



## MODELOS COGNITIVOS Y COGNITIVO SOCIALES EN LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

---

### COGNITIVE MODELS AND SOCIAL COGNITIVE IN HEALTH PREVENTION AND PROMOTION

**Alicia Salamanca & Cristian Giraldo\***

Universidad Antonio Nariño

#### RESUMEN

El objetivo de esta revisión documental es abordar la utilidad de los modelos de salud en áreas tales como la prevención de enfermedades crónicas, adicciones y la promoción de hábitos saludables. El artículo busca profundizar en la fundamentación, en las fortalezas y debilidades de los modelos cognitivos y cognitivos sociales, tales como: el modelo de creencias en salud (MCS), la Teoría de la Motivación a la Protección (TMP), los modelos de Acción Razonada y Acción Planeada (TAP) y (TAR) y la Teoría de la Autoeficacia de Bandura. Se concluye que es innegable la importancia e implementación de estos modelos en la elaboración de proyectos e intervenciones para la comunidad tanto en el sector hospitalario como en el sector público.

**Palabras claves:** *Psicología de la Salud, Modelos de creencias en salud (MCS), Teoría de la motivación a la protección (TMP), Teoría de acción razonada (TAR), Teoría de acción planeada (TAP), teoría de autoeficacia de Bandura.*

#### ABSTRACT

The objective of this literature review is to approach the usefulness of models of health in areas such as prevention of chronic diseases, addictions and promoting healthy habits. The article seeks to delve the merits, in the strengths and weaknesses of cognitive models and social cognition, such as the Health Belief Model (HBM), Theory of Motivation Protection (TMP), models of Reasoned Action and Planned Action (TAP) and (TAR) and self-efficacy theory of Bandura. The conclusion is undeniable given the importance and implementation of these models in the development of projects and interventions to the community both in the hospital sector and in the public sector.

**Key words:** *Health Psychology, Models of Health, Health Belief Model (HBM), Theory of motivation to protection (TMP), Theory of Reasoned Action (TAR), Theory of planned action (TAP), theory Bandura self-efficacy.*

\*Alicia Salamanca Sanabria es psicóloga de la universidad El Bosque, Especialista en Psicología Clínica y Candidata a la Maestría en Psicología. Docente de la Universidad Antonio Nariño y coordinadora semillero TAPPS; Cristian Iván Giraldo León es psicólogo Universidad Antonio Nariño. Integrante del semillero Tratamiento, Adicción, Prevención, Promoción y Salud (TAPPS).

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse al Email de Contacto [alisalamanca@uan.edu.co](mailto:alisalamanca@uan.edu.co)

## INTRODUCCIÓN

Algunos La psicología de la salud en regiones como Norteamérica y países de la Unión Europea ha dirigido sus esfuerzos en la búsqueda de alternativas para la reforma de los servicios de salud, en parte para frenar el comportamiento adictivo de los jóvenes a las sustancias psicoactivas, entre ellas el tabaco y el alcohol (Power, 2009; Dal, 2009; Orbell et al. 2010). En Colombia la psicología de la salud ha seguido lineamientos de estos modelos occidentales y ha desarrollado aplicaciones en la psicología médica o psicosomática, inicialmente utilizando las bases del análisis experimental de la conducta, y procedimientos relacionados con las

aplicaciones del condicionamiento clásico y operante en enfermedades crónicas tales como hipertensión, dolor de cabeza entre otras, mostrando un incremento de las campanas de promoción y prevención en la década de los noventas. El tema de sustancias psicoactivas se ha empezado a estudiar más especialmente en la primera década del siglo XXI, evidenciado en la presencia de estudios en congresos sobre el consumo de sustancias (Flórez, 2006).

En este sentido, la contribución de la psicología al entendimiento de la enfermedad y la conducta de salud, ha permitido el establecimiento de métodos para el desarrollo de programas efectivos

al momento de emprender campañas en beneficio de la comunidad (Piña, 2006; Johnson & Radcliffe, 2008), uno de los factores más destacados es la percepción de riesgo, siendo el factor más determinante al momento de generar campañas de prevención, con el objetivo de crear hábitos saludables (Lennart, 2003).

En Colombia, los esfuerzos de investigación y aplicación, se han enfocado en el desarrollo de campañas para la prevención, promoción e intervención de diversas problemáticas en el área de la salud pública, muchas de estas producto de la inestabilidad social propia; dentro de esta categoría se pueden encontrar la drogodependencia (algunas veces vinculada al narcotráfico), la violencia, tanto social como

intrafamiliar y al alcoholismo (Flórez, 2006). En la última década según Flórez, se han vuelto objeto de estudio de la psicología de la salud, enfermedades crónicas como el cáncer, el VIH, la diabetes y la artritis, con lo que se fortalecen los programas de intervención dentro del sistema de salud y se impulsa la investigación en los diversos contextos donde ejerce su atención.

Otros campos de estudio son la salud sexual y reproductiva, los estilos de vida y las cirugías estéticas; a pesar de esto para Flórez (2006), las críticas que se generan hacia la práctica de la psicología de la salud en el contexto nacional, surgen en primera instancia por la falta de apoyo a los grupos de investigación, que a pesar de tener un escalafón alto dentro de las cumbres académicas, no reciben

reconocimiento económico; por otra parte, se exponen las necesidades que aún siguen sin ser atendidas, como la creación de mayores espacios para la investigación, niveles más altos de participación en el sector hospitalario, carencia de producción escrita sobre los avances generados y la falta de aplicación de los modelos de salud en las campañas de prevención y promoción, en el consumo de alcohol y cigarrillo.

Desde esta perspectiva surge la necesidad de realizar una revisión más profunda acerca de los modelos de salud, como sustento para la implementación de proyectos en la prevención y promoción en las problemáticas de salud pública que se presentan a nivel nacional y que en muchas ocasiones son desconocidas y no

parten de una base teórica y científica (Flórez, 2006), sumado también a la escasa formación en la psicología de la salud en los programas de psicología según lo demuestra la investigación de Londoño y Flórez (2007).

### **Psicología de la Salud**

La psicología de la salud se define, como aquella disciplina que implementa los principios, técnicas y conocimientos desarrollados por esta, para la evaluación, diagnóstico, explicación y tratamiento de trastornos físicos y mentales, en busca de estilos de vida saludables (Matarazzo, 1980 citado en Londoño, 2006; Oblitas, 2008). Su campo de acción en la dimensión psicosocial del proceso salud – enfermedad indaga los aspectos cognitivos, conductuales y

afectivos que influyen en la conducta perjudicial y cuya finalidad es prevenir la enfermedad y promocionar la salud, prediciendo las conductas poco saludables y generando conductas más benéficas en casos tan difíciles de asumir como el dolor crónico o las adicciones (Libertad, 2003; Londoño, 2006; Thorpe, 2010).

Esta rama de la psicología surge en la década de 1970 y 1980 como una alternativa a los modelos biomédicos, que exploraban las causas de la enfermedad desde el concepto de individuo, estudiando al hombre sin tomar en cuenta su entorno, a través de análisis experimentales y estudios en laboratorio (Londoño, 2006, Bostock 2009); sin embargo, la contribución de estos modelos explicativos desarrollan las bases

de esta nueva disciplina, que en el año de 1978 se forma oficialmente como división dentro de la APA (American Psychological Association) aportando una perspectiva biopsicosocial de la salud y la enfermedad, (Oblitas, 2008; Londoño, 2006).

La psicología de la salud ha implementado estrategias que permiten intervenir en los problemas de enfermedad, por lo que su ejercicio tendrá una doble función, la explicación teórica en la prevención y la intervención de las secuelas producto de la enfermedad en los distintos y variados contextos (Libertad, 2003; Oblitas2008; Flórez, 2006; Piña, 2006; Bostock, 2009). Por esta razón se desarrollan modelos explicativos entorno a los procesos de toma de decisiones al momento de ejercer

conductas saludables o poco saludables, que tendrán como objetivo la predicción e intervención sobre estos accionares.

El primer aporte en este campo se basa en el sistema de creencias, para explicar conductas con relación a la salud, que junto a las teorías de atribución, locus de control y los factores de susceptibilidad y percepción de riesgo, forman el modelo de creencias en salud cuyo objetivo será la predicción de conductas perjudiciales (Libertad, 2003; Ogden, 2004). Posteriormente los modelos explicativos se dividirán en dos ramas: modelos cognitivos, que examinan los predictores y precursores de la conducta de salud desde la utilidad subjetiva y en modelos cognitivo sociales, que amplían la perspectiva de utilidad

subjetiva para dar cabida a los factores externos o sociales que están involucrados en la conducta de salud (Libertad, 2003; Ogden, 2004).

En la actualidad esta perspectiva de salud, ha sumado intereses con la psicología positiva para fortalecer los procesos de investigación y obtener índices de predicción más altos (Tedeschi, et al., 2010; Sheinfel, 2010). Todos los avances mencionados y la rigurosidad en los planteamientos teóricos e interventivos, han permitido mejorar la atención en la prevención y la promoción, tanto en sectores hospitalarios, como públicos, primordialmente en las adicciones y enfermedades como el cáncer, enfermedad coronaria, asma y diabetes (Johnson & Radcliffe, 2008). Esto explica, que uno de sus objetivos es incrementar la

percepción de riesgo en los sujetos, para enfermedades cuya incidencia es genética o de tipo crónico, al suponer que una percepción alta de riesgo, aumenta la intención de participar en comportamientos preventivos; no obstante los investigadores advierten de las precauciones al momento de emprender campañas con el propósito de dar por enterada a la población, ya que se pueden llegar a generar estados de alerta masivos (Smerecnik, et al., 2010).

El propósito principal de la psicología de la salud, es generar acciones en la promoción de las conductas de salud, y la prevención de enfermedades y adicciones, por lo que se hace necesario profundizar en los campos teóricos que se han estructurado a través de sus modelos de salud. En el presente

artículo se analizarán los modelos cognitivos de creencias en salud, de motivación a la protección y posteriormente los modelos cognitivos sociales: teoría de acción razonada, acción planeada y el concepto de autoeficacia planteado por Bandura.

### **El modelo de Creencias en Salud (MCS)**

El modelo de creencias en salud (MCS) es uno de los primeros modelos producto de la investigación en psicología de la salud, (Oblitas, 2008; Vassallo, 2009) y se instaura como uno de los más utilizados en la investigación clínica; inicialmente fue propuesto por Rosentock en 1974 y redefinido por Maiman y Becker para explicar y tratar de predecir el comportamiento saludable, por lo que se convierte en

un modelo basado en la teoría cognitiva, tomando como mecanismo de probabilidad, las teorías de toma de decisiones y la acción consecuente en conductas o comportamientos saludables (Morales & Róales, 2003; Valencia, 2009). Los elementos básicos para la constitución del modelo de creencias en salud son:

a) el valor a una atribución para la consecución de una meta y b) el estimado sobre la probabilidad de conseguir a través de una conducta dicha meta; a partir de estos supuestos el sujeto empieza a construir un sistema de afirmaciones explicativas sobre el mundo y sobre las conductas saludables o poco saludables (comer, fumar, beber etc.); el factor determinante para que la conducta saludable se produzca, dependerá de

la vulnerabilidad percibida y la severidad de los riesgos percibidos, tanto a nivel individual como a nivel social (trabajo, familia ) (Morales & Róales, 2003; Sheeran & Abraham, 1996; Jackson & Aiken, 2000 en Valencia, 2009).

En los últimos años el interés por el MCS, se ha enfocado en la modificación y reestructuración de sus factores, como en los estudios de Moreno et al., 2003; Vassallo et al., 2008; Bylund et al., 2010 y Blugar, 2010 en los que se ha incluido la autoeficacia, como factor determinante en el índice de probabilidad, a la par del desarrollo de cuestionarios para la validación de variables anexas, como el estudio Rubio y Restrepo (2004) que propone la correlación entre creencias, prevención y

mantenimiento de conductas saludables.

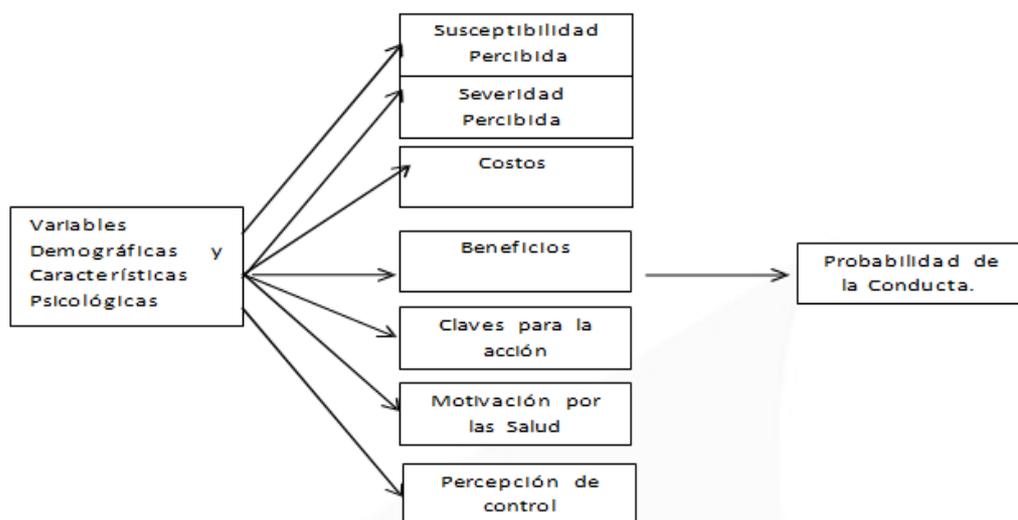


Grafico 1: MCS, Modelo de creencias en salud: Variables demográficas y características psicológicas que son entendidas por factores como: Severidad percibida, Costos, beneficios claves para la acción, motivación por la salud y percepción de control, que después de una valoración estadísticas generan un índice de probabilidad para el accionar conductual, tomado de (Ogden, 2007).

Dentro de los factores o variables anexas que también evalúa el modelo de creencias, están los conceptos de claves para la acción; que son las evocaciones motivantes para realizar una conducta, de acuerdo a la relación que el sujeto enlace con una creencia precedente y que

le indique una probabilidad de mayor beneficio al ejercer una conducta específica (Morales & Róales, 2003). También se ha incluido el concepto de barreras percibidas, en el que la persona reconoce elementos negativos relacionados con la conducta a ejercer, lo desagradable de realizarla

o el tiempo para llevarla a cabo (Morales & Róales, 2003; Vassallo et al., 2008). Estos conceptos permiten explicar la probabilidad de la conducta saludable, ya que entre mayores beneficios se relacionen con la conducta, mayor probabilidad de realizarla, y a mayores perjuicios o barreras, menor probabilidad para ejercer la acción. (Morales & Róales, 2003; Vasallo et al., 2008; Valencia 2009).

Las aplicaciones de este modelo han girado primordialmente en la prevención de la drogodependencia y el alcoholismo, específicamente en la percepción de riesgo, también en el tratamiento del cáncer de cuello uterino, la hipertensión, los estilos de vida y su relación con la actividad deportiva; por otra parte cabe destacar que estudios tales como los de Caruyo et

al., (2004), se han interesado en la investigación hospitalaria y clínica, al retomar ámbitos considerados propios de la medicina para realizar análisis desde la psicología, como en el caso de la hemofilia, que a través del análisis combinado de creencias y actitudes, han logrado evidenciar la importancia que se le asigna a los aspectos puramente clínicos de la enfermedad, tomando como poco relevantes o no tan significantes aquellas condiciones psicosociales y de prevención. También se ha utilizado para la validación de cuestionarios en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios (Benito et al., 2007, Valencia et al, 2009) y en detección de factores de riesgo de consumo de alcohol en mujeres embarazadas (Favela et al., 2008).

Las críticas al modelo en las investigaciones realizadas muestran el excesivo énfasis sobre los factores cognitivos, que dejan de lado variables sociales e individuales, a un más cuando los factores decisionales tienen que ver con aspectos que no se relacionan con la salud como por ejemplo la estética o la percepción social de realizar dicha acción. (Kirsch & Einstein en Morales & Róales, 2003) también se establece la modesta capacidad predictiva del modelo, evidenciando que no necesariamente las creencias sobre la conducta saludable, resultan predictivas del comportamiento real.

### **Teoría de la motivación a la protección (TMP)**

Este modelo fue propuesto por Rogers en 1975 y reformulado

por Rippetoe y Rogers en 1987, en este se propone la variable de motivación a la protección, suponiendo que es la motivación, la que dirige el proceso de afrontamiento conductual y es la que finalmente desencadena la conducta (Umeh, 2004; Milne et al., 2002). En esta teoría, la conducta de precaución se dará por la combinación de dos evaluaciones: a) De la amenaza (miedo como incentivo de la conducta), que estará compuesta a la vez por la percepción de severidad (que tanto daño puede causar) y susceptibilidad (en qué nivel de riesgo se encuentra la persona) (Norman et al, 2003; Umeh. 2004; Waters, et al. 2010) y b) La evaluación de la conducta de afrontamiento, que equivale al potencial de éxito percibido por la persona de las acciones que

puede realizar para afrontar la amenaza y que estará compuesta, por la percepción sobre la respuesta de eficacia (reducción de la amenaza como una medida preventiva) y autoeficacia (capacidad del individuo para tomar medidas de prevención), que generarán una perspectiva en la persona sobre los costos o beneficios de emprender la conducta (Milne et al, 2002; Norman et al., 2003; Umeh. 2004).

Estas respuestas cognitivas se sumarán al sistema de creencias, generando respuestas adaptativas o desadaptativas, dependiendo el grado de relación que la persona encuentre entre la amenaza y la conducta preventiva, y estarán mediadas por facilitadores o inhibidores de la conducta, pertenecientes al contexto en el que interactúa la persona (Milne et al, 2002; Norman et al.,

2003; Umeh. 2004). En este modelo el factor más importante, es la capacidad de evaluar la conducta de afrontamiento en relación a los beneficios que obtiene el sujeto al realizar un comportamiento saludable, como lo es evitar el consumo de alcohol, cigarrillo o hacer ejercicio, debido a que una evaluación positiva motivara o no a la persona a tomar acciones en beneficio de la salud.

La TMP se ha aplicado en estudios en la medicina tradicional, como en el trabajo de Miilne et al, (2002) quien destaca la importancia del factor motivacional al momento de predecir la intención conductual en los cuidados y la prevención de la enfermedad coronaria, cuyos resultados han mostrado que el factor motivacional es solo una parte dentro del modelo

y se debe tomar en cuenta la intencionalidad previa al realizar una conducta para determinar la adherencia a tratamientos de enfermedades en niños. En esta misma línea Norman et al, (2003) ha demostrado la eficacia de las variables estudiadas por la TMP al momento de predecir la intencionalidad en el tratamiento para la ambliopía y en la motivación de emprender rutinas saludables como en el ejercicio (Milne et al., 2002; Lippke et al., 2009).

La TMP utiliza las variables anteriormente descritas de manera independiente para llegar a predecir la conducta de afrontamiento; no obstante, algunos de los porcentajes en relación a las variables permanecen sin explicación o sin una correlación directa, Milne et al,

2002 en Umeh, 2004, expone una correlación promedio de tan solo 0.10 a 0.34 entre la evaluación cognitiva y la motivación a la protección, otras investigaciones también han demostrado falencias por dar gran relevancia al procesamiento cognitivo, dejando de lado el componente emocional o incentivo del miedo al momento de explicar la conducta en la prevención de la salud.

Así mismo se ha demostrado que niveles elevados de la variable miedo no necesariamente desencadenan la conducta preventiva, pero si deben ser considerados como parte de una cadena interdependiente de factores, lo cual contradice la independencia expuesta por la TMP (Milne et al, 2002; Umeh, 2004).

### **La teoría de Acción Razonada y Acción Planeada.**

La teoría de acción razonada TAR fue planteada por Ajzen y Fishbein (1980) citado por Cortes (2001); Rodríguez, (2007); Hanna (2010), bajo la premisa de que el comportamiento de los sujetos es controlado de manera voluntaria, y que puede medirse a través de indicadores probabilísticos. Dentro de los factores que evalúa la TAR se incluyen la actitud, el factor normativo o la norma subjetiva y las creencias sobre realizar la conducta. La actitud se entiende como la posición de una persona sobre una acción u objeto en una dimensión positiva o negativa, en una situación o contexto determinado; la norma subjetiva definida como la percepción

social del sujeto para realizar o no una conducta y al sistema de creencias como el compilado de ideas que tiene una persona en relación a un objeto o conducta, y que constituyen la base de las actitudes (Cortes, 2001; Rodríguez, 2007; Hanna, 2010). La combinación de estos factores permite emitir un juicio desde una valoración estadística, sobre la intencionalidad del sujeto para ejercer la conducta, mas no es un modelo exacto para predecirla, aunque cabe anotar que autores como Moreno & Róales (2003), consideran que el motivo primordial por el que se crearon los modelos de salud, es intentar explicar cómo se genera y con qué frecuencia se presenta la conducta protectora de la salud.

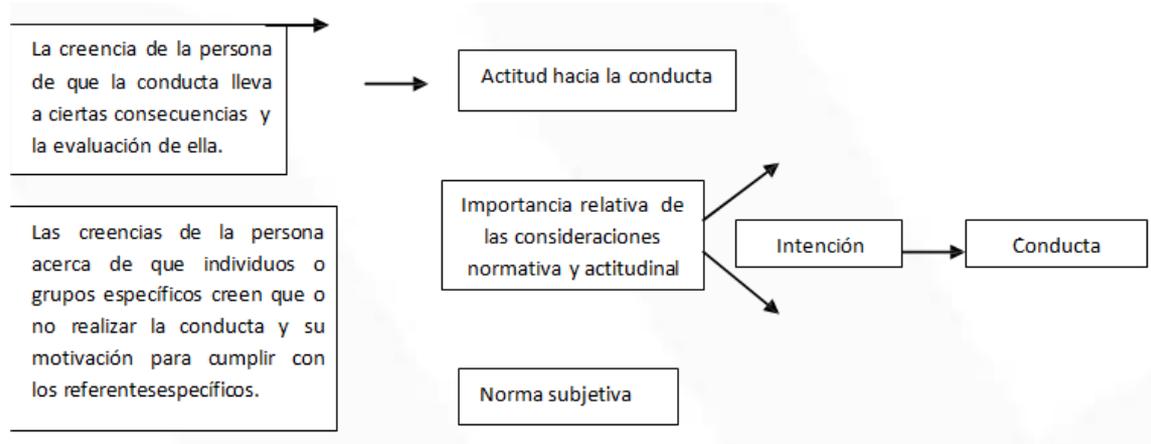


Gráfico 2: Teoría de acción razonada TAR, Se toman el factor creencias desde la norma subjetiva, y las actitudes hacia una conducta, generando un valor aproximado de la intención para el desarrollo de la conducta, tomado de Rodríguez (2007).

Posteriormente Ajzen (1985, citado por Carpi, Brea & Palmero, 2005) propone el modelo de Acción planeada TAP (como una reforma de la TAR), que introduce un nuevo factor para predecir la intencionalidad: la percepción de control, en la que se predice la conducta, en relación a la percepción

sobre el control que tiene el sujeto de sus acciones: entre más alto sea el nivel de percepción, mayor probabilidad de que se dé la conducta, ampliando de esta manera los límites del control puramente volitivo, a los que hacía referencia la TAR (Cortes, 2001; Carpi, Brea & Palmero, 2005).

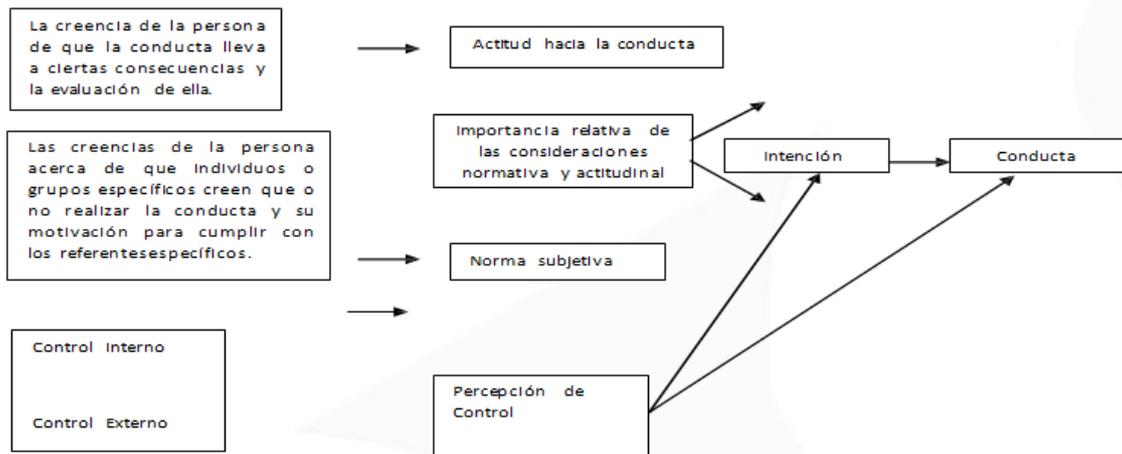


Grafico 3: TAP, Se toman en consideración las creencias y el locus de control a partir de la norma subjetiva y las actitudes, generando un valor aproximado de la intención para el desarrollo de la conducta. Ogden (2007).

Las teorías de acción razonada (TAR) y acción planeada (TAP) han tenido diversidad de aplicaciones en el campo de la salud, en el caso de la TAR se encuentran estudios sobre alcoholismo en jóvenes, como el de Arrivillaga et al, (2003) que muestra una alta presencia de creencias favorables con la salud, contradictorias a las prácticas de los estilos de vida reales de los jóvenes, en esta investigación se trataron temas como salud sexual,

sueño, tabaco y alcohol, este último es percibido como positivo para la interacción social. Finalmente se propone que al momento de diseñar campañas de promoción en estilos de vida saludables se deben tener en consideración factores como aprendizaje, motivación y emoción. Así mismo Moreno (2006) concluye que las actitudes permisivas aumentan con la edad, mientras que las actitudes referentes a las consecuencias negativas en el alcohol disminuyen.

La TAR también se ha aplicado en adultos mayores, autores como Rodríguez (2007) y Stefani (2005) muestran la relación existente entre enfermedad y el centro geriátrico, se concluye en este trabajo que la mayoría de los participantes no están de acuerdo en ser internados en esta etapa de la vida, por tener actitudes negativas hacia estos lugares, así como una norma subjetiva que no aprueba este ejercicio, en este caso particular las personas de más edad, presentaban más rechazo a la propuesta de ser internados que los más jóvenes.

En el caso de la TAP, los trabajos dentro del sector salud se ha encontrado en áreas como la reducción del estrés en la enfermedad coronaria, donde se

pudo ver como el factor de percepción de control es la variable que predice con menor fuerza la conducta, y que las creencias, evaluaciones y presión social pueden ser suficientes para que la persona emprenda acciones para reducir el estrés (Carpí, 2005), también en la explicación sobre el abandono de los tratamientos por dependencia al alcohol (Cortes, 2001), como producto de una valoración positiva del consumo y una baja percepción de control. Otros campos en los que se ha aplicado la TAP ha sido en el tema de los ambientes amigables con el propósito de evidenciar el impacto de estos en la construcción actitudinal entorno a la salud (Hanna et al., 2010), que muestra que un espacio que brinde condiciones que favorezcan la salud, permite actitudes

más favorables hacia el cuidado y los estilos de vida saludables.

La principal crítica a este modelo se ubica sobre las limitaciones de no tomar en consideración elementos que aunque influyen en la toma de decisiones no pertenecen al control volitivo del sujeto, como es el caso de la presión social y por ende reducen el margen de predicción (Hanna, 2010), por otra parte, los tratamientos implementados desde los modelos TAR y TAP no han demostrado tener el impacto esperado, ya que a pesar de realizar acercamientos sobre la intencionalidad, como en el caso del alcoholismo demuestran que de un 70% a un 80% de las personas que inician procesos de rehabilitación, abandonan después de un periodo de seis meses; las investigaciones

exponen igualmente que un índice elevado en la percepción de control, no es necesariamente un factor predictor de la conducta saludable, por lo que se hace necesario un nivel más elevado de investigación aplicada; sin desmeritar los resultados en trabajos que aplicando estos modelos han tenido resultados satisfactorios, (Cortes, 2001; Stefani, 2005, Hanna, 2010).

### **La Teoría de la Autoeficacia de Bandura**

Esta teoría nace de los planteamientos postulados por Bandura desde la teoría de la agenciación, como concepto central para explicar la conducta de las personas desde los procesos de autorregulación y de esta manera ampliar la perspectiva conductista y cognitiva, hacia la visión cognitivo

social (Bandura & Locke, 2003; Olivari & Urrea, 2007). Desde esta postura se atribuyen los procesos conductuales a factores que tienen que ver con la percepción y ubicación del sujeto dentro de un medio social, impactando el procesamiento cognitivo, en la toma de decisiones para la ejecución de acciones futuras, y la consecución de metas (Bandura, 2001; Becoña, 2002; Bandura, 2003); en sí, la agenciación humana, supone la posibilidad de la autorregulación, para lograr generar transformaciones a nivel personal y ambiental, procurando estados de desarrollo constantes en los individuos y su entorno, a través de la potenciación del control de las acciones personales, hacia estados volitivos, con implicaciones sociales (Bandura et al., 2003; Bandura, 2001 en Tejada, 2005).

La autoeficacia se define, como la percepción que tiene un sujeto en torno a las capacidades para adaptarse a situaciones que requieren un plan de acción, con el propósito de conseguirlas; es decir, aquellas personas que se perciban eficaces ante las demandas del entorno, contarán con herramientas para afrontar tareas y situaciones complejas, percibiéndolas como moldeables y no como amenazas, por ende existirá una mayor probabilidad de conseguir los objetivos deseados; por el contrario una autoeficacia baja estará asociada a síntomas depresivos, ansiedad y desamparo (Bandura, 1995, 1997 en Carrasco & Del Barrio; Bandura, 2001 en Tejada, 2005; Tejada, 2005; Marat 2003; en Tejada 2005).

Esta teoría ha sido utilizada para demostrar el impacto emocional de la autoeficacia en diferentes esferas del desenvolvimiento social, principalmente durante la niñez y adolescencia (Bandura et al., 2003; Olivari & Urra, 2007), donde se expone la relación del proceso cognitivo social de la autoeficacia en la regulación positiva y negativa de comportamientos, como el desempeño en actividades académicas, la resistencia ante presiones sociales para la ejecución de actividades antisociales y el desarrollo de la empatía para la interacción con los otros, lo cual implica mayores comportamientos prosociales.

En investigaciones sobre comportamientos de salud y prácticas saludables, tales como el deporte y el ejercicio, se ha demostrado que al

fortalecer la autoeficacia se logra ampliar el periodo de duración de las rutinas deportivas, permitiendo mejorar la calidad de vida (Hall, 2010., Olivari & Urra, 2007).

El modelo de Bandura así mismo, se ha aplicado en el manejo de enfermedades crónicas; Schokker (2010) plantea la autoeficacia con la motivación como elementos fundamentales para mantener estilos de vida saludable en la diabetes, en este caso el investigador a través de una muestra de 234 pacientes con diabetes, encuentra que aquellos pacientes que presentan mayores niveles de autoeficacia están más dispuestos a mantener estilos de vida saludable, en comparación con aquellos con niveles bajos. Así mismo, Van y Ferguson (2010) han demostrado el éxito en el abandono

del hábito de consumo diario de tabaco debido a niveles altos de autoeficacia, aunque el nivel de predicción después de la deshabituación no es tan contundente, ya que un nivel alto de autoeficacia no significa necesariamente menor riesgo de recaída, no obstante se hace indispensable al momento de formular dinámicas para prevenir el comportamiento.

Los resultados de estas investigaciones, han sumado factores relacionados a la autorregulación desde la autoeficacia, como la vulnerabilidad al estrés, la ansiedad y nuevamente en el proceso de toma de decisiones (Bandura & Locke, 2003), que permiten enriquecer y expandir los alcances de la teoría. Su potencial de aplicación debe considerarse en relación a la cantidad de cambios que se presentan en la

modernidad y las dificultades sociales como la violencia (intrapersonal y social), el alcoholismo, el tabaquismo o la drogadicción (Tejada, 2005). En general el concepto de autoeficacia ha sido retomado como parte de investigaciones sobre comportamientos saludables, pero pocos programas de intervención se han desarrollado entorno a la teoría postulada por Bandura (Becoña, 2002).

### **Conclusiones**

La presente revisión de los principales modelos propuestos por la psicología de salud, hace innegable la importancia de estos en la elaboración de proyectos e intervenciones para la comunidad tanto en el sector hospitalario como en el sector público, haciendo hincapié en aquellas problemáticas

que afectan la salud pública, como el cáncer, la diabetes, la enfermedad coronaria o el abuso de sustancias como tabaco y alcohol, que si bien, han sido bastante analizados para determinar su etiopatogénesis y sintomatología, no han sido lo suficientemente estudiados para la elaboración de programas de prevención eficaces (APA, 2000; Kane, 2009; Kane & Green, 2009; Simons et al., 2009; Ostafin et al., 2010; Ferguson & Shiffman, 2010; Haug et al., 2010).

Sumado a lo anterior, se hace evidente la tendencia a estudiar los factores constitutivos de los modelos de manera independiente, como las creencias, la percepción de riesgo o la motivación entre otros, elementos que generalmente muestran debilidades en las aplicaciones de programas de prevención y promoción, mostrando

la necesidad de integrar los modelos cognitivos y cognitivos sociales al plantear la eficacia de estas intervenciones. Es relevante, así mismo, incluir variables tales como la cultura y la familia dentro de los modelos de salud, los cuales han demostrado ser eficaces en poblaciones hispanas según el estudio de Marshall et, al. (2011), aspectos que no se han considerado en las investigaciones colombianas.

En general en Colombia los trabajos contemplan las variables de los modelos de forma independiente, y no enfatizan en la cultura como explicación de los mismos, lo cual se evidencia en Benito et al, (2007), Valencia et al, (2009) y Favela et al (2008) para asumir la problemática del consumo de alcohol. También en trabajos sobre hipertensión arterial, calidad de vida y la correlación con el

estado de ánimo, principalmente en sus manifestaciones somáticas de Vinaccia et al. (2007). Así mismo Arrivillaga et al. (2003), evidencia que el factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas de salud. Estos resultados muestran que se simplifican los factores cognitivos y conductuales a examinar en el momento del análisis, por lo tanto se requiere la realización de modelos integrales que contengan las variables mencionadas en los modelos cognitivos y cognitivos sociales. Es relevante mencionar que a través de los años siguen estas falencias sin ser atendidas.

A nivel nacional, los índices de dependencia por abuso de sustancias permanecen en las listas de los problemas más complejos que afronta la sociedad y

las intervenciones en enfermedades crónicas siguen siendo insuficientes, por una parte generado por los modelos de salud colombiana y también por la escasa utilización de los modelos cognitivos y cognitivos sociales en nuestro contexto como lo demuestran las publicaciones sobre el tema (Flórez, 2006). Este hecho es claro para la región Latinoamericana, ya que los estudios encontrados son escasos y no siguen un proceso de actualización o reformulación, en comparación a los países Europeos y Norte América, en los cuales la evaluación es constante entorno a los resultados de las investigaciones.

En referencia a lo anterior, es claro que si bien, existen investigaciones sobre los modelos de salud, es importante que se empiecen a aplicar a los programas existentes para enfermedades crónicas, estilos de

vida saludables, drogodependencia y otros ámbitos de acción en Colombia; por tal razón se debe ampliar el apoyo a los grupo de investigación, fortalecer la formación a los profesionales en la psicología de la salud y generar planes para la continuación de proyectos que permitan atender de manera eficaz a la población en condiciones de vulnerabilidad.

#### REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Arrivillaga, Marcela, Salazar, Cristina, Isabel, Correa Diego. (2003). *Creencias sobre la Salud y su Relación con las Prácticas de Riesgo o de Protección en Jóvenes Universitarios*. Colombia Medica, Vol.34, n.4 .pp. 186-195.
- Bandura Albert et al. (2003). *Role of Affective Self-Regulatory Efficacy in Diverse Spheres of Psychosocial Functioning*. Journal Child Development, Vol.74, n.3 .pp. 769-782.
- Bandura Albert. (2001). *Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective*. Rev. Psychol, Annu. V.52 .pp. 1-26.
- Bandura Albert & Locke A. Edwin.(2003). *Negative self-Efficacy and Goal Effects Revisited*.Journal of Applied Psychology, V.88, n 1, p.p 87-99.

- Becoña, Iglesias, Elisardo (2002). *Bases científicas de la prevención de las Drogodependencias, Capítulo 4: La necesidad de Partir de un modelo Teórico: Teorías y Modelos explicativos en la prevención de las Drogodependencias.* Ed. Ministerio de educación, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid, España, pp. 477.
- Bostock L. et al. (2009). *Posttraumatic Growth and Optimis in Health - Related Trauma: A systematic Review.* Journal Clin.Pychol Med Setting, V. 16 .pp. 281 - 286.
- Buglar, María, E. et al.(2010). *The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossin: Testing an extended Healh Belief Model.*Jornal. Journal Patient Education and Counseling, School of Psychology and Counselling, Queensland University of Technology, Australia, V. 78.pp. 114 -118.
- BylundA, Carma L., et al. (2010). *Using the Extended Health Belief Model to understand siblings' perceptions of risk for hereditary hemochromatosis.* Journal Patient Education and Counseling, USA, V.6. pp. 1-6.
- Carpí Ballester, Amparo, Brea, Asensio, Alicia; Palmero

- Cantero Francisco (2005). *La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España). pp. 84-91
- Carrasco, Del Barrio. (2002). *Evaluación de la Autoeficacia en Niños y Adolescentes*. Revista Psicothema, Vol. 14, n.2. Universidad de Oviedo, España. pp.323-332.
- Carruyo, Vizcaíno Cecilia et al. (2004). *Actitud de los Individuos Adultos con Hemofilia hacia su Enfermedad*. Inves, Vol.45, n.3.p.p.257-267.
- Cortes, María tomas. (2001). *Una Primera Aplicación de la Teoría del Comportamiento Planificado para Explicar el Abandono del Tratamiento Por Parte de los Dependientes Alcohólicos*. Revista de Psicología General y Aplicación, Vol.54, n.3.pp. 389-405.
- Dal Cin, Sonya, Worth, Keliyah, A, Gerrard Meg. (2009). *Watching and Drinking: Expectancies, prototypes, and friends' alcohol use mediate the effect of exposure to alcohol use in movies on adolescent drinking*. Health Psychology, Vol 28, n.4 .pp. 473-483.
- Ferguson G. Stuart & Shiffman, Saul. (2010). *Effect of High-Dose Nicotine Patch on the*

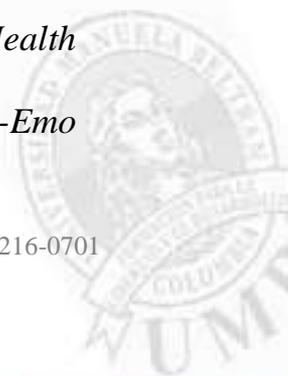
- Characteristics of Lapse Episodes.* Health Psychology, Vol.29, n.4 .p.p 358-366.
- Flórez, Alarcón, L. (2002). El proceso de adopción de precauciones en la promoción de la salud. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. 6, n.1.p.p 23-33.
- Flórez, Alarcón, Luis. (2006). *La Psicología de la Salud en Colombia.* Revista Colombiana de psicología, Vol.5, n.3, Universidad Nacional de Colombia .pp. 681-694
- Hall, S Katherine, et al. (2010). *Change in Goal Ratings a Mediating Variable Between Self-efficacy and Pshysical Activity in Older Men.* Journal Annals of Behavioral Medicine.Vol.39, n.3.pp. 267.
- Hana Heesup, et al. (2010). *Application of the Theory of Planned Behavior to green hotel choice: Testing the effect of environmental friendly activities.* Tourism Management, Vol. 31, n.3.South Korea and USA.pp. 325-334
- Haug, Severin et al. (2010). *Need for Cognition as a Predictor and a Moderator of Outcome in a Tailored Letters Smoking Cessation Intervencion.* Health Psychology. Vol.29, n.4 ,pp. 367-373.
- Johnson G. Norine & Radcliffe M. Alison.(2008). *The increasing Role of Psychology Health*

- Research and Interventions and a Vision for the Future.* Professional Psychology: Research and Practice. Vol.39, n.6 .pp.652 -657.
- Kane, Michael N., & Green Diane.(2009).*Perceptions of Elders' Substance Abuse and Resilience.*Ed, Gerontology & Geriatrics Education.Vol.30, n.2.Florida USA. pp. 164 – 183
- Lennart, Sjöberg. (2003). Neglecting the Risks: The Irrationality of Health Behavior and the Quest for La Dolce Vita. European Psychologist, Vol.8, n.4 .pp. 266-278.
- Lippke, Sonia et al. (2009). The protection motivation theory within the stages of the transtheoretical model - stage - specific interplay of variables and prediction of exercise stage transitions.*British Journal of Health Psychology*, Vol.14.pp. 211 - 229.
- Londoño, C, Perez, Valencia, Carolina Lara, Vinaccia, Stefano, Alpi.(2006). El Papel del Psicólogo en la Salud Publica. *Revista Psicología y Salud*Vol.16, n.2.pp.199-205.
- Londoño, C., &Flórez, L (2010) Formación en psicología de la salud en Colombia. *Psychologia: Avances de la disciplina.* Vol. 4, n. 1, pp. 55-61
- Marshall, C.,et, al. (2011) Considerations of culture and

- social class for families facing cancer: The need for a new model for healthpromotion and psychosocial intervention. *Families, Systems, & Health*.Vol. 29(2). pp. 81-94.
- Milne, Sarah et al. (2002).*Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions*.British Journal of Health Psychology, n.7.pp.163-184.
- Moreno, Emilio; Róales, Jesús Gil.(2003). *Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud*. Revista Internacional de Psicología y Terapia psicológica, Vol. 3, n.1.pp. 99 -109. Universidad de Almería, España.
- Moreno, Jose. (2006).*Valores, Actitudes Hacia El Alcohol y Consumo en Adolescentes Varones*. Revista Limite, Vol.1, n.13.pp.195-211.
- Norman Paul et al. (2003). *Predicting Adherence to Eye Parching in Children With Amblyopia: An Application of Protection Motivation Theory*.British Journal of Healh Psychology, Vol.8.pp. 67-82.
- Oblitas, A. Luis. (2008). *El Estado del Arte de la Psicología de la*

- Salud. Revista de Psicología*, Vol.2 .pp.219-254. Universidad del Valle de México, Tlalpan.
- Ogden, Jane. (2004). *Health Psychology: A Textbook, 3rd Edition*. Ed, McGraw- Hill Education. New York, USA, pp.502
- Olivari Medina, Cecilia, Urra Medina, Eugenia. (2007). *Autoeficacia Y Conductas De Salud*. Cienc. Enferm, Vol.13, n.1.p.p. 9-15.
- Orbell et al.(2010). *The automatic component of habit in health behavior: habit as cue-contingent automaticity*. Health Psychology, Vol,29.n.4 .pp.374-83.
- Ostafin D. Brian et al. (2010). *Testing the Incentive-Sensitization Theory With At-Risk Drinkers: Wanting, Liking, and Alcohol Consumption*. Ed, Psychology of Addictive Behaviours, Vol. 24, n.1 .pp.157- 62.
- Piña Julio et al. (2006). *Psicología de la Salud: Algunas Reflexiones Criticas Sobre su Que y su para Que*. Univ. Vol. 5, n.3 .pp 669-679.
- Power, Kathryn, M. ED. (2009). *A public Health Model of Mental Health for the 21st Century*. Psychiatric, Vol. 60, n.5 .pp. 580-584.
- Rodríguez, L (2007). *La teoría de acción Razonada: Implicaciones para el estudio de las actitudes*. Ed, Investigación Educativa

- Duranguense, Universidad de Durango, México. Vol.7, .pp.66-77.
- Rubio, C., Restrepo, M., Forero, M (2004). Health Psychology, Vol. 28, n. 6 .pp. 734–745.
- Schokker, C Marie et al. (2010). *The Impact of Social Comparison Information on Motivation in Patients With Diabetes as Function of Regulatory Focus and Self – Efficacy*. Journal Health Psychology, Vol.29, n.4, .pp. 438-445.
- Smerecnik M. R Chris., Mesters Ilse, Vries K. Nanne, Vries and Hein. (2009) *Alerting the General Population to Genetic Risks: The Value of Health Messages Communicating the Existence of Genetic Risk Factors for Public Health Promotion*. Sheinfeld, Sherri. (2010). *Theory Measurement, and Controversy in Positive Psychology, Health Psychology, and Cancer: Basics and Next Steps*. Annals of Behavioral Medicina, Vol. 39,n.1 .pp.43.
- Simons, S. Jeffrey, et al. (2009). Alcohol Abuse and Dependence Symptoms. Psychology of Addictive Behaviors, Vol.23, n.3 .pp. 23-35, Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University.
- Thorpe L. Geoffrey & Sigmon T. (2010). *Cognitive Aspects of Health Psychology Rat-Emo*



- Cognitive-BehavTher*, Vol. 28. 337–346
- Umeh, Kanayo.(2004).*Cognitive Appraisals, Maladaptive Coping, And Past Behaviour In Protection Motivation*. Psychology and Health, V.19, n 6, pp.719–735. London.
- Valencia, Carolina. (2009). *Diseño del cuestionario de creencias referidas al consumo de alcohol para jóvenes universitarios*. Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología, Vol. 5, n 2. p.p.337-347. Universidad Santo Tomas y Universidad Católica de Colombia.
- Van, ZunderM.P Rinka & Ferguson Stuart G and Shiffman, Saul. (2010).Dynamic Effects of Self – Efficacy on Smoking Lapses and Relapse Among Adolescents. Health Psychology, Vol.29, n 3.p.p 246-254.
- Vassallo, Marco, et al.(2009). Willingness to use functional breads.Applying the Health Belief Model across four European countries.Journal Appetite, Vol. 52.pp. 452-460.
- Vinaccia Stefano., et al. (2007). Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Diagnostico de Hipertensión Arterial Leve. Diversitas. Perspectivas en Psicología, Vol.3, n.2, pp. 203-211.
- Waters, A Erika et al. (2010).Perceived Risk, trust and Health - Related Quality

of Life Among Cancer  
Survivors. Journal Annals of  
Behavioral Medicina, Vol.  
39,n.1,pp.91.

