas a individuos y grupos en riesgo a determinados trastornos con objeto de evitar que estos trastornos se presenten. Una mayor atención a la promoción de la salud entre los adultos mayores puede ayudar a contener los enormes costos de la atención a la salud en el final de la vida.
4. Las aproximaciones actitudinales para la modificación de la conducta de salud pueden inculcar conocimiento y motivación. Pero métodos como las campañas de miedo y las campañas de información han tenido efectos limitados para el cambio conductual.
5. Las investigaciones que emplean el modelo de las creencias sobre la salud, el modelo de autoeficacia y la teoría de la conducta planeada han encontrado las actitudes que están relacionadas de manera más directa con la modificación de los hábitos de salud. Estas actitudes son la creencia de que un peligro para la salud sea grave, que uno es vulnerable a ese peligro, que uno es capaz de dar la respuesta que se necesita para reducir ese peligro (autoeficacia), que la respuesta logrará superar ese peligro (eficacia de la respuesta) y que las normas sociales apoyan el que uno observe esa conducta. Las intenciones conductuales son también determinantes importantes de esa conducta.
6. Las aproximaciones derivadas del modelo cognitivo-conductual para modificar un hábito de salud emplean los principios de automonitoreo, condicionamiento clásico, condicionamiento operante, modelado y control de estímulos para modificar los antecedentes y las consecuencias de una conducta meta. La terapia cognitivo conductual lleva a los pacientes al proceso de tratamiento enseñándoles principios de autocontrol y autorreforzamiento.
7. El entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento en relajación con frecuencia forman parte de las intervenciones de amplio espectro o multimodales cognitivo conductuales que se ocupan de la ansiedad o de las deficiencias sociales que acentúan algunos problemas de salud.
8. Las intervenciones se centran cada vez más en la prevención de la recaída que consiste en entrenar a los pacientes en métodos para evitar la tentación de reincidir. El principal componente de estas intervenciones es el aprendizaje de técnicas para el afrontamiento de situaciones de alto riesgo para la recaída.
9. La modificación de los hábitos de conducta no es algo que se logre en un solo intento. Los individuos pasan por etapas, las cuales pueden recorrer de manera cíclica varias veces: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Cuando las intervenciones van dirigidas a la etapa en la que el individuo se encuentra, pueden tener mayor éxito.
10. Algunos hábitos de salud se logran modificar mejor con el uso de la ingeniería social, como la vacunación obligatoria de los niños o la prohibición de fumar en los lugares de trabajo.
11. La instancia para intervenir en los hábitos de salud está cambiando. Los métodos caros que llegan a los individuos de uno en uno, les están cediendo su lugar a los métodos de grupo que son más económicos; entre éstos se encuentran los grupos de autoayuda, las intervenciones en las escuelas, en los lugares de trabajo y en las comunidades. Los medios de comunicación masiva pueden reforzar las campañas de salud realizadas a través de otros medios y alertar a las personas acerca de los riesgos de salud.

TÉRMINOS CLAVE

autocontrol
 autocontrol encubierto
 autoeficacia
 automonitoreo

autoobservación
 autorreforzamiento
 campañas de miedo
 condicionamiento clásico

condicionamiento operante
 conductas de salud
 contrato conductual
 efecto de violación de la abstinencia

en riesgo	modelado	reestructuración del estilo de vida
entrenamiento de asertividad	modelo de creencias sobre la salud	socialización
entrenamiento de habilidades sociales	modelo transteórico del cambio	tareas conductuales
entrenamiento de relajación	conductual	teoría de la conducta planeada
estímulo discriminativo	momento propicio para la enseñanza	terapia cognitivo conductual
hábito de salud	monólogo interno	terapia cognitivo conductual
ingeniería social	prevención de la recaída	de amplio espectro
intervenciones para el control	prevención primaria	ventana de vulnerabilidad
de estímulos	promoción de la salud	
locus de control de la salud	reestructuración cognitiva	