

Estilos de vida de los adolescentes de América Latina y el Caribe: desafíos y alcances

Los jóvenes de la Región de las Américas representan un segmento socio económico de la población actualmente en aumento y cada vez más importante. En los países de América Latina y el Caribe, los jóvenes de 10 a 24 años representan el 30% de la población, mientras que los adolescentes de 10 a 19 años representan el 20%. De este total, el 80% viven en zonas urbanas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe 2000). De los 155 millones de jóvenes que viven en las Américas, el porcentaje más elevado se concentra en los países y las comunidades de la Región con menores recursos económicos (Organización Panamericana de la Salud 2002b, 2000b). La gran mayoría de los jóvenes son de ascendencia indígena, y posteriormente marginados de la cultura establecida. Según los datos obtenidos de diferentes censos, casi un millón de jóvenes indígenas viven en Bolivia (1992) y Guatemala (1994), y 2,7 millones en Perú (1992) (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2001).

Salud sexual y reproductiva

Aproximadamente el 50% de los adolescentes de la Región menores de 17 años son sexualmente activos. En muchos países de América Latina, la edad promedio de inicio sexual es de 15 a 16 años para las mujeres y de 14 a 15 años para los varones (Organización Panamericana de la Salud 2002b). En algunos países del Caribe, los varones adolescentes inician su actividad sexual entre los 10 y 12 años de edad (Organización Panamericana de la Salud 2002b), y a la edad de 15 años, el 90% ya había tenido su primera experiencia sexual (Organización Panamericana de la Salud 2002c). De 48% a 53% de la población sexualmente activa no utiliza anticonceptivos, y de las personas que sí lo hacen, aproximadamente el 40% no emplea ninguna protección con regularidad (Organización Panamericana de la Salud 2002c). En la República Dominicana, el 44% de las niñas tienen relaciones sexuales antes de cumplir 15 años, y el 78% de este grupo quedan embarazadas (Calderón 2002). Un porcentaje alto de mujeres peruanas (62%), que habían iniciado su actividad sexual antes de cumplir 15 años, dijeron haberlo hecho en respuesta a una actitud coercitiva (Cáceres, Vanoss y Hudes 2000). Los datos de Guatemala señalan que, aunque el 69% de los adolescentes de entre 15 y 19 años manifestaron conocer al menos un método de planificación familiar, solo el 14% de los adolescentes sexualmente activos admitieron utilizar uno de ellos con regularidad (Organización Panamericana de la Salud 2002c). Las encuestas realizadas en algunos países del Caribe mostraron que el 40% de las niñas y el 50% de los varones

no tuvieron acceso a métodos anticonceptivos en su primera relación sexual.

Alrededor de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH ocurren en personas que tienen entre 15 y 24 años de edad, período en el que la mayor parte de las personas inicia la actividad sexual (Joint United Nations Programme on *HIV/AIDS* 1998). La epidemia de VIH/sida afecta particularmente a los jóvenes de Brasil, Haití, Honduras, Panamá y diversos países del Caribe de habla inglesa. En Haití se calcula que el 4,9% de los varones de entre 15 y 24 años están afectados por el virus, mientras que en Honduras, el porcentaje es de 1,7% para las mujeres adolescentes y 1,4 % para los varones adolescentes. En Brasil, el 0,7% de los adolescentes varones están infectados por esta enfermedad, pero dada la numerosa población del país, el número actual de adolescentes con VIH es un tema de preocupación, ya que aumenta enormemente la posibilidad de diseminación del virus (United Nations Children's Fund 2000). En Las Bahamas, se registró un aumento del 25 % en el número de adolescentes con VIH/sida de 1999 a 2000 (Organización Panamericana de la Salud 2002c).

Los planificadores de programas afrontan un gran desafío, ya que la epidemia de sida va en aumento y se necesitan acciones urgentes, y porque los sistemas de valores y creencias en cuanto al sexo de los adolescentes varían ampliamente de comunidad en comunidad. Como consecuencia, esta situación ha despertado nuevamente el debate tradicional acerca de si es mejor promover la utilización de condones, o bien inculcar la abstinencia en una cultura social donde prevalecen diferencias abismales entre los sexos: una cultura "machista" que fomenta la iniciación sexual temprana entre los varones y la abstinencia entre las mujeres. El desafío se centra en cómo lograr que los adolescentes sean más conscientes de los estilos de vida que escogen con respecto al sexo y reconozcan la importancia de evitar las relaciones sexuales a temprana edad, incluso cuando están invadidos por los mensajes y las presiones sociales de los medios de comunicación y por sus pares adultos y más experimentados, que los alientan,

en especial a los varones, a que inicien su actividad sexual.

Otros tipos de mensajes sociales, especialmente cuando están dirigidos a las mujeres, tienden a alentar la ignorancia y la vergüenza cuando se afrontan situaciones que guardan relación con el sexo. Por este motivo, es crucial que las mujeres sientan que pueden decidir cuándo tener relaciones sexuales y sepan cómo protegerse de los embarazos a temprana edad, el VIH, las infecciones de transmisión sexual y la coerción sexual. Cabe mencionar que la educación sobre la salud sexual o el VIH no incita a que se acreciente la actividad sexual entre los adolescentes (World Health Organization 2000a). El reto se centra en ir más allá de los programas de educación sexual tradicionales que solo aportan más información (Eggleston et al. 2000) e intentar fortalecer las habilidades de los adolescentes a fin de que adopten y mantengan prácticas sexuales más seguras, ya sea mediante el retraso del inicio de las relaciones sexuales o mediante la utilización de anticonceptivos o condones. Para alcanzar este objetivo, es necesario que las intervenciones apunten no solo a los adolescentes sino también a los padres y la comunidad, para permitir el acceso a los condones y los anticonceptivos cuando los necesiten y fomentar cambios en las normas sociales que incitan el inicio prematuro de la vida sexual.

Violencia

En los países de América Latina y el Caribe, los adolescentes, en particular los jóvenes que viven en zonas urbanas pobres, están expuestos a la violencia. El poder perpetrante de la violencia se reconoce claramente como una de las amenazas más apremiantes para el desarrollo y la salud de los adolescentes en las Américas. Las principales causas de muerte entre los jóvenes de 10 a 19 años son externas, e incluyen la violencia y el homicidio. El 29% de todos los homicidios en las Américas recae en este grupo de edad. La violencia en la adolescencia no se limita a traumatismos físicos o sexuales, sino que también abarca el abuso emocional y verbal y las amenazas, entre otros tipos de

abuso psicológico (World Health Organization 2002b, 2002d).

El abuso sexual y la violencia doméstica también han ido en aumento. En la Encuesta sobre la Salud de los Adolescentes en el Caribe (CAHS, por sus siglas en inglés), llevada a cabo en el año 2000 entre los jóvenes de nueve países del Caribe de habla inglesa, el 17% de los adolescentes varones y el 15% de las adolescentes mujeres señalaron haber sufrido abusos físicos. Casi uno de cada tres jóvenes encuestados expresó su preocupación por el nivel de violencia en su comunidad. La violencia se considera un método para la resolución de conflictos y una forma de expresión de la ira socialmente aceptada, y este pensamiento llega hasta tal punto, que estos jóvenes manifestaron crecer con el miedo de ser una víctima de la violencia o testigos de ella antes de alcanzar la adultez.

De la CAHS también se desprende que la posesión o el uso de armas son considerados un símbolo de hombría en varios países. El 17% de los varones admitió haber participado en una pelea con armas, el 20% dijo haber llevado un arma a la escuela en los últimos 30 días, el 31 % había portado un arma en ocasiones diferentes y fuera del horario de la escuela en los últimos 30 días, y el 22% confesó que, en un determinado momento de su vida, había sido integrante de una pandilla. Según los datos de la misma encuesta, el 139% de los jóvenes de entre 13 y 15 años reveló pensar algunas veces en lastimar o asesinar a una persona, mientras que el 5% dijo que piensa en eso todo el tiempo (Pan American Health Organization 2000a).

Los planificadores de programas confrontan el reto de analizar los diferentes factores determinantes de la violencia juvenil, incluidas las características individuales (temperamento e impulsividad difíciles), los factores familiares (estrés económico, crianza deficiente, abuso familiar, abuso de sustancias por parte de los padres) y los agentes sociales (el acceso a las armas, la violencia en los medios de comunicación, las oportunidades educacionales y laborales desiguales, la violencia

política), que contribuyen en esta epidemia (World Health Organization 2002b, Weist y Cooley-Quille 2001; Webber 1997; Ollendick 1996).

Asimismo, la violencia por razón de sexo desempeña un papel clave en el desarrollo de la violencia juvenil en América Latina y el Caribe, donde la cultura del machismo acepta la violencia como una forma para resolver los conflictos y como parte de la norma social. El desarrollo de la masculinidad está arraigado en este tipo de cultura, donde el camino habitual para ser un hombre pleno incluye ser agresivo tanto física como verbalmente, resolver los problemas peleando y ejercer el poder y el control sobre las mujeres (Aguirre y Güell 2002). La intervención y la prevención tempranas son elementos clave de estos programas; los programas orientados a los niños más pequeños y aquellos dirigidos a los preadolescentes y adolescentes deben estar coordinados para mantener así una perspectiva hacia el desarrollo de habilidades pacíficas ante las manifestaciones de ira y la resolución de conflictos a lo largo del ciclo de la vida, centrada en nuevos caminos alternativos que conduzcan al desarrollo de la masculinidad y el tratamiento de las desigualdades entre los sexos en diferentes entornos (familiar, escolar y comunitario en general).

Consumo de alcohol, tabaco y drogas

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas representa una amenaza particular para los jóvenes, por las consecuencias a corto y largo plazo que acarrea el abuso de sustancias. En los países del Caribe, el alcohol es la sustancia de mayor consumo entre los adolescentes. Según la CAHS, el 140% de las mujeres y el 54 % de los varones de entre 12 y 18 años beben alcohol. En Belice, donde el consumo se inicia a temprana edad y es visto como un rito de aprobación para los jóvenes varones, la cerveza, los licores y la marihuana, además de estar fácilmente al alcance de la mano, forman parte de la vida diaria de la mayoría de los adolescentes (Pan American Health Organization 2000a). Uno de cada diez jóvenes de entre 16 y 18 años declaró consumir cuatro o más bebidas alcohólicas al mismo tiempo.

Los preadolescentes no deben beber alcohol, dado que el proceso de desarrollo y crecimiento aún no ha finalizado; no obstante, el consumo de alcohol es frecuente en América Latina y el Caribe. Cuando las personas viven en condiciones de extrema pobreza, la edad de inicio es inferior y la probabilidad de consumo frecuente es superior. Forster y colaboradores hallaron que en Brasil, el 25% de los niños de entre 6 y 18 años que pasaban todo el día en las calles y dormían allí, consumían alcohol prácticamente todos los días (Forster, Tannhauser y Barros 1996). Pechansky y Barros publicaron los resultados de una encuesta realizada a 950 adolescentes de entre 10 y 18 años del área urbana de Porto Alegre, Brasil. Los resultados revelaron que la edad promedio de inicio en el consumo de sustancias era de 10,1 años para ambos sexos (World Health Organization 2001; Pechansky y Barros 1995). En otro estudio realizado en Brasil, aproximadamente el 50% de los jóvenes de entre 10 y 12 años admitieron haber consumido alcohol, en comparación con el 74 % de los jóvenes de entre 10 y 18 años. El 30% de los jóvenes de entre 10 y 18 años había bebido alcohol al punto de embriagarse, y el 19,3% dijo haber bebido bastante (seis o más veces en los últimos 30 días) (Galduróz, Noto y Carlini 1997). Los estudios realizados señalan un incremento en el consumo de alcohol en Brasil, Chile, Costa Rica y México, en especial entre las mujeres jóvenes (World Health Organization ~001; Carlini-Cotrim 1999; Medina-Mora 1999; Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [Chile], 1996; Urzúa 1993). Según datos de una encuesta en Costa Rica, el inicio en el consumo de sustancias a una edad temprana predeciría una mayor probabilidad de problemas relacionados con el alcohol más adelante en la vida (Bejarano, Carvajal y San Lee 1996). El consumo desmedido de alcohol en los adolescentes está relacionado con la percepción de que sus padres beben o bebían demasiado (Pechansky y Barros 1995).

Puesto que el consumo está ampliamente aceptado en la sociedad, fijar como objetivo la abstinencia de alcohol entre los adolescentes podría no ser una meta realista para los planificadores de pro-

gramas de promoción de la salud. Los daños del alcohol se miden por medio de dos factores: el consumo por persona (la cantidad de alcohol que bebe la población en general) y los patrones de consumo (Iernigan 2002). El consumo de alcohol por persona en los adultos se ha relacionado con la cirrosis hepática. Los patrones de consumo se vincularon, entre otros factores, con los accidentes automovilísticos, los suicidios y la violencia sexual y física. Por consiguiente, promover el retraso en la edad de inicio del consumo de alcohol, alentar la adopción de conductas de consumo razonable y responsable de alcohol entre los jóvenes y reducir el consumo por persona en los jóvenes, será un desafío para los planificadores de programas. Al mismo tiempo, debe considerarse la vulnerabilidad de este grupo a las imágenes subliminales de los medios de comunicación y su deseo de imitar los modelos de los adultos que alientan el consumo de alcohol como un rito o como una forma de afrontar los problemas.

El desafío también requiere hacer un delineamiento más claro de los límites del "consumo razonable y responsable de alcohol" que sea aceptado como una norma social. Debe contar con la aprobación de la comunidad en general, proteger a la población de los efectos perjudiciales del alcohol, establecer límites sociales y legales (por ej., edad mínima y legal para la adquisición y el consumo de alcohol, anuncios publicitarios en los medios de comunicación), y responsabilidades sobre la base de lo que se considera "irrazonable e irresponsable" entre la población adulta. Los adolescentes necesitan mensajes claros de sus padres y la comunidad para contrarrestar la presentación sofisticada que realizan los medios de comunicación del consumo de alcohol en un mundo globalizado y cada vez más individualista.

La juventud no solo está en la mira de la industria del alcohol sino también en la de la industria tabacalera. La exposición de los jóvenes en la mitad de la adolescencia (entre 14 y 17 años) a la publicidad sobre el tabaco en los países de América Latina y el Caribe es sumamente elevada, y alcanza el 90% en

Argentina, Bolivia, Costa Rica, México y Uruguay (The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group 2002). En Uruguay, el 13% de los estudiantes de entre 11 y 15 años admitieron haber probado su primer cigarrillo (Organización Panamericana de la Salud 2002c) y, entre 1999 y 2001, el 21,6% de los adolescentes recibieron el ofrecimiento de alguna compañía tabacalera para probar cigarrillos en forma gratuita (The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group 2002). En Argentina, el 35% de los adolescentes de entre 12 y 15 años dijeron haber consumido tabaco en los últimos 30 días (Organización Panamericana de la Salud 2002c). Argentina es el país con el porcentaje más alto del mundo de adolescentes no fumadores expuestos al humo del cigarrillo en áreas públicas (86,7%). Paradójicamente, el 70,4 % de los adolescentes en Argentina creen que se debería prohibir el consumo de cigarrillos en las áreas públicas. Este porcentaje se corresponde estrechamente con el número de adolescentes que son fumadores pasivos en ese país (The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group 2002).

La evidencia abrumadora de las consecuencias negativas del cigarrillo en la salud, y las causadas por la exposición directa e indirecta al humo del tabaco, exige que se hagan todos los esfuerzos posibles para alentar a los adolescentes a evitar su consumo. Fomentar cambios en las normas sociales de la comunidad requiere un enfoque integral y multifacético, con intervenciones de políticas y programas que tengan lugar en las escuelas y en otros lugares frecuentados por los adolescentes. Estas intervenciones deben estar respaldadas por campañas de servicio público y la defensa activa de los medios de comunicación, así como por medidas legislativas y fiscales. Lamentablemente, la modificación de las normas sociales se transforma en un asunto más complicado cuando existe un porcentaje significativo de adultos (padres, profesores, líderes comunitarios, oficiales del gobierno, legisladores, entre otros) que luchan ellos mismos contra la adicción a la nicotina. Cabe la posibilidad de que estos individuos se resistan, o al menos no respalden, las normas que prohíban el consumo de ciga-

rrillos en los lugares públicos, pese a los resultados de un reciente estudio de 106.071 adolescentes de entre 13 y 15 años en 24 países de América Latina y el Caribe en el que el 179,1 % expresó que el cigarrillo debería prohibirse en los lugares públicos (The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group 2002). El desafío de fortalecer a los adolescentes para que se alejen del consumo del tabaco, por lo tanto, incluye la promoción de su derecho a asegurar zonas libres de cigarrillos en los lugares donde viven, trabajan y juegan.

La utilización de drogas ilegales entre los jóvenes plantea una doble amenaza, no solo a través de las consecuencias de la adicción sobre la salud mental, sino también debido al riesgo en aumento de la infección por el VIH/sida. Se calcula que el 46% de los adolescentes y el 32% de las adolescentes positivas al VIH en Argentina contrajeron el virus mediante el uso de drogas intravenosas (Organización Panamericana de la Salud 2002c). En la mayoría de los países de las Américas, la marihuana es una droga de fácil acceso y en la literatura científica se la reconoce ampliamente como una droga inicial que conduce a la posterior utilización de la cocaína y otras sustancias más fuertes (Morral, McCaffrey y Paddock 2002; Wagner y Anthony 2002). El Observatorio Interamericano sobre Drogas condujo una serie de encuestas entre los estudiantes de escuelas secundarias y concluyó que más del 60% de ellos opinan que es sencillo, incluso muy sencillo, acceder a las drogas ilícitas. La cantidad de cannabis confiscado en América Latina y el Caribe se incrementó de 2.088.834 kg en 1996 a 3.545.643 kg en 2001. La cantidad de cocaína y heroína incautada en estos países también aumentó significativamente entre 1996 y 2001 (Observatorio Interamericano sobre Drogas 2002). A pesar de que la marihuana se ha convertido en la droga ilegal más utilizada por los adolescentes en diversos países, los inhalantes ocupan el segundo lugar como las drogas ilegales de mayor consumo en los últimos años. En Brasil, el índice de dependencia de la marihuana entre los adolescentes alcanzó el 6,9%; mientras que el porcentaje de dependencia de los inhalantes fue de 5,8% (Observatorio Brasileño de Información

sobre Drogas 2002, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes 2001, 1999).

Actividad física y nutrición

La obesidad, otra preocupación de la salud a nivel mundial, está también en auge entre los adolescentes de la Región de las Américas, con descubrimientos preliminares de prevalencia que oscilan entre el 18% y el 22% (Organización Panamericana de la Salud 2002d, Atalah et al. 2001; McArthur, Peña y Holbert 2001). El 50% de los adolescentes obesos llegan a la adultez aún padeciendo este problema y el mayor riesgo relativo se observa entre los adolescentes obesos con edades de entre 10 y 15 años (Dietz 1998). Aunque ya se ha promulgado ampliamente la relación entre las consecuencias de la obesidad y la salud, los resultados negativos de la obesidad en el futuro son un tema de interés inmediato para los adolescentes de América Latina. La mayoría de los adolescentes, sin importar el estado socioeconómico, están interesados en mantener un peso saludable y una imagen positiva de su cuerpo. Para ello, procuran conocer el contenido graso y calórico de las comidas y las bebidas, los métodos para bajar de peso y el gasto energético (McArthur, Peña y Holbert 2001). La anorexia nerviosa entre los jóvenes, particularmente entre las mujeres adolescentes, es un problema de salud cada vez más preocupante. Según investigaciones actuales, los trastornos alimenticios y la disconformidad corporal son problemas que se manifiestan entre los adolescentes de bajos recursos económicos y también de los altos estratos sociales, y entre los adolescentes afroamericanos e hispanos y los jóvenes asiáticos y caucásicos (Steinberg 1999).

La obesidad, los trastornos alimenticios y la importancia de una nutrición saludable, así como la actividad física diaria son cuestiones que no se tratan como es debido, o nada en absoluto, ya sea en el entorno escolar o familiar. A la vez, numerosos países de América Latina y el Caribe no cuentan con normativas que exijan el etiquetado alimenticio de las comidas elaboradas nacionalmente, lo que incrementaría la concienciación de los padres y los adolescentes y además les permi-

tiría hacer elecciones informadas en la compra, la preparación y el consumo de las comidas.

A medida que transcurren los años de la adolescencia, la actividad física entre las mujeres y los varones tiende a disminuir en forma constante; esto ocurre como consecuencia de un incremento en las demandas laborales y académicas, y un enfoque hacia otras áreas de interés. El aumento en el predominio del sobrepeso entre los niños y los adolescentes está relacionado con sus hábitos alimenticios y con los niveles de actividad física. La información obtenida del Youth Media Campaign Survey, realizado en 2002 por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades reveló que el 61,5% de los niños de entre 9 y 13 años no participaban en ninguna actividad física organizada fuera del horario escolar y que el 22,6% no practicaban ninguna actividad física en su tiempo libre (U.S. Department of Health and Human Services 2003a). La disminución de la práctica de deportes y del número de programas educativos relacionados con la actividad física en las escuelas es también una tendencia alarmante en todo el mundo. Las escuelas cuentan con oportunidades únicas para brindar actividad física adecuada a todos los jóvenes mediante programas obligatorios y oficiales de educación física, así como a través de programas de deportes escolares e iniciativas para realizar actividad física en los momentos libres fuera del horario escolar (World Health Organization 2004b). Statistics Canada, mediante su serie de informes *How Healthy are Canadians?* (¿Cuál es el estado de salud de los canadienses?), analizó los factores que ayudarían a que los preadolescentes con sobrepeso sean más activos. Esta serie concluyó que una carga horaria relativamente elevada de educación física podría tornar físicamente activos a los preadolescentes obesos o con sobrepeso y que los preadolescentes con sobrepeso u obesos que eran televidentes frecuentes tenían pocas probabilidades de adoptar y mantener un estilo de vida activo (Statistics Canada 2003).

Los desafíos para lograr la promoción exitosa de una nutrición saludable y el ejercicio físico adecuado radican, así como en otras áreas, en múlti-

ples aspectos, que consisten en cómo implementar hábitos alimenticios saludables y actividad física regular en las rutinas familiares y escolares; cómo alentar a los adolescentes para que adopten y mantengan hábitos alimenticios adecuados y hagan ejercicio en un mundo gobernado por el consumo frecuente de comidas rápidas, una gran cantidad de horas frente al televisor y actividades laborales y de aprendizaje sedentarias; y, finalmente, cómo respaldar a las comunidades para

que inviertan en entornos para los jóvenes que los alienten a realizar ejercicios y a elegir alimentos nutritivos y saludables, que incluye el establecimiento de normas para aumentar el valor nutricional y la disponibilidad de los alimentos para los adolescentes, exigir que los alimentos tengan en la etiqueta la información nutricional correspondiente y construir instalaciones deportivas dentro de la comunidad para la práctica de deportes y otros tipos de actividades físicas.

La brecha entre el conocimiento y las conductas en la promoción de la salud

Se puede decir, de acuerdo con la gran cantidad de evidencia que existe, que más allá de que las intervenciones puedan aumentar el conocimiento de los jóvenes y los adolescentes sobre los temas de la salud (Eggleston et al. 2000; Cunha et al. 1998), esto no es suficiente para lograr un cambio perdurable en las conductas (Merson, Dayton y O'Reilly 2000; Leyva et al. 1995). Dar información concreta sobre las conductas riesgosas para la salud y mejorar así el conocimiento puede ser necesario en pos de la modificación de la conducta, pero la literatura sugiere que la relación entre el conocimiento y la conducta es, en el mejor de los casos, solo moderada (Rimal 2000). Por consiguiente, la traducción de conocimiento acerca de asuntos de salud a comportamientos saludables, sigue siendo una tarea desafiante y difícil en promoción de la salud (Mandu, Correa y Vieira 2000; Merson, Dayton y O'Reilly 2000). Esto es especialmente cierto en el caso de los adolescentes, cuando las consecuencias inmediatas de una conducta poco saludable son, aun así, placenteras y cuando la amenaza para la salud que presenta la conducta se percibe como algo distante y lejano. Tal es el caso de fumar, comer en exceso, beber, utilizar drogas y practicar el sexo sin protección (Kelly 2000).

Según el *modelo de déficit de información*, utilizado en los primeros programas de prevención del tabaco de las décadas de 1960 y 1970, se pensaba que los adolescentes se abstendrían del consumo de cigarrillos si se les brindaba información adecuada que demostrase las graves consecuencias de este hábito en el cuerpo. Muchos programas, basados solo en esta premisa, de hecho aumentaron el conocimiento entre los niños y los adolescentes como se pretendía, aunque se descubrió que finalmente todos los programas fueron inefectivos en el largo plazo y fracasaron en su objetivo de evitar el hábito entre los jóvenes.

En la década de 1970, las limitaciones de este enfoque condujeron a que se realizaran esfuerzos para identificar un conjunto más complejo de factores personales posiblemente vinculados con el cigarrillo entre los jóvenes. Con el *modelo de educación afectiva*, los esfuerzos se orientaron a ayudar a los jóvenes a desarrollar recursos intrapersonales más sólidos (desarrollo de la autoestima) y una competencia social generalizada (toma de decisiones, comunicación y determinación). Sin embargo, las evaluaciones de estos programas demostraron que eran prácticamente tan ineficaces para reducir la población juvenil de fumadores

como los programas que estaban basados en el modelo de déficit de información. Como aspecto positivo, la estrategia de educación afectiva marcó el comienzo de tendencias prometedoras en el diseño de programas educativos para evitar el consumo de cigarrillos. Por primera vez, numerosos programas comenzaron a introducir la investigación sobre los factores que propician el inicio del hábito de fumar ya implementar modelos teóricos más eficaces para alcanzar el cambio de la conducta.

El concepto de "cambio de la conducta" no solo describe el paso de "conductas que comprometen la salud" hacia "conductas que promueven la salud", sino que también explica el *proceso del cambio* para adoptar y mantener las nuevas conductas. Por ejemplo, los adolescentes en la adolescencia inicial tienen menos probabilidades de tener relaciones sexuales pero, a medida que comienzan a explorar su sexualidad, es importante que adopten prácticas sexuales seguras una vez que deciden iniciar su actividad sexual. Otro ejemplo es el proceso de adoptar y mantener hábitos de consumo de alcohol razonable y responsable a medida que los jóvenes empiezan a participar con mayor frecuencia en eventos sociales con sus pares.

El fracaso de diversos tipos de programas para adolescentes, cuyo objetivo era reducir la conducta que compromete la salud y posibilitar la adopción de conductas que promuevan la salud, plantea dos interrogantes: "¿cuáles son los factores que inciden en las conductas de la salud durante la adolescencia?" Y "¿cómo se produce el cambio conductual en los adolescentes?".

Los factores que influyen en la probabilidad de adoptar conductas que comprometan la salud durante la adolescencia pueden ser bastante complejos y abarcan, aunque sin limitación, lo siguiente:

- *factores individuales*, tales como un temperamento impulsivo o de búsqueda de sensaciones, la influencia de las hormonas en la conducta agresiva o sexual, y altos niveles de ansiedad y dificultades para controlar el estado de ánimo;
- *patrones intersctivos*, como un tipo de personalidad con conducta oposicionista y desafiante, agresiva o extremadamente egocéntrica,
- *factores de relación interpersonal*, como el entorno y las experiencias emocionales negativas dentro de la familia, con los pares y con otras personas en la comunidad, y con las personas que los cuidan y que tienen escasas habilidades para la crianza;
- *influencias sociales* en el entorno inmediato, así como aquellas establecidas por la comunidad y la cultura (por ej., los mensajes de los medios de comunicación masivos, el mercadeo de la industria dirigido a los jóvenes, los modelos de los adultos perjudiciales, los problemas y las desigualdades económicas, y la violencia).

Luego de haber identificado estos factores, cabe aclarar que la presencia de uno u otro en forma aislada no determina la probabilidad de que los adolescentes adopten estilos de vida que comprometen la salud. Por el contrario, las conductas de riesgo son el resultado de diversos factores. Las teorías de cambio de conducta describen la manera en que estos factores y otros aspectos determinantes de las conductas (por ej., las creencias, los valores, la confianza en uno mismo), se pueden modificar, reforzar o introducir con el objeto de lograr el cambio de conducta deseado.

En la última década, en busca de la respuesta a la segunda pregunta, "¿cómo se produce el cambio conductual en los adolescentes?", los expertos en la planificación de programas para promover hábitos alimenticios saludables, la práctica de la actividad física, la prohibición del consumo de cigarrillos, el retraso en el inicio de las relaciones sexuales y la adopción de prácticas sexuales más seguras, entre otros, han centrado su atención en la introducción de conceptos sobre el cambio de conducta y las teorías de promoción de la salud en sus intervenciones. Entre algunos ejemplos de este enfoque están la implementación de diversos programas escolares y comunitarios, así como algunas intervenciones de la comunicación social para el cambio de conducta. Los estudios longitudinales respaldan cada vez más un enfoque amplio, coordi-

nado e integrado, que incorpora simultáneamente intervenciones en diferentes ámbitos (interpersonal, comunitario y de políticas, entre otros) en lugar de concentrar los esfuerzos solo en el cambio de la conducta individual. En el informe sobre la reducción del consumo de tabaco (U.S. Department of Health and Human Services 2000) y en el informe final de la International Consultation on Tobacco and Youth, *What in the World Works?* (World Health Organization 1999), se evaluaron el valor y la eficacia de los principales métodos que se han implementado para reducir el consumo de tabaco. Según el informe de la OMS, "ninguna medida aislada, sea una política o un programa, será

efectiva. Más bien, se requiere una combinación de iniciativas, con intervenciones acordes a las circunstancias de cada país" (World Health Organization 1999). Estas conclusiones están avaladas por el Dr. David Satcher, entonces Director General de Sanidad de los Estados Unidos, en el informe sobre la reducción del consumo de tabaco en los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services 2000), en el que expresó de manera inequívoca: "La falta de resultados efectivos en el avance sobre el control del tabaco se debe más al fracaso en la implementación de estrategias comprobadas que a la falta de conocimiento sobre lo que hay que hacer".

La importancia de las teorías de la conducta en la implementación de programas efectivos de salud para los adolescentes

En el libro *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, los autores expresan lo siguiente:

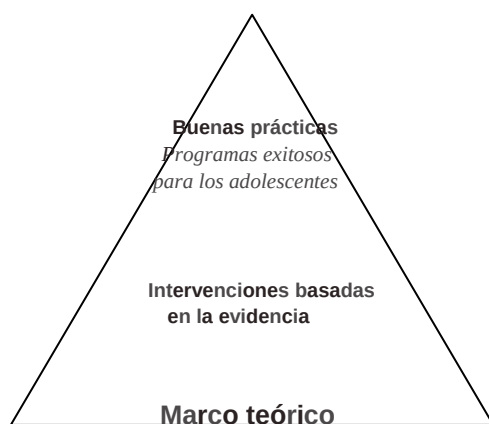
"Los programas que influyen en la conducta en salud, incluidos los relacionados con la promoción de la salud y la educación, así como las intervenciones, tienen mayores probabilidades de beneficiar a sus participantes y a las comunidades cuando el programa o la intervención se *basa en una teoría* de la conducta en salud. Las teorías de la conducta en salud identifican los objetivos del cambio y los métodos para conseguir los cambios. Además, fundamentan la evaluación de los cambios, al ayudar a identificar los resultados que serán medidos, así como el momento y los métodos de estudio que se utilizarán" (Glanz, Rimer y Lewis 2002).

Varios autores han escrito sobre la importancia de las teorías en la implementación de programas efectivos para los adolescentes (Kirby 2001; [emmot y [emrnot 2000). Luego de revisar más de 250 programas eficaces de educación sexual dirigidos a los jóvenes, Kirby halló 10 características comunes. Una de ellas era que los programas "estaban basados en teorías que habían demostrado tener influencia en las conductas de salud, y que habían identificado antecedentes sexuales importantes a ser objeto de cambio".

Durante la última década, la atención se ha centrado en el hecho de que en la práctica de la salud pública se adoptan y se aplican con frecuencia intervenciones, cuya efectividad no ha sido probada. Por lo tanto, todos los países y las comunidades, aunque especialmente los de escasos recursos económicos, pagan un costo de oportunidad demasiado elevado si mediante las intervenciones escogidas no se obtienen los máximos beneficios de salud, teniendo en cuenta la inversión realizada. En este aspecto, es fundamental que los responsables de la toma de decisiones analicen atentamente cuáles son las mejores intervenciones que los estudios de investigación han identificado, y las tomen como punto de partida para el diseño de programas apropiados a nivel local.

En el entorno actual donde se exige la "responsabilidad social" y la necesidad de demostrar algún impacto, los programas de promoción de la salud y prevención deben producir resultados tangibles, ya que los gobiernos y los donantes privados están interesados en financiar programas cuyos resultados sean cuantifi-

Figura 3- 1. **El marco teórico como la base fundamental para el éxito de los programas de salud dirigidos a los adolescentes**



cables. Esto implica que los profesionales encargados de la promoción y la prevención deben demostrar que los programas propuestos alcanzarán los resultados previstos. Al usar principios con aval científico, los profesionales podrán responder ante las demandas de rendición de cuentas y, a la vez, asegurar que los participantes de los programas recibirán los servicios más eficaces (U.S. Department of Health and Human Services 2001c).

Los esfuerzos que se realizan para identificar programas que cumplan con un conjunto de criterios para definir lo que está basado en la ciencia o en la evidencia, son cada vez mayores. En general, los programas *basados en la evidencia* son revisados por un panel de expertos que establece si el programa reúne un conjunto de normas de investigación empírica predeterminadas; por ejemplo, si está basado en la teoría, si la metodología de investigación es válida, y si puede demostrar que los resultados se vinculan claramente con la intervención en sí misma y no con otros factores externos (Education Development Center 2001).

El esfuerzo de identificar las "mejores prácticas" para los programas de promoción de la salud y prevención dirigidos a los adolescentes es el resultado de una nueva era de la "medicina basada en la evidencia", en oposición a los programas anteriores diseñados de acuerdo con la tradición, la intuición o principios generales. La utilización de un marco teórico eficaz y sólido permite a los planificadores de programas evaluar las intervenciones y obtener los datos que prueben su eficacia.

Las teorías son útiles en las etapas de planificación, implementación y evaluación de una intervención. Aportan las herramientas necesarias para identificar *qué* es lo que deben saber los planificadores de programas antes de crear e implementar un programa de intervención. Además, ofrecen una idea acerca de *cómo* seleccionar las estrategias adecuadas para cada programa, de manera de poder llegar a los adolescentes y lograr algún impacto en ellos dentro de su entorno. Por otra parte, las teorías ayudan a identificar *cuáles* son los aspectos que se deben vigilar, medir o comparar en la evaluación de un programa (Glanz, Rimer y Lewis,

2002; Glanz y Rimer 1995). El marco teórico es la base fundamental sobre la que se construyen las intervenciones basadas en la evidencia, con el propósito de lograr programas exitosos o las "mejores prácticas" para los adolescentes.

No obstante, cabe destacar que no todos los marcos teóricos son igualmente beneficiosos para el diseño, la implementación y el logro de intervenciones eficaces para los jóvenes. Con este libro se intenta guiar a los planificadores de programas en la selección de aquellas teorías de cambio de conducta y de promoción de la salud que brindan conceptos y constructos útiles y prácticos, y que hayan tenido resultados satisfactorios al haber sido aplicadas en las intervenciones con los adolescentes.

Por ejemplo, Kok, Schaalma, De Vries, Parcel y Paulussen disponen de una vasta experiencia en el estudio de los programas de prevención del sida y el tabaco para los adolescentes. Estos autores enfatizan la importancia de utilizar la "psicología social aplicada y basada en el problema" frente a la "psicología social aplicada y basada en la teoría" cuando se selecciona un marco teórico. En otras palabras, Kok y colaboradores insisten en la necesidad de escoger un marco teórico, y no una teoría única, que incluya un conjunto de teorías en pos de un mejor entendimiento del problema específico por tratar y la mejor manera para resolverlo. Advierten en contra del uso de la psicología social aplicada y basada en la teoría, cuyo objetivo final es evaluar la teoría en sí misma y, por ende, considera los problemas prácticos desde una perspectiva únicamente teórica, en lugar de

permitirse la flexibilidad de elegir entre una variedad de conceptos teóricos que den una mejor solución al problema. Esta dicotomía recuerda las palabras de advertencia de Einstein relacionadas con la perfección de los medios y la confusión de los objetivos. Es importante no perder de vista el objetivo final: permitir la adopción y el sostenimiento de las conductas saludables mediante la creación de programas eficaces de promoción de la salud y prevención para los adolescentes, en los que las teorías son una guía en el camino hacia el cambio conductual.

La psicología basada en el problema requiere un análisis exhaustivo del problema práctico en cuestión e implica la consideración de múltiples perspectivas teóricas para hallar las respuestas al problema. Antes de seleccionar los posibles marcos teóricos, los planificadores de programas deben responder los siguientes interrogantes: ¿Cuál es el problema?; ¿por qué es un problema?; ¿de quién es el problema?; ¿cuáles son las posibles causas? Si la atención se centra en una sola teoría, o en un modelo restrictivo de unas pocas teorías, esto puede crear hipótesis que podrían no contribuir a una disminución o solución de un problema práctico (Kok et al. 1996). La selección de un marco determinado no debería estar guiada únicamente por la familiaridad con el mismo, o porque, por casualidad, está de moda en ese momento (Glanz, Rimer y Lewis 2002). Por el contrario, la selección de un marco determinado debe estar orientada hacia la capacidad demostrada para responder adecuadamente al problema y lograr el objetivo fijado (Sussmany Sussman 2001).

El modelo de creencias de salud

El modelo de creencias de salud fue uno de los primeros modelos que adaptó la teoría de las ciencias conductuales a los problemas de salud, y aún hoy continúa siendo uno de los marcos conceptuales más ampliamente reconocidos del comportamiento relacionado con la salud. Los psicólogos Hochbaum, Kegels, Levanthal y Rosenstock del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos introdujeron este modelo en los años cincuenta (Hochbaum 1958). El modelo prevé que las personas podrían tomar medidas para prevenir, detectar o controlar la enfermedad si:

- se consideran susceptibles a una enfermedad (*susceptibilidad percibida*);
- creen que la enfermedad puede tener consecuencias potencialmente graves (*gravedad percibida*);
- creen que la línea de conducta que se les recomienda podría ser beneficiosa para reducir la susceptibilidad a la enfermedad o la gravedad de la misma (*beneficios percibidos*);
- creen que los obstáculos previstos para la toma de alguna decisión para el cambio de comportamiento (o el costo de esa decisión) son superados por los beneficios (*obstáculos percibidos*).

Otro concepto, el de *ejemplos para la acción*, podría motivar la "disposición a actuar" en el modelo. Estos ejemplos podrían ser manifestaciones corporales (síntomas) o sucesos del entorno (el uso de recordatorios, consejos prácticos, publicidad en los medios de comunicación y actividades de promoción de una mayor conciencia) que estimulen la acción. En 1988, Rosenstock y colaboradores agregaron al modelo el concepto de la *autoeficacia*. La autoeficacia se define como "la convicción de que uno puede desempeñar con éxito una acción para obtener resultados" (Bandura 1977). Este concepto se agregó debido a los desafíos surgidos en la modificación a largo plazo de los estilos de vida y los patrones de conducta. Los problemas implicados en la modificación de algunos hábitos, tales como comer, beber, hacer ejercicio y fumar, y de las prácticas sexuales exigen mucha confianza en sí mismo para poder alterar el estilo de vida antes de lograr un cambio satisfactorio.

En resumen, para que el cambio conductual tenga éxito en el modelo de creencias de salud, las personas deben sentirse amenazadas por los patrones de conducta que presentan y creer que un cambio de cualquier

índole será beneficioso, ya que tendrá un resultado valioso a un costo aceptable. Además, deben creer que tienen la capacidad de superar todos los obstáculos percibidos a la hora de tomar alguna medida.

Investigación y comprobación de las aplicaciones prácticas del modelo de creencias de salud al estilo de vida de los adolescentes

El modelo de creencias de salud puede ser muy útil en los adultos, pero debe utilizarse con precaución en los adolescentes. Ya que se asume que la persona debe sentirse amenazada por el comportamiento que presenta, el modelo debería utilizarse en ciertos patrones de conducta de los adolescentes que impliquen preocupación (por ejemplo, la imagen corporal y el consumo de grasa en las jóvenes), pero no necesariamente en el caso de todos los patrones de conducta arriesgada, en particular si la persona no se siente amenazada. Según estudios realizados, los niños de 8 a 10 años han mostrado mayores grados de intensidad del temor que otros niños y adolescentes de 10 a 16 años, aunque el último grupo tiende a declarar más temor a las enfermedades, los trastornos de salud y la escuela (Gullone 2000).

Se ha comprobado que la búsqueda de sensaciones, que representa la tendencia optimista de aproximarse a nuevos estímulos y explorar el entorno, acompañada de patrones de conducta de mayor riesgo, aumenta entre los 9 y los 14 años de edad y empieza a decaer en la etapa de la adolescencia tardía (Zuckerman 1994). Durante la ado-

lescencia, el aumento de los patrones de conducta arriesgada puede ir acompañado de una mayor percepción de la prevalencia de esos patrones en los entornos cercanos, junto con una disminución de la percepción de vulnerabilidad y de la influencia que tiene en el comportamiento la preocupación por la salud y la seguridad. Aunque los adolescentes pueden muy bien darse cuenta de las situaciones de riesgo relacionadas con el comportamiento, también son capaces de modificar la forma de pensar acerca de esos riesgos, de modo tal que pueden seguir exponiéndose a situaciones arriesgadas (Gerrard et al. 1996). Para los adolescentes, la exposición a riesgos puede representar más beneficios que daños, debido a la inmadurez, la necesidad de novedades, estima y confianza, y la relativa falta de experiencias en la vida.

Sturges y Rogers (1996) aplicaron algunas teorías de la psicología de la salud, entre ellas el modelo de creencias de salud, a preadolescentes de 10 años ($n = 112$) que no habían alcanzado la etapa de pensamiento operatorio formal, a adolescentes de 15 años ($n = 67$) y a adultos jóvenes de 20 años ($n = 93$). Estos investigadores descubrieron que entre los adolescentes y los adultos jóvenes, el atractivo de la amenaza existía solo si ellos creían que podían hacerle frente al peligro en la debida forma. En cambio, si creían que no podían hacerle frente, un alto grado de amenaza reducía, por ejemplo, las intenciones de abstenerse del consumo de tabaco. Aunque los preadolescentes entendieron la gravedad de la amenaza y la vulnerabilidad personal, con la fragilidad y la ductilidad de la creencia que

Recuadro 8-1. El modelo de creencias de salud: conceptos teóricos clave en la adopción de patrones de comportamiento saludables

- **Susceptibilidad percibida:** Las personas consideran que están expuestas a riesgo.
- **Gravedad percibida:** Las personas consideran el riesgo de sufrir consecuencias graves.
- **Beneficios percibidos:** Las personas consideran que será beneficioso tomar medidas.
- **Obstáculos percibidos:** Las personas consideran que los costos son menores que los beneficios.
- **Ejemplos para la acción:** Recordatorios (como síntomas, publicidad en los medios de comunicación), que fomentan la adopción de un comportamiento de promoción de la salud.
- **Autoeficacia:** La convicción de que uno puede desempeñar con éxito una acción de promoción de la salud para obtener resultados.

tienen los preadolescentes de la autoeficacia se demostró la importancia de sumar una perspectiva del desarrollo a las teorías de la psicología de la salud preventiva.

Un uso futuro prometedor del modelo de creencias de salud relacionado con los adolescentes y el tabaco tendrá que ver con la actitud de ellos frente al humo ambiental del tabaco, como se observa en un estudio reciente (Glantz y Jamieson 2000). Por medio de dicho estudio se descubrió que el único factor pronóstico estadísticamente significativo de la intención de abandonar el hábito de fumar o del abandono real del mismo entre los adolescentes era creer que el humo ambiental del tabaco perjudicaba a los no fumadores, lo que multiplicó las oportunidades de demostrar la intención de abandonar dicho hábito o su abandono real. El mismo estudio indicó que los adolescentes no fumadores conscientes del peligro del humo ambiental del tabaco superaban en proporción del doble a los fumadores. Esto muestra que educar a los jóvenes sobre los peligros del humo ambiental del tabaco y, al mismo tiempo, permitir que los no fumadores se expresen deberían ser elementos sólidos de cualquier programa de control del tabaquismo. Estas comprobaciones guardan relación con los resultados de dos estudios econométricos. El primero reveló que la existencia de una ley a favor del aire puro en los ambientes cerrados guardaba relación con un menor número de adolescentes fumadores (Wasserman et al. 1991). La segunda comprobación indicó que el humo ambiental del tabaco es un mensaje sumamente eficaz para llegar a los jóvenes por medio de estudios de grupos focales referentes a propaganda antitabaco para adolescentes (Goldman y Glantz 1998).

Estas comprobaciones también podrían explicarse si se comprende el desarrollo de los adolescentes. Aunque los adolescentes quizá no se sientan personalmente amenazados por su comportamiento de fumadores hoy en día o en el futuro, debido a su sentido de invulnerabilidad y a su necesidad de explorar situaciones arriesgadas, de todas maneras podrían sentirse amenazados,

preocupados o responsables de la posibilidad de causar daño a otros, en particular a los que se perciben como más vulnerables de lo que en realidad son. Durante la adolescencia, la lucha contra las situaciones de injusticia y el miedo de contribuir a ellas podrían ser motivaciones eficaces para el cambio.

Otro uso futuro prometedor del modelo de creencias de salud con los adolescentes podría ser recurrir a las consecuencias a corto plazo, como algo a lo que los adolescentes le temerían, en lugar de recurrir a las consecuencias a largo plazo. Esto podría ser de provecho para disuadir a los adolescentes de conducir bajo los efectos del alcohol. Aunque, en su mayoría, los adolescentes saben que es un comportamiento muy peligroso, muchos de ellos aún así deciden hacerlo. Llegar a la edad legal para obtener la licencia de conducir es un sueño universal de los adolescentes. Un estudio hecho recientemente en los Estados Unidos, en el que se utilizó el modelo de creencias de salud (Gotthoffer 1999), reveló que la consecuencia más temida por los jóvenes es la acusación de conducir bajo los efectos del alcohol; aún así, en la actualidad, los anuncios de los servicios públicos que se oponen a la acción de beber y conducir raras veces describen esto como una posible consecuencia negativa. Este estudio brinda información para llegar eficazmente a los jóvenes con campañas mediáticas orientadas hacia la reducción del consumo de alcohol antes de conducir, utilizando como instrumento el temor de recibir una sanción por conducir bajo los efectos del alcohol y las consecuencias negativas inherentes.

El uso del modelo para promover la actividad física regular entre los jóvenes ha tenido menos éxito. Los mensajes centrados en los beneficios de evitar enfermedades crónicas en el futuro no son mecanismos eficaces de motivación juvenil. La creencia en los beneficios de la actividad física tampoco guarda relación con el grado actual de actividad de los adolescentes (Strauss et al. 2001). No obstante, en otro estudio realizado, los obstáculos y beneficios *inmediatos* percibidos, otros dos conceptos clave en el modelo de creencias de salud, han

mostrado tener cierta influencia en la actividad física de los adolescentes (Sallis et al. 1992). Particularmente, *los obstáculos percibidos* pueden ser un concepto teórico muy útil para aplicación cuando se planifican intervenciones de promoción de la salud. El diseño de la intervención puede incluir la participación de los jóvenes cuando se les ayuda a identificar los obstáculos que, a su manera de ver, perjudican la adopción de un nuevo patrón de comportamiento. La intervención puede incluir un cambio en esos obstáculos identificados; los patrones de conducta pueden medirse con obstáculos o sin ellos. En un estudio reciente de mujeres hispanas y afroestadounidenses en la etapa de la adolescencia media, los obstáculos percibidos para realizar actividad física incluyeron experiencias negativas en las clases de educación física, preocupación por su apariencia después de la actividad y falta de oportunidades y de accesibilidad (Taylor et al. 1999).

La aplicación del modelo de creencias de salud en el momento de promover prácticas sexuales más seguras y de reducir el riesgo de contraer el VIH también ha sido un desafío. El mayor riesgo percibido de contraer el VIH y la menor preocupación por la infección que causa han guardado relación con patrones de conducta de alto riesgo de los adolescentes fugitivos y sin hogar. Sin embargo, entre los estudiantes adolescentes asiático-estadounidenses (Yep 1993) se ha comprobado que la creencia de que los obstáculos anticipados para tomar medidas son superados por sus beneficios y el reconocimiento de la gravedad de la enfermedad —más que el miedo de contraer el virus— son factores pronósticos importantes para la adopción de patrones de conducta de prevención del VIH. En otro estudio, la preferencia de la pareja sexual por el uso de preservativos fue un notable factor pronóstico del uso constante de preservativos (Larraque et al. 1997). El elemento de autoeficacia de este modelo parece tener una función crucial en la confianza de los adolescentes en lo que respecta a su capacidad para discutir con una pareja el uso de preservativos e insistir en ello (Mahoney, Thombs y Ford 1995).

El modelo de creencias de salud también se ha utilizado para explicar la participación de los padres en las actividades de educación sexual destinadas a adolescentes que pueden realizarse en el hogar. La autoeficacia y los obstáculos percibidos fueron los factores más significativos en la diferenciación entre los padres que participan en estas actividades y quienes no lo hacen. En comparación con los padres con una activa participación, los no participantes: 1) estaban menos seguros de que sus hijos (estudiantes de noveno año) quisieran participar en actividades con ellos; 2) estaban menos seguros del deseo que tenían sus hijos de hablar con ellos sobre temas relacionados con el sexo; y 3) estaban menos seguros de que su propio conocimiento sobre temas relacionados con el sida estuviera actualizado. Los padres que participaron en estas actividades dijeron haberse sentido más cómodos al hablar con los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y que sus hijos hablaban más abiertamente con ellos sobre el sida y las ITS después de participar en las actividades. Por el contrario, los padres no participantes señalaron que no había habido ningún cambio acerca de la comunicación con sus hijos sobre la sexualidad (Brock y Beazley 1995).

Las autoras de este libro hallaron solo un artículo que analiza el modelo de creencias de salud desde una perspectiva del desarrollo (Petosa y Jackson 1991). La finalidad de este estudio era usar los conceptos modelo para pronosticar las intenciones que tenían los adolescentes de distintas edades (estudiantes de séptimo, noveno y undécimo grados) de tener prácticas sexuales más seguras. Se construyó un modelo predictivo, a partir de las variables del modelo de creencias de salud. Entre los estudiantes más jóvenes, el modelo permitió pronosticar mejor las intenciones de tener prácticas sexuales más seguras. Los resultados fueron los siguientes: 43% de variación entre los alumnos de séptimo grado, solo 27% de variación entre los alumnos de noveno grado y 17% de variación entre los alumnos de undécimo grado. Los resultados de este estudio indican que las variables del modelo de creencias de salud pueden ser útiles para guiar

el diseño de programas educativos que promuevan las intenciones de prácticas sexuales más seguras entre los estudiantes más jóvenes, pero su eficacia disminuye a medida que crecen.

Aunque el modelo se ha utilizado mucho entre la población en general, su uso específico en la población adolescente aún no se ha analizado. Las investigaciones realizadas para esta publicación incluyeron una extensa búsqueda en MEDLINE, que arrojó todos los artículos publicados en los que se describía el modelo de creencias de salud para tratar los diferentes patrones de conducta y estilos de vida de los adolescentes. Esta revisión indicó que la mayor parte de las investigaciones que usaban el modelo estaban relacionadas con el campo de la salud sexual, como intento de reducir

el embarazo, el VIH/sida y las ITS entre los adolescentes, y de aumentar el uso de prácticas sexuales más seguras. Lamentablemente, la mayoría de los artículos examinados en los que se empleaban las variables del modelo de promoción de prácticas sexuales más seguras apuntaban principalmente a los adolescentes de la etapa media y tardía y a los jóvenes. No es sorprendente que se sigan encontrando numerosos programas educativos sobre prácticas sexuales más seguras, basados en las variables del modelo de creencias de salud y destinados a estos grupos, en lugar de orientarse a los de menor edad.

En el cuadro 8-1 se presenta el número de estudios dedicados a los campos de preocupación relacionados con los estilos de vida de los adolescentes.

Cuadro 8-1. **Patrones de conducta de los adolescentes más comúnmente investigados mediante el modelo de creencias de salud**

PATRONES DE CONDUCTA DE LOS ADOLESCENTES	NÚMERO DE ARTÍCULOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS POR PALABRAS CLAVE	
Salud sexual y reproductiva	37	Uso de preservativos	21
		Embarazo de adolescentes	12
		VIH/sida	17
		ITS	7
Consumo de tabaco, alcohol y drogas	18	Tabaco	11
		Alcohol	10
		Drogas	7
Actividad física y nutrición	9	Obesidad	5
		Actividad física	4
		Nutrición	2
Violencia	2		
TOTAL	66		

Recuadro 8-2. **Resumen del modelo de creencias en salud y el estilo de vida de los adolescentes**

- El modelo ha demostrado su utilidad para guiar el diseño de programas educativos que promuevan las intenciones de los estudiantes más jóvenes de tener prácticas sexuales más seguras, pero su eficacia disminuye a medida que crecen.
- El atractivo de la amenaza solo funciona si los adolescentes creen que pueden enfrentar el peligro eficazmente.
- Creer que el humo ambiental del tabaco perjudica a los no fumadores es un factor pronóstico importante entre los adolescentes para que se abstengan de fumar y planeen abandonar o abandonen el hábito de fumar.
- La consideración de las consecuencias a corto plazo, frente a largo plazo, que tiene la reducción del consumo de alcohol antes de conducir es una medida más eficaz, particularmente si se trata de la suspensión de la licencia de conducir del adolescente.
- Los mensajes centrados en los beneficios de evitar enfermedades crónicas en el futuro no son mecanismos eficaces de motivación juvenil para adoptar y mantener la actividad física.
- Los beneficios inmediatos percibidos y los obstáculos ayudan a promover la actividad física entre los adolescentes.
- La gravedad percibida de la infección por el VIH permite pronosticar la adopción de prácticas sexuales más seguras entre los adolescentes mucho mejor que el miedo de contraer la enfermedad.
- La autoeficacia tiene una función crucial en la confianza demostrada por los adolescentes en su capacidad de discutir con su pareja el uso de preservativos y de insistir en ello.
- La autoeficacia percibida y los obstáculos percibidos son factores importantes en la diferenciación entre los padres que participan en las actividades de educación sexual realizadas en el hogar y quienes no participan.

El modelo transteórico y las etapas de cambio

El modelo transteórico surgió de un análisis comparativo de las principales teorías de psicoterapia y cambio del comportamiento. En el análisis comparativo se identificaron 10 procesos de cambio entre estas teorías, como la concienciación, de la tradición freudiana; el control de las contingencias, de la tradición skinneriana; y las relaciones de ayuda, de la tradición rogeriana. El modelo transteórico utiliza las etapas de cambio para integrar procesos y principios de cambio de las diferentes teorías de intervención más importantes; de ahí el nombre de *transteórico* (DiClemente y Prochaska 1982, Prochaska 1979).

Según este modelo, el cambio conductual es un *proceso* y no un suceso, que abarca seis *etapas* diferentes:

- **Precontemplación:** etapa en la cual las personas no tienen la intención de tomar medidas con el fin de cambiar su comportamiento en el futuro cercano, normalmente considerado como los próximos seis meses. Según DiClemente y Prochaska, las personas pueden estar en esta etapa porque la información que tienen sobre las consecuencias de ese comportamiento es poca o nula, o porque antes han tratado de cambiar varias veces y están desmoralizadas con respecto a su imposibilidad de hacerlo.

Las autoras de este libro creen que puede haber otras razones por las cuales los adolescentes no salen de esa etapa de precontemplación. En el caso de los jóvenes, es particularmente importante averiguar cuáles son las razones emocionales subyacentes que les impiden actuar para avanzar hacia la siguiente etapa de cambio. Por ejemplo, podrían tener miedo de adoptar un nuevo comportamiento (como la actividad física) porque al cambiar una actividad ordinaria o hábito ya establecido se expondrían a una nueva realidad (como la competencia y un posible fracaso). La renuencia a cambiar un comportamiento que compromete la salud (por ejemplo, el consumo de comida rápida o el uso de drogas) también podría ser consecuencia de la falta de motivación debida a la pérdida potencial de placer si abandonan una actividad cotidiana ordinaria que esperan con interés y disfrutan particularmente (comer hamburguesas o fumar marihuana). Como consecuencia de estas dos últimas razones, es posible que los adolescentes no reconozcan que tienen un problema o incluso que lo nieguen inconscientemente.

- **Contemplación:** etapa en la cual las personas tienen la intención de cambiar en los próximos seis meses. Ya se han dado cuenta de las ventajas de cambiar de comportamiento, pero también han identificado con claridad las desventajas. Este equilibrio entre el costo y los beneficios de cambiar puede producir una profunda ambivalencia que mantiene a las personas "atascadas" en una etapa por períodos prolongados.

Es posible que los adolescentes persistan en esta etapa de contemplación porque un examen consciente de las ventajas y desventajas no les brinda la motivación suficiente para iniciar una acción; pueden verse abrumados por una conciencia emocional acompañada de intensos sentimientos de ansiedad, temor o inseguridad con respecto a cómo dar el próximo paso. También podrían sentir que su autoeficacia no alcanza para preparar un plan de acción. Esta es una aptitud de desarrollo que muchos adolescentes no adquieren con facilidad, en particular los más jóvenes que, por lo tanto, pueden necesitar apoyo externo.

- **Preparación:** etapa en la cual las personas tienen la intención de tomar medidas en el futuro inmediato, considerado, en general, como el mes siguiente. Normalmente, ya han dado algunos pasos importantes durante el año anterior. Estas personas tienen un plan de acción.
- **Acción:** etapa en la cual las personas han introducido modificaciones específicas y manifestaciones en su estilo de vida en los seis meses anteriores.

- **Mantenimiento:** etapa en la cual las personas tratan de evitar las recaídas; están menos tentadas a recaer y tienen cada vez más confianza en que pueden asumir nuevos cambios. Se calcula que esta etapa dura entre seis meses y alrededor de cinco años.

- **Culminación:** es una sexta etapa que se aplica a algunos patrones de conducta, en particular a los relacionados con las adicciones. En esta etapa las personas no tienen tentaciones y gozan de una autoeficacia completa.

En varios estudios se ha demostrado que las personas pasan por estas mismas etapas cuando utilizan métodos de autoayuda o automanejo, o cuando buscan ayuda profesional o asisten a programas organizados. Es importante destacar que no es un modelo lineal, sino más bien circular o en espiral (Prochaska, DiClemente y Norcross 1992). En otras palabras, no se espera que las personas pasen por las diferentes etapas y obtengan "el diploma", sino que avancen de una etapa a otra, a diferente velocidad, y a menudo retrocedan y avancen de nuevo varias veces antes de alcanzar el objetivo, que es la etapa de mantenimiento. Según esta teoría, es fundamental diseñar las intervenciones en armonía con la preparación o la etapa de cambio de la persona. En el caso de quienes aún no piensan en ser más activos, será más acertado alentarlos a que avancen paso a paso a lo largo de todo el proceso de cambio, que alentarlos a entrar directamente en acción. Esto es particularmente válido en el caso de los preadolescentes y jóvenes en la etapa de la adolescencia inicial, que todavía necesitan una orientación importante para se-

Recuadro 9-1. **Etapas clave del cambio de conducta**

- **Precontemplación:** no hay intenciones de tomar medidas durante los próximos seis meses.
- **Contemplación:** hay intenciones de cambiar en los próximos seis meses.
- **Preparación:** hay intenciones de tomar medidas en el próximo mes.
- **Acción:** se ha adoptado un nuevo comportamiento en los seis meses anteriores.
- **Mantenimiento:** se sigue adoptando el nuevo comportamiento y se previene la recaída (de seis meses a cinco años).

cuenciar y planificar nuevas experiencias (por ejemplo, comer más frutas y verduras o participar en nuevos deportes).

Este modelo afirma que las personas utilizan diferentes *procesos de cambio* a medida que pasan de una etapa de cambio a otra. Por lo tanto, un autocambio eficiente depende de que se haga lo correcto (*procesos*) en el momento oportuno (*etapas*). Los procesos de cambio ofrecen guías importantes para programas de intervenciones, dado que son como variables independientes que las personas necesitan aplicar para pasar de una etapa a otra. A continuación se presenta la lista de procesos que, hasta la fecha, han recibido el apoyo más empírico:

■ De la etapa de precontemplación a la de contemplación:

- *Concienciación*: entraña una mayor toma de conciencia sobre las causas que se relacionan con un comportamiento problemático en particular, sus consecuencias y su cura. Entre las intervenciones que pueden aumentar la toma de conciencia cabe citar los comentarios, las confrontaciones, las interpretaciones de patrones de conducta simbólica o somática y las campañas en los medios de comunicación.

Al pasar de la etapa de precontemplación a la de contemplación, es importante traer a un nivel consciente no solo el comportamiento actual y sus consecuencias, sino también las emociones que podrían causar el comportamiento demostrado o la falta de acción en pos de un comportamiento más saludable.

- *Alivio dramático*: es experimentar las emociones negativas (miedo, ansiedad, preocupación) que acompañan a los riesgos conductuales no saludables y sus consecuencias. El psicodrama, la dramatización, la lamentación, los testimonios personales y las campañas en los medios de comunicación son ejemplos de técnicas que facilitan el reconocimiento de la existencia de las emociones y una mayor toma

Recuadro 9-2. Procesos de cambio: de la precontemplación a la contemplación

- Concienciación
- Alivio dramático
- Reevaluación del entorno

de conciencia sobre la razón por la cual son desagradables o dolorosas.

Para que las emociones intensas puedan manejarse, el uso de estrategias de alivio dramático para poner de manifiesto estos tipos de emociones negativas en los adolescentes necesita ir acompañado de modelos de aptitudes saludables para enfrentar problemas. Los jóvenes, sobre todo las mujeres en la etapa de la adolescencia inicial, son particularmente vulnerables al estrés y muchos de ellos aún no han desarrollado del todo los mecanismos saludables de resolución de problemas. La exposición a estrategias de alivio dramático sin la capacidad para enfrentar emociones fuertes solo aumentaría la ansiedad y la negación del comportamiento. Dicho esto, una de las técnicas más eficaces de alivio dramático entre los jóvenes suelen ser los testimonios personales, en los que el adolescente comparte con otras personas los mecanismos saludables para enfrentar los problemas que ha utilizado para manejar el comportamiento problemático.

- *Reevaluación del entorno*: combina las evaluaciones emocional y cognitiva de la forma en que la presencia o ausencia de un hábito personal afecta el entorno social de la persona, como la evaluación del efecto del hábito de fumar sobre los demás. También puede incluir el reconocimiento de que uno puede ser un modelo positivo o negativo para los demás. Esas evaluaciones pueden lograrse con la adquisición de empatía, documentales e intervenciones familiares. Esta estrategia podría ser más útil para los jóvenes en la etapa de la adolescencia media y tardía, dado

Recuadro 9-3. **Procesos de cambio: de la contemplación a la preparación para la acción**

- Autorrevaluación
- Autoeficacia y apoyo social
- Perspectiva para la toma de decisiones
- Adaptación de los plazos
- Enfoque en los factores importantes
- Prueba del nuevo comportamiento
- Persuasión sobre los resultados positivos
- Imitación de modelos de comportamiento

que requiere aptitudes de empatía cognoscitiva y reflexiva, que la mayoría de los preadolescentes y los jóvenes en la etapa de la adolescencia inicial aún no han terminado de desarrollar.

■ De la etapa de contemplación a la de preparación para la acción:

- *Autorrevaluación:* combina las evaluaciones afectivas y cognitivas de la autoimagen de una persona con la presencia de un hábito no saludable en particular o sin ella. Poner en claro los valores, tener modelos saludables y utilizar imágenes mentales son técnicas que pueden ayudar a las personas a pasar a la siguiente etapa. Esta estrategia es particularmente adecuada para utilizarla con preadolescentes y jóvenes en la etapa de la adolescencia inicial, dado que ayuda a fortalecer el desarrollo de su identidad y su capacidad de autorregulación, que no terminan de desarrollarse por completo sino hasta la etapa de la adolescencia tardía.

Algunos autores han sugerido otros procesos para avanzar entre estas dos etapas (Bartholomew et al. 2001) cuando se trabaja con adolescentes:

- *Autoeficacia y apoyo social* (De Vries y Backbier 1994). Este proceso puede implicar la enseñanza de aptitudes para enfrentar las desventajas emocionales del cambio y el ofrecimiento de orientación sobre cómo preparar un plan de acción. Para los adolescentes, es fundamental movilizar el apoyo social durante esta etapa.

La OPS considera que este proceso de cambio es fundamental para ayudar a los adolescentes a avanzar, dado que preparar un plan de acción exige aptitudes de desarrollo (a veces llamadas "funciones ejecutivas" o acciones autodirigidas que la persona utiliza con el fin de autorregularse) que no terminan de desarrollarse sino hasta la etapa de la adolescencia tardía (en particular, en los varones). Los adolescentes también necesitan el apoyo social para regular mejor las intensas emociones que acompañan el cambio y la incertidumbre (en particular, en las mujeres).

- *Perspectiva para la toma de decisiones* (Holtgrave, Tinsley y Kay 1995) Aquí se requieren determinadas habilidades cognitivas que se van fortaleciendo durante la preadolescencia y la adolescencia inicial y media, como la capacidad para desdoblar el proceso de resolución de problemas en pequeños pasos, con el fin de visualizar las distintas consecuencias de las diferentes decisiones, y superar el agobio que genera la ansiedad cuando se enfrentan varias consecuencias posibles.
- *Adaptación de los plazos* (Holtgrave, Tinsley y Kay 1995) Esto puede abarcar la capacitación de los adolescentes para el control de los plazos, mediante la incorporación de metas temporales realistas y personales en sus vidas, donde se tengan en cuenta sus diversos intereses. Es particularmente importante que se ayude a los adolescentes en este proceso de cambio. El buen manejo de los plazos tam-

bién requiere el desarrollo de las funciones ejecutivas, que están relacionadas con la maduración de los lóbulos prefrontales, las últimas estructuras cerebrales en alcanzar el desarrollo completo.

■ *Enfoque en los factores importantes* (Holtgrave, Tinsley y Kay 1995)

Este proceso implica la incorporación de factores muy importantes para los adolescentes, que probablemente los motiven a prepararse para la acción. En general, los adolescentes aún necesitan una guía que les muestre cómo asignar prioridades a sus actividades. La motivación es un aspecto clave en la decisión de cambiar. Los factores vinculantes que motivan significativamente a los adolescentes a iniciar un plan de acción para adoptar un nuevo comportamiento o cambiar un comportamiento que compromete la salud podrían ser indispensables para el éxito. La teoría del establecimiento de metas (capítulo 12) brinda más información sobre este aspecto. Es importante recordar que, con frecuencia, la motivación es diferente para los adolescentes y los adultos, aun cuando el nuevo comportamiento sea el mismo. Por ejemplo, es posible que los adolescentes no estén interesados en aumentar la actividad física por razones de salud, pero podrían estar motivados a participar en un nuevo deporte o pasatiempo porque es novedoso, por su alto nivel de sensaciones, porque puede ser una fuente de placer o porque pueden disfrutarlo con sus amigos (por ejemplo, patinaje, ciclismo de montaña o escalada de rocas).

■ *Prueba del nuevo comportamiento* (Maibach y Cotton 1995)

Durante este proceso se cambia algo en uno mismo y se adquiere experiencia a partir de ese comportamiento. Si bien, cuando están motivados, los adolescentes pueden estar ansiosos de probar nuevos patrones de conducta, también es posible que los asuste la incertidumbre sobre si el nuevo comportamiento será o no una experiencia placentera. Es fundamental apoyar a los adolescentes mostrando empatía por los sentimientos negativos de miedo e incertidumbre cuando ensayan un nuevo comportamiento.

■ *Persuasión sobre los resultados positivos* (Maibach y Cotton 1995)

Se refiere a la necesidad de promover nuevas expectativas de resultados positivos y reafirmar los resultados o progresos positivos ya alcanzados para alentar a los adolescentes a que prueben nuevos patrones de conducta. Mientras deciden ensayar nuevos patrones de conducta que no son populares entre sus pares (por ejemplo, comer alimentos más saludables), los adolescentes necesitan particularmente el refuerzo positivo.

■ *Imitación de modelos de comportamiento* (Maibach y Cotton 1995)

Comprende la presentación de modelos que permitan superar obstáculos con eficacia o que sirvan de guía para el cambio de comportamiento. Los adolescentes necesitan imitar constantemente modelos de nuevos patrones de conducta, no solo con la observación de modelos ejemplares sino también con la preparación explícita que ofrezcan sobre la manera de adoptar nuevos patrones de conducta.

Recuadro 9-4. **Procesos de cambio: de la preparación a la acción**

- Autoliberación
- Establecimiento de metas
- Perfeccionamiento de las habilidades
- Enfrentamiento de los obstáculos
- Imitación de modelos de comportamiento
- Complacencia de los seres queridos

■ **De la preparación a la acción**

- *Autoliberación*: es tanto la convicción de que uno puede cambiar como el compromiso inicial y renovado de actuar según esa convicción. Las determinaciones que se toman para Año Nuevo y los testimonios públicos son ejemplos de mecanismos que pueden au-

mentar la fuerza de voluntad necesaria para cumplir con las medidas que apuntan hacia un nuevo comportamiento.

Maibach y Cotton (1995) sugirieron los siguientes procesos para pasar de la etapa de preparación a la de acción. Estos procesos son particularmente importantes dentro del contexto de la adolescencia debido al apoyo y a la guía que necesita este grupo de edad desde una perspectiva del desarrollo:

- *Establecimiento de metas:* ayudarles a establecer metas específicas cada vez más importantes.
- *Perfeccionamiento de las habilidades:* reestructurar el entorno para que contenga indicaciones importantes, obvias y socialmente aceptadas para el nuevo comportamiento.
- *Enfrentamiento de los obstáculos:* determinar los obstáculos y planificar soluciones a cualquier impedimento para el cambio de comportamiento deseado.
- *Imitación de modelos de comportamiento:* percibir los refuerzos sociales positivos que reciben los pares o los adultos (modelos ejemplares) cuando muestran patrones de conducta saludable.

Además de lo expuesto anteriormente, la OPS desearía agregar otro proceso de cambio pertinente para la coyuntura de preparación-acción:

- *Complacencia de los seres queridos:* con frecuencia, las personas, y en particular los adolescentes, toman la decisión de cambiar para complacer a alguna persona importante en su vida (por ejemplo, la novia o el novio, los padres, un profesor). La teoría de la acción razonada descrita en el capítulo 10 recoge este proceso en el concepto de "motivación para cumplir".
- **De la acción al mantenimiento:**
 - *Relaciones de ayuda:* estas relaciones combinan la preocupación por el otro, la confianza, la franqueza y la aceptación así como el apoyo

para el cambio de comportamiento saludable. Las fuentes de apoyo social pueden ser el establecimiento de una buena relación de comunicación, una relación de confianza con un terapeuta o consejero, consultas con un consejero y sistemas de compañerismo. La existencia de relaciones que brinden apoyo es, quizá, el elemento único y más importante para favorecer el cambio de comportamiento entre los adolescentes.

- *Contracondicionamiento:* requiere el aprendizaje de patrones de conducta saludable que puedan sustituir eficazmente los patrones problemáticos. La relajación, la resolución, la desensibilización, el tratamiento para el reemplazo de la nicotina y la autoverbalización positiva son estrategias para descubrir sustitutos más saludables y seguros.

Los jóvenes adoptarán patrones de conducta nueva y más saludable, si estos últimos satisfacen la necesidad antes atendida por el comportamiento que comprometía la salud (por ejemplo, la necesidad de novedades y de placer, la búsqueda de sensaciones intensas, la regulación de los afectos o estados de ánimo positivos y negativos, la pertenencia a un grupo social). A veces, en el caso de los adolescentes, un comportamiento que compromete la salud puede servir de estrategia para alcanzar una meta muy motivadora (por ejemplo, fumar para ser aceptado por un grupo social en particular o en el caso de las mujeres, para controlar el peso). El desafío consiste en ayudar a los adolescentes a identificar sustitutos eficaces de promoción de la salud, que también satisfagan estas necesidades básicas.

- *Control de las contingencias:* brinda las consecuencias de iniciar un camino en una dirección determinada. Si bien el control de las contingencias puede incluir la utilización de castigos, en las publicaciones del campo se afirma que las personas que desean realizar cambios significativos en su vida confían

mucho más en las recompensas que en los castigos. Por lo tanto, se hace hincapié en los refuerzos, dado que la filosofía de las etapas del modelo del cambio conductual es trabajar en armonía con la disposición natural de la persona hacia el cambio. Los contratos de contingencias, los refuerzos explícitos e implícitos y el reconocimiento del grupo son procedimientos para aumentar las recompensas y la probabilidad de que se mantengan respuestas más saludables. Cuando tratan de adoptar un nuevo comportamiento o de cambiar uno que compromete la salud, los adolescentes necesitan recompensas constantes y refuerzos positivos. También necesitan límites claros. Padres y adolescentes deben definir con anterioridad cuáles serán las consecuencias de transgredir esos límites, como mecanismo para que los adolescentes asuman responsabilidad de sus acciones ante los demás.

- *Control del estímulo*: se refiere a suprimir señales o elementos que recuerden el comportamiento no saludable y a reemplazarlos con señales o elementos que recuerden el compromiso con el comportamiento saludable. El evitar tentaciones, la reestructuración del entorno y los grupos de autoayuda pueden proporcionar los estímulos que apoyen el cambio y reduzcan los riesgos de recaída. La capacidad de aplicar con eficacia el control de estímulos está directamente relacionada con los dos elementos clave de la autoficacia: *confianza y tentación*.
- *Confianza*: es la convicción arraigada en las personas acerca de una situación en particular, por medio de la cual pueden enfrentar grandes riesgos o desafíos y aun así seguir comprometidas con el nuevo comportamiento saludable, sin recaer.
- *Tentación*: es la medida de la necesidad imperiosa que tienen las personas de aferrarse a un hábito determinado cuando están en medio de situaciones difíciles. Los tres tipos más comunes de situaciones tentadoras son:

- sentimientos negativos o angustia emocional,
- ocasiones sociales que invitan al hábito,
- antojos.

Los preadolescentes y los jóvenes en la etapa de la adolescencia inicial necesitan apoyo y recordatorios para enfrentar las tentaciones, en particular cuando su autocontrol es deficiente. También necesitan apoyo, guía y práctica con respecto a la manera en que deben reencauzar su comportamiento. El resultado de este proceso será una mayor confianza, pero es necesaria la participación de los adultos. Desde el punto de vista del desarrollo, los preadolescentes y los jóvenes en la etapa de la adolescencia inicial necesitan adiestrarse para *reconocer* las tentaciones y luego planificar la manera de reencauzar su comportamiento hacia otras actividades más saludables. Para este grupo de edad, también es necesaria la supervisión constante de la forma en que manejan las tentaciones diarias.

- *Liberación social*: es el descubrimiento, por parte del adolescente, de que las normas sociales se han modificado para apoyar el cambio a un comportamiento saludable. Sería importante aplicar este proceso cuando se trata de patrones de conducta socialmente ambigua (por ejemplo, coerción sexual, tabaquismo). Para poder adoptar un estilo de vida saludable, los adolescentes necesitan conocer las normas sociales sobre lo que es "aceptable" o "deseable". Este proceso de liberación social podría utilizarse también para ayudar a los adolescentes a redefinir qué es "genial" y qué no lo es, y qué está "de moda" o "pasado de moda". Esto requiere mayores oportunidades o alternativas sociales, en particular para los jóvenes relativamente carentes de acceso a opciones saludables divertidas. La defensa de la causa, los ejercicios de empoderamiento y las políticas adecuadas pueden generar mayores oportunidades para la promoción de la salud. Las zonas libres de humo, las mesas de ensaladas en los comedores escolares y el fácil acceso a preservativos y otros anticonceptivos son ejemplos de estas políticas puesto que todas ellas

ilustran el cambio de las normas sociales a favor de alternativas más saludables.

Recuadro 9-5. Procesos de cambio: de la acción al mantenimiento

- Relaciones de ayuda
- Contracondicionamiento
- Control de las contingencias
- Control del estímulo (confianza y tentación)
- Liberación social

Cada uno de los procesos enumerados anteriormente es una faceta integral del paso de la etapa de precontemplación al cambio real de comportamiento, y existe una gran variedad de estudios en un amplio rango de patrones de conducta y poblaciones que proporcionan respaldo empírico a cada una de las etapas y procesos del modelo transteórico. Sin embargo, si los mediadores han de satisfacer las necesidades de poblaciones enteras, al enfocarse en patrones de conducta específica de alto riesgo también deben saber distribuir los mensajes y los esfuerzos dirigidos a cada una de las etapas y procesos. Pese a que existen diferencias en la distribución de los patrones de conducta de alto riesgo, los resultados obtenidos de una variedad de estudios respaldan una regla empírica general: en cualquier momento dado, aproximadamente 40% de la población estará en la etapa de precontemplación, otro 40% en la etapa de contemplación y un 20% en la etapa de preparación (Glanz, Rimer y Lewis 2002).

Equilibrio en la toma de decisiones: refleja la evaluación, por parte de la persona, de las ventajas y desventajas relativas implícitas en el cambio de comportamiento. Las comprobaciones hechas también indican varios principios del equilibrio en la toma de decisiones para avanzar de una etapa a la otra (Prochaska et al. 1994):

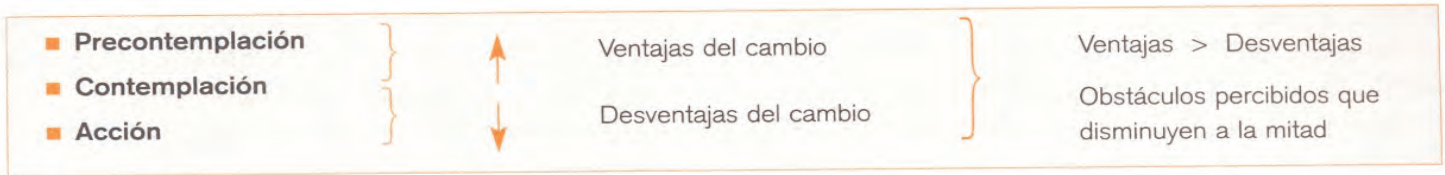
- Para avanzar de la etapa de precontemplación a la de contemplación, las ventajas del cambio deben aumentar.

- Para avanzar de la etapa de contemplación a la de acción, las desventajas del cambio deben disminuir.
- Antes de que una persona avance hacia la etapa de acción, las ventajas y las desventajas deben entrecruzarse y las ventajas deberán ser mayores que las desventajas, como indicador de que la persona está bien preparada para la acción.
- El paso de la etapa de precontemplación a la de acción implica aproximadamente una reducción de la desviación estándar de 0,5 a favor de las desventajas del cambio. En otras palabras, los obstáculos percibidos para el cambio disminuyen a la mitad.

Las consecuencias prácticas de estos principios son que las ventajas del cambio deben aumentar el doble de lo que deben disminuir las desventajas. Esto indica que, tal vez, los esfuerzos destinados a aumentar los beneficios deben ser equivalentes al doble de los destinados a reducir los costos u obstáculos. Los profesionales deberían orientar las intervenciones a las ventajas cuando las personas están en la etapa de precontemplación y reservar las desventajas para las personas que han avanzado hacia la etapa de contemplación. En el caso de los adolescentes, lo que resulta particularmente eficaz es centrarse más en las ventajas que en las desventajas. Este equilibrio entre las ventajas y las desventajas en el momento de tomar decisiones se ha estudiado en el caso del alcoholismo en los adolescentes (Migneault, Pallonen y Velicer 1997). La relación se duplicó en las etapas de adquisición del hábito de beber, en las cuales las ventajas mostraron un aumento máximo de la desviación estándar de 1,06 y las desventajas, una disminución máxima de 0,63. Para el abandono, la relación no se duplicó: el cambio en las ventajas y las desventajas fue aproximadamente igual (desviación estándar de 0,88 y 0,84, respectivamente).

La estructura de los procesos entre los estudios no fue tan coherente como la estructura de las etapas o de las ventajas y las desventajas del cambio. En las primeras etapas, las personas tienden a aplicar procesos cognitivos, afectivos y evaluativos para avanzar a las demás etapas. En las etapas posterior-

Figura 9-1. Equilibrio en la toma de decisiones



res, tienden a confiar más en los compromisos, el condicionamiento, las contingencias, los controles del entorno y el apoyo para avanzar hacia el mantenimiento. Para ayudar a las personas a pasar de la etapa de precontemplación a la de contemplación, los profesionales necesitan aplicar procesos como la concienciación y el alivio dramático. En este sentido, aplicar procesos como el control de contingencias, el contracondicionamiento y el control del estímulo a personas en la etapa de precontemplación representa un error teórico, empírico y práctico. Sin embargo, con las personas en la etapa de acción, estas estrategias establecen una correspondencia óptima entre el proceso y la etapa.

Investigación y comprobación de las aplicaciones prácticas del modelo transteórico y las etapas de cambio al estilo de vida de los adolescentes

La utilización del modelo transteórico y las etapas de cambio en el diseño de intervenciones para la promoción de la salud orientadas hacia los adolescentes va en aumento, particularmente en el Canadá y los Estados Unidos, así como también en América Latina y el Caribe. Es un concepto teórico sencillo para evaluar la eficacia de las intervenciones, que ayuda a identificar los patrones de conducta de base por etapas y describe los procesos que debería fomentar una intervención para la promoción de la salud con el fin de lograr el cambio de comportamiento y el progreso hacia la etapa siguiente. Para comprobar la eficacia de la intervención promotora del cambio de comportamiento, los patrones de conducta posteriores a la intervención pueden compararse por etapa con los de base. El modelo brinda también la oportunidad de investigar qué factores determinan la etapa en la que se encuentra un adolescente al

adoptar diferentes patrones de conducta y cuáles son los obstáculos y los procesos que intervienen cuando avanza a otras etapas de comportamiento. Incluye conceptos descritos en las teorías de los ámbitos interpersonal y comunitario como parte importante de los procesos de cambio (por ejemplo, imitación de modelos de comportamiento, apoyo social, empoderamiento, cambio organizacional). Como se describe en los párrafos siguientes, la investigación en este campo ha sido fascinante.

A través del modelo transteórico del cambio se han estudiado las relaciones transversales entre las preocupaciones por el peso, los patrones de conducta referentes al control del peso y la iniciación del consumo de tabaco en una muestra de 16.862 preadolescentes y jóvenes en la etapa de la adolescencia inicial, entre 9 y 14 años de edad (Tomeo et al. 1999). La etapa de contemplación del consumo de tabaco estuvo relacionada con la percepción equivocada de tener peso excesivo, la disconformidad con el aspecto físico y una tendencia a cambiar los patrones de alimentación entre pares. Se observaron diferencias entre los sexos. La experimentación con cigarrillos guardó relación con el ejercicio diario para controlar el peso entre los varones y con purgas periódicas y dieta diaria entre las mujeres.

Pallonen et al. (1998) analizaron la relación existente entre la tentación de probar el cigarrillo y las etapas de adquisición del hábito de fumar entre los adolescentes. En el estudio se mostró que, al principio de la fase de adquisición del hábito, las razones de los no fumadores para comenzar a fumar estaban relacionadas con la socialización o con la simple curiosidad. La regulación de los estados afectivos negativos y positivos se tornó im-

portante en las etapas tardías de adquisición del hábito, en que los adolescentes ya estaban preparados para probar el tabaco. Los no fumadores estaban más tentados a probar el cigarrillo cuando preveían que les ayudaría a reducir el estado de ánimo negativo y a aumentar el positivo. Las comprobaciones referentes al grado de tentación de los fumadores confirmaron la importancia de la regulación afectiva para mantener el hábito de fumar, también notificada en el uso de drogas por los adolescentes.

Mayhew, Flay y Mott (2000) analizaron varios estudios empíricos de los factores pronósticos de la transición en las etapas de avance hacia el tabaquismo durante la adolescencia. Se encontró que, a menudo, la influencia de los padres y la familia tenía una gran importancia en las etapas del tabaquismo, más allá de la etapa experimental. Otra tendencia indicó que las mujeres pertenecientes a una red social de fumadores o a una red que apoyaba el hábito de fumar (amigos y familiares) tenían mayor tendencia a avanzar de la etapa experimental a la de fumar regularmente, lo que sugiere que las mujeres podrían mostrar una mayor sensibilidad social al entorno del tabaquismo que los hombres.

Werch y DiClemente (1994) elaboraron un modelo de etapas de múltiples elementos para establecer una correspondencia entre las estrategias de prevención del consumo de drogas y los mensajes centrados en las etapas de la juventud en las que ocurre el uso. El modelo sugiere la utilización más eficaz de diferentes canales para motivar a los jóvenes a evitar el consumo de drogas. Se considera que los medios de comunicación y los materiales relacionados con ellos, como la televisión, los videos, las historietas y las carteleras, son las formas más eficaces de influir en la juventud durante las etapas de precontemplación, contemplación y preparación para el cambio. Un volumen importante de investigación respalda la idea de que, normalmente, puede esperarse que los medios produzcan modificaciones en los factores personales como la conciencia, el conocimiento y la motivación. Por otro lado, se considera que las

modalidades interpersonales de prestación de servicios, como las clases en las escuelas, los exámenes de detección de enfermedades, los grupos de autoayuda y los programas de asistencia escolar, son las más eficaces para influir en la juventud durante las etapas de preparación y de acción para el cambio. Se cree que los contactos personales aumentan considerablemente la recepción y la integración de las comunicaciones y, por lo general, se utilizan para enseñar y ejemplificar las actitudes y habilidades necesarias para el cambio conductual relacionado con la prevención del uso de drogas. Por último, se considera que las modalidades de prestación de servicios dentro del ámbito en que viven, como la interacción con los pares, la capacitación por los padres, las políticas y la legislación, son las maneras más eficaces de influir en los jóvenes durante las etapas de acción y de mantenimiento del cambio. Los canales de prevención dentro del entorno son necesarios para generar un cambio exitoso del comportamiento por cuanto los jóvenes reciben la influencia tanto de la situación física y social en la que se encuentran como de los factores personales y conductuales. Además, el apoyo social se considera fundamental para el mantenimiento eficaz del cambio de comportamiento y la mejora de la salud.

El modelo de etapas de múltiples elementos descrito por Werch y DiClemente podría funcionar con otros patrones de conducta de los adolescentes relacionados con la salud, siempre y cuando las razones para dejar de avanzar de la etapa de precontemplación a las de contemplación y preparación sean la falta de conciencia o de información. Definitivamente, la concienciación a través de los medios masivos de comunicación puede aumentar la motivación para avanzar de la etapa de precontemplación a la de contemplación, en particular, porque los jóvenes disfrutan de los medios de comunicación. No obstante, si entre las razones subyacentes para dejar de avanzar de la etapa de precontemplación se incluyen fuertes sentimientos emocionales de rechazo del cambio (por ejemplo, la percepción equivocada de tener peso excesivo y el hábito de fumar), que pueden ser conscientes o inconscientes, los mensajes de los medios de co-

municación deberán crear conciencia de esos sentimientos y mostrar cómo manejarlos. Estos mensajes podrían ser eficaces para los adolescentes con un estilo de vida saludable que saben enfrentar situaciones, pero no surtirían efecto en el caso de adolescentes que utilizan mecanismos de evasión.

En un estudio reciente se investigó la disposición de algunos estudiantes universitarios que bebían mucho a cambiar el hábito de beber (Vik, Culbertson y Sellers 2000). Se observó que dos terceras partes de los grandes bebedores estaban en la etapa de precontemplación (67%). Solo 20% estaban en la etapa de contemplación y 13%, en la de acción.

También se describió la distribución de las etapas para el abandono del hábito de fumar entre los adolescentes. En un estudio reciente (Prokhorov et al. 2001) realizado en 1.111 fumadores activos y ex fumadores en la escuela secundaria se encontró la siguiente distribución: precontemplación, 52,5%; contemplación, 16%; preparación, 7,5%; acción, 13,2% y mantenimiento, 10,8%. Las puntuaciones medias para la dependencia de la nicotina entre los estudiantes que estaban en la etapa de precontemplación fueron significativamente mayores que las puntuaciones de los estudiantes que estaban en la etapa de contemplación o la de preparación. Se observó una tendencia similar en las puntuaciones para los síntomas de abstinencia entre las distintas etapas del cambio. En otro estudio reciente se analizó la relación entre la dependencia de la nicotina, el estrés y los mecanismos para enfrentar problemas en los adolescentes fumadores activos y los ex fumadores entre 12 y 21 años, y se utilizó el modelo transteórico de cambio para examinar estos factores entre las etapas consecutivas de abandono del hábito de fumar (Siqueira, Rolnitzky y Rickert 2001). Los fumadores mostraron una tendencia significativamente mayor a informar que fumaban cigarrillos adicionales cada día, a experimentar niveles más elevados de adicción física, niveles más elevados de estrés percibido y menos utilización de métodos cognitivos para enfrentar problemas, en compa-

ración con los ex fumadores. Tres de cada 20 síntomas de abstinencia (antojos, dificultad para manejar el estrés e ira) se notificaron con mayor frecuencia entre los fumadores que habían intentado dejar de fumar durante los seis meses anteriores, que entre los ex fumadores ($P = 0,01$).

Un estudio en el cual se utilizaron el modelo transteórico y las etapas de cambio, realizado en mujeres en los primeros años de la adolescencia para promover el mayor consumo de frutas y verduras (Cullen et al. 1998), sugiere que para impulsar el avance de la etapa de precontemplación a la de acción para el consumo de frutas, los programas deberían dirigirse hacia las preferencias por frutas y los obstáculos para el mayor consumo. Averiguar cuáles son las frutas que les gustan a los adolescentes y ofrecerlas en la escuela y en la casa aumentará la eficacia de la intervención. La habilidad para seleccionar y preparar frutas y verduras, la resolución de problemas y las actividades de definición de metas para reducir los obstáculos percibidos también contribuyen al cambio de comportamiento.

El modelo transteórico se aplicó, entre otras teorías, en el diseño de la experiencia de "Agita São Paulo", una intervención comunitaria de varios niveles, orientada a promover la actividad física entre los 34 millones de habitantes del estado de São Paulo, en el Brasil. Los planificadores del programa aplicaron el modelo para evaluar los cambios en la disposición de diversos subgrupos y seleccionar métodos para el cambio y mensajes en los medios pertinentes para las personas que estaban en cada una de las etapas. Los grupos focales incluyeron estudiantes desde el nivel elemental hasta el universitario, entre otros segmentos de la población.

El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe—un centro regional de la OPS con sede en Kingston, Jamaica— y sus colaboradores analizaron la disposición de la población caribeña a realizar el cambio de comportamiento relacionado con el régimen de alimentación y el ejercicio (Caribbean Food and Nutrition Institute 2002). Observaron

que la mayor parte de la población obesa estaba entre las etapas de precontemplación y contemplación en cuanto al consumo de frutas y verduras, en tanto que la mayor parte de la población no obesa estaba en la etapa de precontemplación. Las comprobaciones fueron más alentadoras para promover el ejercicio donde la mayoría de la población obesa estaba entre las etapas de preparación y de acción; sin embargo, tampoco aquí la mayoría de la población obesa estaba en la etapa de precontemplación. Sería interesante analizar este tipo de información en las diferentes etapas de la adolescencia, con el objeto de determinar si los adolescentes se comportan de la misma manera que la población en general y si existen diferentes obstáculos culturales para los cambios de comportamiento. De todos modos, el acopio de información sobre las etapas de cambio de los adultos en cuanto a la nutrición y la actividad física proporciona un panorama mucho más claro del tipo de modelos que representan los padres para sus hijos, valor que parece estar muy arraigado en la cultura caribeña.

En el campo de la salud sexual y reproductiva, el grupo Estudiantes Unidos contra las Decisiones Negativas (Students Together against Negative Decisions, STAND) (Mercer University 1998) es un ejemplo de un nuevo género de prevención de la infección por el VIH, que utiliza modelos teóricos complementarios para desarrollar un programa orientado hacia la producción de cambios en los adolescentes rurales, tanto en el ámbito individual como en el comunitario. STAND es un programa que incluye 28 sesiones de capacitación para educadores de pares de los adolescentes, orientado hacia el fomento de la abstinencia y la reducción del riesgo sexual. El modelo transteórico y la teoría de la difusión de innovaciones (capítulo 23) constituyen la base teórica de este plan de estudio, que se centra en el cambio de las normas en el ámbito individual y comunitario. STAND se destina a los adolescentes y se fundamenta en sus habilidades; las actividades se cen-

tran en el aprendizaje activo y se ejecutan en un condado rural en la región sudeste de los Estados Unidos. La aceptación y la participación en STAND indican que se puede llegar a los adolescentes de comunidades rurales a través de intervenciones dirigidas a la comunidad, que esos jóvenes están dispuestos a participar en programas intensivos de ese tipo y que perciben la intervención como valiosa y gratificante. Los resultados de un estudio piloto mostraron aumentos mucho más significativos en la autoeficacia y en el uso del preservativo (16% frente a 1% de disminución en el grupo testigo), y en el uso constante de preservativos (+28% frente a +15%). Los adolescentes en adiestramiento también notificaron un aumento de siete veces en el uso de preservativos (+213% frente a 31%) y 30% de disminución en las relaciones sexuales sin protección, en comparación con 29% de aumento en el grupo testigo.

Estos estudios son solo una muestra del grupo en el cual se ha utilizado el modelo transteórico para el cambio de comportamiento. Curiosamente, a diferencia de las comprobaciones hechas para el modelo de creencias de salud, la salud sexual de los adolescentes es uno de los campos menos estudiados con el concepto del modelo transteórico y las etapas del cambio. Este modelo podría utilizarse para otros estudios sobre las etapas y los procesos de cambio, no solo en cuanto al uso o negociación del uso del preservativo, sino también para cambiar las normas sociales concernientes a los aspectos perjudiciales de las versiones tradicionales de masculinidad y feminidad y la coerción sexual. Las variables del modelo transteórico pueden ayudar en la medición de patrones de conducta concretos que se deberían fomentar o cambiar durante la preadolescencia, por ejemplo, para un desarrollo más equitativo de los sexos.

En el cuadro 9-1 se puede observar el número de estudios en los que se ha utilizado el modelo aquí descrito para analizar ciertos patrones de conducta en materia de salud.

9. EL MODELO TRANSTEÓRICO Y LAS ETAPAS DE CAMBIO

Cuadro 9-1. **Patrones de conducta de los adolescentes más comúnmente investigados mediante el modelo transteórico y las etapas de cambio**

PATRONES DE CONDUCTA DE LOS ADOLESCENTES	NÚMERO DE ARTÍCULOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS POR PALABRAS CLAVE	
Salud sexual y reproductiva	9	Embarazo de adolescentes	3
		VIH/sida	5
		ITS	2
		Uso de preservativos	6
Consumo de tabaco, alcohol y drogas	27	Tabaco	17
		Alcohol	7
		Drogas	3
Actividad física y nutrición	15	Obesidad	1
		Actividad física	8
		Nutrición	7
Violencia	0		
TOTAL	51		

Recuadro 9-6. **Resumen del modelo transteórico y las etapas de cambio y el estilo de vida de los adolescentes**

- Es una teoría fácil de usar para evaluar la eficacia de las intervenciones.
- Ayuda a identificar los patrones de comportamiento iniciales por etapas y describe los procesos de cambio necesarios para avanzar a la etapa siguiente.
- Entre los preadolescentes y los jóvenes en la etapa de la adolescencia inicial, la consideración del consumo de tabaco estuvo relacionada con la percepción equivocada de tener peso excesivo, el deseo de socializar y la simple curiosidad.
- La preparación para probar el cigarrillo está relacionada con la previsión de que ayudará a reducir el estado de ánimo negativo y a aumentar el positivo.
- La experimentación con cigarrillos está relacionada con el ejercicio diario para controlar el peso entre los varones y con la dieta diaria entre las mujeres.
- Las mujeres que se encuentran en redes sociales de fumadores o redes que apoyan el hábito de fumar (amigos y familiares) tienen una mayor tendencia a avanzar de la etapa experimental a fumar regularmente.
- Se considera que los medios de comunicación y los materiales relacionados con ellos (la televisión, los videos, las historietas y las carteleras) son las formas más eficaces de influir en la juventud durante las etapas de la precontemplación, la contemplación y la preparación para el cambio.
- Se considera que las modalidades interpersonales de prestación de servicios (las clases en las escuelas, los exámenes de detección de enfermedades, los grupos de autoayuda y los programas de asistencia escolar) son las más eficaces para influir en la juventud durante las etapas de preparación y de acción para el cambio.
- Se considera que las modalidades de prestación de servicios (la interacción con los pares, la capacitación por los padres, las políticas y la legislación) son las maneras más eficaces de influir en los jóvenes durante las etapas de acción y de mantenimiento del cambio.
- El apoyo social se considera fundamental para el mantenimiento eficaz del cambio de comportamiento.
- En un estudio (Vik et al., 2000) sobre la disposición demostrada por los jóvenes en la etapa de la adolescencia tardía a cambiar el hábito de beber se observó que 67% de quienes bebían mucho estaban en la etapa de precontemplación, 20%, en la de contemplación, y solo 13% en la de acción.
- En otro estudio realizado sobre el abandono del hábito de fumar en los adolescentes se observó que 52,5% estaban en la etapa de precontemplación y 10,8% en la de mantenimiento.
- Las puntuaciones medias para la dependencia de la nicotina entre los adolescentes que estaban en la etapa de precontemplación fueron significativamente mayores que las puntuaciones de los adolescentes fumadores que estaban en la etapa de contemplación o en la de preparación.
- En una comparación de las etapas consecutivas del cambio de comportamiento entre adolescentes fumadores, la diferencia más significativa en las habilidades cognitivas para enfrentar problemas se observó en las etapas de precontemplación y contemplación.
- Las intervenciones orientadas a alentar a las mujeres adolescentes a avanzar de la etapa de precontemplación a la de acción con respecto al consumo de frutas, deberían dirigirse hacia las preferencias por las frutas y a los obstáculos para el mayor consumo.

La teoría de la acción razonada

La teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein 1980, Fishbein y Ajzen 1975) indica que el desempeño individual de una conducta dada está determinado esencialmente por la intención de una persona de poner en práctica esa conducta. Esta intención está determinada por dos factores principales:

- la *actitud* (sentimientos positivos o negativos) respecto del desempeño de esa conducta. La actitud está determinada por:
 - las creencias de la persona en relación con los resultados del desempeño de esa conducta (*creencias conductuales*) y
 - el valor de esos resultados (*evaluación*).
- la *norma subjetiva* relacionada con la conducta, es decir, la percepción que tiene la persona de las opiniones de otras con respecto a dicha conducta. La norma subjetiva de una persona está determinada por:
 - las creencias sobre lo que, en opinión de los demás, debe hacer esta persona (*creencias normativas*) y
 - a *motivación para cumplir* con la opinión de los demás que tiene la persona.

Una persona que crea firmemente que los resultados del desempeño de una conducta determinada serán, en su mayoría, positivos, tendrá una actitud positiva respecto de esa conducta. Una persona que crea firmemente que los resultados del desempeño de una conducta determinada tendrán, en su mayoría, un valor negativo, tendrá una actitud negativa respecto de esa conducta. Estas creencias serán diferentes entre una población y otra, y también entre las distintas culturas y edades. En el caso de los adolescentes, las emociones como el placer, la alegría, la expectativa, la excitación o la diversión en general se consideran los elementos más comunes de los resultados de valoración positiva, más allá de las evaluaciones racionales o cognitivas. En este contexto, una posibilidad interesante para futuras investigaciones podría ser determinar en qué medida, si la hay, varían los elementos de los resultados de valoración positiva en las diferentes etapas del desarrollo del adolescente y de un sexo a otro.

Recuadro 10-1. Teoría de la acción razonada: conceptos teóricos clave

- intención
 - actitud
 - creencias conductuales
 - evaluación
 - norma subjetiva
 - creencias normativas
 - motivación para cumplir

Una persona que crea que, en opinión de determinados referentes (pares, padres, profesores, etc.), debería desempeñar una conducta, y que esa conducta está motivada a satisfacer las expectativas de esos referentes, tendrá una norma subjetiva positiva. Una persona que crea que, en opinión de determinados referentes, no debería desempeñar esa conducta tendrá una norma subjetiva negativa; y una persona que esté menos motivada a satisfacer a los referentes tendrá una norma subjetiva relativamente neutral. Los adolescentes que mantienen relaciones enriquecedoras con sus proveedores de cuidado, profesores u otros adultos, tienden a responder más a las normas subjetivas positivas o negativas que quienes no tienen este tipo de relación.

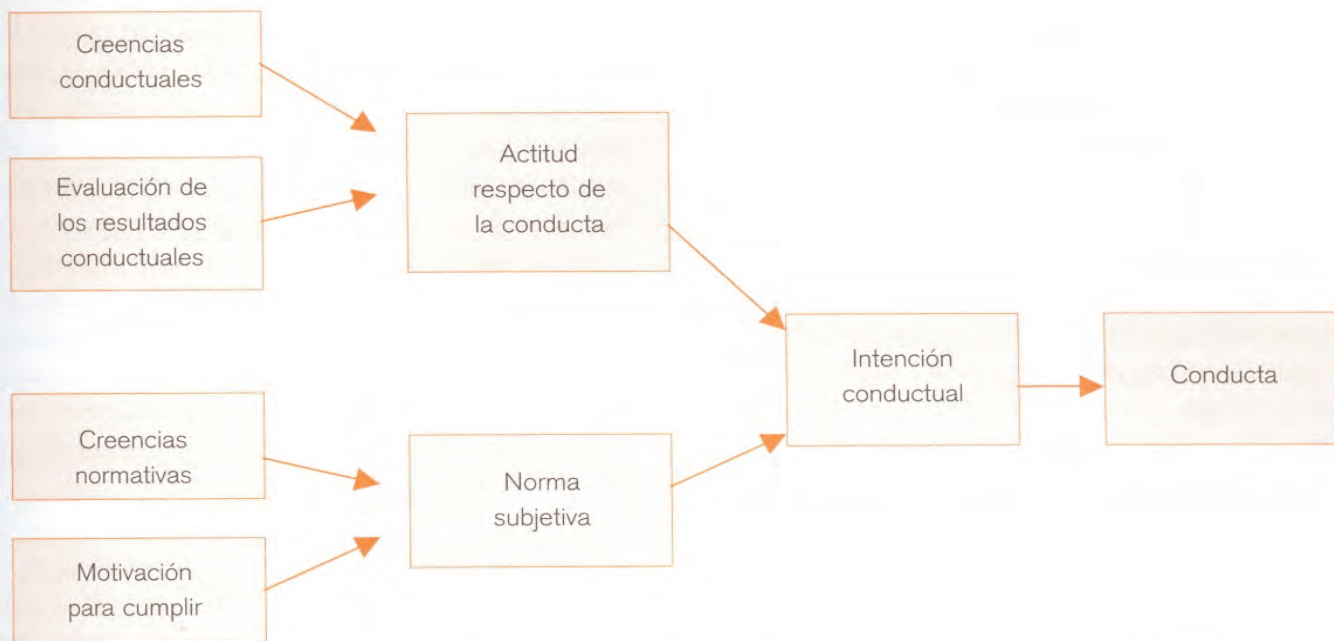
La teoría de la acción razonada supone una cadena de causalidad: las creencias conductuales y las creencias normativas están vinculadas con la intención conductual y la conducta por medio de la actitud y la norma subjetiva. Los autores del modelo sostienen que los cambios en las creencias conductual y normativa de la persona afectarán, en última instancia, su conducta real. Pero en el caso de los adolescentes, que invierten más tiempo y energía (en relación con los grupos de más edad) en tratar de complacer o contrariar a otros (amigos, padres, profesores), lo más probable es que un cambio en las creencias normativas se produzca dentro del contexto de relaciones enriquecedoras; de lo contrario, la

motivación del adolescente para cumplir será poca o nula.

Ajzen y Fishbein (1980) especifican claramente la medición y el cálculo de los componentes del modelo y las relaciones causales entre esos componentes. El grado de importancia relativa de la actitud y la norma subjetiva depende de la conducta y de la población que se investiga. Algunos patrones de conducta están totalmente bajo el control de la actitud, mientras que otros están sujetos al control normativo. Se ha observado que la misma conducta está sujeta al control de la actitud en una población y al control normativo en otra (Fishbein 1990). El grado de importancia relativa se determina en forma empírica para la conducta y la población específicas investigadas, y esta información da una idea sobre si la actitud o la norma subjetiva es el mejor punto de enfoque de las actividades dirigidas a un cambio de conducta. Mediante la correlación y el análisis de la varianza se puede determinar cuáles son las creencias conductuales o normativas que están más estrechamente vinculadas con la intención y la conducta, y así proveer objetivos identificados empíricamente para dirigir las actividades de la intervención.

La teoría de la acción razonada se basa en la hipótesis de que las personas son actores racionales. Es decir, todas las personas asimilan la información en un nivel cognitivo y están motivadas a actuar en función de ello. La teoría también supone que existen razones subyacentes, además de las emociones, que determinan la motivación de una persona para poner en práctica una conducta. Esta teoría tiene la ventaja de que proporciona el marco de identificación de esas razones subyacentes y una forma de entender las acciones mediante el reconocimiento, la medición y la combinación de las creencias pertinentes a las personas o grupos. No obstante, cuando se trabaja con adolescentes, las razones y las emociones se mezclan con facilidad. Cuando son más jóvenes (por ejemplo, en la preadolescencia), las emociones subyacentes probablemente son más determinantes que las razones subyacentes a la hora de descifrar los patrones de conducta. A esta edad, muchos preadolescentes

Figura 10-1. La teoría de la acción razonada



Fuente: adaptada de Ajzen Icek y Fishbein Martin. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, 1.^a edición, © 1980. Reproducida con autorización de Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, Nueva Jersey.

aún tienen gran dificultad para identificar las emociones y razones en que se basan determinados patrones de conducta.

El éxito de esta teoría para explicar la conducta real depende también del grado en que se ejerce el control volitivo sobre la conducta. No se ha establecido con claridad si los elementos de esta teoría son suficientes para pronosticar patrones de conducta en los que se reduce el control volitivo. Es posible que una persona muy motivada para desempeñar una conducta, no la ejerza realmente debido a la intervención de ciertas condiciones del entorno. Un preadolescente o un joven en la etapa de la adolescencia inicial podría estar muy motivado a iniciar un determinado deporte como actividad física y, sin embargo, podría ser incapaz de realizarlo por falta de oportunidades (por ejemplo, limitaciones económicas, falta de apoyo de los padres y falta de tiempo). Un joven en la etapa de la adolescencia media puede estar decidido a usar preservativos en sus relaciones sexuales, pero no poder comprarlos ni obtenerlos gratis en su comunidad.

Investigación y comprobación de las aplicaciones prácticas de la teoría de la acción razonada al estilo de vida de los adolescentes

La aplicación de la teoría de la acción razonada para cambiar los patrones de conducta de los adolescentes se ha analizado en África, Europa, la India y los Estados Unidos. Se han creado instrumentos para medir las actitudes y las normas subjetivas de los adolescentes. El valor pronóstico de estos conceptos se ha demostrado en relación con el consumo de tabaco y drogas. También se ha estudiado el efecto de la norma subjetiva sobre el uso de los preservativos en los adolescentes. El efecto de los distintos conceptos teóricos (norma subjetiva, actitud, intención) tiende a variar entre los diferentes patrones de conducta de los adolescentes objeto de análisis.

A partir de los datos obtenidos de una muestra diversa de adolescentes de décimo grado en la etapa de la adolescencia media en el Estado de California, en 1996 y 1997, Unger y colaboradores (2001) investigaron las asociaciones entre las variables

de influencia de los pares y la susceptibilidad al hábito de fumar. Las variables de influencia de los pares incluyeron las actitudes acerca de las consecuencias sociales del hábito de fumar y las normas subjetivas, según lo descrito por la teoría de la acción razonada. Entre quienes nunca habían fumado ($n = 2.681$) y quienes alguna vez lo habían hecho —o habían fumado alguna vez y abandonado el hábito o bien continuaban fumando— ($n = 4.248$), las actitudes con respecto a las consecuencias sociales del hábito de fumar y las normas subjetivas guardaron relación con un mayor riesgo de susceptibilidad al hábito de fumar. El modelo explicó una mayor proporción de la variación en susceptibilidad entre quienes habían fumado alguna vez que entre quienes nunca lo habían hecho. Estos resultados se corresponden con los de estudios anteriores que utilizaron la teoría de la acción razonada para analizar el consumo de cigarrillos en adolescentes y los efectos de la influencia de los pares (O'Callaghan, Callan y Baglioni 1999). Otro estudio analizó la relación entre las creencias respecto del consumo de tabaco de mascar y la adicción, entre 473 atletas universitarios varones (Hilton et al. 1994). Las creencias se evaluaron con los métodos propuestos por la teoría de la acción razonada. Fue notable comprobar que todos los atletas creían que tanto los médicos como sus padres y sus novias no estaban de acuerdo en que ellos mascaran tabaco, pero que a sus pares varones, entrenadores y atletas profesionales les era indiferente. Los autores señalaron la importancia de fortalecer el apoyo de los pares varones y otros atletas que influyen en las normas sociales de estos sujetos cuando se planifican intervenciones para ayudarlos a abandonar el hábito.

Lawson (1994) analizó el papel que representa el hábito de fumar en la vida de las adolescentes embarazadas, de bajos ingresos. A partir de entrevistas exhaustivas, en el estudio se describen las creencias y actitudes de los sujetos con respecto al hábito de fumar. Los resultados indicaron que esta población fumaba para controlar el aumento de peso; para dar a luz bebés más pequeños, lo que, a

su vez, disminuiría el tiempo de trabajo de parto y el dolor; para compensar la ansiedad provocada por los sentimientos de abandono por parte de sus familias o novios; y para establecer una identidad independiente del abuso de drogas de sus pares y sus padres. Estos resultados indican que las adolescentes embarazadas de bajos ingresos perciben los beneficios inmediatos del tabaquismo, que pesan más que las consecuencias a largo plazo para la salud. El autor sostiene que los programas para la prevención del tabaquismo basados en una comprensión inexacta del entorno social en el que ocurre el hábito de fumar pueden reforzar el consumo de tabaco entre las adolescentes embarazadas expuestas a alto riesgo.

Laflin et al. (1994) compararon la función que desempeñan la autoestima, las actitudes y las normas subjetivas en el pronóstico del consumo de drogas y alcohol. Se obtuvieron medidas de autoestima, actitudes respecto de las drogas, normas subjetivas y patrones de conducta respecto del uso de drogas de 2.074 estudiantes de nivel secundario y universitario en los Estados Unidos. Los resultados indicaron que las actitudes y las normas subjetivas son factores pronósticos del consumo de alcohol y de drogas, pero que la autoestima no agrega nada significativo en ese sentido. O'Callaghan et al. (1997) compararon la teoría de la acción razonada, la teoría de la conducta planificada (analizada en el capítulo 11) y una ampliación de la teoría de la acción razonada que incorpora patrones de conducta anterior, al explicar el consumo de alcohol en 122 estudiantes universitarios de los Estados Unidos (de los cuales 82 eran mujeres). Los resultados mostraron que la ampliación de la teoría de la acción razonada fue la más apropiada para estos datos. En el caso de estos estudiantes, tanto sus patrones de conducta anterior como su percepción de lo que los demás creen que ellos deben hacer (norma subjetiva), eran factores pronósticos de sus intenciones de consumir alcohol. En 1999, los autores publicaron la misma comparación de teorías para el consumo de cigarrillos en los adolescentes. Los participantes fueron 225 estudiantes estadounidenses de la escuela secunda-

ria (O'Callaghan, Callan, Baglioni 1999). Según los resultados, la modificación de la teoría de la acción razonada, que incorporó los patrones de conducta anterior, proporcionó un marco más apropiado que los otros modelos. No obstante, los autores llegaron a la conclusión de que, en este grupo de estudiantes de secundaria, las actitudes con respecto al hábito de fumar, la conducta anterior en relación con el tabaco y la percepción de lo que otros creen que ellos deberían hacer fueron factores pronósticos importantes de su intención de fumar.

Con los conceptos de la teoría de la acción razonada, Selvan et al. (2001) estudiaron los patrones de conducta intencional respecto del sexo y el uso de preservativos en un grupo de estudiantes de los años más avanzados de nivel secundario en la India. Los resultados revelaron que las normas percibidas por los estudiantes y las normas percibidas por el grupo de pares mostraron una relación significativa con la conducta sexual intencional y real, y que los niños cuyos padres son más instruidos tienen menos probabilidades de iniciar la actividad sexual durante la adolescencia. También se estudiaron con la teoría de la acción razonada (Bosompra 2001) las intenciones de usar preservativos de un grupo de estudiantes de una universidad en la región sur de Ghana. Las normas subjetivas y las desventajas percibidas en el uso de los preservativos fueron factores determinantes significativos de la intención, y las primeras son las más importantes. La diferencia fundamental fue que "quienes tenían la intención" siempre mantenían una creencia más firme de que sus referentes importantes aprobaban el uso de los preservativos que "quienes no tenían la intención". Con el objeto de mejorar la percepción referente a la aceptación del uso de los preservativos por los pares, el autor propuso cambiar el enfoque tradicional que consiste en dirigirse a los patrones de conducta individuales por otro enfoque dirigido simultáneamente a las personas, sus parejas sexuales y las redes más amplias de apoyo social a las que pertenecen. Klepp et al. (1996) investigaron los factores pronósticos de la intención de ser se-

xualmente activos en jóvenes de Tanzania en la etapa de la adolescencia media. Participaron en el estudio 2.026 estudiantes (edad media: 14 años) que representaban una amplia variedad de grupos étnicos, socioeconómicos y urbanos o rurales. El 63% de los varones y el 24% de las mujeres informaron que ya habían tenido su primer encuentro sexual. Las actitudes, las normas subjetivas y la autoeficacia fueron factores pronósticos de la intención de tener relaciones sexuales en los tres meses siguientes, pero la conducta anterior se manifestó como el factor pronóstico más robusto de esa intención.

Por medio de la teoría de la acción razonada, Freeman y Sheiham (1997) analizaron los procesos de toma de decisión sobre el consumo de azúcar entre adolescentes. Ciento ochenta y siete jóvenes de 16 años de los Estados Unidos llenaron un cuestionario sobre el consumo de azúcar con el método creado por Ajzen y Fishbein. Los resultados indicaron que, si bien las experiencias dentales previas, la conducta y la educación, además de la función de las figuras paternas, influyeron de manera importante, el sabor *agradable e inmediato* del azúcar pesaba más y desplazaba el reconocimiento de los peligros relacionados con su consumo. En otro estudio, Mesters y Oostveen (1994) analizaron los factores determinantes para el consumo de bocadillos llenos de azúcar y grasa entre comidas en 560 adolescentes holandeses entre 12 y 15 años. Los resultados mostraron que en el pronóstico de la intención de consumir ese tipo de bocadillos, la actitud resultó ser más importante que la norma subjetiva. Los diversos estudios recién examinados son solo una muestra de otros en los que se ha utilizado la teoría de la acción razonada para analizar el cambio conductual. Las autoras de este libro no han podido encontrar estudios que aplicaran esta teoría para cambiar los patrones de conducta de los adolescentes analizando los conceptos teóricos para cada etapa del desarrollo. La mayor parte de la investigación que utilizó esta teoría en los adolescentes se centró en la salud sexual y en el consumo de tabaco, alcohol y drogas, y los estudios

sobre salud sexual se orientaron, en su mayoría, hacia el uso de preservativos y la prevención de la infección por el VIH. Lamentablemente, no se encontró ninguna investigación que vinculara el uso de los preservativos, la prevención de la infección por el VIH y los cambios en las creencias

normativas o las normas subjetivas en lo que respecta a la coerción o al abuso sexual.

En el cuadro 10-1 se presenta el número de estudios encontrados, que se han hecho con la teoría de la acción razonada.

Cuadro 10-1. **Patrones de conducta de los adolescentes más comúnmente investigados mediante la teoría de la acción razonada**

PATRONES DE CONDUCTA DE LOS ADOLESCENTES	NÚMERO DE ARTÍCULOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS POR PALABRAS CLAVE	
Salud sexual y reproductiva	13	Embarazo de adolescentes	1
		VIH/sida	9
		ITS	0
		Uso de preservativos	6
Consumo de tabaco, alcohol y drogas	14	Tabaco	9
		Alcohol	3
		Drogas	2
Actividad física y nutrición	3	Obesidad	0
		Actividad física	1
		Nutrición	2
Violencia	1		
TOTAL	31		

Recuadro 10-2. Resumen de la teoría de la acción razonada y el estilo de vida de los adolescentes

- El empleo de esta teoría para cambiar los patrones de conducta de los adolescentes se ha analizado en África, Europa, la India y los Estados Unidos.
- Se han creado instrumentos para medir las actitudes y las normas subjetivas de los adolescentes.
- Las actitudes respecto de las consecuencias sociales del hábito de fumar y las normas subjetivas guardaron relación con un mayor riesgo de susceptibilidad al hábito de fumar.
- Las adolescentes embarazadas, de bajos ingresos, perciben los beneficios inmediatos del tabaquismo: compensar los sentimientos de abandono, establecer una identidad independiente de la de sus padres, controlar el aumento de peso y dar a luz bebés más pequeños lo que, a su vez, reduce el tiempo del trabajo de parto y alivia el dolor. El estudio (Lawson 1994) sugiere que las actitudes positivas respecto del hábito de fumar cigarrillos pesan más que las consecuencias a largo plazo para la salud.
- Las actitudes y las normas subjetivas son factores pronósticos del consumo de alcohol y de drogas en los adolescentes, pero la autoestima no agrega nada significativo en ese sentido.
- Las normas percibidas por los estudiantes y las normas percibidas por el grupo de pares muestran una relación significativa con la conducta sexual intencional y real en los jóvenes en la etapa de la adolescencia media y tardía.
- Las normas subjetivas y las desventajas percibidas en el uso de preservativos son factores determinantes significativos de la intención.
- "Quienes tenían la intención" siempre mantenían una creencia más firme de que sus referentes importantes aprobaban el uso de preservativos que "quienes no tenían la intención".
- Las actitudes, las normas subjetivas y la autoeficacia son factores pronósticos de la intención de tener relaciones sexuales en los tres meses siguientes.
- En los adolescentes, el sabor *agradable e inmediato* del azúcar pesa más y desplaza el reconocimiento de los peligros que acarrea su consumo.
- La actitud es más importante que la norma subjetiva en el pronóstico de la intención de consumir bocadillos llenos de azúcar y grasa en los jóvenes en la etapa de la adolescencia inicial y media.

La teoría de la conducta planificada

La teoría de la conducta planificada de Ajzen (Ajzen y Madden 1986) amplía la teoría de la acción razonada (capítulo 10), al agregar a la última la variable del *control conductual percibido* (figura 11-1.). En este concepto se tienen en cuenta factores que están fuera del control de cada persona y pueden afectar su intención y su conducta. En parte, el control conductual percibido responde a la idea de que el desempeño conductual está determinado conjuntamente por la motivación (intención) y la capacidad (control de la conducta). Ajzen señala que su "control conductual percibido" no es, en realidad, diferente de lo que Bandura entiende por "autoeficacia" (por ejemplo, la capacidad percibida de ejecutar una conducta determinada, como se describe en el capítulo 8). Según la teoría de la conducta planificada, el control conductual percibido está determinado por:

- *Las creencias de control*, que se refieren a la existencia o la falta de recursos e impedimentos para el desempeño conductual.
- *El poder percibido*, o el impacto de cada recurso e impedimento para facilitar o inhibir la conducta.

Las personas con creencias de control arraigadas acerca de la existencia de factores facilitadores de la conducta, tendrán un alto grado de control percibido en cuanto a la conducta. Por el contrario, las personas con creencias de control arraigadas acerca de la existencia de factores limitantes de la conducta, tendrán un bajo grado de control percibido en cuanto a la conducta.

Al igual que la teoría de la acción razonada, la teoría de la conducta planificada no especifica los recursos ni los impedimentos particulares que deben medirse, sino que los identifica mediante entrevistas realizadas a una población específica para determinar la conducta objeto de investigación. Una vez identificados los recursos y los impedimentos, se miden las creencias de control y el poder percibido de las personas en relación con cada uno de esos factores.

La teoría afirma que el control percibido es un factor determinante, independiente de la intención conductual, junto con la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva. Al mantener constantes la actitud y la

Recuadro 11-1. **Teoría de la conducta planificada: conceptos teóricos clave**

■ **Intención**

■ **Actitud**

- Creencias conductuales
- Evaluación

■ **Norma subjetiva**

- Creencias normativas
- Motivación para cumplir

■ **Control conductual**

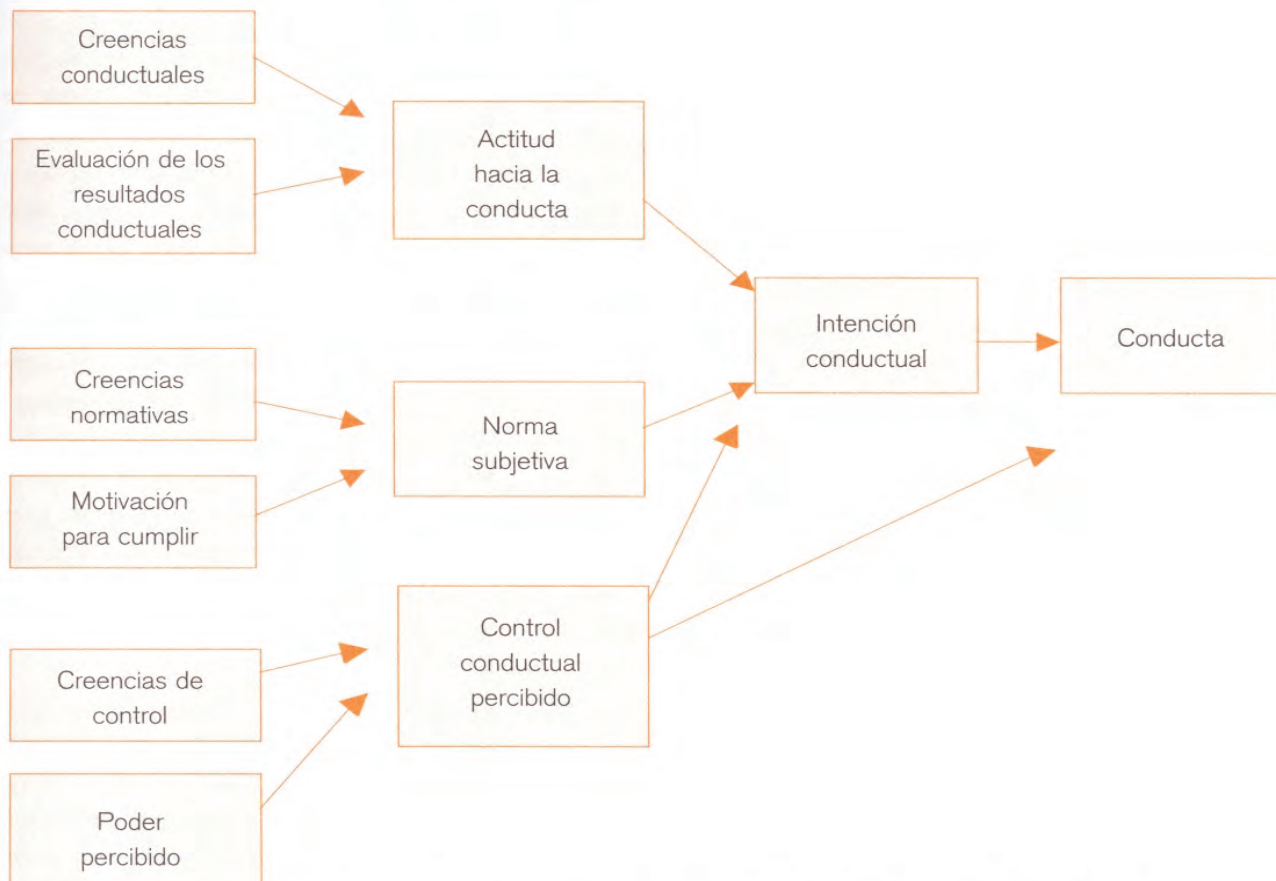
- Creencias de control
- Poder percibido

norma subjetiva, la percepción que tiene una persona de la facilidad o la dificultad del desempeño conductual afectará su intención conductual. Se supone que la importancia relativa de estos tres factores para determinar la intención varía según los diferentes patrones de conducta y las diversas poblaciones.

Investigación y comprobación de las aplicaciones prácticas de la teoría de la conducta planificada al estilo de vida de los adolescentes

En el Canadá, Europa y los Estados Unidos se ha analizado ampliamente la aplicación de la teoría de la conducta planificada para modificar los patrones de conducta de los adolescentes.

Figura 11-1. **La teoría de la conducta planificada**



Recuadro 11-2. **Teoría de la conducta planificada: conceptos teóricos clave en la adopción de patrones de conducta saludables**

- **Creencias conductuales:** creencia de que el desempeño conductual está relacionado con determinados atributos o resultados (equivalente a *expectativas de resultados* en la teoría social cognitiva, que se tratará en el capítulo 16).
- **Evaluación de los resultados conductuales:** valor atribuido a un resultado o atributo conductual (equivalente a *expectativas de resultados o incentivos* en la teoría social cognitiva, que se tratará en el capítulo 16).
- **Actitud:** evaluación general de la conducta definida.
- **Intención conductual:** probabilidad percibida de desempeñar la conducta.
- **Creencia normativa:** creencia de lo que, en opinión de otras personas (referentes), debería hacer la persona.
- **Motivación para cumplir:** motivación para llevar a cabo la conducta en relación con las opiniones o ideas de los referentes sobre esa conducta.
- **Norma subjetiva:** percepción que tiene la persona de los sentimientos de los referentes con respecto a la conducta definida.
- **Creencia de control:** probabilidad percibida de que ocurra cada una de las condiciones facilitadoras o limitantes.
- **Poder percibido:** efecto percibido de cada condición para dificultar o facilitar el desempeño de la conducta.
- **Control conductual percibido:** capacidad general percibida para desempeñar una conducta determinada (equivalente a *autoeficacia*, discutida en los capítulos 8 y 16).

Con esta teoría, se ha investigado a cabalidad la iniciación del tabaquismo en los jóvenes, según lo describen Kok y colaboradores en un capítulo titulado "Social psychology and health education" (Psicología social y educación para la salud) publicado en la revista *European Review of Social Psychology* (Kok et al. 1996). Por medio de entrevistas o cuestionarios de respuesta abierta, se interrogó a un grupo de jóvenes holandeses fumadores regulares y no fumadores entre 10 y 15 años ($n = 219$) acerca del hábito de fumar, con el fin de motivarlos a que expresaran las principales creencias sobre los posibles resultados de esa conducta, sus creencias normativas, las expectativas sobre la autoeficacia y las intenciones. A partir de este procedimiento de motivación, se elaboraron cuestionarios estructurados que consistieron en lo siguiente:

- creencias y evaluaciones de las consecuencias de fumar (por ejemplo, "si fumo o si comenzara a fumar, eso es (eso sería) muy [*sociable o insociable*]");
- creencias normativas y las correspondientes motivaciones para cumplir con respecto a di-

versos referentes sociales (por ejemplo, madre, padre, hermanos, amigos, compañeros de estudios);

- expectativas en cuanto a la autoeficacia (por ejemplo, la capacidad percibida del estudiante para rechazar ofrecimientos de cigarrillos, presentar argumentos contra el hábito de fumar y resistir las presiones sociales para fumar);
- intenciones en cuanto a la iniciación del tabaquismo y al hábito regular de fumar (por ejemplo, fumar con amigos y fumar en reuniones).

Las respuestas a estas preguntas sirvieron para distinguir a los jóvenes fumadores de los no fumadores. En comparación con los fumadores, los adolescentes holandeses no fumadores tenían mayor probabilidad de:

- sostener que fumar tiene consecuencias negativas para la salud (por ejemplo, cáncer, tos y náuseas) además de otros efectos negativos (por ejemplo, mal olor, alto costo y tendencia a ser ofensivo con los demás);
- afirmar que hay expectativas sociales negativas relacionadas con el hábito de fumar (por ejem-

plo, de los padres, otros familiares, amigos y compañeros de estudios);

- ser más autoeficaces en cuanto a abstenerse de fumar cuando lo hacen los amigos, rechazar cigarrillos, seguir absteniéndose de fumar y explicar que no desean fumar.

En comparación con los no fumadores, los estudiantes holandeses fumadores tenían mayor probabilidad de:

- reconocer las ventajas personales de fumar (por ejemplo, mayor sociabilidad, llamar la atención, relajarse o aliviar el aburrimiento);
- reconocer la importancia de pertenecer a un grupo y actuar como lo hacen los demás;
- presentar autoeficacia negativa a la hora de dar razones para rechazar un cigarrillo, abstenerse de fumar cuando los amigos lo hacen y convertirse en no fumadores.

Hanson (1999) realizó un estudio intercultural sobre las creencias de las mujeres adolescentes acerca del hábito de fumar. La teoría de la conducta planificada sirvió de base para crear el instrumento de investigación. Participaron en el estudio 141 mujeres adolescentes afroestadounidenses, 146 puertorriqueñas y 143 blancas no hispanas, de 13 a 19 años de edad. El análisis de regresión logística identificó creencias que guardaron una relación significativa con la conducta de fumar en cada grupo. Las creencias relacionadas con las actitudes acerca de fumar y la presión social percibida con respecto a fumar *variaron entre los tres grupos*. Los resultados indican que las creencias específicas se diferencian entre fumadores y no fumadores y que algunas creencias difieren según la cultura.

Una de las limitaciones de la mayoría de los estudios orientados a los adolescentes radica en que el análisis de la conducta frente al tabaquismo se hace desde dos posiciones opuestas: la de los fumadores y la de los no fumadores. En esta clasificación no se tiene en cuenta la comprensión del proceso ni las etapas por las que pasan los adolescentes de abstenerse de fumar a fumar de vez en

cuando y más tarde a hacerlo en forma regular. Godin (1996) propuso identificar las etapas de adopción de una conducta mediante la intersección de dos variables: la conducta en el pasado reciente y la intención de adoptar esta conducta en un tiempo determinado (futuro próximo). Según este enfoque, las etapas de adopción de la conducta de fumar serían:

- Etapa 1: cuando los no fumadores *no tienen* intención de fumar.
- Etapa 2: cuando los no fumadores *tienen* intención de fumar, al contrario de lo que ocurre en la etapa 1.
- Etapa 3: cuando los fumadores ocasionales *no tienen* intención de fumar.
- Etapa 4: cuando los fumadores ocasionales *tienen* intención de fumar.
- Etapa 5: cuando los fumadores regulares *tienen* intención de seguir fumando.

Godin también identificó un sexto grupo: los "desertores". Los desertores son los fumadores regulares que expresan la intención de dejar de fumar a corto plazo. No se incluyó a este grupo en ninguna de las etapas mencionadas, aunque la intención del grupo podría ser el paso siguiente para dejar de fumar, siempre y cuando sus miembros decidan seguir adelante y acompañar la intención con acciones.

Jomphe Hill et al. (1997) emprendieron un estudio para identificar variables de la teoría de la conducta planificada que diferenciaron y separaron estas etapas de adquisición del hábito de fumar en los adolescentes. La muestra estuvo formada por 294 estudiantes canadienses de 11 a 15 años. Los resultados mostraron que las variables de actitud y control conductual percibido marcaban diferencias significativas entre los estudiantes de las etapas 3 y 4, y que la variable de control conductual percibido marcaba diferencias significativas entre los estudiantes de las etapas 4 y 5. A partir de los resultados del estudio, los autores sugieren que las etapas podrían caracterizarse de la siguiente manera: los estudiantes en la etapa 1 tienen una actitud desfavorable en cuanto al hábito

de fumar. Si bien continúa siendo negativa, esta actitud es más favorable en los estudiantes de las etapas 2 y 3, pese a que la diferencia no es estadísticamente significativa. Sin embargo, en comparación con la etapa 3, la etapa 4 va acompañada de una actitud favorable con respecto al hábito de fumar y, en la etapa 5, se muestra una actitud aún más favorable. Surge un perfil similar para la variable del control conductual percibido. Los autores proponen que el contenido de los programas para la prevención del tabaquismo en los adolescentes debería fundamentarse en las creencias subyacentes a la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido, y adaptarse a cada etapa de la adquisición del hábito de fumar. Es posible influir sobre los estudiantes de las etapas 1 y 2 (no fumadores) a través de mensajes orientados hacia el fortalecimiento de su actitud desfavorable acerca de fumar cigarrillos. En el caso de los estudiantes de la etapa 3, los mensajes deberían dirigirse a los efectos del hábito de fumar a corto y a largo plazos. Sin embargo, también deberían ofrecer alternativas para las ventajas que los fumadores relacionan con el tabaquismo, dado que se observó que en la etapa 4 los estudiantes muestran una actitud favorable con respecto al hábito de fumar.

Wall, Hinson y McKee (1998) utilizaron la teoría de la conducta planificada para evaluar la contribución de las expectativas de resultados de alcoholismo y las actitudes con respecto al hábito de beber de 316 estudiantes universitarios estadounidenses de edad legal para consumir bebidas alcohólicas, quienes informaron que las consumían al menos una vez al mes. Se tomaron como medi-

das de criterio las intenciones de beber "demasiado" y los episodios de consumo excesivo auto-comunicados y, como variables independientes, las actitudes, la norma subjetiva, el control conductual percibido y la evaluación de resultados conductuales. Los resultados indicaron que la teoría parece ser un marco válido para pronosticar el consumo excesivo de alcohol por los estudiantes universitarios de pregrado. No obstante, el poder de predicción del modelo mejoró con la inclusión de expectativas de resultados del alcoholismo específicas para cada sexo. Además de las actitudes y del control conductual percibido, las expectativas femeninas de sociabilidad intensificaron, específicamente, el pronóstico de las intenciones de beber "demasiado". Las expectativas de buen funcionamiento sexual (varones) y de determinación (mujeres) intensificaron el pronóstico de consumo excesivo más allá de las intenciones y del control conductual percibido. Los autores llegaron a la conclusión de que, a diferencia de las actitudes, las expectativas de resultados de alcoholismo específicas de cada sexo son factores pronósticos próximos del consumo de alcohol entre los estudiantes universitarios de pregrado. Estos factores determinantes específicos de cada sexo reciben la influencia de las expectativas tradicionales de masculinidad y feminidad, en el sentido de que los varones beben para mejorar el funcionamiento sexual que se espera de ellos y las mujeres beben para mejorar su determinación que, de otro modo, es débil.

En el cuadro 11-1 se presentan las comprobaciones realizadas en un estudio canadiense ($n = 746$) en el que se emplearon las teorías de la acción ra-

Cuadro 11-1. **Cambios en los factores determinantes de la intención de realizar actividad física durante el desarrollo del adolescente**

	3.º grado (~ 9 años)	3.º grado (~ 11 años)	3.º grado (~ 14 años)	3.º grado (~ 17 años)
Norma subjetiva	+++++	++++	++	+
Actitudes	+	+++++	++	++++
Control conductual percibido	+	++	++++	+++++

zonada (capítulo 10) y de la conducta planificada (Mummery, Spence y Hudec 2000) para analizar la manera en que los factores determinantes de la actividad física podían variar con el desarrollo del adolescente.

Los autores observaron diferencias significativas en la importancia de los diferentes conceptos teóricos en el desarrollo de los adolescentes. En el estudio se demostró que apelar a la norma subjetiva cuando se planifica un programa de promoción de la actividad física orientado a los preadolescentes será una medida eficaz, pero eso no ejercerá ninguna influencia al planificar una actividad dirigida a los jóvenes en la etapa de la adolescencia tardía. El control conductual percibido es equivalente al concepto de autoeficacia de Bandura; es decir, en este caso, la capacidad percibida para realizar con éxito un programa de actividad física. Será importante tener en cuenta el control conductual percibido cuando se planifique un programa dirigido a jóvenes en la etapa de la adolescencia media y tardía, pero no necesariamente cuando se planifique un programa para preadolescentes.

Schaalma, Kok y Peters (1993) midieron y analizaron los factores determinantes de la intención de los jóvenes de usar preservativos para prevenir la infección por el VIH. El estudio aportó información detallada sobre jóvenes holandeses entre 12 y 18 años en cuanto a sus actitudes, influencias sociales y normas subjetivas percibidas, y expectativas de autoeficacia o control conductual percibido, con respecto a la intención de usar preservativos en forma regular para prevenir la infección por el VIH.

En lo referente a la actitud hacia el uso regular de preservativos, los resultados revelaron que la mayoría de los jóvenes consideraban esta conducta sensata y necesaria dado que brindaba protección contra el sida. Por otro lado, no consideraban el uso de preservativos como algo placentero. Los jóvenes que ya habían tenido relaciones sexuales fueron los que menos tendieron a mostrar una actitud positiva acerca del uso regular de preservativos. Si bien estimaban que el uso regular de

preservativos era sensato, no siempre lo consideraban necesario, en particular cuando tenían relaciones sexuales con una pareja relativamente bien conocida. En su opinión, utilizar preservativos implicaba una interrupción molesta y reducía la sensibilidad y el placer. Estos resultados indican que, en general, los jóvenes reconocen las ventajas preventivas del uso regular de preservativos y que estas ventajas compensan las desventajas y lo desagradable. Sin embargo, una vez que los jóvenes adquieren experiencia en las relaciones sexuales, las desventajas del uso regular de preservativos parecen adquirir mayor importancia y la necesidad parece tener menor importancia para ellos.

Con respecto a las influencias sociales, el estudio reveló que los jóvenes no percibían el uso de preservativos como una práctica corriente entre sus pares, aunque las normas subjetivas percibidas en cuanto al uso regular fueron moderadamente positivas. Las normas subjetivas percibidas de los jóvenes que aún no habían tenido relaciones sexuales fueron más positivas que las de quienes ya las habían tenido. Al considerar los diferentes referentes sociales, la influencia social positiva de los padres fue decisiva.

Con respecto a la autoeficacia o el control conductual percibido, el estudio reveló que los jóvenes anticipaban dificultades en cuanto a su capacidad para comprar preservativos, llevarlos consigo habitualmente, utilizarlos en forma regular y negociar su uso regular con una (posible) pareja sexual. Los jóvenes que aún no habían tenido relaciones sexuales mostraron una mayor tendencia a esperar dificultades para comprar preservativos y llevarlos consigo habitualmente. Los jóvenes que ya habían tenido relaciones sexuales mostraron una mayor tendencia a esperar dificultades para mantener el uso regular con una pareja relativamente bien conocida. Los jóvenes que no tenían el hábito de usar preservativos mostraron una mayor tendencia a tener pocas expectativas con respecto a su autoeficacia para mantener ese uso y a su capacidad de comunicación para negociarlo con una pareja sexual bien conocida.

Además, la teoría de la conducta planificada se ha utilizado para analizar las intenciones de voto de los legisladores estatales en Carolina del Norte, Texas y Vermont. Estos resultados pueden servir de guía para los educadores sanitarios en la planificación de mensajes para el trabajo de defensa activa. La teoría se utilizó también para seleccionar mensajes en la Campaña Mediática Nacional con-

tra las Drogas (National Anti-Drug Media Campaign) realizada en los Estados Unidos en 1997 (Capella et al. 2001).

En el cuadro 11-2 se resume el número de estudios encontrados, en los que se ha utilizado la teoría de la conducta planificada para analizar ciertos patrones de conducta de los adolescentes.

Cuadro 11-2. **Patrones de conducta de los adolescentes más comúnmente investigados mediante la teoría de la conducta planificada**

PATRONES DE CONDUCTA DE LOS ADOLESCENTES	NÚMERO DE ARTÍCULOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS POR PALABRAS CLAVE	
Salud sexual y reproductiva	13	Embarazo de adolescentes	2
		VIH/sida	7
		ITS	2
		Uso de preservativos	10
Consumo de tabaco, alcohol y drogas	12	Tabaco	6
		Alcohol	5
		Drogas	1
Actividad física y nutrición	4	Obesidad	0
		Actividad física	4
		Nutrición	0
Violencia	0		
TOTAL	29		

Recuadro 11-3. **Resumen de la teoría de la conducta planificada y el estilo de vida de los adolescentes**

- La actitud y el control conductual percibido diferencian de manera importante a los adolescentes fumadores ocasionales que tienen la intención de fumar de quienes no la tienen.
- El control conductual percibido diferencia a los adolescentes fumadores regulares de los adolescentes fumadores ocasionales que tienen la intención de fumar.
- La actitud, el control conductual percibido y las expectativas de sociabilidad intensifican el pronóstico de la intención de consumir alcohol de las mujeres en la etapa de la adolescencia tardía.
- Las expectativas de resultados específicas de cada sexo —mejor funcionamiento sexual entre los varones y mayor determinación entre las mujeres— intensifican el pronóstico de consumo excesivo de alcohol, más allá de las intenciones y del control conductual percibido en la etapa de la adolescencia tardía.
- La norma subjetiva surte efecto cuando se planifica una intervención para promover la actividad física dirigida a los preadolescentes, pero no tiene tanta influencia cuando se planifica una actividad dirigida a los jóvenes en la etapa de la adolescencia tardía.
- Será importante tener en cuenta el control conductual percibido al planificar un programa dirigido a los jóvenes en la etapa de la adolescencia media o tardía, pero no cuando se planifique un programa para preadolescentes.
- Una vez que los jóvenes adquieren experiencia en cuanto a las relaciones sexuales, las desventajas del uso regular de preservativos parecen adquirir mayor importancia y la necesidad parece ser de menor importancia para ellos.
- Los jóvenes que tienen experiencia en cuanto a las relaciones sexuales muestran una menor tendencia a tener una actitud positiva con respecto al uso regular de preservativos, en particular cuando tienen relaciones con una pareja relativamente bien conocida.
- La influencia social positiva de los padres con respecto al uso de preservativos es decisiva.
- En lo referente al control conductual percibido acerca del uso de preservativos, los jóvenes anticipan dificultades en cuanto a su capacidad para comprarlos, llevarlos consigo habitualmente, utilizarlos en forma regular y negociar su uso regular con una pareja sexual.
- Los jóvenes que no tienen experiencia en cuanto a las relaciones sexuales muestran una mayor tendencia a esperar dificultades para comprar preservativos y llevarlos consigo regularmente.
- Los jóvenes que no han adquirido el hábito del uso de preservativos mostraron una mayor tendencia a tener pocas expectativas acerca de su autoeficacia para mantener ese uso, y su capacidad de comunicación para negociarlo con una pareja sexual bien conocida.

La teoría del establecimiento de metas

El establecimiento de metas lleva al ser humano a un mejor desempeño porque las personas que definen sus metas se esfuerzan más, son perseverantes en sus tareas, se concentran más y, tal como lo exige la situación, trazan estrategias para demostrar su conducta (Bartholomew et al. 2001). La teoría del establecimiento de metas es claramente una teoría de acción y describe un método determinado para lograr el cambio de conducta. Al enseñar sobre la prevención de la infección por el VIH/sida, el educador puede relacionar las prácticas sexuales más seguras con otros objetivos importantes que el estudiante haya elegido, por ejemplo, su carrera futura y el riesgo de verla amenazada como consecuencia de prácticas sexuales menos seguras. De esta manera, las prácticas sexuales más seguras se convierten en parte de la estrategia para lograr los objetivos a largo plazo que los jóvenes hayan establecido.

Una de las principales críticas a las teorías del cambio de conducta tradicionales (por ejemplo, el modelo de creencias de salud, las etapas del cambio, la teoría de la conducta planificada) es la omisión del hecho de que las personas pueden diferir con respecto a los objetivos que persiguen (Buchanan 2000) y, por lo tanto, presentar variaciones en el valor asignado a su salud (Gebhardt y Maes 2001). Según esta crítica, en dichas teorías también se sobrevalora la adopción de decisiones racionales sobre las ventajas y desventajas como el principal proceso en que radica la conducta saludable. Históricamente, se ha capacitado a los planificadores de programas de promoción de la salud para identificar los objetivos de conducta de una intervención determinada de acuerdo con los resultados de salud que desean obtener (por ejemplo, reducir el número de casos de personas infectadas por el VIH, como un resultado de salud, e incrementar el uso de preservativos como un objetivo de conducta).

Por otro lado, las teorías sobre objetivos que se han aplicado últimamente en la investigación psicológica llevan a los investigadores a centrarse en la variación de los objetivos que buscan las personas y las diferencias en el valor relativo asignado a la salud personal. Las teorías confirman que se observa una conducta determinada para lograr los objetivos fijados con anterioridad, independientemente de su naturaleza. Estos objetivos son el resultado de procesos personales relacionados con el concepto que uno tiene de sí

mismo o con el análisis de la conveniencia y la posibilidad de realización de un objetivo potencial. Desde este enfoque, orientado hacia los objetivos, se piensa que la conducta comienza solamente cuando se espera que sirva para alcanzar un objetivo sumamente valorado. La selección de objetivos, la elección subsiguiente de una conducta y los mecanismos de control que acompañan al cambio de conducta determinan si se producirá dicho cambio de conducta o no. Gebhardt (1997) y Maes (Maes y Gebhardt 2000) crearon el "modelo de objetivos de conducta saludable" basado en esas consideraciones. Un principio básico del modelo es que la evolución hacia la conducta saludable deseada depende del grado de compatibilidad existente entre dicha conducta y los demás objetivos personales de cada uno. El concepto de objetivos personales, la idea principal que sirve de base al modelo, abarca todo lo que es importante para la persona, es decir, las cosas que desea realizar en su vida. Como observó Martin E. Ford: "Facilitar los objetivos personales y abstenerse de forzar a las personas debería ser el principio rector para motivarlas a cambiar su conducta" (Ford 1992, citado también en Maes y Gebhardt 2000, y en Gebhardt y Maes 2001). Asimismo el autor observó que la *motivación* es el conjunto de tres funciones psicológicas: *los objetivos, las emociones y las creencias en la capacidad de agencia personal (personal agency)* o las expectativas con respecto a la capacidad que tiene una persona de alcanzar un objetivo (Ford 1992).

El hecho de facilitar los objetivos personales es un elemento clave que contribuye a la consolidación del desarrollo de la identidad durante el período de la adolescencia. Aunque el establecimiento de metas se ha fomentado tradicionalmente en los jóvenes en la etapa de la adolescencia media y tardía, es también de suma importancia incluir este enfoque en programas e intervenciones destinados a los preadolescentes y a los jóvenes en la etapa de adolescencia inicial. El establecimiento de metas ayuda a desarrollar un "ideal del Yo", que permite a los jóvenes moldearse, evaluarse y proyectarse en el futuro. Este "ideal del Yo" permite a

los jóvenes en la etapa de la adolescencia inicial imaginarse a sí mismos en el futuro, en lugar de reaccionar solamente ante las situaciones diarias en las que responden a las necesidades del momento (el placer, la necesidad de establecer relaciones y la aceptación) y manifiestan un alto grado de vulnerabilidad con respecto a la presión de sus pares (Greenspan 1993). En este sentido, la idea de que la conducta comenzará sólo cuando se espera que sirva para alcanzar un objetivo sumamente valorado es una suposición alentadora dentro del contexto de la investigación sobre la salud de los adolescentes.

Los objetivos deben basarse en patrones de conducta específicos, que se puedan calificar u observar. Strecher y colaboradores (1995) aconsejan que se definan los objetivos en términos de conducta (por ejemplo, el ejercicio y la alimentación) en lugar de resultados de salud (por ejemplo, adelgazar). Locke y Latham (1991) han demostrado que el establecimiento de una meta difícil pero factible conduce a un mejor desempeño que el establecimiento de una meta fácil o que la falta absoluta de metas. Este efecto positivo referente a los objetivos difíciles se produce solamente si la persona acepta el desafío y tiene suficiente experiencia, autoeficacia e información para tener un desempeño satisfactorio. Debido a que los adolescentes no tienen suficiente experiencia ni autoeficacia, por lo general, el efecto positivo dependerá del apoyo social que reciban de los padres, los profesores y otros adultos o amigos con más experiencia que estén dispuestos a guiarlos a través del proceso de aprendizaje, y a ayudarlos a cumplir con sus objetivos y a superar los obstáculos. Las recompensas que obtendrán al alcanzar el objetivo les darán un sentido de satisfacción propia. A pesar de que el establecimiento de metas puede ser ineficaz cuando la tarea es relativamente compleja, el educador aún puede ayudar a identificar un número cada vez mayor de objetivos menos importantes que conduzcan al objetivo principal, y sugerir posibles estrategias para alcanzarlo, particularmente cuando se trabaja con los adolescentes más jóvenes.

Recuadro 12-1. **Teoría del establecimiento de metas: conceptos clave en la adopción de conductas saludables**

- El hecho de facilitar los objetivos personales motiva a las personas a cambiar los patrones de conducta.
- La elección y búsqueda de objetivos individuales es un elemento clave del desarrollo de identidad de los adolescentes.
- El establecimiento de metas debe fomentarse no solo en la etapa de la adolescencia media y tardía sino también en la preadolescencia y la adolescencia inicial.
- La conducta comenzará solamente si se espera que responda a un objetivo sumamente valorado.
- La compatibilidad entre la conducta deseada y otros objetivos personales es fundamental para el cambio de conducta.
- Un objetivo debe basarse en una conducta específica y mensurable.
- Los objetivos deben establecerse en términos de conducta en lugar de resultados para la salud.
- El establecimiento de metas puede ser ineficaz cuando la tarea es demasiado compleja.
- El establecimiento de metas difíciles pero factibles conduce a un mejor desempeño que el establecimiento de metas fáciles o la falta absoluta de metas.
- Es importante que los educadores de salud proporcionen un número cada vez mayor de objetivos menos importantes que conduzcan al objetivo principal, y recomienden posibles estrategias para alcanzarlo.
- El apoyo social para el desarrollo de estrategias y el logro de objetivos autodefinidos es particularmente decisivo para los adolescentes más jóvenes sin experiencia ni autoeficacia.

Investigación y comprobación de las aplicaciones prácticas de la teoría del establecimiento de metas al estilo de vida de los adolescentes

La teoría del establecimiento de metas ayuda a los adolescentes a organizar sus sueños y a diseñar el plan de acción correspondiente. Scales y Leffert (1999) describen el "sentido de tener un propósito en la vida" como uno de los elementos de identidad positiva importantes dentro del marco de los elementos fundamentales del desarrollo (tema presentado en el capítulo 19). La capacidad de planear el futuro es parte de las *funciones ejecutivas*, que desempeñan un papel importante en las actividades de autocontrol y se originan en los lóbulos prefrontales del cerebro. Como se observa en el capítulo 9 y se analizará en el capítulo 13, este recurso no alcanza la plenitud sino en la última etapa de la adolescencia (de los 16 a los 19 años).

El establecimiento de metas también puede ser una forma eficaz de captar la motivación del niño o del adolescente, puesto que la capacidad de enfrentar los desafíos y la competencia es un elemento importante en el desarrollo de la identidad

personal. Eso ocurre particularmente en el grupo de 9 a 12 años de edad, cuando la competencia con otros es la principal forma que tiene el niño de comprender en qué es superior y en qué no lo es en relación con los demás. La competencia en deportes y juegos es particularmente atractiva en esta etapa del desarrollo, aunque más para los varones que para las mujeres. En las últimas etapas del desarrollo de los adolescentes, la necesidad de tener éxito es una constante; por tal motivo, los esfuerzos para competir con los propios objetivos pueden convertirse en un medio eficaz de alcanzar el cambio conductual. Por tal motivo, crear oportunidades para que los adolescentes se sientan competentes y exitosos, sobre todo en los campos que más valoran, es una manera importante de fomentar los patrones de conducta que promueven la salud.

La teoría del establecimiento de metas ha demostrado que los adolescentes que apuntan a una conducta (actividad física o hábitos de alimentación) tienden a mejorar más que quienes no lo hacen (Cullen, Baranowski y Smith 2001; Patrick et al. 2001; Schnoll y Zimmerman 2001). La Universidad de California ha establecido con carácter pio-

nero una intervención educativa (*EatFit*) ("Coma sano"), destinada a los estudiantes de escuelas de enseñanza media residentes en comunidades de bajos recursos. El establecimiento de metas con orientación personal es la estrategia principal y la tecnología en computación se utiliza para ayudar a los adolescentes con la evaluación del régimen de alimentación y el establecimiento "guiado" de objetivos, a medida que realizan su propia elección con respecto a un estilo de vida saludable. Las nueve lecciones del programa remiten a tres mensajes previamente identificados por el grupo focal de estudiantes de escuelas de enseñanza media como incentivos para cambiar los patrones de conducta relacionados con los hábitos de alimentación y las actividades físicas: más energía, mejor aspecto y más independencia.

Se realizó un estudio transversal para evaluar la eficacia de la intervención *EatFit*. Los estudiantes mostraron cambios positivos en los patrones de conducta alimentaria ($p = 0,03$) y en la autoeficacia en las actividades físicas (prueba T de pares: $p = 0,02$). Si los estudiantes fijan un objetivo referente a la alimentación, aumentan los patrones positivos de conducta alimentaria específica para lograr dicho objetivo ($p = 0,04$). Los participantes se autoevaluaron y consideraron que habían logrado al menos un adelanto perdurable en la elección relativa a la alimentación (74%) y la actividad física (69%). En un ensayo práctico aleatorio controlado, con el fin de investigar el efecto del elemento del establecimiento guiado de metas de *EatFit*, se observó que 73% de los participantes en el grupo de tratamiento (intervención con establecimiento guiado de metas) mostraron adelantos en las prácticas de alimentación, en comparación con el grupo testigo (intervención sin establecimiento guiado de metas), cuyo porcentaje fue de 53% ($p = 0,04$). Los participantes del grupo de tratamiento también mostraron adelantos significativos en comparación con los participantes del grupo testigo (44% frente a 29%) en la variable de autoeficacia en la actividad física ($p = 0,01$). En 2003, 10.000 estudiantes de escuelas de enseñanza media de California participaron en el programa *EatFit* (University of California 2004).

Sanderson y Cantor (1995) analizaron si los adolescentes establecían diferentes objetivos con respecto a las citas sociales, al aplicar una "escala de objetivos relacionados con citas sociales" a 905 estudiantes en los Estados Unidos. El estudio identificó el predominio de dos objetivos distintos relacionados con las citas o noviazgos: los *objetivos de intimidad*, relacionados con la comunicación abierta y la dependencia mutua, y los *objetivos de identidad*, relacionados con la confianza en sí mismos y la búsqueda interior. Estos objetivos predominantes y distintos también guardaron relación con diferentes patrones de citas y conducta sexual. Los adolescentes con objetivos de identidad predominantes tuvieron más citas casuales y parejas sexuales, y los adolescentes con objetivos de intimidad demostraron tener relaciones más perdurables.

Sanderson y Cantor formularon posteriormente la hipótesis según la cual los adolescentes con objetivos de intimidad predominantes probablemente se identificarían con las actividades educativas que hicieran hincapié en la comunicación eficaz con la pareja sobre prácticas sexuales más seguras. Por otra parte, quienes tienen objetivos de identidad predominantes pueden sentirse atraídos por las actividades que facilitan la autosuficiencia al centrarse en las habilidades técnicas y eróticas relativas al uso de preservativos. El estudio indica que la adaptación de actividades de enseñanza e información sobre las prácticas sexuales más seguras a estos objetivos diferentes, relativos a las citas, debería aumentar el impacto y la eficacia de dicha educación.

Los autores realizaron un segundo estudio para probar esta hipótesis. Se asignaron de manera aleatoria 136 estudiantes universitarios estadounidenses de pregrado (edad promedio: 19,8 años) a tres grupos con diversas situaciones de instrucción: grupo de habilidades técnicas, grupo de habilidades de comunicación y grupo testigo sin actividades de instrucción. El grupo de habilidades de comunicación incluyó actividades dirigidas a la negociación con la pareja sobre el uso de preservativos y adiestramiento en dramatización. El

grupo de habilidades técnicas incluyó actividades dirigidas a la aptitud para usar preservativos y a la enseñanza de habilidades eróticas. Los resultados del seguimiento realizado durante 1 año indicaron que los efectos a largo plazo de la participación, en cuanto a la educación sobre prácticas sexuales más seguras, llevaron a demostrar una mayor intención de utilizar preservativos. Estos resultados mostraron que las personas tienen grandes probabilidades de aprender a seguir prácticas sexuales más seguras, y a mantenerlas, en entornos educativos y durante situaciones de encuentros naturales con el sexo opuesto, que son más pertinentes en cuanto a sus objetivos predominantes relativos a las citas.

Kaldmae y colaboradores (2000) describieron su experiencia con tres proyectos de prevención realizados con jóvenes por la Asociación Estoniana contra el Sida (*Estonian Anti-AIDS Association*), desde 1997 hasta 1999. La idea de las estrategias preventivas era promover en los jóvenes la toma de decisiones propias sobre la conducta de riesgo. Los autores destacaron la importancia de mantener la continuidad de los proyectos de prevención que ayudarán a los jóvenes a conocerse a sí mismos y a permitirles establecer objetivos en relación con su salud general y sexual.

La teoría del establecimiento de metas también se ha utilizado para abordar el tema del embarazo en la adolescencia (Montgomery 2001; Perrin et al. 2000; Brown, Saunders y Dick 1999; Walsh y Corbett 1995). El programa *Dollar-A-Day* (Un dólar por día) se creó en 1990 en el Estado de Carolina del Norte, Estados Unidos, con el fin de reducir el número de embarazos de jóvenes menores de 16 años que ya habían tenido su primer hijo (Brown, Saunders y Dick 1999). Las reuniones semanales trataban de educación sobre nutrición, un pro-

grama informal para examinar las necesidades señaladas por los miembros, el establecimiento de metas a corto plazo, y la recompensa de un dólar por cada día en que las participantes no quedaran embarazadas. Tras cinco años de funcionamiento, solo 15% de las 65 mujeres inscritas en el programa volvieron a quedar embarazadas. El programa es un modelo para iniciativas similares.

A pesar de que la teoría del establecimiento de metas se describe como una teoría sobre el cambio de conducta individual, también puede aplicarse para fomentar cambios en los planos interpersonal y comunitario. MacDonald y Green (2001) estudiaron la implementación de un proyecto escolar de prevención del consumo de alcohol y drogas, en escuelas secundarias de Columbia Británica, Canadá. Los autores explicaron que uno de los enfoques principales del proyecto era que los educadores, después de establecer su credibilidad en la escuela, alinearán los *objetivos*, los valores y la filosofía del proyecto con los de la escuela.

Por lo general, la teoría del establecimiento de metas se ha estudiado menos en los patrones de conducta de los adolescentes que otras teorías descritas en capítulos anteriores, a pesar de que parece cumplir una función subyacente fundamental en la planificación, la implementación y la supervisión de las intervenciones que promueven la salud destinadas a los adolescentes. La teoría ayuda a fomentar el desarrollo del "ideal del Yo", una tarea importante en la etapa de la adolescencia inicial. También permite el fomento y la supervisión de cambios de conducta específicos durante la adolescencia.

En el cuadro 12-1 se presenta el número de estudios encontrados, que se han hecho con la teoría del establecimiento de metas según los patrones de conducta de salud.

Cuadro 12-1. **Patrones de conducta de los adolescentes más comúnmente investigados mediante la teoría del establecimiento de metas**

PATRONES DE CONDUCTA DE LOS ADOLESCENTES	NÚMERO DE ARTÍCULOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS POR PALABRAS CLAVE	
Salud sexual y reproductiva	10	Embarazo de adolescentes	6
		VIH/sida	2
		ITS	1
		Uso de preservativos	1
Consumo de tabaco, alcohol y drogas	5	Tabaco	4
		Alcohol	3
		Drogas	4
Actividad física y nutrición	8	Obesidad	1
		Actividad física	1
		Nutrición	6
Violencia	0		
TOTAL	23		

Recuadro 12-2. **Resumen de la teoría del establecimiento de metas y el estilo de vida de los adolescentes**

- El sentido de tener un propósito en la vida, en lo que respecta al establecimiento de metas personales, es un elemento fundamental del desarrollo interior y se ha relacionado con un estilo de vida que promueve la salud de los adolescentes.
- El establecimiento de metas ayuda a desarrollar un “ideal del Yo” que permite a los jóvenes moldearse, evaluarse y proyectarse en el futuro.
- El establecimiento de metas individuales puede ser una forma eficaz de captar la motivación del niño o del adolescente, puesto que la capacidad de enfrentar los desafíos y la competencia es un elemento importante del desarrollo de la identidad personal.
- Los adolescentes que apuntan a una conducta específica (por ejemplo, la actividad física o los hábitos de alimentación) tienden a mejorar más que quienes no lo hacen.
- Los adolescentes pueden tener dos objetivos predominantes distintos en relación con las citas (el noviazgo):
 - Objetivos de intimidad (relaciones de noviazgo más perdurables)
 - Objetivos de identidad (noviazgos o citas casuales con distintas parejas o compañeros)
- El objetivo pertinente en cuanto a la educación sobre prácticas sexuales más seguras llevará a los adolescentes a demostrar mayores intenciones de utilizar preservativos.

La teoría de la autorregulación

Hace algunos años surgió una nueva perspectiva teórica que resalta la importancia de la autorregulación, cuyo punto máximo, como ya hemos visto en los capítulos anteriores, se alcanza en la etapa de la adolescencia tardía. La teoría de la autorregulación subraya los procesos dinámicos que participan en la definición, el esfuerzo en pro y el logro de los objetivos relacionados con la salud. Estos procesos comprenden las consecuencias de los éxitos y los fracasos, y también la forma de lidiar con los obstáculos para cambiar los patrones de conducta que comprometen la salud y adoptar los que sean más saludables.

Las conceptualizaciones de la autorregulación giran en torno a la manera en que las personas pueden corregir sus patrones de conducta por cuenta propia (Bartholomew et al. 2001). Los elementos básicos son:

- identificar correctamente y registrar un tipo específico de conducta;
- definir objetivos aceptables;
- evaluar la respuesta;
- cambiar la conducta previa de acuerdo con la evaluación de la respuesta o reforzar la respuesta si se cumple la norma.

El proceso citado es cíclico y se basa en supervisión. La capacidad de autorregulación es una tarea del desarrollo sumamente importante, que debe adquirirse durante la adolescencia. Para algunos adolescentes es fácil de lograr y para otros presenta grandes desafíos, debido a las diferencias biológicas y ambientales. Las capacidades de autorregulación incluyen las propias exigencias en el establecimiento de metas, la automotivación y la autodirección para lograr los objetivos propuestos, y la autoevaluación para ponderar los errores, las fallas y los obstáculos. La autorregulación se logra cuando las personas son capaces de supervisar su propia conducta por medio de las indicaciones y opiniones del mundo exterior así como también por medio de evaluaciones cognitivas y procesos afectivos internos. Aunque la capacidad de autorregulación aumenta con la edad, el funcionamiento real siempre está determinado por consideraciones biológicas (por ejemplo, el estado de desarrollo de los lóbulos prefrontales del cerebro) y fuerzas objetivas externas, además de las consecuencias socioambientales (Muss 1996).

Como se señaló en los capítulos 9 y 12, la expresión *funciones ejecutivas* se refiere a las acciones autodirigidas que la persona utiliza para sus fines de autocontrol. El análisis y el entendimiento de estas funciones pueden brindar información singular acerca de la forma en que se puede autorregular o guiar internamente la conducta humana. Russell Barkley (1997) analizó diferentes modelos de las funciones ejecutivas del lóbulo prefrontal (Damasio 1995, 1994; Goldman-Rakic 1995a, 1995b; Fuster 1995, 1989; Bronowski 1977; Vygotsky 1962) y señaló que las siguientes funciones son necesarias para la autorregulación:

- inhibición conductual,
- memoria de trabajo,
- interiorización del habla,
- sistema de valoración motivacional,
- reconstitución (síntesis conductual).

■ **Inhibición conductual:**

La inhibición conductual requiere la adquisición de un sistema que ofrezca inhibición de las respuestas cuya función sea maximizar las consecuencias inmediatas. El desarrollo de la función de inhibición conductual es crítico para permitir que las consecuencias demoradas afecten el control conductual. Se ha demostrado la enseñanza de habilidades de autorregulación en el ámbito escolar (Schunk 1998). Por ejemplo, la mayoría de los jóvenes desarrollan su capacidad de inhibición conductual para no interrumpir una clase mediante constante refuerzo de los profesores. Con el tiempo, aprenden gradualmente a reprimir el impulso de hablar fuerte o cuando no les corresponde y de emplear otros patrones de conducta molesta en la clase. El sistema de inhibición también les da a los adolescentes el poder de interrumpir los patrones de conducta vigentes, si la información proveniente de los patrones inmediatamente pasados en la secuencia indica errores o ineffectividad de los patrones vigentes. En este sistema, por ejemplo, los niños interrumpirán cualquier conducta perturbadora si la respuesta del profesor es una expresión facial silenciosa pero severa. Por último, parece ser que este sistema de

inhibición funciona para controlar las fuentes de interferencia que podrían interrumpir, revolucionar o desplazar las actividades que ocurren dentro de la memoria de trabajo. El resultado final es que, con el transcurso del tiempo, los niños aprenden a fijar su atención en el salón de clase y a filtrar las distracciones extrañas del entorno.

El desarrollo de la capacidad de inhibición conductual es crítico para ayudar a los adolescentes a enfrentar eficazmente las numerosas tentaciones y peligros que son parte de la vida cotidiana. Lamentablemente, el logro de la inhibición conductual está cada vez más desafiado por la omnipresencia de los mensajes de los medios de comunicación del mundo de hoy, tales como los que aparecen en los videos musicales, la propaganda por radio y televisión y las películas. Dichos mensajes alientan los patrones de conducta impulsiva relacionada con el consumo de comida poco saludable, así como también la experimentación con el tabaco, el alcohol y la actividad sexual, y la resolución de conflictos por medio de la violencia. Esta situación se ve aún más favorecida por el hecho de que los adolescentes adquieren un grado creciente de autonomía al mismo tiempo que disminuye la supervisión de los padres. Particularmente en los casos en que, debido a horarios de trabajo u otros compromisos extrafamiliares, los padres pasan mucho tiempo fuera de la casa, se pierden oportunidades valiosas de brindar a los adolescentes refuerzos y opiniones constantes sobre su capacidad de inhibición conductual.

La adquisición de la capacidad de inhibición conductual de los adolescentes establece el marco para el desarrollo de la capacidad de autorregulación mediante las otras cuatro funciones ejecutivas que se analizan a continuación.

■ **Memoria de trabajo:**

En la mayoría de las situaciones de la vida real, las personas guardarán información y podrán recordarla, no solo por el simple hecho de recordarla, sino como requisito para solucionar

un problema vigente. Estas rememoraciones implican decidir qué tipo de información es útil para manejar la situación en cuestión y luego seleccionar esta información según el conocimiento disponible acumulado en el cerebro. Además, dada la naturaleza cambiante de nuestras actividades, podemos hacer un leve cambio instantáneo de una selección a otra y luego repetir el proceso. La memoria basada en ese proceso fluido de toma de decisiones en constante situación de cambio, la selección de información y la ida y vuelta de la información está guiada por los lóbulos frontales y se llama *memoria de trabajo*. Está muy vinculada con la función principal de los lóbulos frontales en la organización temporal de la conducta y en el control de la secuencia correcta en la que se establecen varias operaciones mentales para cumplir el objetivo de la persona.

Goldman-Rakic (1995a) describió dos funciones temporalmente simétricas dentro de este sistema, una de las cuales permite la rememoración o la nueva percepción del pasado y, a su vez, da lugar a la segunda, que es la construcción de futuros hipotéticos, la preparación de planes para alcanzar esos escenarios futuros tal como se imaginaron y la construcción de estructuras conductuales relacionadas con ellos.

Cuando los adolescentes tienen que enfrentarse a las tentaciones y las presiones, necesitan tener no sólo capacidades de inhibición conductual, sino también habilidades para tomar decisiones acerca de cómo reaccionar ante esas tentaciones. De este modo, la memoria de trabajo parece alejar la respuesta conductual del estímulo inmediato y del control externo, y centrarla más hacia el futuro por medio de la información internamente generada que surge de la actividad mental privada y secreta.

■ Interiorización del habla:

La investigación de la psicología del desarrollo sugiere que este proceso de interiorización del habla como forma de diálogo consigo mismo, que se torna progresivamente más privado, se-

creto o interiorizado, es una contribución importante para el desarrollo del autocontrol (Berk 1994, 1992; Kopp 1982). Por eso, la interiorización del habla deberá incluirse en cualquier modelo de funciones ejecutivas que se use para dar cuenta del desarrollo de la autorregulación humana. Los adolescentes que enfrentan tentaciones y peligros estarán en mejores condiciones de aumentar sus posibilidades de elección saludable y cuidadosa, si tienen la capacidad de activar un diálogo interno y considerar diferentes respuestas alternativas, en lugar de reaccionar únicamente por impulso.

■ Sistema de valoración motivacional:

Este sistema permite la valoración afectiva y motivacional de sucesos pasados que permanecen en la memoria de trabajo y de los futuros hipotéticos creados a partir de ellos. Por medio de la asociación de tonos o colores afectivos y motivacionales con tales sucesos, el sistema de valoración motivacional permite que se retengan o desechen de inmediato, según el valor afectivo y motivacional que tengan para la persona. Tal sistema, como lo señala Damasio (1994), brinda las restricciones necesarias para la toma de decisiones cuando se considera una variedad de sucesos pasados y los pares hipotéticos de opción-resultado. La reactivación de la información sensorial-motriz trae aparejados automáticamente los aspectos afectivos y motivacionales relacionados con los sucesos del pasado (sus *marcadores somáticos*) y estos marcadores están inherentemente vinculados con esos planes o futuros hipotéticos contruidos a partir del pasado. Por ejemplo, si un adolescente tiene una experiencia placentera con sus amigos cuando participan juntos en una actividad física, es más probable que se sienta motivado a hacer ejercicio de nuevo con esos amigos en el futuro.

■ Reconstitución (síntesis conductual):

Bronowski (1977) afirmó que el poder de sintetizar las estructuras conductuales novedosas y complejas surge de la capacidad de analizar y desmembrar las estructuras conductuales pasa-

das y su jerarquía. Luego, uno puede reorganizarlas en nuevas estructuras y secuencias. La principal finalidad de todo esto es alcanzar un objetivo específico. Tal función otorga a los seres humanos una asombrosa capacidad de diversidad, flexibilidad y creatividad en la formulación de estructuras conductuales orientadas hacia el futuro. Como se observó en el capítulo 9, por ejemplo, la dramatización puede ser una técnica eficaz de alivio dramático para ayudar a las personas a pasar de la etapa de precontemplación a la etapa de contemplación, puesto que facilita el reconocimiento de las emociones subyacentes que acompañan a los patrones de conducta de riesgo no saludable y sus consecuencias. En este sentido, si se enseñan a los adolescentes las habilidades de resistencia a las drogas utilizando la dramatización, ellos estarán en mejores condiciones de reconstituir esas habilidades ya incorporadas ante una situación de la vida real que esté cargada de emociones similares a las que ellos reconocieron y entendieron durante los ejercicios de dramatización.

En los estudios sobre el desarrollo de las funciones ejecutivas en niños y adolescentes se pone de manifiesto el tiempo diferencial probable para la maduración de dichas funciones. Levin y colaboradores (1991) observaron incrementos significativos en el número de mediciones de funciones ejecutivas evaluadas en relación con la edad. Hallaron diferencias en la sensibilidad a los comentarios, la solución de problemas, la formación de conceptos y el con-

trol de los impulsos entre los grupos de niños normales de 7 a 8 años y de 9 a 12 años. Se observaron grandes adelantos en el desarrollo de las estrategias y la eficiencia de la memoria así como en la planificación del tiempo, la solución de problemas y la búsqueda de hipótesis entre adolescentes normales de 9 a 12 años y de 13 a 15 años de edad.

Investigación y aplicación práctica de la teoría de autorregulación al estilo de vida de los adolescentes

Griffin y colaboradores (2000a) estudiaron los factores psicosociales y conductuales en los jóvenes en la etapa de la adolescencia inicial, como factores pronósticos de un alto consumo de bebidas entre los estudiantes de escuelas secundarias. Como parte de una encuesta realizada en la escuela, los estudiantes de 7^o grado ($n = 1.132$) declararon diversos grados de experimentación con alcohol y cigarrillos. También se analizaron varios factores psicosociales considerados importantes en el estudio de las causas del hábito de beber. Se hizo un seguimiento de los estudiantes de 12^o grado, del que se desprende que 16% beben alcohol en exceso. El análisis de regresión logística reveló que haber experimentado con alcohol o cigarrillos, haber tenido amigos que en su mayoría bebían y haber tenido un autocontrol conductual deficiente durante la adolescencia eran un pronóstico del hábito de beber. Tarter y colaboradores (1995) analizaron la relación entre la irritabilidad en la infancia y la propensión al uso de sustancias durante la etapa de la adolescencia ini-

Recuadro 13-1. Funciones ejecutivas necesarias para la autorregulación

- **Inhibición conductual:** la habilidad para inhibir las respuestas y demorar la gratificación inmediata.
- **Memoria de trabajo:** la habilidad de guardar información útil para solucionar problemas.
- **Interiorización del habla:** la habilidad de interiorizar el habla como forma de conversación dialógica consigo mismo.
- **Sistema de valoración motivacional:** la evaluación motivacional y afectiva de los acontecimientos pasados que permanecen en la memoria de trabajo para aplicarse en la creación de futuros hipotéticos.
- **Reconstitución (síntesis conductual):** la capacidad de sintetizar los patrones de conducta nuevos y complejos, analizar o desmembrar las estructuras conductuales pasadas y su jerarquía, y juntar y reordenar en nuevas estructuras y secuencias tanto los patrones nuevos como los pasados.

cial. Los resultados del seguimiento indicaron que la suma de la disfunción familiar, el estado de estrés del niño y el escaso autocontrol conductual dieron como resultado una proporción significativa de variaciones en la escala de irritabilidad dos años más tarde y que esta característica, junto con la discordia familiar, estaba relacionada con el uso de sustancias en la etapa de la adolescencia inicial como una respuesta para enfrentar problemas.

Wills y colaboradores (2001a) estudiaron la relación existente entre las dimensiones del temperamento y el uso de sustancias en 1.810 estudiantes de escuelas públicas (edad media: 11,5 años). La presencia de un buen autocontrol conducía a un mejor desempeño académico y tenía diferentes efectos en la reducción del uso de sustancias; un escaso autocontrol conducía a una relación más anormal con los pares.

Novak y Clayton (2001) consideraron la influencia del ámbito escolar y la autorregulación en las transiciones entre las etapas del hábito de fumar. El análisis de las interacciones de múltiples niveles entre la autorregulación y el contexto escolar reveló que los estudiantes que tenían un control emocional deficiente eran más proclives a experimentar con el cigarrillo en las escuelas con niveles de disciplina y participación deficientes (por ejemplo, poca preocupación por los estudiantes y menos interés activo en su bienestar) que alumnos similares en escuelas con niveles más altos de las características mencionadas. Este estudio ilustra cómo los factores psicológicos de riesgo del uso de sustancias pueden variar en los diferentes ambientes sociales escolares.

Wills, Sandy y Yaeger (2002a) sometieron a prueba los pronósticos, derivados del modelo de autorregulación, sobre las variables que moderan la relación entre el nivel de uso de sustancias (tabaco, alcohol y marihuana) y los problemas relacionados con su uso (relaciones interpersonales, desempeño escolar y dificultades con los sistemas legales y judiciales) en la etapa de la adolescencia media. Se observó que algunas personas tienen dificultad para enfrentar problemas y controlar sus emocio-

nes, y que muchos aspectos de las características de esta autorregulación harían a las personas más propensas a experimentar problemas de uso de sustancias. Los autores concluyeron que las variantes relacionadas con un autocontrol deficiente y afectividad negativa intensificarían la relación entre el nivel de uso de sustancias y estos problemas. La presencia de un buen autocontrol y de afectividad positiva tendría efectos de moderación protectores, lo que reduciría la relación entre el nivel de uso de sustancias y los problemas. Los pronósticos se sometieron a prueba en dos grupos muestrales ($n = 1.699$ y $n = 1.225$) de jóvenes estadounidenses en la etapa de la adolescencia media (edad media: 15,5 años). Los resultados confirmaron el pronóstico de que las variables indicadoras de un buen autocontrol tenían efectos de moderación protectores, lo que reduciría la relación entre el nivel y los problemas. Las variables indicadoras de un autocontrol deficiente tenían efectos de moderación que exacerban los riesgos, lo que aumentaría la relación entre el nivel y los problemas. Estas comprobaciones ayudan a destacar la importancia de promover la autorregulación y el autocontrol como capacidades del desarrollo en las primeras etapas del desarrollo del adolescente.

Hernández y DiClemente (1992) analizaron el conocimiento, las actitudes, el desarrollo moral, los factores psicosociales y los patrones de conducta referentes al VIH entre estudiantes universitarios varones de los Estados Unidos. Hallaron que los jóvenes en la etapa de la adolescencia tardía con un menor desarrollo del "Yo" (dirección hacia los objetivos) y autocontrol, eran significativamente más proclives a participar en actividades sexuales sin preservativos. En otro estudio sobre las diferencias entre los sexos y la conducta sexual (Mackellar et al. 2000), el autocontrol insuficiente guardó relación con la falta de uso de preservativos entre los jóvenes fugitivos y sin hogar, observación solo pertinente para los varones.

Los estudios descritos son solo una muestra de todos los que han utilizado la teoría de la autorregulación para analizar la conducta de los adolescentes respecto de la salud. Por lo general, se ha

empleado esta teoría para comprender el consumo del tabaco, el alcohol y las drogas entre los adolescentes, pero poco se ha tenido en cuenta al examinar la conducta sexual y reproductiva. La capacidad de autorregulación y autocontrol es una tarea sumamente importante del desarrollo que debe dominarse durante las etapas del desarrollo en la preadolescencia y la etapa inicial de la adolescencia. Entre otras cosas, esa capacidad permite regu-

lar mejor la excitación en los varones en la sociedad de hoy que alienta la experiencia sexual masculina y que se caracteriza por altas tasas de coerción y abuso sexual.

En el cuadro 13-1 se presenta el número de estudios encontrados, que se han hecho con la teoría de la autorregulación para analizar ciertos patrones de conducta de salud.

Cuadro 13-1. **Patrones de conducta de los adolescentes más comúnmente investigados mediante la teoría del establecimiento de metas**

PATRONES DE CONDUCTA DE LOS ADOLESCENTES	NÚMERO DE ARTÍCULOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS POR PALABRAS CLAVE
Salud sexual y reproductiva	4	Embarazo de adolescentes
		VIH/sida
		ITS
		Uso de preservativos
Consumo de tabaco, alcohol y drogas	31	Tabaco
		Alcohol
		Drogas
Actividad física y nutrición	3	Obesidad
		Actividad física
		Nutrición
Violencia	4	
TOTAL	42	

Recuadro 13-2. **Resumen de la teoría del autocontrol y el estilo de vida de los adolescentes**

- La autorregulación y el autocontrol conductual deficientes durante la adolescencia guardan relación con el hábito de beber, el uso de sustancias, la experimentación con tabaco, las relaciones anormales con los pares y una mayor posibilidad de participar en actividades sexuales sin preservativos.
- El buen autocontrol y la afectividad positiva tienen efectos de moderación protectores, lo que reduce la relación entre el nivel de uso de sustancias (tabaco, alcohol y marihuana) y los problemas relacionados con dicho uso (relaciones interpersonales, desempeño escolar y dificultades con los sistemas legales y judiciales).
- La presencia de un buen autocontrol conduce a un mejor desempeño académico y tiene efectos directos en la reducción del uso de sustancias en los adolescentes.

La teoría de la búsqueda de sensaciones

¿Por qué son algunos adolescentes más temperamentales, activos, arriesgados o “difíciles” que otros? Se ha dicho que las diferencias entre las personas existen en el momento de nacer y se ven afectadas —aunque no son determinadas— por la experiencia postnatal. El concepto de temperamento se ha aceptado ampliamente como uno de los aspectos básicos del elemento psicológico de la función conductual. Los resultados del Estudio Longitudinal de Nueva York (*New York Longitudinal Study*, NYLS), una investigación sistemática realizada a largo plazo por Stella Chess y Alexander Thomas, llevaron a establecer un vasto corpus de investigación sobre el temperamento y otras diferencias personales (véase Kohnstamm et al. 1989). Chess y Thomas (1996) describieron nueve categorías de diferencias personales que determinan el temperamento: 1) el grado de actividad, 2) la “ritmicidad” o regularidad de las funciones biológicas y la previsibilidad, 3) la tendencia a acercarse o alejarse al enfrentarse con estímulos nuevos, 4) la adaptabilidad a situaciones nuevas, 5) el umbral de respuesta, 6) la intensidad de reacción, 7) la calidad del estado de ánimo, 8) la capacidad de distracción y 9) el período de atención y persistencia.

Chess y Thomas describieron también los principales tipos de temperamentos:

- *Temperamento fácil*, que se caracteriza por regularidad, respuestas positivas de acercamiento ante nuevos estímulos, gran adaptabilidad al cambio y estado de ánimo de intensidad leve a moderada, generalmente positivo.
- *Temperamento lento*, que es un conjunto de respuestas negativas de intensidad leve a los nuevos estímulos, con adaptabilidad lenta después de un contacto repetido, así como algunas irregularidades en las funciones biológicas (por ejemplo, patrones de sueño y esquemas de alimentación), y
- *Temperamento difícil*, que se caracteriza por importantes irregularidades en la función biológica, respuestas negativas de alejamiento frente a nuevos estímulos, falta de adaptabilidad al cambio e intensas expresiones del estado de ánimo, frecuentemente negativas.

El NYLS demostró que los lactantes con temperamento difícil tendían a convertirse en “niños y adolescentes difíciles”, caracterizados por un estilo de oposición y desafío en su interacción con los demás. Chess y

Thomas insisten en que, si bien los “niños difíciles” muestran trastornos de conducta (por ejemplo, agresividad, delincuencia), esta conducta sólo se da como resultado de la interacción en un ámbito de crianza inapropiado o, de lo contrario, en un ámbito social inadecuado. Además, según un estudio anterior (Thomas, Chess y Birch 1968), la interacción entre padres e hijos debería analizarse no sólo para descubrir cuál es la influencia de los padres sobre el niño sino también para ver cuál es la influencia de las características personales del niño sobre los padres. Los autores acuñaron la expresión *buena adaptación* (*goodness of fit*) para explicar cómo la consonancia entre el niño y su entorno potencia el desarrollo óptimo y positivo y cómo la disonancia entre las capacidades y las características del niño, por un lado, y las oportunidades y exigencias del entorno, por el otro, generan un funcionamiento con mala adaptación y distorsión en el desarrollo, esto es, *adaptación deficiente* (*poorness of fit*). Carey (1989) introdujo el concepto de *factores de riesgo del temperamento*, como toda característica del temperamento que predisponga al niño a una adaptación deficiente con su entorno, a un estrés excesivo en la interacción y al conflicto con los proveedores de cuidado, y a problemas clínicos secundarios que se manifiestan en la salud física, el desarrollo o la conducta del niño.

Una de las diferencias individuales importantes descritas por los estudios sobre el temperamento es la tendencia a acercarse o alejarse al enfrentarse a un nuevo estímulo. Según Zuckerman (1994), este enfoque general en cuanto a la disposición supone tres rasgos individuales distintivos: *la búsqueda de sensaciones*, *la impulsividad* y *la sociabilidad*. La búsqueda de sensaciones representa la tendencia optimista a acercarse al nuevo estímulo y a explorar el entorno. La impulsividad es un estilo de toma rápida de decisiones al encontrarse con un estímulo dado. La sociabilidad es la tendencia a acercarse a otras personas, conocidas o extrañas, en situaciones sociales, con pocas reservas o sin ellas. Por el contrario, las personas con poca sociabilidad tienden a alejarse en circunstancias en las que los estímulos son dema-

siado novedosos o el desenlace es demasiado incierto. Los tres elementos del enfoque, a saber, la búsqueda de sensaciones, la impulsividad y la sociabilidad, tienen una base genética que da cuenta de 40% a 60% de la variación en el rasgo de acercamiento. A través de este modelo se indica que detrás de estos rasgos, en el nivel biológico, están los neurotransmisores de monoaminas y las hormonas gonadales.

La búsqueda de sensaciones es un rasgo que describe la tendencia a buscar experiencias nuevas, variadas, complejas e intensas y la disposición a enfrentar riesgos solamente por satisfacción. La idea de “novedad” presupone que la situación o el episodio dado no se han experimentado antes. La necesidad de complejidad en el estímulo de percepción y de desafíos cognitivos es un rasgo sobresaliente de la búsqueda de sensaciones. En las situaciones que implican riesgos, *las personas que tienden a buscar sensaciones fuertes* consideran que las sensaciones o experiencias merecen que se corra el riesgo, mientras que quienes tienden a buscar sensaciones débiles, o bien no consideran que el estímulo generado por la actividad sea alto, o bien no creen que la experiencia valga la pena correr el riesgo implicado.

La meta final de la conducta de búsqueda de sensaciones es intensificar la estimulación. En general, los seres humanos disfrutan de una amplia variedad de estímulos que emanan de los distintos sentidos: la vista (por ejemplo, imágenes estimulantes, ya sea que se observen directamente o a través de los medios de comunicación); el olfato (por ejemplo, perfumes, aromas); el gusto (por ejemplo, alimentos dulces, salados o condimentados); el tacto (por ejemplo, un roce suave, caricias); y la propiocepción profunda, o la recepción de una presión intensificada por parte de las células localizadas entre la piel y los músculos (por ejemplo, masajes), el sonido (por ejemplo, música, naturaleza) y el movimiento en el espacio (por ejemplo, en la montaña rusa, en el tobogán de agua). Algunas personas reaccionan mucho a este tipo de estimulación y prefieren disfrutarla a una menor intensidad, mientras que otras reaccionan

menos y desean una mayor intensidad. Durante la preadolescencia (entre los 9 y los 12 años de edad), los jóvenes se quejan cada vez más de "aburrimiento". La razón para ello es que la necesidad de buscar sensaciones intensas aumenta durante el periodo de la preadolescencia, al tiempo que crecen las habilidades del desarrollo cognitivo, verbal, motor y social, mientras que la falta de independencia completa de sus padres, maestros y otros adultos limita la capacidad de los adolescentes para reaccionar ante estos estímulos sensoriales de una manera tan plena e intensa como ellos quisieran.

La búsqueda de sensaciones es un rasgo normal de la personalidad. Las personas que buscan sensaciones tienen una gran capacidad para concentrar su atención en un estímulo o tarea en particular. La tendencia a la amplia generalización cognitiva y la inclinación a utilizar categorías cognitivas más complejas son algunos de los estilos cognitivos relacionados con la búsqueda de sensaciones. Por el contrario, las personas con niveles más bajos de búsqueda de sensaciones utilizan un rango más ceñido de conceptos más sencillos. En todos los campos, la apertura a nuevas experiencias constituye un requisito para la creatividad. Las personas que buscan sensaciones tienden a ser originales e innovadoras cuando resuelven problemas con un final abierto. Sin embargo, particularmente en el caso de los preadolescentes, cuando el nivel de la búsqueda de sensaciones es alto, y se combina con otros rasgos o experiencias afectivas de carácter negativo (por ejemplo, falta de socialización positiva), la situación puede derivar en un estilo de vida que comprometa gravemente la salud, que, a su vez, podría transformarse en un cuadro clínico grave con efectos en la salud mental y el desarrollo del adolescente.

La escala de búsqueda de sensaciones (EBS) (*Sensation-Seeking Scale*, SSS) creada originalmente por Zuckerman y colaboradores (Zuckerman et al. 1964), se transformó en el instrumento básico para identificar dentro de la población a las personas con niveles altos y bajos de búsqueda de sensaciones, con el fin de estudiar sus patrones de

conducta y sus características biológicas (Zuckerman 1994). Esta escala consta de cuatro subescalas: "búsqueda de emociones y aventuras", "búsqueda de experiencias", "desinhibición" y "susceptibilidad al aburrimiento". Las tres primeras subescalas mostraron buenas posibilidades de duplicación entre los sexos y las culturas; toda la EBS se tradujo del inglés a otros 15 idiomas.

Investigación y aplicaciones prácticas de la teoría de la búsqueda de sensaciones al estilo de vida de los adolescentes

Russo y colaboradores (1993, 1991) prepararon una versión para niños de la escala de búsqueda de sensaciones (EBS-C) que incluye tres subescalas: "búsqueda de emociones y aventuras", "desinhibición social" y "actitudes frente a las drogas y al alcohol". En este estudio, las tres subescalas y la puntuación total aumentaron significativamente en función de la edad en los grupos de niños de 9 a 14 años. También se encontraron diferencias en cuanto al sexo: la puntuación de los varones fue más elevada que la de las mujeres. En varios estudios transversales se demostraron claramente resultados que indican un descenso de la búsqueda de sensaciones en general y de las formas de búsqueda de emociones y aventuras y desinhibición social en la etapa de la adolescencia tardía o durante los primeros años de la segunda década de vida.

En las publicaciones sobre el tema se ha descrito una relación importante entre los patrones de conducta de riesgo de los adolescentes y la búsqueda de sensaciones. Los adolescentes cuyos niveles de búsqueda de sensaciones son altos están en una situación de mucho más riesgo de consumir distintas drogas y comenzar a hacerlo más temprano, en comparación con quienes tienen niveles bajos. Zuckerman (1988) describió la relación entre la búsqueda de sensaciones y el hábito presente o pasado de fumar en estudiantes de la Universidad de Delaware en los años ochenta. La relación es sumamente significativa. De los estudiantes con niveles altos de búsqueda de sensaciones, 43% eran fumadores regulares o lo habían sido, en comparación con 32% del grupo con ni-

veles medios y 22% del grupo con niveles bajos. También se encontró esta relación entre el tabaquismo y la búsqueda de sensaciones en estudiantes de secundaria de los Estados Unidos (Dinn et al. 2004; Andrucci et al. 1989), en estudiantes universitarios varones de Gran Bretaña (Golding, Harpur y Brent-Smith 1983), en estudiantes de secundaria de Noruega (Pederson, Clausen y Lavik 1989) y en adolescentes de Israel (Teichman, Barnea y Rahav 1989).

Si bien esta relación entre la búsqueda de sensaciones y el tabaquismo se observó en ambos sexos, las mujeres que eran grandes fumadoras, es decir, que consumían dos o más cajetillas de cigarrillos por día, tuvieron una puntuación tan baja en la escala de búsqueda de sensaciones como los no fumadores. Zuckerman indica que, para este grupo, el tabaquismo puede estar más relacionado con la ansiedad que con la búsqueda de sensaciones. Teichman y colaboradores observaron que quienes habían comenzado más temprano tuvieron la puntuación más alta en la escala de búsqueda de sensaciones, seguidos por quienes habían comenzado más tarde, y que quienes siempre se habían abstenido tuvieron la puntuación más baja.

La búsqueda de sensaciones también está relacionada con el alcoholismo y el uso de drogas en la adolescencia y la preadolescencia, y los rasgos de la búsqueda de sensaciones en la etapa de la adolescencia inicial pueden servir de pronóstico del uso posterior de sustancias (Crawford et al. 2003; Stanton et al. 2001). Esta relación se ha encontrado en muchos países. La marihuana tiende a ser la primera droga ilegal utilizada y muchos jóvenes con altos niveles de búsqueda de sensaciones la prefieren. En todos estos estudios sobre el uso de drogas en la adolescencia, la búsqueda de sensaciones parece estar profundamente comprometida, mientras que la ansiedad y la depresión parecen tener poco o ningún valor pronóstico. Solamente el uso de sedantes en la muestra israelí (Teichman, Banea y Rahav 1989) guardó relación con la ansiedad y la depresión. En otro estudio realizado en 20 escuelas de enseñanza media de los Estados Unidos ($n = 3.127$ alumnos de 8º grado), el

autor pudo demostrar que el efecto de la presión de los pares y la percepción del uso de marihuana por parte de los pares fue relativamente trivial en quienes tenían un bajo nivel de búsqueda de sensaciones y fue mucho mayor en quienes tenían un nivel alto. (Slater 2003). En otro estudio realizado en España, Comín Bertrán y colaboradores (Comín Bertrán, Torrubia Beltri y Mor Sancho 1998) encontraron no solamente una relación entre el consumo de tabaco y alcohol y los niveles de búsqueda de sensaciones en los alumnos de 6º grado (edad media: 11,4) y 8º grado (edad media: 13,2), sino también niveles elevados entre quienes practicaban ejercicio físico y deportes. Estos resultados respaldan la necesidad de ofrecer otras experiencias a los jóvenes que muestren altos niveles de búsqueda de sensaciones y de reencauzar esa tendencia hacia experiencias más saludables, pero novedosas e intensas.

La necesidad de estimulación de los jóvenes con altos niveles de búsqueda de sensaciones guarda relación con marcadas preferencias por mensajes mediáticos con alta valoración de las sensaciones, que provoquen mayores respuestas sensoriales, afectivas y estimulantes. Este tipo de mensajes contiene elementos novedosos, dramáticos, emocionalmente convincentes, físicamente estimulantes, gráficos, explícitos, no convencionales, dinámicos o llenos de suspenso. De hecho, los mensajes con alta valoración de las sensaciones han demostrado ser más eficaces que los mensajes con baja valoración de las sensaciones entre los adolescentes que tienen altos niveles de búsqueda de sensaciones y los adultos jóvenes en lo que se refiere a ayudarlos a decidirse a llamar a una línea de asistencia con fines de prevención; a recordar más el mensaje de los medios de comunicación; a asumir actitudes más negativas respecto de las drogas y a disminuir las intenciones conductuales para consumir drogas (Palmgreen et al. 2001). El mismo estudio demostró que los anuncios de servicios públicos contra las drogas que aparecen en programas televisivos con alta valoración de las sensaciones también captan significativamente más la atención de quienes tienen altos niveles de búsqueda de sensaciones que

los que aparecen en programas con baja valoración de las sensaciones.

A partir de estas comprobaciones, Philip Palmgreen, profesor de comunicaciones en la Universidad de Kentucky en Lexington, creó el método de prevención focalizado en la búsqueda de sensaciones (*Sensation-Seeking Targeting*, SENTAR). Este método incorpora cuatro principios: 1) utilizar la búsqueda de sensaciones como variable de focalización; 2) realizar investigación formativa con miembros del público destinatario; 3) diseñar mensajes de prevención con alta valoración de las sensaciones; y 4) presentar los mensajes en el contexto de programas atractivos para el público destinatario.

El enfoque de prevención SENTAR se utilizó eficazmente en una campaña televisiva reciente para disminuir el consumo de marihuana en adolescentes con altos niveles de búsqueda de sensaciones en dos comunidades diferentes (Palmgreen et al. 2001). Entre enero y abril de 1997 aparecieron cinco anuncios de servicios públicos (ASP) en el condado de Fayette, Kentucky, y se lanzaron campañas similares otra vez en Fayette y también en el condado de Knox, Tennessee, entre enero y abril de 1998. Los ASP se diseñaron para llegar a los adolescentes con una puntuación alta en una escala breve de búsqueda de sensaciones, asignada durante programas de televisión, como *The Simpsons* y *StarTrek: The Next Generation* (Los Simpson y Viaje a las estrellas: la nueva generación) que, según una encuesta realizada antes de que los anuncios salieran al aire, eran los que más probablemente miraría este grupo de adolescentes. Los efectos de la única campaña realizada en el condado de Knox se observaban todavía varios meses después de concluirla. En este caso, la disminución estimada en la proporción relativa de adolescentes consumidores de marihuana con altos niveles de búsqueda de sensaciones fue de 26,7%, en tanto que, en el condado de Fayette, la disminución del consumo de marihuana en este grupo se estimó en cerca de 38%. Para los adolescentes con bajos niveles de búsqueda de sensaciones, tanto las tasas de consumo

de marihuana como las reacciones generadas por los anuncios fueron mucho más bajas que para quienes tenían niveles altos. Sin embargo, los efectos de la campaña se reflejaron específicamente en el consumo de marihuana y no se observaron efectos en el uso de tabaco, alcohol y otras drogas.

Los cuatro principios del método SENTAR se aplican actualmente en la campaña mediática nacional contra las drogas dirigida a los jóvenes (*National Youth Anti-Drug Media Campaign*), de cinco años de duración, lanzada por la Oficina de Política Nacional de Control de Drogas de los Estados Unidos (U.S. Office of National Drug Control Policy 2002b), junto con otros marcos teóricos de eficacia comprobada y de orientación cognoscitiva, como el modelo de creencias de salud, la teoría de la acción razonada, la teoría de la conducta planificada y la teoría social cognitiva (capítulos 8, 10, 11 y 16 de este libro, respectivamente).

Lo más novedoso en la tecnología de información, las comunicaciones a través de los medios de información y la publicidad comercial es la presentación de imágenes y estímulos visuales y auditivos sumamente comprimidos, un producto que responde, en parte, a la economía y, en parte, a las técnicas de digitalización de reciente expansión. El advenimiento de videojuegos y de programación musical vanguardista en la televisión por cable ha creado una forma totalmente distinta de procesar la información a través de "series de imágenes" y "bytes de sonido", y los jóvenes de hoy esperan y prefieren este tipo de estimulación acelerada por parte de los medios de comunicación.

Según los estudios realizados, la búsqueda de sensaciones aumenta durante los periodos de la preadolescencia y de la adolescencia inicial (entre los 9 y los 14 años de edad), alcanza su punto máximo durante la etapa de la adolescencia media (entre los 15 y 16 años) y tiende a disminuir en la etapa de la adolescencia tardía, alrededor de los 20 años. Junto al hecho real de que los adolescentes responden en un nivel espontáneo y visceral a los mensajes dirigidos, estos resultados

proporcionan un sólido argumento en pro de la necesidad de “utilizar lo que surte efecto” cuando se programan campañas mediáticas para la promoción de la salud dirigidas a adolescentes y jóvenes.

En ese sentido, el diseño de programas eficaces no debería dirigirse solo a los patrones de conducta que habría que adoptar o cambiar, sino también a tratar de satisfacer las necesidades y los deseos de los adolescentes (capítulo 5), crear intervenciones a la medida para la etapa de desarrollo de esos adolescentes (capítulo 6) y tener en cuenta consideraciones culturales y de sexo, que se tratarán con mayor profundidad en el capítulo 27. La investigación ha demostrado que los adolescentes *quieren* novedad y diversión, y que buscarán la manera de satisfacer su creciente *necesidad* de experimentar sensaciones. Además, lo que podría considerarse estimulante para los sentidos será diferente para los varones y para las mujeres; los preadolescentes y los jóvenes en la etapa de la adolescencia tardía; y los jóvenes residentes en Argentina, Jamaica, Panamá o los Estados Unidos (al igual que en diferentes comunidades dentro de cada uno de estos países). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda que quienes diseñen estos programas tengan presente estas ideas en el momento de planificar cualquier tipo de intervención en materia de promoción de la salud y prevención. Es también fundamental que el equipo que formule las intervenciones sea sumamente creativo y joven de espíritu y comprenda la intensa necesidad de novedad que experimentan los adolescentes.

Dado que para los adolescentes la novedad, el drama, la velocidad, la estimulación emocional, la falta de convencionalidad, el suspenso, etc. son elementos sumamente atractivos, otro aspecto importante que es preciso tener en cuenta al diseñar intervenciones eficaces para la promoción de la salud y el cambio de conducta es analizar con los mismos adolescentes las razones en que se basan sus preferencias e inquietudes. En este sentido, quienes elaboren los programas deberían buscar el compromiso activo de los adolescentes desde el

principio y alentar sus aportes y comentarios para ganar su confianza y, así, ayudarlos a descubrir la importancia del proceso y a cimentar la confianza en su propia capacidad para convertirse en agentes de su propio cambio.

Todos los padres y maestros de adolescentes “aburridos” coincidirán en que, a medida que crecen, los jóvenes necesitan dejar gradualmente de esperar que el mundo los entretenga para aprender a entretenerse por sí solos, a superar el aburrimiento y a buscar sensaciones por caminos saludables. En parte, este cambio se producirá naturalmente a medida que el adolescente atraviese por las diferentes etapas del desarrollo, enfrente nuevos desafíos y experiencias y tenga más confianza en su propia capacidad para tomar decisiones. Sin embargo, este cambio también necesita el apoyo del entorno social en que el adolescente vive, estudia, juega y trabaja. Es necesario que las familias, las escuelas y los demás miembros clave de la comunidad trabajen juntos en asociaciones formales e informales para brindar a los adolescentes formas positivas de estimulación que les permitan descubrir el mundo que los rodea e iniciar actividades nuevas y más sanas en sus propios términos.

Los estudios descritos son solamente una muestra de todos los que han utilizado la teoría de la búsqueda de sensaciones para analizar la conducta de los adolescentes con respecto a la salud. En general, la teoría se ha utilizado para comprender el consumo de tabaco, alcohol y drogas entre los adolescentes y poco se ha tenido en cuenta al examinar los patrones de conducta sexual y reproductiva, la actividad física, los patrones de conducta alimentaria y la violencia. Los contados estudios que examinaron la actividad sexual de riesgo a temprana edad, lo hicieron en relación con otros patrones de conducta de riesgo, como el tabaquismo y el abuso de drogas. Lamentablemente, la mayoría de las veces, la teoría se ha utilizado para identificar a los jóvenes en riesgo de abuso de alcohol y de drogas, con mensajes con alta valoración de las sensaciones creados específicamente para prevenir esos patrones de conducta. Solo en

dos estudios (Stanton et al. 2001; Comín Bertrán, Torrubia Beltri y Mor Sancho 1998) se ha identificado el rasgo de búsqueda de sensaciones como una oportunidad para crear programas de promoción de la salud y de prevención que ofrezcan a los jóvenes alternativas saludables (por ejemplo, participación en deportes) para el tipo de experien-

cias novedosas e intensas que encuentran más atractivas.

En el cuadro 14.1 se presenta un desglose del número de estudios encontrados, que se han hecho con la teoría de la búsqueda de sensaciones para analizar ciertos patrones de conducta de los adolescentes.

Cuadro 14-1. **Patrones de conducta de los adolescentes más comúnmente investigados mediante la teoría de la búsqueda de sensaciones**

PATRONES DE CONDUCTA DE LOS ADOLESCENTES	NÚMERO DE ARTÍCULOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS POR PALABRAS CLAVE
Salud sexual y reproductiva	6	Embarazo de adolescentes VIH/sida ITS Uso de preservativos 6
Consumo de tabaco, alcohol y drogas	52	Tabaco 19 Alcohol 33 Drogas 33
Actividad física y nutrición	2	Obesidad Actividad física 2 Nutrición
Violencia	5	
TOTAL	65	

Recuadro 14-1. Resumen de la teoría de la búsqueda de sensaciones y el estilo de vida de los adolescentes

- La búsqueda de sensaciones es un rasgo que describe la tendencia a buscar experiencias nuevas, variadas, complejas e intensas y la disposición a enfrentar riesgos solamente por satisfacción.
- La búsqueda de sensaciones aumenta durante los períodos de la preadolescencia y la adolescencia inicial (entre los 9 y los 14 años de edad), alcanza su punto máximo durante la etapa de la adolescencia media (entre los 15 y los 16 años) y tiende a disminuir en la etapa de la adolescencia tardía, alrededor de los 20 años.
- En las publicaciones sobre el tema se ha descrito una relación significativa entre los patrones de conducta de riesgo de los adolescentes y la búsqueda de sensaciones.
- Los adolescentes cuya puntuación de búsqueda de sensaciones es alta están en una situación de riesgo mucho mayor de consumir una diversidad de drogas (tabaco, alcohol y drogas ilícitas) y comenzar tal consumo más temprano que quienes tienen una puntuación baja.
- La presión de los pares y la percepción del uso de marihuana tienen un efecto relativamente trivial sobre quienes tienen bajos niveles de búsqueda de sensaciones y un efecto mucho mayor sobre quienes tienen altos niveles de búsqueda de sensaciones.
- La necesidad de estimulación de los adolescentes con altos niveles de búsqueda de sensaciones está relacionada con las marcadas preferencias por mensajes novedosos en los medios de comunicación, con alta valoración de las sensaciones, que provoquen mayores respuestas sensoriales, afectivas y estimulantes.
- De hecho, los mensajes con alta valoración de las sensaciones han sido más eficaces que los mensajes con baja valoración de las sensaciones entre los adolescentes y los adultos jóvenes con altos niveles de búsqueda de sensaciones en lo que se refiere a ayudarlos a decidirse a llamar a una línea de asistencia con fines de prevención; a recordar más el mensaje de los medios de comunicación; a asumir actitudes más negativas respecto de las drogas y a disminuir las intenciones conductuales para consumir drogas.
- La investigación muestra que los adolescentes *quieren* novedad y diversión, y que buscarán la manera de satisfacer su creciente *necesidad* de experimentar sensaciones. Por lo tanto, el equipo que formule las intervenciones será más eficaz si es sumamente creativo y joven de espíritu y comprende la intensa necesidad de novedad que experimentan los adolescentes.

La teoría social cognitiva

La teoría social cognitiva de Bandura (1986) abarca tanto los factores determinantes de la conducta como los métodos para promover el cambio de conducta. La teoría explica la conducta basándose en un modelo dinámico y recíproco, compuesto por tres elementos, en el que hay interacción de los factores *socioambientales, personales o cognitivos y conductuales*.

Esta teoría ofrece un marco teórico particularmente útil para comprender y describir el impacto potencial del entorno social sobre los patrones de conducta de los adolescentes en cuanto a la salud.

De este marco surgen tres principios básicos. Según esta teoría, el primer principio se refiere a la influencia de los factores socioambientales y personales en la conducta. Este principio resalta la naturaleza multifacética de la conducta de los adolescentes. Por lo tanto, las prácticas sexuales de alto riesgo no son una conducta motivada por un solo factor (por ejemplo, la falta de conocimiento sobre las consecuencias de la actividad sexual sin protección), sino por numerosos factores dentro del ambiente social y de la disposición personal del adolescente.

El segundo principio se refiere a la gran importancia que desempeñan los factores socioambientales en el comienzo de los patrones de conducta, aunque su influencia se produce por medio de cogniciones personales. En otras palabras, los adolescentes no responden automáticamente a los factores socioambientales (por ejemplo, la presión para ser delgados) sino que toman sus decisiones personales sobre la adopción o no de una conducta en particular.

El tercer principio señala que el comportamiento de los adolescentes no sólo recibe la influencia de los factores personales y socioambientales, sino que influye en ellos. Esta influencia simultánea se denomina *determinismo recíproco* y señala que el cambio en un componente afecta a los demás componentes.

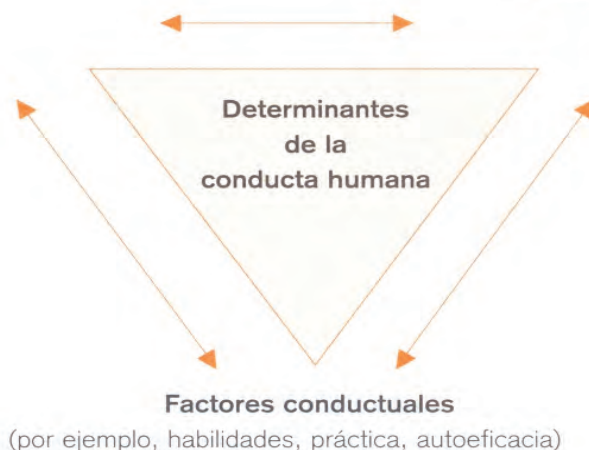
En la figura 16-1 se ilustra la relación triangular existente entre los factores socioambientales, personales (cognitivos) y conductuales.

Figura 16-1. **Determinismo recíproco de la teoría social cognitiva****Factores ambientales**

(por ejemplo, normas sociales, acceso en la comunidad, influencia en otros)

Factores cognitivos o personales

(por ejemplo, conocimientos, expectativas, actitudes)



Fuente: ETR's Resource Center for Adolescent Pregnancy [sitio de Internet]. Disponible en: www.etr.org/recapp/theories/slt/Index.htm.

El entorno es importante en esta teoría en parte porque provee *modelos* de conducta. Bandura y Walters (1963) señalaron que los niños podían observar cómo otros niños aprendían una nueva conducta y no necesitaban una recompensa directa. Así, un niño aprende observando (*aprendizaje observacional*) los patrones de conducta de otros (*imitación de modelos*) y las recompensas que reciben (*refuerzo indirecto*) estos últimos. En otras palabras, las personas aprenden lo que es apropiado observando los patrones de conducta, los triunfos y los errores de otras personas. Específicamente, los adolescentes observan a sus padres cuando comen, beben, fuman y usan los cinturones de seguridad, y ven las consecuencias favorables o desfavorables (recompensas y castigos) que se pueden derivar de estas actividades.

De la misma manera, los adolescentes observan a sus pares que fuman y se dan cuenta de las recompensas o castigos que reciben los fumadores. Si observan que las consecuencias de fumar son favorables (por ejemplo, la aceptación por parte de los pares, la creación de una imagen deseable), muestran una mayor predisposición a fumar. El apren-

dizaje observacional manifiesta su mayor impacto cuando la persona a la que se observa es poderosa y respetada o tiene características similares a las del observador (la misma edad, igualdad de intereses o antecedentes personales parecidos).

Dentro del contexto de la teoría social cognitiva, los medios masivos de comunicación proporcionan a los adolescentes grandes dosis de experiencias indirectas de aprendizaje. En la actualidad, los jóvenes están rodeados de los medios de comunicación. A medida que los medios moldean intensamente las imágenes en cuanto a la realidad de la sociedad, mucho se aprende de las consecuencias que los personajes de los medios experimentan a partir de su conducta. El contenido que presentan estas técnicas es cada vez más gráfico, interactivo, interesante y, por naturaleza, comercialmente manipulador; con frecuencia cada vez mayor, las sociedades formadas por los medios de comunicación dirigen sus políticas hacia los jóvenes por reconocerlos como un grupo rentable de consumidores. Recientemente, la UNESCO señaló que, en la actualidad, los jóvenes de 12 años de edad pasan un promedio tres horas diarias mi-

rando televisión (Groebel 1999). Además de la programación televisiva tradicional, la música, las revistas y las películas que abastecen el mercado destinado a los jóvenes, los nuevos tipos de medios como los CD-ROM interactivos, los videojuegos, el correo electrónico, las salas de "chat" y los sitios web ofrecen todo, desde instrucciones para entablar amistades anónimas hasta información para adelgazar de un día para otro y acceder a presentaciones electrónicas de relaciones sexuales y violencia en el espacio virtual. En una encuesta recientemente realizada en los Estados Unidos se observó que los jóvenes de 8 a 18 años de edad pasan entre seis y ocho horas diarias expuestos a alguna clase de medio (Roberts 2000). Más aún, la manera en que acceden a estos medios es cada vez más privada, porque los niños se retiran a sus habitaciones a ver televisión o escuchar música solos, sin supervisión. La investigación realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el campo de la salud de los adolescentes y la exposición de los jóvenes a los medios ha arrojado resultados muy similares a los obtenidos por otros estudios internacionales. En 2003, un estudio de 11 países latinoamericanos reveló que los adolescentes entre 12 y 19 años están permanentemente conectados a uno u otro tipo de medios de comunicación (en particular, a la televisión y la radio), excepto cuando están en la escuela o con los amigos o los padres (Organización Panamericana de la Salud 2003a).

Es importante destacar aquí que si bien Albert Bandura y otros teóricos del aprendizaje hacen hincapié en el contexto en que se manifiesta la conducta, no adoptan una postura evolutiva en su enfoque. Para ellos, los procesos básicos de la conducta humana son los mismos durante la adolescencia y otros períodos de la vida. Si bien Bandura incluyó en su modelo la mediación de cogniciones personales para responder a los factores socioambientales, en su teoría hace particular hincapié en la forma en que el entorno social puede afectar la conducta o tiende a pasar por alto o a omitir los aspectos emocionales y del desarrollo que afectan las cogniciones personales para responder a estas influencias sociales.

Dentro del marco de la teoría social cognitiva, antes de poner en práctica una nueva conducta, las personas analizan los muchos aspectos de la situación en que se podría realizar la conducta. Crean y prueban estrategias para abordar la situación y prevén qué sucederá como resultado de su comportamiento en esa situación. Las personas tienen expectativas acerca de una situación y *expectativas acerca del resultado* de su conducta antes de enfrentarse, en realidad, a la situación (por ejemplo, "si tengo la costumbre de usar el preservativo, me protegeré de las infecciones de transmisión sexual"). Esto se conoce como *expectativas acerca del resultado*. Esta conducta que lleva a anticipar los hechos reduce la ansiedad y aumenta la capacidad de la persona para enfrentar la situación surgida. En los adolescentes, las expectativas acerca del resultado se observan durante el proceso de exploración de una nueva conducta, excepto si esa conducta se realiza impulsivamente. Las expectativas acerca del resultado son comparables con las *creencias conductuales* que se describen en la teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planificada (capítulos 10 y 11).

Al considerar la teoría social cognitiva, es preciso advertir a los formuladores de proyectos de promoción de la salud que necesitan cuidarse de suponer automáticamente que la conducta previsora es una habilidad desarrollada en la adolescencia. En las primeras etapas de la adolescencia, como la preadolescencia y la etapa de la adolescencia inicial, los jóvenes aún están desarrollando sus habilidades cognitivas para anticipar qué sucederá como resultado de una conducta y, por ende, muchos de sus patrones de conducta de exploración tendrán un elemento impulsivo; estos jóvenes aprenderán mucho más de la experiencia que de la anticipación.

Otros aspectos que intervienen en el proceso de asumir una nueva conducta son las *expectativas acerca del resultado* o los *incentivos*, que se refieren al valor que atribuyen las personas a determinados resultados. Las expectativas influyen sobre la conducta según el grado de placer experimentado, es decir, si todas las demás cosas son iguales, una

persona optará por realizar una actividad que maximice un resultado positivo o minimice uno negativo. Las expectativas acerca del resultado pueden compararse con las *evaluaciones* (valores del resultado) en las teorías de la acción razonada y de la conducta planificada. Será preciso evaluar desde el principio las expectativas positivas de una persona en cualquier proyecto diseñado para promover cambios en la conducta de salud, con el fin de identificar los factores de motivación para adoptar esa conducta. Por ejemplo, si se hace hincapié en las expectativas positivas inmediatas habrá mayores probabilidades de influir en la iniciación de algunos patrones de conducta deseada, que si se acentúan las expectativas a largo plazo. McAlister y colaboradores (1980) mostraron de manera muy satisfactoria que los programas para la prevención del tabaquismo orientados a los adolescentes resultan más eficaces si destacan los efectos negativos inmediatos de fumar —como el mal aliento o la falta de atractivo— en vez de los efectos a largo plazo, como la morbilidad y la mortalidad por cáncer y enfermedades cardíacas.

Los tipos de resultados anticipados por las personas dependen en gran parte de su propio juicio sobre qué tan bien podrán desempeñarse en determinadas situaciones. Como se señala en los capítulos 8 y 11, la *autoeficacia* es el grado de confianza que tiene una persona con respecto al desempeño de una actividad en particular, incluida la confianza en que podrá vencer los obstáculos que se interpongan. Bandura sostiene que la autoeficacia es el requisito más importante para el cambio conductual, dado que afecta el volumen de esfuerzo invertido en una tarea dada y el nivel de rendimiento logrado. Cuando una persona está en una situación en que sus expectativas acerca del resultado son positivas y optimistas, pero su autoeficacia es poca, puede surgir una actitud de evitación y negación, y la persona tendrá pocas probabilidades de lograr esa nueva conducta. Un metanálisis de las obras de investigación publicadas entre 1983 y 1991 (Gillis 1993) mostró que la autoeficacia era el factor pronóstico más fidedigno de un estilo de vida de promoción de la salud. En un ejemplo de una conducta específica, se identi-

ficó la autoeficacia como un factor pronóstico primordial de la intención de escoger una alimentación más saludable entre los estudiantes de los grados tercero y cuarto (Parcel et al. 1995a).

En general, los patrones de conducta compleja implican una secuencia (una serie de pasos) de tareas sencillas que juntas podrían parecer de difícil realización por un adolescente. Bandura y otros teóricos del aprendizaje sostienen que la repetición de una tarea única construye la autoeficacia de una persona, dado que modifica las expectativas de la persona respecto de su desempeño. Por ejemplo, cuando se aprende a jugar al baloncesto, la repetición de una tarea única (por ejemplo, picar la pelota) construye la autoeficacia del adolescente al modificar sus expectativas de desempeño cada vez que experimenta un mejor control de la pelota. Entonces, el objetivo es dividir en varios pasos cada desafío en particular o cada nueva conducta compleja, de tal manera que el adolescente pueda tener una sensación de éxito cada vez que domina uno de los pasos. Los teóricos del aprendizaje afirman que por medio de las repeticiones exitosas de tareas cada vez más complejas (por ejemplo, el primer paso es aprender a picar la pelota; el segundo, aprender a pasarla y a recibirla; el tercero, aprender a correr y picar la pelota simultáneamente; y el último, a correr, recibirla, picarla y embocarla en el aro), la persona adquiere mejores expectativas de éxito en las tareas que va a aprender; esto, a su vez, afecta la iniciación de la tarea, la persistencia y la resistencia, y sirve para promover y reforzar el cambio conductual.

La simplificación de una nueva conducta compleja mediante pequeños pasos que se incrementan en una tarea dada y permiten que las personas practiquen cada uno por separado, con muchas repeticiones, les permite construir su autoeficacia en lo que respecta a la ejecución de cada tarea. Cuando las personas se sienten seguras en cada paso, pueden unir progresivamente los pasos y construir su autoeficacia con respecto a la conducta completa. La estrategia de dividir los nuevos patrones de conducta compleja en pequeños pasos es particularmente útil cuando se trabaja con adolescentes por-

que los mantiene motivados y evita la repetición mecánica y aburrida. Sin embargo, no puede suponerse que los adolescentes seguirán motivados repitiendo una única tarea sencillamente porque mejorarán su autoeficacia al cambiar sus expectativas de desempeño. Por lo tanto, la clave del éxito reside en estructurar los aspectos más mecánicos o repetitivos que conducen al dominio de la nueva conducta, ya sea jugar baloncesto o tenis, aprender las tablas de multiplicar o las conjugaciones verbales en otro idioma, adoptar el uso de preservativos o alimentarse en forma más saludable, etc., de tal manera que el grado de motivación y de interés del adolescente se mantenga siempre elevado.

Más aún, para asumir realmente una nueva conducta (cambio conductual), los adolescentes deben no sólo aprender las tareas y tener el deseo de realizarlas, sino realmente *ponerlas en práctica*. Una tarea puede aprenderse y, sin embargo, no realizarse, mientras que la puesta en práctica presupone el aprendizaje. El concepto de *competencia conductual* sostiene que si una persona debe poner en práctica una conducta en particular, debe saber cuál es la conducta (tener conocimiento de la conducta) y cómo ponerla en práctica (habilidad). La autoeficacia es la percepción de la persona; la competencia es lo real. La competencia conductual es el resultado de la formación, la capacidad intelectual y el estilo de aprendizaje de la persona. El desarrollo de las habilidades, llamado *aprendizaje del dominio* (*mastery learning*), proporciona conocimientos cognitivos sobre lo que debe realizarse, práctica en la realización de las actividades y comentarios y refuerzos para perfeccionar la conducta realizada con éxito hasta que la persona la ejerza con un grado predeterminado de aceptabilidad.

La teoría social cognitiva incorpora diferentes tipos de refuerzos: el refuerzo directo (como en el condicionamiento operante), el refuerzo indirecto (como en el aprendizaje observacional) y el autorrefuerzo. Describe, también, un *refuerzo externo*, como el acontecimiento de un episodio o acto que se sabe que tiene un valor de refuerzo previsible; y un *refuerzo interno*, como la propia experiencia o percepción de la persona de que un

episodio tiene algún valor. Los programas educativos cuya índole es de *refuerzo intrínseco* generan mayor aprendizaje y retención del tema en cuestión, y mayor interés en él. Los planificadores de programas y los profesionales de la salud también pueden optar por utilizar recompensas externas para alentar la adopción de patrones de conducta como parte de un programa para el cambio conductual. Este tipo de recompensas puede suspenderse al finalizar el programa, cuando ya las recompensas intrínsecas del cambio de conducta en sí mismo sean suficientemente fuertes como para mantener la nueva conducta. El *autocontrol del desempeño* se refiere a la conducta de una persona orientada puntualmente al logro de metas definidas por ella misma. Una de las metas más importantes de este tipo de educación en salud es lograr que la persona controle la puesta en práctica de la conducta de salud.

Bandura reconoció que la excesiva estimulación emocional inhibe el aprendizaje y el desempeño. Si bien los conceptos y métodos de la teoría social cognitiva suelen emplearse para aprender el control conductual de la estimulación emocional y fisiológica, en general pasan por alto las razones en que se basan esas emociones.

Los principios del determinismo recíproco pueden ser útiles para establecer programas de cambio conductual para adolescentes que no apunten a la conducta aislada sino a los cambios en el entorno y en la persona misma. Como ejemplos del entorno social pueden citarse los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de clase y los pares. El entorno físico podría incluir la disponibilidad de comidas muy nutritivas y saludables, un campo de juego o un gimnasio que fomente la actividad física apropiada, aire de calidad aceptable en espacios interiores y exteriores, y restricciones públicas para el hábito de fumar.

La teoría social cognitiva describe varios *factores personales* fundamentales que forman parte del proceso de análisis de influencias, mensajes o modelos ofrecidos por el entorno antes de que un

Recuadro 16-1. **La teoría social cognitiva: conceptos teóricos clave en la adopción de patrones de conducta saludable**

- **Determinismo recíproco:** es la influencia simultánea entre los factores socioambientales, cognitivos y conductuales.
- **Aprendizaje observacional:** consiste en aprender observando la conducta de los demás.
- **Imitación de modelos:** se refiere a la ilustración, por parte de modelos, de cómo superar obstáculos eficazmente y lograr el cambio de conducta; también a la **imitación de modelos de conducta**, en la que otras personas muestran a los adolescentes, paso por paso, cómo desempeñar una nueva conducta, por ejemplo, el modo correcto de colocarse un preservativo.
- **Refuerzo indirecto:** es la toma de conciencia, a través del aprendizaje observacional, de las recompensas recibidas como resultado de patrones de conducta específica desempeñada por otros.
- **Refuerzo externo:** es el acontecimiento de un episodio o acto que, por lo que se sabe, tiene un valor de refuerzo previsible.
- **Refuerzo interno:** es la propia experiencia o percepción de la persona de que un acto o suceso tiene algún valor.
- **Expectativas acerca del resultado:** se refieren a las perspectivas de las personas antes de una situación dada, en relación con los resultados de la respuesta conductual a esa situación (por ejemplo, "Si tengo la costumbre de usar preservativos, me protegeré de las infecciones de transmisión sexual").
- **Valoración de los resultados:** se refiere al valor que atribuyen las personas a determinados resultados; también a los incentivos para desempeñar esa conducta. Puede compararse con las *evaluaciones* (valores de resultados) que presentan las teorías de la acción razonada y de la conducta planificada (capítulos 10 y 11).
- **Competencia conductual:** es la capacidad para desempeñar una determinada conducta, que es consecuencia del conocimiento adquirido sobre la conducta y de las habilidades para realizarla.
- **Autoeficacia:** es el grado de seguridad de una persona sobre la posibilidad de desempeñar una actividad en particular, incluida la confianza en que podrá superar los obstáculos que se interpongan a su realización; también es un concepto teórico clave en el modelo de creencias de salud (capítulo 8) y en la teoría de la conducta planificada (capítulo 11).
- **Autocontrol del desempeño:** es la adopción de una conducta autodeterminada o autorregulada que se concentra en el logro de metas autodefinidas.

adolescente opte por asumir o no la nueva conducta. Estos factores representan la capacidad del adolescente para:

- simbolizar la conducta (*cognición*),
- anticipar los resultados de la conducta (*expectativas acerca del resultado*),
- tener confianza al poner en práctica una conducta y superar cualquier obstáculo que se interponga a la realización de la conducta (*autoeficacia*),
- adoptar una conducta autodeterminada o *autorregulada* (*autocontrol del desempeño*),
- reflejarse en las experiencias y analizarlas,
- aprender observando a otros (*aprendizaje observacional*).

A su vez, la capacidad para el aprendizaje observacional se verá afectada por:

- *la atención y la percepción* de los aspectos pertinentes de los patrones de conducta que se imitan (incluso las características del observador y del modelo);
- *la retención, la representación y el recuerdo* del conocimiento adquirido;
- la producción de la conducta apropiada (*competencia conductual*);
- la motivación como resultado de los incentivos y los refuerzos positivos observados.

El modelo de Bandura no destaca lo suficiente que la aptitud en el uso de estos *factores personales* va-

riará en las diferentes etapas de desarrollo y debe ser *fomentada* por los adolescentes y no entendida como una capacidad normal. Los mensajes y modelos que capten la *atención* y la *percepción* del adolescente variarán con la edad, el sexo, el estilo de aprendizaje y los intereses personales. Estos aspectos y el grado de atención prestada al mensaje o al modelo también afectarán la *retención*, la *representación* y el *recuerdo*. La capacidad de *simbolizar la conducta*, *anticipar los resultados de la conducta*, *autorregularse* y *reflexionar sobre las experiencias y analizarlas* también variará según la personalidad, el sexo y la edad.

Conceptos agregados recientemente a la teoría social cognitiva con fines de perfeccionamiento

Durante los dos últimos decenios, Bandura ha venido revisando y perfeccionando su teoría para responder al paso del tiempo y al surgimiento de nuevos conceptos. Como resultado, en los últimos cinco años Bandura ha cambiado el centro de la teoría social cognitiva, basada en el dominio de los conceptos mecanicistas de la conducta humana, hacia la visión de la persona como agente en control de su propia vida (Glanz, Rimer y Lewis 2002; Bandura 2001, 1997). En uno de sus artículos más recientes, Bandura afirma que “la capacidad de ejercer el control sobre la naturaleza y la calidad de la propia vida es la esencia de la calidad de ser humano” por la cual “la conciencia es la sustancia misma de la vida mental, que no solo permite que la vida pueda manejarse personalmente sino también que merezca la pena ser vivida” (Bandura, 2001). Estas expresiones son similares a las de David Buchanan en el trabajo titulado *An Ethic for Health Promotion: Rethinking the Sources of Human Well-Being* (2000), en el que alienta “la concienciación colectiva y el fortalecimiento de la capacidad de las personas hacia opciones cuidadosas y responsables”.

En esta misma línea de pensamiento, en el artículo “Social cognitive theory: An agentic perspective” publicado en el *Annual Review of Psychology* en 2001, Bandura describe rasgos esenciales de la agencia humana u operación humana, que él de-

nominó *intencionalidad*, *predeterminación*, *autorreacción* y *autorreflexión*. Describe la *intencionalidad* como la representación de una línea de acción futura que se llevará a cabo, en la que “las intenciones se centran en los planes de acción”. La *predeterminación* se refiere al establecimiento de metas que las personas hacen para sí mismas, motivándose y guiando sus acciones con anticipación a futuros sucesos. La *autorreacción* se refiere a la capacidad de trazar líneas de acción apropiadas y de motivar y regular su ejecución. Bandura incorpora conceptos de la teoría de la autorregulación (capítulo 13) y reconoce que “esta autodirección polifacética opera a través de procesos autorreguladores que unen el pensamiento con la acción”. Mediante la *autorreflexión*, “las personas evalúan su motivación, sus valores y el sentido de lo que persiguen en la vida”.

Todos estos rasgos esenciales de la agencia humana que describe Bandura son metas fundamentales que han de alcanzarse durante el desarrollo del adolescente. La mayoría de los jóvenes entran a la adolescencia sin haber desarrollado plenamente esta capacidad y necesitan ayuda para dominarla. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) insta a los planificadores de programas a que agreguen estos últimos conceptos a la teoría social cognitiva en lugar de trabajar en el marco de las versiones anteriores, cuya visión de la conducta humana es más limitada y mecanicista.

Investigación y comprobación de las aplicaciones prácticas de la teoría social cognitiva al estilo de vida de los adolescentes

Una serie de principios similares a los de la teoría social cognitiva forman parte del modelo de Jessor (Jessor 1993), que explica el estilo de vida de riesgo del adolescente. La tendencia de los patrones de conducta a agruparse sustenta el concepto de estilo de vida. Este concepto aleja la atención de los patrones de conducta específica (abuso de sustancias, prácticas sexuales arriesgadas, etc.) para dirigirla al adolescente como persona íntegra. En su modelo, Jessor muestra cómo los *factores personales*, *socioambientales* y *conductuales* influyen en el estilo de vida del adolescente

con relaciones recíprocas entre todos los factores (determinismo recíproco). Los factores personales se separan en dominios biológicos y dominios de la personalidad, en tanto que los factores socioambientales se dividen en dominios reales (por ejemplo, la condición socioeconómica) y dominios percibidos (por ejemplo, los *modelos* de patrones de conducta aberrante o convencional). Dentro de cada dominio pueden existir factores de riesgo y protección.

La consideración de la teoría social cognitiva y de los conceptos de riesgo, de protección y del estilo de vida de los adolescentes tiene varias repercusiones importantes para el establecimiento de programas de intervención dirigidos a los adolescentes. Jessor las resume de la manera siguiente:

- La complejidad de la causalidad indica que las intervenciones integrales prometen producir mayores logros que las de alcance limitado.
- Los programas deberían apuntar simultáneamente a reducir el riesgo y a promover la protección.
- Es posible que los programas dirigidos al cambio de estilo de vida sean más apropiados que los centrados en patrones de conducta específica.
- Los programas necesitan reconocer la prominencia del entorno social, ya que los jóvenes que crecen en entornos sociales adversos pueden experimentar más factores de riesgo y menos factores de protección.
- Los programas no deberían centrarse solo en lo individual, sino que deberían estar orientados al cambio social, dado que los riesgos están incorporados en el contexto social más amplio de la vida del adolescente (Neumark-Sztainer 1999; Jessor 1992).

En muchos aspectos, el aporte del modelo de Jessor representa una integración de la teoría social cognitiva con un enfoque ecológico (capítulo 4) y con pruebas obtenidas a partir de los estudios de resiliencia (capítulo 19). Sin embargo, en este trabajo, como en muchos otros que se tratan en este libro, al parecer es poca o nula la atención prestada a los aspectos cambiantes de la salud del

adolescente durante el desarrollo, que la OPS considera esenciales para la pertinencia y la eficacia de las intervenciones dirigidas.

En un análisis de las publicaciones del campo se ha identificado la teoría social cognitiva como el marco teórico subyacente para numerosos programas de promoción de la salud y de prevención dirigidos a los adolescentes, quizá debido a que considera los factores socioambientales que afectan los patrones de conducta de las personas. Sin embargo, una de las desventajas de una formulación teórica tan amplia como ésta (factores ambientales, personales y conductuales) es que los formuladores de programas podrían sentirse presionados a explicar cualquier fenómeno utilizando uno o más de los conceptos expuestos, sin comprender cabalmente la forma en que operan juntos o separados. Incluso podrían adoptar la teoría como su propio marco teórico, aun cuando las intervenciones incluyan acciones solo en los ámbitos personales y ambientales y no se centren en variantes conductuales específicas, como las competencias del grupo escogido como objetivo para el aprendizaje observacional, la autoeficacia y el autocontrol del desempeño. Al mismo tiempo, existe una gran confusión sobre la forma de aplicar, medir y analizar los conceptos de las teorías sobre los patrones de conducta de salud (Glanz, Rimer y Lewis 2002).

Ejemplo de ello es el trabajo de Pender (1998), que hizo un análisis de 20 estudios que forman parte de las publicaciones sobre la investigación realizada en este campo, orientados a incentivar a niños y adolescentes a adoptar un estilo de vida más activo. Pender observó que, si bien la teoría social cognitiva proporcionaba la base teórica para la mayoría de los estudios analizados, con frecuencia no quedaba claro de qué manera se ponían en funcionamiento los conceptos teóricos en las intervenciones. En sus conclusiones propuso que, en el futuro, aumentaría el rigor de los estudios basados en teorías para intervenciones orientadas a promover la actividad física, con el fin de proporcionar las respuestas tan necesarias a esta pregunta.