COMUNICACIÓN EN SALUD: CONCEPTOS Y MODELOS TEORICOS

HEALTH COMMUNICATION: CONCEPTS AND THEORETICAL MODELS

Ph.D. Iván Ríos Hernández
Universidad de Puerto Rico
riosivan@hotmail.com
San Juan, Puerto Rico

Resumen

A través de este artículo de revisión de tema se analiza el concepto comunicación en salud y algunas de las definiciones esbozadas hasta el momento por organismos internacionales y expertos del tema. Se presenta una mirada crítica y reflexiva sobre algunos de los principales modelos teóricos desarrollados en el campo de la comunicación en salud. Se esboza un análisis del paradigma de la Comunicación para el Cambio Social y se compara con las otras teorías y modelos de comunicación en salud discutidos en el escrito. Luego del análisis reflexivo se concluye que el apoderamiento de las comunidades en las estrategias de prevención de enfermedades, representa un reto para los estudios concernientes a las teorías y modelos que tratan de explicar de forma simplificada los elementos inmersos en un proceso de comunicación en salud.

Palabras Clave: Comunicación en salud, modelos de comunicación en salud, teorías de comunicación en salud, comunicación para el cambio social.

Abstract

In this topic review is analyzed the concept health communication and some of the definitions outlined by international agencies and experts of the field. A reflective and critical look of some of the main theoretical models developed in the field of health communication is presented. An analysis of the Communication for Social Change Paradigm is outlined and is compared with other models of health communication discussed. The findings in the reflective analysis concluded that the empowerment of the communities on the health prevention strategies represent a challenge for prospective studies about theories of models addressed to explain in a simplified manner the elements immersed on a health communication process.

Keywords: Health communication, health communication models, health communication theories, communication for social change.

(Recibido el 15 de noviembre de 2010)
(Aceptado el 19 de abril de 2011)

Introducción

El estudio de la comunicación en salud ha sido objeto de varias interpretaciones teóricas y metodológicas. Durante las últimas dos décadas se ha visto un incremento sustancial en el desarrollo de teorías, modelos, paradigmas e investigaciones relacionadas a la comunicación en salud. Constructos o metodologías que tratan de explicar de diversas formas la realidad yuxtapuesta dentro de un proceso de comunicación en salud.

Para el trabajo de comunicación en salud, es fundamental la comprensión de los comportamientos y de las teorías que los explican y que proponen maneras de cambios. Desde una perspectiva ecológica los comportamientos tienen dos características fundamentales: son influenciables en múltiples niveles (por factores individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas) y son de causalidad recíproca con su entorno (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

Muchas de las teorías sobre comportamiento, comunicación y educación en salud, medios de comunicación y mercadeo social son fundamentadas en la persuasión. Las teorías de la persuasión y modelos, también llamadas teorías de la conducta, presentan un marco para la comprensión de la conducta humana y sus determinantes, y han sido la base de estudios por parte de investigadores de la salud lo mismo que de otras disciplinas (Donohew, Sypher y Bukoski, 1991). La utilidad de las teorías y modelos desarrollados para el entendimiento de la conducta humana pueden ayudarnos a comprender la índole de los comportamientos de salud a los que se quiere llegar. Pueden explicar la dinámica del comportamiento, los procesos para cambiarlo y los efectos de las influencias externas en él. Adicionalmente, pueden ayudarnos a identificar las metas más adecuadas para los programas, los métodos para lograr el cambio y los resultados para la evaluación. Las teorías y los modelos explican el comportamiento y señalan maneras de lograr el cambio del mismo (Maibach y Parrot, 1995).

La mayoría de las teorías y modelos desarrollados hasta el momento en el campo de la comunicación en salud parten de razonamientos enfocados en el individuo de forma independiente dejando a un lado, en muchos casos, el análisis sobre la posible influencia de los pares o grupos comunitarios a los cuales pertenece ese sujeto en la formación de conductas. Las teorías del cambio individual parten del punto de vista de que el individuo es la referencia más importante e inmediata para propiciar los cambios de comportamiento en la población.

De acuerdo a Aarva, Haes y Visser (1997) la salud y la comunicación pueden estar interrelacionadas desde diferentes niveles: entre individuos, grupos o sistemas. Diversos estudios han demostrado que la comunicación en todos los niveles -masiva, comunitaria e interpersonal- juega un papel importante en la difusión de conocimiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de un sujeto y al desarrollo de los pueblos.

El estudio de la comunicación en salud ha atravesado importantes transformaciones teóricas, conceptuales y metodológicas desde su configuración hasta el presente debido al rol semiperiférico importante que se le ha adjudicado- en la última década- a la participación comunitaria en los esfuerzos de prevención de la enfermedad. La participación comunitaria es uno de los cimientos primordiales del paradigma de la Comunicación para el Cambio Social, el cual postula el apoderamiento de las comunidades durante el desarrollo e implementación de un esfuerzo de prevención de enfermedades.

La Comunicación para el Cambio Social ha logrado acaparar la atención de los estudiosos del campo de la comunicación en salud, especialmente en África, Asia y América Latina. Sus postulados trastocan los planteamientos hechos por varios modelos y teorías del campo de la comunicación en salud, los cuales en su mayoría atienden el carácter individual de un sujeto como parte de las características principales de estos enunciados. En ese sentido, es meritorio hacer un análisis ponderado de los principales conceptos y modelos teóricos predominantes en el campo de la comunicación en salud. Además, es pertinente examinar de qué forma el innovador paradigma de la Comunicación para el Cambio Social se convierte en

una aportación significativa para el entendimiento de los procesos que pretenden cambios de conducta en la población.

La estrategia metodológica utilizada para el desarrollo de este artículo es la asociada a un análisis bibliográfico y documental, el cual se fundamenta en el estudio crítico y descripción de información existente sobre un tema o problema de investigación. En el escrito se da una mirada breve sobre algunas de las interpretaciones otorgadas al concepto *comunicación en salud* previo a adentrarnos al análisis crítico y reflexivo de los principales modelos y teorías utilizadas en este campo de estudio entre los que se encuentran: Modelo de Creencias de Salud, Modelo PRECEDE, Modelo de Etapas del Cambio, Teoría del Aprendizaje Social y la Teoría de Acción Razonada. Finalmente, procederemos a desarrollar una reflexión sobre el paradigma de Comunicación para el Cambio Social y los retos que éste representa para el estudio de la comunicación en salud**.**

Comunicación en salud

Las interpretaciones dadas al concepto comunicación en salud han evolucionado en los últimos años. De acuerdo con Healthy People 2010 (2000) la comunicación en salud puede contribuir a todos los aspectos de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Es relevante en diferentes contextos incluyendo: relación médico-paciente, búsqueda de información respecto a salud a través de varios medios masivos de comunicación, adherencia a regímenes, y recomendaciones clínicas, construcción de mensajes de salud, y campañas, propagación de información individual o para la población en general sobre asuntos de salud que son de alto riesgo, imagen de salud, y los elementos de la cultura en los medios, educación de los consumidores sobre cómo tener acceso a sistemas de cuidado de salud y en el desarrollo de aplicaciones tecnológicas relevantes para la salud pública.

Healthy People 2010 (2000) destaca los atributos que debe tener una comunicación de salud efectiva. Estos son:

1. Exactitud- El contenido es válido y sin errores de hecho, interpretación o juicio.
2. Disponibilidad- El contenido es enviado o colocado donde la audiencia puede tener acceso al mensaje. Su colocación dependerá de la audiencia, complejidad del mensaje y propósito. Desde canales interpersonales de comunicación hasta redes sociales, así como TV, radio, kioscos públicos o medios electrónicos tales como periódicos e Internet deben ser considerados.
3. Balance- El contenido debe ser apropiado, además de poseer los beneficios y riesgos de acciones potenciales. Debe reconocer diferentes y válidas perspectivas de un asunto.
4. Consistencia- El contenido debe poseer consistencia interna y estar en línea con otras informaciones sobre el tema que hayan sido publicadas por expertos.
5. Competencia cultural- El diseño, la implementación y la evaluación de los procesos debe considerar los diferentes grupos poblacionales y sus características tales como: etnia, raza, lenguaje, niveles de educación e incapacidad.
6. Evidencia base- Evidencia científica relevante que haya sido revisada y analizada rigurosamente para formular guías prácticas, medidas de ejecución y criterios de implementación, así como evaluaciones de tecnologías para aplicaciones de tele salud.
7. Alcance- El mensaje debe estar al alcance de la mayor cantidad de personas pertenecientes al público objetivo de la comunicación.
8. Fiabilidad- La fuente de la información es creíble y el contenido se mantiene actualizado.
9. Repetición- El envío de la información de forma reiterativa para reforzar el impacto que pueda tener en la audiencia.
10. A tiempo- El contenido es provisto o se encuentra disponible cuando la audiencia está más receptiva o necesita la información específica.

11. Entendible- El nivel del lenguaje y el formato (incluyendo multimedios) son apropiados para las audiencias específicas.

En América Latina la comunicación en salud se ha enmarcado bajo tres diferentes tendencias:

En primer lugar, como instrumento, herramienta, medios, en donde el énfasis se centra en la comunicación masiva, donde comunicar es transmitir información; en segundo lugar, como eje de los procesos de organización, participación y cambio social; en tercer lugar una concepción hibrida, entendida como red, como tejido que constituye un fundamento de la cultura e interacción humana (Pereira citado por Rodríguez, Moreno y Cardozo, 2006). Esta definición conjuga de forma interesante la comunicación masiva, la participación ciudadana y las redes de interacción humana como elementos principales dentro de un proceso de comunicación en salud.

De acuerdo con Alcalay (1999) la comunicación para la salud es un área muy fecunda de trabajo y de investigación aplicada e interdisciplinaria. Representa un modelo de cómo la ciencia de las comunicaciones adquiere relevancia social aportando a otras áreas del quehacer humano —en este caso a la de la salud— teorías, conceptos y técnicas para mejorar el bienestar de la población.

Para Coe (1998) los programas de comunicación en salud han mostrado gran eficacia en algunos proyectos; por ejemplo, la reducción del 50% de la mortalidad por cardiopatía isquémica, lograda mediante extensas actividades de comunicación en Karelia del Norte, Finlandia, y el aumento del uso de las soluciones de rehidratación oral en Honduras y otros países. Muchos países han aplicado con éxito la comunicación en salud para lograr una cobertura elevada de vacunación, controlar el cólera y alcanzar otras metas de salud pública.

De acuerdo a Aarva, Haes y Visser (1997) la salud y la comunicación pueden estar interrelacionadas desde diferentes niveles: entre individuos, grupos o sistemas. Este campo del saber es uno aplicado y puede ser dividido en cinco áreas:

1. Estudios de efectividad
2. Estudios de audiencia
3. Análisis del comunicador
4. Análisis del contenido de mensajes
5. Estudios culturales

La comunicación en salud ha sido interpretada o definida a través de los años como el estudio de la naturaleza, alcance y función, así como los medios por los cuales los tópicos de salud alcanzan y afectan las audiencias apropiadas. Las áreas de estudio incluyen: métodos de formulación de mensajes, estrategias de implantación y técnicas de avalúo.

El Centro de Control de Enfermedades (CDC) en los EEUU define la comunicación en salud como “el arte y la expresión de mensajes y estrategias, basado en la investigación del consumidor, para promover la salud de los individuos y las comunidades” (Ratzan, 1994: 198).

Desde la perspectiva de que la buena salud debe destacar el cuidado sobre la curación así como la prevención sobre la prescripción, la comunicación en salud ha sido definida como: “El proceso y efecto de emplear medios persuasivos éticos en la toma de decisiones para el cuidado de la salud humana” (Ratzan, 1994: 225).

En el contexto académico la comunicación en salud se ha definido como el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes. Su alcance incluye prevención de enfermedad, política de cuidado de salud, así como el aumento de la calidad de vida y salud de los individuos dentro de la comunidad (Ratzan, 1994).

Uno de los más recientes enfoques propuestos para catalogar el proceso de comunicación en salud, y defendido por varios autores entre los que se destaca Gumucio-Dagrón (2001), expone la necesidad de una comunicación para la salud comunitaria y que está

basada en el diálogo (Comunicación para la salud- el Reto de la participación). De acuerdo con este nuevo paradigma se entiende que las comunidades deben ser protagonistas y gestoras de los cambios que las afectan. Debieran del mismo modo ser responsables del manejo de su salud. Y en consecuencia, de su propia comunicación.

Este nuevo enfoque- catalogado como comunicación alternativa- representa un reto para las autoridades gubernamentales, y privadas encomendadas al desarrollo de esfuerzos que promueven cambios de conductas, y mejores estilos de vida en la población, ya que trastoca los enfoques tradicionales de comunicación en salud predominantes por las últimas décadas. Sugiere de forma intrínseca el conocimiento que debe tener un estudioso de la comunicación en salud de todos los aspectos relacionados al fenómeno de la cultura inmerso en las comunidades protagonistas del esfuerzo del cambio social.

Modelos y teorías de comunicación en salud

Las teorías o los modelos del cambio de conductas postulan que la adopción de comportamientos es un proceso en el cual los individuos avanzan, a través de diversas etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierta en parte de la vida diaria. La mayoría de los modelos enfatizan en el cambio de conducta en un receptor de manera individualizada. Sin embargo, hemos observado que en los últimos años las redes comunitarias de apoyo social han ocupado un rol protagónico importante durante el desarrollo de los programas de comunicación en salud. Esta tendencia ha incrementado el intercambio de diálogos multisectoriales entre investigadores y organizaciones relacionadas a la salud con el propósito de fortalecer las estrategias que van dirigidas a lograr cambios de conducta en la población.

A través de los modelos se expone un panorama simplificado de la realidad, ya que permiten comprender un poco mejor las características del comportamiento de una forma más efectiva. Existen modelos de nivel individual, teoría de comportamiento interpersonal de salud y modelos de nivel comunitario (OPS, 2001).

Dos conceptos clave dominan las teorías cognoscitivas del comportamiento en los niveles individual e interpersonal:

1. El comportamiento se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afecta a la manera como actuamos.
2. El conocimiento es necesario pero no suficiente para producir cambio de comportamiento. También desempeñan funciones importantes las percepciones, los sentimientos, la motivación, las aptitudes y los factores del entorno social.

Uno de los modelos que explica a cabalidad la naturaleza de las acciones individuales preventivas de la salud es el Modelo de Creencias de Salud (*Health Belief Model*- HBM).

De acuerdo con Cabrera, Tascón y Lucumi (2001) durante la década del 50, bajo la decidida colaboración de Mayhew Derryberry, creador de la División de Estudios de la Conducta en la Oficina de Educación para la Salud del Servicio de Salud Pública en Estados Unidos de América, cuatro psicólogos sociales del servicio, Godfrey Hochbaum, Stephen Kegeles, Hugh Leventhal e Irwin Rosenstock desarrollaron la arquitectura y descripción original del Modelo de Creencias de Salud. Uno de los puntos básicos de referencia del grupo de trabajo fueron los hallazgos de Hochbaum, quien a comienzos de 1952 estudió más de 1,200 adultos en tres ciudades norteamericanas, valorando su "disposición" a someterse a rayos X, como parte de los programas oficiales de lucha contra la tuberculosis.

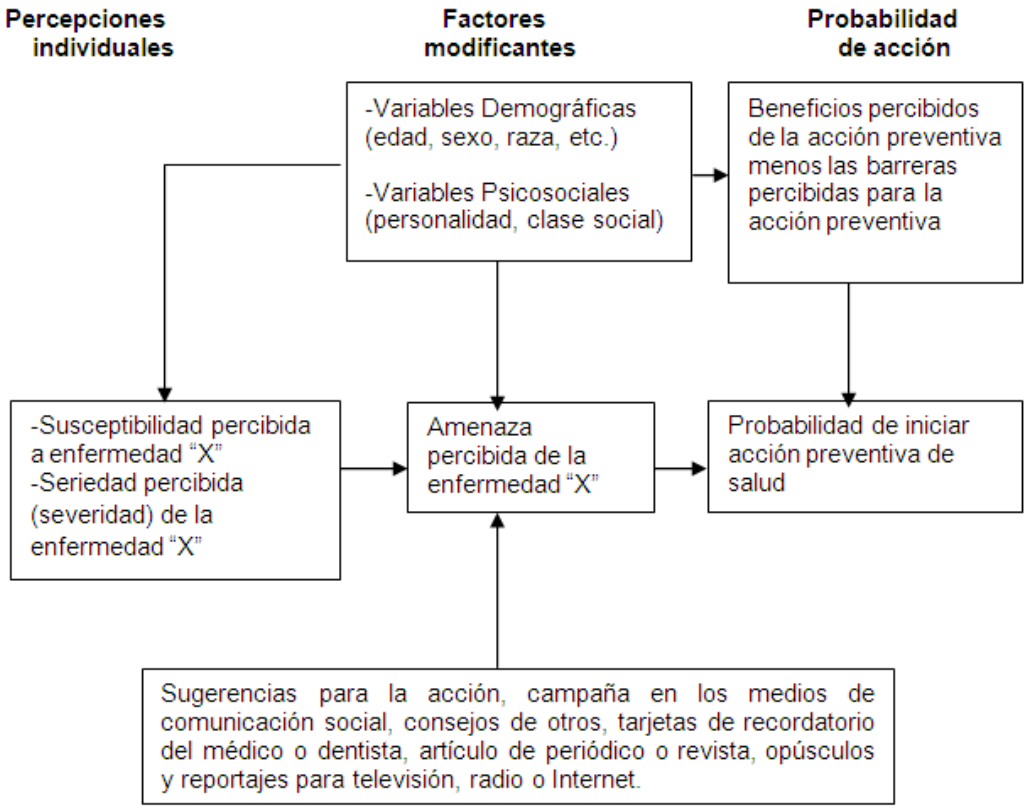
El Modelo de Creencias de Salud se diseñó para explicar la naturaleza de las acciones preventivas de salud de los individuos. Desde que se creó ha sido foco de varias investigaciones y reconocido como uno de los más influyentes en la formulación de teorías que explican la forma en que los individuos buscan evitar enfermedades (Véase Figura 1). El Modelo se compone de tres elementos:

1. Las percepciones individuales basadas en la susceptibilidad y severidad de las enfermedades;

2. Las percepciones individuales de los beneficios y barreras para tomar una acción preventiva;
3. Las claves disponibles para el individuo que podrían estimularlo a ocuparse en una actividad preventiva de salud.

En la parte superior de la Figura 1 aparece un cuarto elemento, que contiene variables socio-psicológicas y demográficas. De acuerdo con las características del modelo los "factores modificantes" indirectamente influyen en las percepciones y creencias de los individuos. En esencia, el Modelo está diseñado para predecir las posibilidades que tienen los individuos que adoptan una conducta particular de salud como una función de percibir amenazas y beneficios (Kreps y Thornton, 1992).

Figura 1. Modelo creencias de la salud



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2001). Manual de comunicación para programas de promoción de la salud de los adolescentes[1].

El Modelo de Creencias de Salud es muy atinado respecto a las posibles influencias que pueden estar inmersas en los procesamientos de información de salud. La susceptibilidad de un individuo sobre una determinada condición de salud debe ser vista a través de los posibles constructos sociales que han predominado en una persona desde el desarrollo de su niñez. Podemos inferir que las percepciones son subjetivas dependiendo del contexto en que se utilicen. Lo que para una población es bueno no tiene que ser así necesariamente para otra. Las acciones preventivas de salud requieren que los expertos puedan adentrarse en los factores modificantes de la conducta de una persona catalogados por el Modelo de Creencias de Salud como: variables socio-psicológicas y demográficas.

[1] www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/comSocial.pdf

Según exponen Kreps y Thornton (1992) el Modelo de Creencias de Salud tiene algunos méritos y algunas limitaciones. Del lado positivo, este modelo ilustra la importancia de las modalidades más amplias de comunicación, tales como el impacto de los medios de comunicación social (prensa, radio, televisión, Internet y materiales impresos) en el comportamiento de la salud.

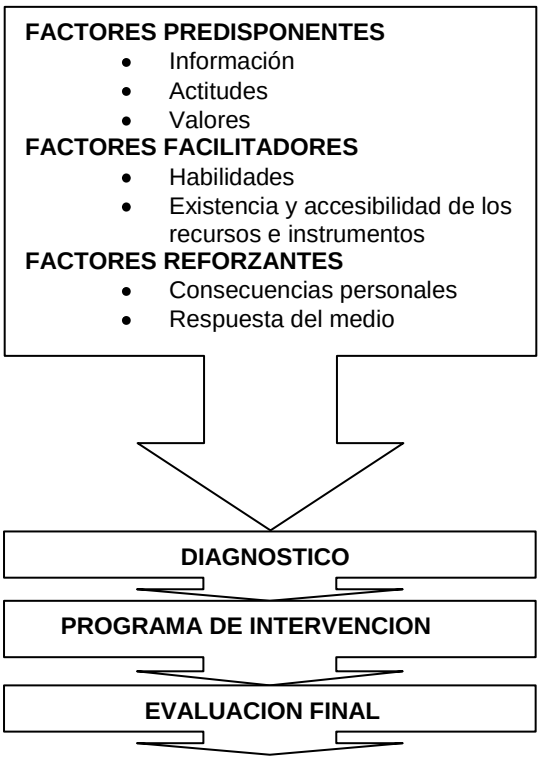
Del lado negativo, ha sido criticado por haber puesto demasiado énfasis en creencias abstractas y conceptuales debido a la consideración extrema del elemento percepción como determinante para la predicción de conductas preventivas. No obstante, continúa siendo un modelo de referencia a nivel mundial y analizado por organizaciones prestigiosas como lo son la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, entre otras.

Otros de los modelos que ocupa parte de nuestro análisis es el catalogado como de carácter individual y denominado Modelo PRECEDE de Green, Kreuter, Deeds y Partridge desarrollado para la década de los 80 (Pedrola y Rodríguez, 1994). El modelo PRECEDE permite identificar aquellos factores que actúan como antecedentes comportamentales de los problemas de salud, de forma que tras valorar su grado de importancia y su modificabilidad, pueda intervenirse eficazmente sobre ellos. Es considerado un modelo eficaz que ayuda enormemente a la hora de planificar intervenciones y acciones en relación a los hábitos de la población (Véase Figura 2).

Green (1989) expuso que entre los factores que contribuyen al cambio de conducta se encuentran:

1. Factores de predisposición- conocimientos de los individuos, actitudes, conductas, creencias y valores.
2. Factores permitidos- la estructura del ambiente o comunidad y la situación individual que facilita o presenta obstáculos para el cambio.
3. Factores de refuerzo- los efectos positivos o negativos que influyen en la conducta.

Figura 2. Modelo PRECEDE



Fuente: Green, L.W. (1989). Making health communication programs work: A planners guide. National Institute of Health Publication.

El Modelo PRECEDE tiene algunos elementos similares al Modelo Creencias de la Salud. Sin embargo, es necesario destacar el aspecto de los factores de refuerzo, descritos como efectos positivos o negativos que influyen en la conducta. Para determinar un posible efecto positivo o negativo de una persona ante un mensaje de prevención, considero adecuado hacer un análisis sobre las predisposiciones de los individuos ante ciertas conductas. Por ejemplo, si deseamos promover la abstinencia para prevenir enfermedades de transmisión sexual, sería importante conocer cuáles son las predisposiciones socioculturales de un grupo demográfico sobre la abstinencia sexual.

A diferencia del Modelo Creencias de la Salud, el modelo PRECEDE no hace referencia concreta al contexto cultural del individuo, el cual puede tener injerencia directa en la concepción de los valores y en la toma de decisiones al momento de evaluar una acción preventiva de salud.

Otro de los modelos utilizados en el campo de la comunicación en salud es el desarrollado por Prochaska y DiClemente (1982) y lleva por nombre Modelo de Etapas de Cambio (Véase Figura 3). Este modelo es considerado de carácter individual y cognitivo. Propone que la adopción de conductas saludables es un proceso en el que el individuo progresa a través de varias etapas hasta que la nueva conducta forma parte de la rutina diaria (Díaz, Rodríguez, Rodríguez, Frías, Rodríguez, Barroso y Robles, 2005).

Estas etapas están compuestas por los siguientes constructos: pre-contemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento. El modelo asume que un cambio de conducta involucra movimientos crecientes hacia la próxima etapa. Durante la etapa de pre-contemplación la persona no es consciente del problema por lo cual no tiene en su mente pensar cambiar de una acción a otra. En esta etapa la persona puede pensar que no tiene necesidad de hacer cambio alguno en su estilo de vida. La resistencia a reconocer o modificar una conducta es una de las características pertenecientes a la etapa de pre-contemplación. Durante la etapa de la contemplación la gente reconoce el problema que existe y piensa seriamente referente al mismo, pero todavía no hace un compromiso serio para comprometerse en la adopción de una conducta que le propicie una mejor calidad de vida.

De acuerdo con Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) las personas pueden tardarse un gran periodo de tiempo en moverse a la siguiente etapa del Modelo de Cambio definida como determinación. En esta etapa las personas combinan la intención con los criterios de conducta que podrían adoptar. Los individuos con determinación intentan tomar acción en tiempo corto. Por ejemplo, un fumador habitual puede determinar el momento en que dejará de fumar su primer cigarrillo del día por alrededor de 30 minutos a diferencia de los precontempladores y los que atraviesan la etapa de contemplación, los cuales puede que no estén conscientes del problema a pesar de que lo han identificado, pero no hacen un compromiso serio en la adopción de una conducta.

En la etapa de acción el individuo modifica su proceder, experiencias o ambiente con el propósito de resolver el problema de conducta que le puede estar afectando. La acción demanda mucha energía y drásticos cambios en la conducta requeridos como parte del compromiso que adquiere la persona. En esta etapa dependiendo de las conductas que se pretenden modificar puede que el individuo reciba el reconocimiento de otras personas. Esto podría darse en casos relacionados a conductas adictivas. Finalmente, en torno a la etapa de mantenimiento el Modelo de Etapas del Cambio propone que es en esta fase en donde las personas trabajan para prevenir caídas y consolidar las ganancias adquiridas durante el proceso de acción. Sin embargo, el mantenimiento es visto como una continuación no una ausencia de cambio.

Maibach y Holtgrave (1995) indican que los modelos de etapas de cambio ponen énfasis en que los mensajes y programas transmitidos a través de los medios de comunicación son más efectivos en las etapas tempranas, mientras que la comunicación interpersonal y las redes de apoyo social basadas en la comunidad tienen una importancia crítica durante las etapas posteriores. La información, particularmente la impresa, es crucial para alentar al cambio de una etapa hacia la próxima. Sin embargo, el tipo de información debe variar de acuerdo con la etapa en que se encuentre la población (Di Clemente y Hughes, 1990).

Figura 3. Modelo de etapas del cambio

Concepto	Definición
Pre-contemplación	No se es consciente del problema, no se ha pensado en cambiar.
Contemplación	Se está pensando en cambiar en el futuro cercano.
Determinación	Se traza planes para cambiar.
Acción	Implantación de planes de acción específicos.
Mantenimiento	Continuación de acciones deseables, o repetición de pasos periódicos recomendados.

Fuente: Díaz, E, Rodríguez, M., Rodríguez, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. y Robles, S (2005). Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH-SIDA. Psicología y Salud,15, 5-12.

Es interesante lo propuesto por el Modelo de Etapas de Cambio, el cual sugiere que las adopciones de una conducta deberían estar supeditadas por las percepciones que tenga un individuo sobre un problema, la identificación de la presencia del problema en el individuo y el conocimiento adecuado sobre lo perjudicial de no implementar una nueva conducta a través de un proceso de acción.

Podríamos inferir que este modelo al igual que lo sugiere el Modelo de Creencias de Salud brinda atención particular a las percepciones individuales como modificadores de la conducta. Percepciones que podrían estar sujetas al conocimiento previo que posea un individuo sobre algún tema relacionado a la salud.

El Modelo Creencias de la Salud y el PRECEDE podrían ser catalogados como un poco más profundos que el Modelo de Etapas de Cambio, desde la perspectiva de análisis del receptor, debido a la variedad de factores que conjugan sus proponentes para explicar las acciones de salud de un individuo. Entiéndase los factores modificantes (raza, sexo, edad) y predisponentes (información, actitudes, valores).

En lo que respecta a las teorías utilizadas en el campo de la comunicación en salud debemos destacar la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, la cual concede gran importancia al refuerzo, aunque va más allá del tipo de refuerzo directo de Skinner y Pavlov e incorpora el refuerzo vicario (Véase Figura 4). Esta teoría, la cual también es muy utilizada en el campo de la sicología, va mucho más allá y supone un punto de encuentro entre el conductismo y el cognitivismo. Aquí se aprende por observación de los otros. Es otra persona la que realiza una acción y luego experimenta sus consecuencias. Bandura da importancia al pensamiento en la medida que considera que el individuo responde a una situación conforme el significado que le otorgue el mismo y esto es cierto tanto si está implicado en la acción como si no.

De acuerdo con Rodríguez, Muñoz, Fandiño y Gutiérrez (2006) en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura los seres humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental, y que entre la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no.

El valor que concede Bandura a las expectativas es la clave para entender la perspectiva cognitiva de su teoría. Bandura distingue entre expectativas de autoeficacia y de resultados. Así, una persona puede creer que dejando de utilizar estupefacientes le llevará a conseguir unos determinados objetivos (expectativas de resultados), pero no lo hace porque duda de su habilidad para realizarlo (expectativas de autoeficacia). Estas expectativas de autoeficacia están influenciadas por la experiencia propia (éxitos y fracasos personales), la experiencia vicaria (éxitos y fracasos ajenos) y la activación emocional (ansiedad ante el reto de dejar de utilizar estupefacientes).

El concepto de Bandura de determinismo reciproco describe las influencias mutuas entre la persona, el ambiente y la conducta. La autoeficiencia (autoeficacia) se refiere a la creencia de que uno puede realizar una conducta particular (Cloninger, 2003).

La adopción de un cambio de conducta requiere de los individuos un alto sentido de autoeficacia, de que ellos pueden realmente desempeñar el cambio de conducta deseado, no importa las circunstancias o barreras que puedan dificultar la adopción del cambio e implementarlo. A menos que la gente crea que puede ejercer algún tipo de control sobre la conducta de salud, tendrían poca iniciativa para actuar o perseverar de cara a las circunstancias.

Figura 4. Teoría del Aprendizaje Social de Bandura



Fuente: Elaboración propia

Si hacemos una comparación entre la Teoría del Aprendizaje Social y el Modelo Creencias de la Salud nos percatamos de la existencia de constructos similares entre ambos postulados. La Teoría de Bandura hace referencia a la experiencia vicaria, la cual implica el conocimiento previo que tiene una persona sobre los éxitos y fracasos que han atravesado otros al momento de intentar cambios de hábitos de conducta. Por su parte, el Modelo de Creencias de la Salud destaca como factor modificante de la conducta el grupo social al que pertenece un individuo. Ambas proposiciones infieren sobre la posible influencia de otros como modificadores de la conducta.

Cuando comparamos el Modelo PRECEDE con la Teoría de Bandura observamos como ambos postulados dejan entrever de forma yuxtapuesta, la posible injerencia que tiene en la formación de conducta de un individuo el conocimiento previo que se tenga sobre un tema de salud. Dato que apoya nuestra premisa es la prominencia que se le otorga a los factores predisponentes (información, actitudes y valores) inmersos en el Modelo PRECEDE, y la experiencia propia y vicaria que destaca Bandura en su teoría. Podríamos acentuar la importancia que ambas propuestas otorgan a la experiencia de las personas como posibles determinantes de la conducta.

Desde la perspectiva del Modelo de Etapas del Cambio y la Teoría del Aprendizaje Social podríamos suponer que existe una relación íntima entre la etapa de contemplación propuesta por el Modelo y el constructo autoeficacia de Bandura. Ambas proposiciones sugieren la posible influencia de las creencias de un individuo en sus acciones de salud.

La Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen debe formar parte de este análisis dado a que es uno de los postulados teóricos más utilizados en la actualidad por organismos internacionales relacionados al campo de la comunicación en salud. Ha sido corroborada a través de múltiples investigaciones científicas. La Teoría de Acción Razonada es considerada como de carácter interpersonal y con orientación cognitiva, ya que supone que las personas se ven influenciadas por sus entornos sociales y al mismo tiempo éstos ejercen una influencia sobre ellos (Véase Figura 5).

Para ser más específicos las teorías cognitivas analizan cómo las personas perciben, aprenden, recuerdan y piensan acerca de una información (Sternberg, 1999). A través del cognitivismo se puede estudiar cómo las personas perciben varias formas, por qué recuerdan algunas cosas y otras no, cómo se aprende el lenguaje o cómo piensan cuando tienen que resolver un problema. Estas son algunas de las interrogantes que se pueden formular con el estudio de la orientación cognitiva. La Teoría de Acción Razonada no se limita a entender el desarrollo de la comprensión de las interacciones; incluye factores relacionados con la experiencia y de las percepciones de los individuos con respecto a su ambiente junto con sus características personales (OPS, 2001; Dutta-Bergman, 2005).

La Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1981, 1975), trata sobre las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Asume que la mayoría de las conductas están determinadas por creencias ocultas que se derivan de y están sostenidas por el patrón cultural y social de las sociedades en las que se vive. Esta teoría es una de las más usadas en el área de salud, lo mismo que en áreas no relacionadas con la salud (Maibach y Parrott, 1995). Distingue entre las actitudes hacia una enfermedad o condición, tal como HIV/SIDA o embarazo y actitudes hacia conductas recomendadas para enriquecer la salud, tales como el uso de condones o pastillas anticonceptivas. La teoría propone que las personas se comprometerán con una conducta dependiendo de sus intenciones de compromiso en dicha conducta, y que su intención a la vez depende de:

1. La actitud del individuo hacia la conducta de enriquecimiento de la salud.
2. La percepción que tenga la gente de lo que es importante para él o ella sobre su conducta –la norma subjetiva.

El componente actitudinal se refiere a la actitud del sujeto hacia el propio desempeño de una conducta específica bajo determinadas circunstancias. Dado a que Fishbein y Ajzen (1975) definen actitud como una predisposición aprendida a responder a un objeto en forma consistentemente favorable o desfavorable, este componente apunta a los sentimientos positivos o negativos del sujeto respecto de su conducta en cuestión.

La norma subjetiva es la creencia que el individuo tiene de lo que las personas que le son importantes desearían que él hiciera. De acuerdo con esta teoría, la intención de adoptar una conducta saludable está equilibrada por:

1. La actitud del individuo sobre si la conducta de enriquecimiento de la salud le será personalmente beneficiosa.
2. Su interpretación de lo que percibe que la gente importante en su vida desearía que él hiciera.

De acuerdo con Stefani (2005) la Teoría de Acción Razonada asume que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo el control volitivo del sujeto y que siendo el ser humano un ser racional que procesa la información que dispone en forma sistemática, utiliza dicha información estructurada para formar la intención de realizar (o no realizar) una conducta específica. La intención se refiere a la decisión de ejecutar o no una acción particular y dado que es el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano, es considerada la pieza de información más importante para la predicción de una determinada conducta.

La Teoría de Acción Razonada sostiene que cualquier variable externa al modelo propuesto (características demográficas, situacionales o de personalidad) puede influir sobre la intención y también, indirectamente, sobre la conducta real, sólo si influye sobre el componente actitudinal y/o sobre el componente normativo y/o sobre sus pesajes respectivos. Es decir, que la relación entre una variable externa y la intención de llevar a cabo una conducta específica está mediada por uno o por los dos factores que determinan la intención (actitud o norma subjetiva).

Por lo tanto, un joven considerará la posibilidad de no empezar a fumar dependiendo de su intención de no fumar. Para entender las variables claves que influirán en su decisión de no empezar a fumar, la teoría sugiere que el adolescente equilibrará lo siguiente:

1. Su actitud hacia el no fumar (actitud positiva – el adolescente pensará que no fumar es "estar en la onda", "gracioso", "formidable" "retador"; o una actitud negativa – el adolescente pensará que él no fumar es para los niños, y es "horrible", "despreciable" o "apestoso").
2. Su interpretación de lo que cree que la gente importante en su vida (norma subjetiva) desearía que él hiciera (gente importante podrían ser sus pares, sus padres).

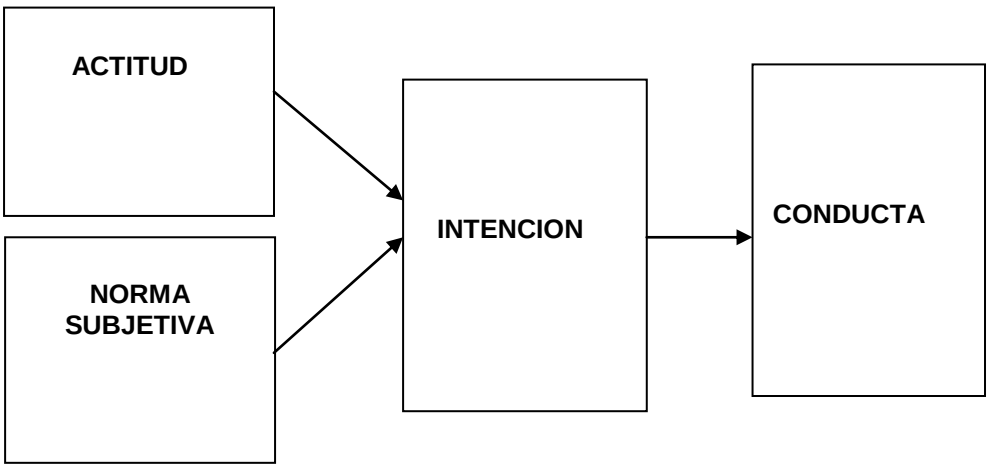
Fishbein, M. citado por la Organización Panamericana de la Salud (2001) resumió las variables subyacentes en la adopción de conductas enriquecedoras de la salud. De acuerdo con Fishbein para que una persona lleve a cabo cierta conducta, una o más de las siguientes cosas deben ser ciertas:

1. La persona debe haberse formado una fuerte intención positiva (o haber adquirido un compromiso) de ejecutar tal conducta;
2. No existen restricciones ambientales que imposibiliten la realización de tal conducta;
3. La persona tiene las habilidades necesarias para ejecutar la conducta;
4. La persona cree que las ventajas (beneficios, resultados positivos anticipados) resultantes de la ejecución de tal conducta son mayores que las desventajas (costo, resultados negativos anticipados).
5. Las personas tienen buena actitud hacia la conducta preventiva;
6. La persona percibe más presión social (normativa) para ejecutar la conducta que para no ejecutarla; La persona percibe que la ejecución de la conducta es más consistente que inconsistente con su auto-imagen;
7. La reacción emocional de la persona hacia la ejecución de la conducta es más positiva que negativa;
8. La persona percibe que tiene la capacidad para ejecutar la conducta bajo diversas condiciones.

La Teoría de Acción Razonada representa una importante aportación al estudio del comportamiento humano, ya que ofrece un modelo completo de investigación que toma en cuenta factores que en otras teorías se consideran de manera aislada. Podríamos indicar que el modelo propuesto por Fishbein (1990) es bastante completo y permite obtener mayor seguridad en la medición de los factores determinantes de la conducta. Factores que suelen ser identificados por la psicología social simplemente dentro de la categoría actitud, pero que en esta teoría aparecen discriminados. Se toman en cuenta factores individuales como grupales, siendo ésta, una de las principales ventajas técnicas. Otra ventaja consiste en abordar el contexto donde tienen lugar estos factores con la suficiente flexibilidad para permitir distinguirlos y medir su ocurrencia.

Al separar analítica y operacionalmente las dimensiones de la categoría actitud en un modelo teórico único, el mérito de la Teoría de Acción Razonada consiste en elaborar un índice de probabilidad de la intención hacia la conducta que relaciona la actitud con las creencias del individuo. La Teoría de Acción Razonada es un predictor, un juicio probabilístico en el que puede estimarse la intención hacia la conducta directamente mediante una escala de probabilidad. No obstante haber sido desarrollada en los años 60, la Teoría de Acción Razonada posibilita de igual forma la oportunidad de indagar el comportamiento específico de personas y grupos en situaciones reales.

Figura 5. Teoría de acción razonada de Fishbein y Ajzen



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2001). Manual de comunicación para programas de promoción de la salud de los adolescentes[2].

Si comparamos la Teoría de Acción Razonada, el Modelo Creencias de la Salud, El Modelo PRECEDE y el Modelo Etapas de Cambio podríamos decir que tienen algunas similitudes entre sí. Los factores predisponentes (información, actitud, valores) y de refuerzo (consecuencias personales) expuestos en el Modelo PRECEDE tienen una relación intrínseca con algunos de los postulados propuestos en la Teoría de Acción Razonada en particular a lo referente a las actitudes y norma subjetiva.

Ambos planteamientos teóricos disertan sobre la importancia que tiene el elemento "actitud" en las acciones preventivas de salud de la población. Actitud que estaría apoyada por la información que tenga el individuo sobre las posibles consecuencias de tomar o no una conducta saludable, valores (son adquiridos desde la niñez) y la motivación que posea la persona para responder a un mensaje preventivo, la cual podría estar influenciada por terceros, entiéndase familiares, allegados, figuras religiosas o trabajadores en salud.

El Modelo Creencias de la Salud por su parte expone la influencia de las percepciones individuales como ente significativo en las probabilidades de acción de la población. Lo cual nos permite inferir que el constructo actitud y por consiguiente, la intención, definido como determinante de la conducta- según la Teoría de Acción Razonada- deberían estar de alguna manera influenciados por las percepciones individuales que posea el individuo. Además, por los posibles factores modificantes entre los que se encuentran las variables demográficas: edad, sexo y raza, etc.

Por otro lado, podríamos adjudicar alguna influencia del constructo actitud y norma subjetiva al proceso requerido por El Modelo de Etapas de Cambio, el cual está compuesto por la pre-contemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento de la conducta adoptada. Estas etapas requerirán que el individuo tenga una actitud favorable hacia la realización de una conducta que ha sido identificada como necesaria, la cual podría estar influenciada por sus allegados, quienes establecen el proceso de norma subjetiva de acuerdo con la Teoría de Acción Razonada e influye en la intención hacia la realización de una conducta preventiva de salud.

Si hacemos una comparación entre la Teoría de Acción Razonada y la Teoría del Aprendizaje Social destacamos la importancia que le brinda Fihsbein y Ajzen al elemento cultural del individuo como uno de los principales determinantes de la conducta. Bandura, por su parte, no expone claramente dicho constructo en su teoría, lo cual limita el análisis de su teoría desde esta perspectiva de pensamiento. Cabe destacar que el elemento cultural del

[2] www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/comSocial.pdf.

receptor de un mensaje de comunicación en salud ha sido objeto de múltiples investigaciones en los últimos años logrando reconfirmar la importancia que tiene este asunto para el desarrollo de mensajes que pretenden cambios de conductas en personas de diversos lugares de origen. Como parte del análisis podríamos comparar la finalidad del constructo actitud (predisposición) propuesto por Fishbein y Ajzen y el término autoeficacia (creencia) de Bandura. Ambos sugieren que a mayor sentido de actitud y autoeficacia inmersa en un sujeto, mayor será la probabilidad de adoptar una conducta preventiva de salud. Esto debido a que la persona cree que las ventajas de adoptar una conducta de salud serán mayores que las desventajas.

Antes de concluir este epígrafe no podemos pasar por alto los esfuerzos que ha llevado a cabo ONUSIDA para aportar al análisis de la comunicación en salud. El nuevo marco de ONUSIDA incluye estrategias de comunicación y fomento de la salud entroncada en el contexto. ONUSIDA (2001) reconoce que se requiere un nuevo marco de comunicaciones específico para las poblaciones de África, Asia, América Latina y el Caribe, cuyas necesidades no han quedado convenientemente cubiertas por las estrategias y medidas convencionales de prevención. En concreto, las estrategias de comunicaciones –especialmente si abordan el VIH/SIDA en las regiones antes mencionadas- deberían evaluar ideas y supuestos que pueden considerarse externos.

ONUSIDA propone que es posible desarrollar y perfeccionar enfoques eficaces cuando el marco para cada región, país y comunidad resulta de las peculiaridades locales: política gubernamental, nivel socioeconómico, cultura, relaciones de género y espiritualidad. El marco reconoce que el individuo es un producto del contexto y para que las estrategias de comunicaciones sobre VIH/SIDA tengan un efecto significativo, los programas de intervención deben empezar por uno de esos ámbitos o una combinación de ellos. Así pues, los individuos siguen siendo el objetivo, pero sólo en el contexto de su interacción dentro de un ámbito o combinación de ámbitos. En esta medida el marco de ONUSIDA puede aprovechar elementos destacados y pertinentes de las teorías y modelos existentes.

Comunicación para el Cambio Social

El paradigma de la Comunicación para el Cambio Social es sin lugar a duda uno de los fenómenos que ha logrado acaparar la atención de estudiosos de la comunicación en salud en los últimos años, dado a la importancia que le brinda a la participación comunitaria en todos los asuntos que rodean el desarrollo e implementación de un esfuerzo que promueve mejores estilos de vida en la población. Este modelo establece una relación directa entre el proceso de comunicación y el desarrollo de los pueblos. Además, trastoca la pasividad que se le atribuía al receptor en un proceso de comunicación tradicional o unilineal (Fuente- Mensaje- Canal-Receptor). De acuerdo con Barranquero y Sáez (2010) esta nueva propuesta ha contribuido a aunar voluntades y a asentar el estatuto epistemológico de la disciplina.

Este modelo podría catalogarse como de nivel comunitario, los cuales ayudan a comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales y cómo pueden activarse las comunidades y organizaciones, siendo esenciales para las actividades integrales de promoción de la salud. Estos modelos incorporan una perspectiva ecológica y constituyen la base para tratar de lograr metas de mejor salud en individuos, grupos, instituciones y comunidades.

La Comunicación para el Cambio Social nace como respuesta a la indiferencia y al olvido, rescatando lo más valioso del pensamiento humanista que enriquece la teoría de la comunicación: la propuesta dialógica, la suma de experiencias participativas y la voluntad de incidir en todos los niveles de la sociedad (Gumucio-Dagrón, 2004).

De acuerdo con Gumucio-Dagrón (2004) el proceso de formulación de la Comunicación para el Cambio Social comenzó a gestarse en abril de 1997, en una reunión convocada por la Fundación Rockefeller, en Italia. En esta primera etapa se definió progresivamente el concepto de Comunicación para el Cambio Social como un proceso de diálogo privado y público, a través del cual los participantes deciden quienes son, qué quieren y cómo pueden obtenerlo. El enfoque inicial subraya la necesidad de cambiar los términos hasta entonces vigentes en el desarrollo y en la comunicación. Se plantea que las comunidades deben ser actores centrales de su propio desarrollo, que la comunicación no debe persuadir sino facilitar el diálogo y que no

debe centrarse en los comportamientos individuales sino en las normas sociales, las políticas y la cultura. En una segunda etapa, apoyada también por la Fundación Rockefeller, se vio la necesidad de vincular el proceso de reflexión a experiencias concretas, en el sentido de que si bien el cuerpo teórico no estaba totalmente definido, la realidad mostraba, en cambio una variedad de experiencias.

Organizaciones como la UNESCO y UNICEF entre otras se han dado a la tarea de promover grandes movilizaciones sociales a través de la Comunicación para el Cambio Social. Estas acciones han propiciado la utilización de estrategias múltiples participativas para beneficio de los pueblos marginados. Además, han logrado competir con el *marketing* social, el cual ha sido fuertemente impulsado por USAID. El *marketing* social es basado en el uso de los medios masivos de difusión y estrategias de campaña en las que la población objeto de la comunicación recibe mensajes homogéneos.

Por décadas, el papel que tradicionalmente se le ha asignado a la comunicación en los procesos de cambio es el de tratar ciertos comportamientos de manera individual en un sujeto. Sin embargo, la Comunicación para el Cambio Social aspira a un cambio en la vida de un grupo social, de acuerdo con los parámetros que rigen esa comunidad entre los que se destacan los elementos culturales y socioeconómicos. Podríamos indicar que la Comunicación para el Cambio Social propicia la democratización y el acceso a la salud a toda la población, aspecto que es promovido por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, entre otros organismos de prestigio internacional.

En la Comunicación para el Cambio Social son las personas de la comunidad las que tienen la posibilidad de formular sus propias agendas para el cambio. Agendas que pueden dirigirse a propiciar cambios sociales en comunidades pequeñas, ciudades y a nivel internacional. Este proceso aunque se fundamenta mayormente en el diálogo emplea distintos medios de comunicación, ya sean tradicionales o modernos. Cuando son utilizados por la comunidad, los medios masivos de comunicación tienen la posibilidad de actuar como instrumentos efectivos en la transmisión de conocimiento que promueva cambios sociales y conlleve a la sostenibilidad de las iniciativas.

De acuerdo con Pérez (2006) la Comunicación para el Cambio Social aspira a nuevas oportunidades para someter al debate y al diálogo público las decisiones sobre el tema a tratar (HIV, Lactancia, Cáncer, otros). Este enfoque representa un reto para el desarrollo de los esfuerzos de comunicación en la salud, ya que deja de convertirse en un proceso de persuasión tradicional, a través del cual son los expertos en el tema junto con los estrategas de comunicación los que establecen las estrategias y mensajes que se dirigirán a la comunidad. Estrategias que en su mayoría han sido desarrolladas utilizando como base las teorías y métodos predominantes hasta el momento en el campo de la comunicación en salud.

Una de las características a destacar del paradigma de la Comunicación para el Cambio Social es la atención que le da a la influencia de la interculturalidad como parte de sus postulados. El modelo destaca la importancia que tienen las características socio culturales inmersas en una comunidad y propone que su desconocimiento podría determinar el éxito o fracaso de un esfuerzo que pretende cambios de conductas o hábitos en la población. Supongamos que deseamos promover el uso de profilácticos en una comunidad que cuenta con una gran cantidad de personas infectadas con HIV. Ahora bien, esta comunidad culturalmente no acepta el uso del profiláctico. Por tanto, es probable que fracasemos en el esfuerzo de comunicación si desconocemos que esta comunidad rechaza el uso del profiláctico por aspectos culturales. Desde la perspectiva cultural, no cabe duda que la comunicación comunitaria y participativa permite el reconocimiento de la realidad que circunda a una comunidad, aunque existen otros factores como el sentido humanitario que las personas tienen hacia diversas problemáticas sociales y que podrían incidir en sus conductas de salud.

La horizontalidad de la Comunicación para el Cambio Social ejerce un papel primordial para que la comunidad objeto del cambio adopte como suyos los métodos y los estilos de vida para su sostenibilidad. Se aparta un poco de los modelos tradicionales de comunicación para la salud, los cuales en su mayoría proponen constructos dirigidos a la individualidad como parte del proceso de cambio de actitudes, percepciones y mejores estilos de vida en la población. Aunque podríamos indicar que de forma deliberada o indeliberada han dejado la puerta abierta

para reconocer la posible influencia de las relaciones interpersonales y grupales en la formación de conductas en la población. Este podría ser el caso de algunos de los modelos y teorías discutidas en este escrito, entre las que se encuentra la Teoría de Acción Razonada, la cual otorga injerencia directa de otras personas (constructo norma subjetiva) en las posibles acciones de salud de un individuo. También, podría ser el caso del Modelo de Creencias de Salud, el cual sugiere la posible influencia de los factores psicosociales en la determinación de conductas de salud de un individuo. El Modelo de Etapas de Cambio deja entrever que en la etapa de acción el individuo podría recibir el reconocimiento de otras personas, el cual estaría supeditado por el tipo de conducta que se pretende modificar. Por su parte, la Teoría del Aprendizaje Social otorga una influencia directa a las experiencias que han tenido otras personas en la formación de conductas de un sujeto (experiencia vicaria).

Según lo expresado por Gumucio-Dagrón (2001) es importante que durante la implementación de estrategias para la comunicación en salud, el compromiso de las comunidades implique no sólo la participación de éstas en todo el proceso de diagnóstico, planificación y ejecución de los programas, sino también su cooperación en el fortalecimiento de las organizaciones sociales que finalmente permita que la población se constituya como un interlocutor válido y con poder suficiente para convertirse en parte activa de las intervenciones. El planteamiento de Gumucio-Dagrón expresa de forma sencilla y clara la transformación que atraviesa el estudio de la comunicación en salud, ya que más allá de dirigir un mensaje de prevención a través de una campaña en los medios masivos, el nuevo paradigma de Comunicación para el Cambio Social requiere el apoderamiento de las comunidades afectadas para que haya un verdadero cambio y desarrollo de los pueblos.

La Comunicación para el Cambio Social sin lugar a dudas representa un reto para los expertos de comunicación y salubristas, pues demanda dominio absoluto de los temas principales que afectan a una comunidad, y que podrían incidir en sus acciones de salud y desarrollo. Constituye una importante metodología para la investigación en comunicación, ya que apunta a una perspectiva insertada que se caracteriza por ser un proceso metodológico sistémico y que involucra a los beneficiarios de la estrategia en la producción colectiva de conocimientos necesarios para transformar una determinada realidad social. Sugiere que estudiosos de la comunicación de otras regiones del mundo se inserten en el desarrollo de estudios que fortalezcan investigaciones de acciones participativas (IAP), las cuales han sido lideradas mayormente por África, Asia y América Latina. Finalmente, apunta a una reflexión ponderada sobre la necesidad de desarrollar programas académicos enfocados en el análisis teórico, metodológico y práctico de los procesos involucrados en la Comunicación y Desarrollo para el Cambio Social.

En suma, como hemos podido apreciar a través de este análisis bibliográfico y documental el proceso de comunicación en salud es sumamente complejo. Las teorías y modelos existentes en este campo de estudio proponen formas diversas de entender la realidad inmersa en un proceso de comunicación en salud. Los elementos entrelazados en un proceso de intercambio de información cuyo fin es el cambio de conducta, demandan una reflexión continua sobre las teorías y modelos existentes relacionados al entendimiento del comportamiento humano. A su vez, requieren el conocimiento amplio de los elementos que componen la cultura y su posible influencia en las acciones de salud de la población. También, sugieren el incremento de análisis dirigidos a medir la efectividad del apoderamiento de las comunidades en estrategias de comunicación en salud, según lo propone el paradigma de la Comunicación para el Cambio Social.

Podríamos concluir que la atención brindada en la última década al apoderamiento de las comunidades en las estrategias de prevención de enfermedades, representa un reto para los estudios concernientes a las teorías y modelos que tratan de explicar de forma simplificada los elementos inmersos en un proceso de comunicación en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARVA, P., Haes, W. y Visser A. (1997). Health communication research. *Patient Education and Counseling*, 30, 1-5.

ALCALAY, R. (1999). La comunicación en salud como disciplina en las universidades estadounidenses. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3 (5) 192-196.

BARRANQUERO, A. y Sáez, Ch. (2010). Comunicación alternativa y comunicación para el cambio social democrático: Sujetos y objetos invisibles en la enseñanza de las teorías de la comunicación. Congreso Internacional sobre Comunicación y Desarrollo en la Era Digital, Málaga (paper). [En línea]. Disponible en http://orecomm.net/wp-content/uploads/2010/01/AEIC-Barranquero-Saez.pdf [Consultado 5 de julio 2010].

CABRERA, G., Tascón, J. y Lucumí, D. (2001) Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública,*19 (1):91-100.

CLONINGER, S. (2003). *Teorías de la Personalidad. México*: Prentice Hall.

COE, G. (1998). Comunicación en Salud. *Revista Chasqui* ,63, [En línea]. Disponible en: http://chasqui.comunica.org/coe.htm [Consultado 24 de diciembre, 2009].

DÍAZ, E., Rodríguez, M., Rodríguez, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. y Robles, S. (2005). Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH-SIDA. *Psicología y Salud*,15, 5-12.

DICLEMENTE, C.C. y Hughes, S.O. (1990). Stages of change: Profiles in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.

DONOHEW, L., Sypher, H.E. y Bukoski, W.J. (1991). *Persuasive Communication and Drug Abuse Prevention*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.

DUTTA-BERGMAN, M. (2005). Theory and practice in health communication campaigns: A critical interrogation. *Health Communication*,18(2), 103-122.

FISHBEIN, M. (1990). Aids and behavior change: An analysis based on the theory of reasoned action. *Revista Interamericana de Psicología*, 24(1), 39-55.

FISHBEIN, M. y Ajzen, I. (1981). Acceptance, yielding and impact: Cognitive processes in Persuasion. En Petty, R.E.; Ostrom, T.M. y Brock, T.C. (eds.). *Message Effects in Communication Science*. California: Sage Publications.

_____. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Massachusetts: Addison-Wesley,Reading.

GREEN, L.W. (1989). *Making health communication programs work: A planners guide*. National Institute of Health Publication.

GUMUCIO-DAGRÓN, A. (2004). El cuarto mosquetero: La comunicación para el cambio social. *Investigación y Desarrollo,* 12 (1), 2-23.

_____. (2001). Comunicación para la salud: El reto de la participación. [En línea]. Disponible en: http://www.comminit.com/en/node/150405 [Consultado 20 de julio, 2007].

KREPS, G.L. y Thornton, B.C. (1992). *Health communication: Theory and practice* (2da ed.). Prospect Heights, IL: Waveland Press.

MAIBACH, E. y Parrott, R.L. (eds.) (1995). *Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice.* California: Sage, Thousand Oaks.

ONUSIDA. (2001). *Marco de comunicaciones sobre el VIH/SIDA [En línea].* Disponible en:

http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc335-commframew_es.pdf [Consultado 20 de junio, 2010].

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2001). *Manual de comunicación para programas de promoción de la salud de los adolescentes* [En línea]. Disponible en:

http://www.amro.who.int/Spanish/HPP/HPF/ADOL/ComSocial.pdf [Consultado 10 de enero, 2008].

PEDROLA, J. y Rodríguez, C. (1994). Sida y comportamientos preventivos: El modelo PRECEDE. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2), 151-157.

PÉREZ, R. (2006). Estrategias de comunicación para el cambio social. *FISEC-Estrategias*, 2 (3) 3-18.

PROCHASKA, J.O., DiClemente, C. y Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive bahaviors. *American Psychologist, 9*, 1102-1114.

PROCHASKA, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psycotherapy: *Theory, Research and Practice,* 19, 276-288.

RATZAN, S. (1994). Health communication: Challenges for the 21st century. *Behavioral Scientist*, 38, 197-380.

RODRÍGUEZ, J., Muñoz, E., Fandiño, A. y Gutiérrez, M. (2006). Evaluación de la estrategia de comunicación "Mejor Hablemos" para promover la convivencia pacífica en Cali, 1996-2000. *Revista de Salud Pública,* 8 (3). [En línea]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642006000300003&script=sci_arttext [Consultado 15 de junio, 2010].

RODRÍGUEZ, A., Moreno, M. y Cardozo, Y. (2006). Modelo de comunicación desde una perspectiva social, orientado a la actividad física. *Revista de Salud Pública,* 8 (2), 81-93.

STEFANI, D. (2005). Teoría de la acción razonada; Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Evaluar,* 5, 1-16.

STERNBERG, R. (1999). *Cognitive psychology* (2da ed.).Yale University: Harcourt Brace College Publishers.

US Department of Health & Human Services (2000). *Healthy People 2010.* [En línea]. Disponible en: http://www.healthypeople.gov/. [Consultado 15 de junio, 2007].