



Junio 2020 - ISSN: 1988-7833

ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE COMUNICACIÓN EN SALUD BAJO UN ENFOQUE INDIVIDUAL - SOCIAL Y EL USO DE LOS TIPOS COMUNICACIONALES POR ETAPAS

Mauricio Álvarez Gomezcoello¹

Sybel Enrique Ontaneda Andrade²

César Teodomiro Sandoya Valdiviezo³

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Mauricio Álvarez Gomezcoello, Sybel Enrique Ontaneda Andrade y César Teodomiro Sandoya Valdiviezo (2020): "Análisis de los modelos de comunicación en salud bajo un enfoque individual - social y el uso de los tipos comunicacionales por etapas", Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (junio 2020). En línea:
<https://www.eumed.net/rev/cccss/2020/06/medios-comunicacion-salud.html>
<https://hdl.handle.net/20.500.11763/cccss2006medios-comunicacion-salud>

¹ Mauricio Álvarez Gomezcoello, Licenciado en Ciencias de la Información y Comunicación Social, Magister en Gerencia de Marketing, Master en Dirección de Relaciones Públicas y Gabinetes de Comunicación en la Universidad Católica de Cuenca. Docente de la Universidad Católica de Cuenca. ideasgrupecuador@gmail.com.

² Sybel Ontaneda Andrade es Licenciado en Comunicación Social. Magister en Comunicación Pública de la Ciencia y la Tecnología en la Universidad Nacional de Loja. Docente en la Carrera de Comunicación Social de la Universidad Nacional de Loja. sybelontaneda@hotmail.com

³ César Teodomiro Sandoya Valdiviezo. Licenciado en Ciencias de la Comunicación. Magister en Desarrollo Comunitario en la Universidad Nacional de Loja. Docente en la Carrera de Comunicación Social de la Universidad Nacional de Loja. cesarsandoya@hotmail.es

RESUMEN

Los medios de comunicación cumplen un rol destacado, en un contexto local, nacional y mundial, a través de su labor de informar, educar y concienciar; en virtud que casi todas las teorías y modelos presentados en el área de la comunicación en salud están enfocados en la formación de la conducta del ser humano de manera independiente. La presente investigación se fundamenta en el análisis de los diferentes procesos aplicados por los medios de comunicación al momento de difundir contenidos relacionados a las medidas de prevención en el campo de la salud pública. La investigación se caracterizó por aplicar una metodología descriptiva, explorativa y aplicada a los modelos más exitosos en comunicación de salud, con un enfoque cualitativo. Este trabajo pretende descubrir las convergencias y divergencias de los modelos comunicacionales de salud bajo un enfoque social; es por esta y otras razones, que en este artículo se analiza los beneficios que ofrecen y los aportes comunicacionales que serán tomados en consideración para un potencial diseño de un modelo propio. Cabe anotar que los medios de comunicación contribuyen de manera estratégica a la prevención y promoción, ya sea para la transmisión de información respecto a salud, adherencia a regímenes y recomendaciones clínicas, así como mensajes y campañas de información individual o para la población en general sobre asuntos relevantes de salud que son de alto riesgo. Otro análisis interesante es la revisión de cada modelo como proceso y en el que pueden utilizarse eficazmente los distintos tipos de comunicación que permitirán una mayor efectividad en la consecución del objetivo perseguido en cada etapa del modelo.

PALABRAS CLAVE: Comunicación social, comunicación en salud, salud pública, modelos de comunicación en salud, campañas de prevención de enfermedades

ANALYSIS OF HEALTH COMMUNICATION MODELS UNDER AN INDIVIDUAL - SOCIAL APPROACH AND THE USE OF COMMUNICATIONAL TYPES BY STAGES

ABSTRACT

The media play a prominent role, in a local, national and global context, through their work of informing, educating and raising awareness; in virtue that almost all the theories and models

presented in the area of health communication are focused on the formation of human behavior independently. This research is based on the analysis of the different processes applied by the media at the time of disseminating content related to prevention measures in the field of public health. The research was characterized by applying a descriptive, exploratory methodology applied to the most successful models in health communication, with a qualitative approach. This work tries to discover the convergences and divergences of the communicational models of health under a social approach; It is for this and other reasons that this article analyzes the benefits they offer and the communicational contributions that will be taken into consideration for a potential design of their own model. It should be noted that the media contribute strategically to prevention and promotion, be it for the transmission of information regarding health, adherence to regimes and clinical recommendations, as well as messages and information campaigns for individuals or for the general population about relevant health issues that are high risk. Another interesting analysis is the review of each model as a process and in which the different types of communication can be used effectively, which will allow greater effectiveness in achieving the objective pursued at each stage of the model.

KEYWORDS:

Social communication, health communication, public health, health communication models, disease prevention campaigns

Introducción

Con relación a la Comunicación en Salud: teorías y modelos, no existe una sola teoría que domine la comunicación en salud y la prevención de enfermedades, pues los problemas de salud, los comportamientos, la cultura, la población y los contextos de salud son muy variados. Algunas teorías se enfocan en el individuo como la unidad de cambio, mientras otras se concentran en el cambio dentro de las culturas.

Los modelos y teorías del cambio de conductas postulan que adoptar un comportamiento es un proceso por el cual los individuos atraviesan varias etapas hasta que el nuevo comportamiento logre establecerse, la mayor parte de estos modelos se enfocan en el cambio conductual de forma individual, pero en los últimos años los programas de comunicación en salud han conseguido este objetivo gracias al rol protagónico de las redes comunitarias de apoyo social, que han posibilitado el intercambio de diálogos multisectoriales entre investigadores y

organizaciones relacionadas a la salud. En base a esto la OPS (2001) señala que a través de los modelos tanto de nivel individual como comunitario se presenta un panorama simplificado de la realidad permitiendo al investigador comprender mejor las características del comportamiento de una manera más efectiva.

La perspectiva ecológica señala que la comunicación y promoción de la salud están supeditados a puntos de influencia personales y ambientales que son identificables gracias a dos nociones: La primera se refiere a los niveles de influencia que afectan el comportamiento relacionados con la salud, a saber: 1) factores intrapersonales o individuales, 2) factores interpersonales, 3) factores institucionales, 4) factores comunitarios, y 5) factores de política pública. La segunda se refiere a que el comportamiento es influido por su entorno social y éste influye en el mismo, por tanto, existe la posibilidad de causalidad recíproca entre el individuo y su entorno. (Córdova,2003).

Metodología

Para el presente estudio, se realizó un análisis de los diferentes procesos utilizados por los medios de comunicación al momento de divulgar los contenidos relacionados con las medidas de prevención en el campo de la salud pública.

La investigación se caracterizó por aplicar una metodología descriptiva, explorativa y aplicada, que permitió descubrir las convergencias y divergencias de los modelos más exitosos en comunicación de salud, bajo un enfoque social.

El presente estudio se centró en diferentes teorías enfocadas en el individuo como la unidad de cambio, mientras otras se concentran en el cambio dentro de las culturas, por cuanto se debe tomar en consideración que en el marco de la comunicación en salud, no existe una sola teoría que domine la práctica comunicativa en este campo y particularmente la prevención de enfermedades; pues la problemática de la salud, requiere un tratamiento y manejo adecuado por sus propias características, así como por su cultura, su población y los contextos que son variados,

El estudio se basó en un enfoque cualitativo para caracterizar cada uno de los seis modelos que son parte esencial de esta investigación; como son: Creencias de Salud; Precede/Proceed;

Teoría del Aprendizaje Social; Difusión de Innovaciones; Convergencias y Divergencias; y, *EIS basado en un enfoque individual - social y el uso de los tipos de comunicación por etapas.*

Resultados y discusión

Luego de ser analizados cada uno de los modelos de comunicación en salud, se dio paso al análisis de los datos, información que derivó en las conclusiones a las cuales arriba la investigación.

Modelo de Creencias de Salud

Según las teorías cognoscitivas del comportamiento en los niveles individual e interpersonal, el comportamiento está supeditado por lo que sabemos y lo que creemos, pero este conocimiento en varios casos no es suficiente para producir un cambio conductual y es dónde entran en juego las percepciones, los sentimientos, la motivación, las aptitudes y los factores del entorno social.

Uno de los modelos que explica a cabalidad la naturaleza de las acciones individuales preventivas de la salud es el Modelo de Creencias de Salud. Según Cabrera, Tascón y Lucumi (2001) en la década del 50, cuatro psicólogos sociales del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, Godfrey Hochbaum, Stephen Kegeles, Hugh Leventhal e Irwin Rosenstock desarrollaron la arquitectura y descripción original del Modelo de Creencias de Salud con el fin de explicar la naturaleza de las acciones preventivas de salud de los individuos.

Según Kreps y Thornton (1992) este modelo se compone de tres elementos: las percepciones individuales basadas en la susceptibilidad y severidad de las enfermedades, las percepciones individuales sobre los beneficios de tomar una acción preventiva y los tips que le permitan al individuo estimularse para desarrollar una actividad preventiva de salud. En esencia, el Modelo está trazado con el fin de predecir la adopción de una conducta basada en la percepción de amenazas y beneficios y es muy acertado con relación a las posibles influencias que pueden estar inmersas en el procesamiento de la información, por ejemplo, la susceptibilidad de un individuo sobre una determinada enfermedad debe ser visto a través de aquellos constructos sociales que han predominado en la vida de esa persona. Las acciones preventivas de salud

van a requerir que los expertos interioricen en los factores modificantes de la conducta de una persona catalogados por el Modelo de Creencias de Salud como: variables socio-psicológicas y demográficas. De acuerdo con Rosenstock (1974), las dimensiones que conforman el Modelo de Creencias de Salud serían básicamente la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas.

Factores Modificantes

Probabilidad de acción

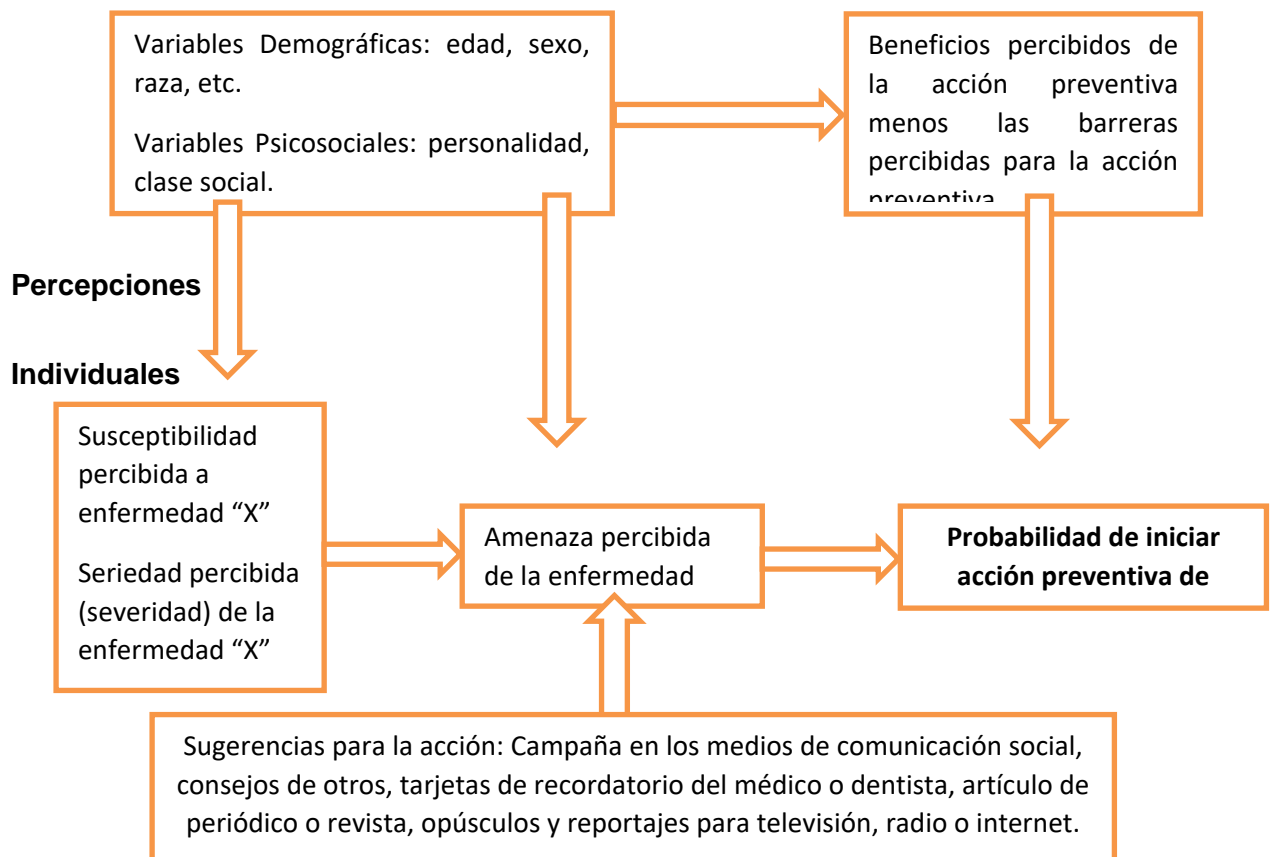


Figura 1. Modelo de creencias de la salud. Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2001). Manual de comunicación para programas de promoción de la salud de los adolescentes.

Con respecto a la susceptibilidad percibida frente a un problema específico de salud Rosenstock (1974), Janz y Becker (1984) la definen como una dimensión que valora las distintas maneras de percepción que presentan los individuos sobre la vulnerabilidad a enfermarse, es decir la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo latente de adquirir una enfermedad, desde aquel sujeto que niega la posibilidad de contraer alguna enfermedad, o aquel que admite la eventualidad de que le ocurra una complicación de salud,

pero no está convencido de que sea real esa posibilidad, hasta aquel individuo que está convencido de encontrarse en peligro cierto de contraer la enfermedad.

Para Rosenstock (1974), la severidad percibida hace referencia a la creencia sobre la gravedad de adquirir una enfermedad o de no tratarla luego de haberla contraído, esta dimensión contempla dos tipos de consecuencias: las médico clínicas (como muerte, incapacidad o dolor) y las sociales (las relaciones interpersonales, los efectos de la enfermedad sobre el entorno laboral y familiar de la persona).

La dimensión de los beneficios percibidos según Janz y Becker (1984), se refiere a las creencias que el sujeto tiene respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas puedan tener al momento de enfrentarse a la enfermedad, por ejemplo, si una persona está asustada y siente la amenaza de un trastorno de salud concreto, no acatará las recomendaciones de su médico salvo que las perciba como eficaces para enfrentar dicha complicación, asumiendo que las creencias del sujeto con relación a los cursos de acción de que dispone están influidas por las presiones del grupo social al que pertenece. Otra dimensión del modelo son las barreras percibidas, es decir los hechos y situaciones que se oponen a la ejecución de la conducta de salud sugerida, aspectos potencialmente negativos de un curso de acción concreto. Así, un individuo puede considerar que el curso de acción sugerido es realmente efectivo, pero al mismo tiempo lo percibe como costoso, desagradable o doloroso. (Rosenstock, 1974).

Modelo PRECEDE/PROCEED

Para MacLachlan (2001), este Modelo es considerado como un enfoque sistemáticamente integrado de diferentes aproximaciones teórico-metodológicas para la promoción y la educación para la salud con resultados positivos en la modificación del comportamiento y del ambiente para promover salud y prevenir enfermedades.

Alanís y Nuñez (2000) afirman que la aplicación del Modelo PRECEDE/PORCEED en su investigación “Efecto de un programa en planificación familiar” incrementó la cobertura del uso de métodos de planificación familiar en el grupo de adolescentes embarazadas.

El modelo propone estrategias de intervención acordes con las necesidades que inciden en la salud de grupos sociales específicos. Polaino y Lorente (1987) afirman que las personas cuando adquieren un mayor conocimiento sobre los determinantes de la salud, su capacidad de tomar decisiones en post de prevenir o combatir la enfermedad se incrementa.

Según Flores y García (2005) el modelo ofrece amplias ventajas para desarrollar un diagnóstico que conduzca a una promoción efectiva de la salud pues incluye consideraciones en dos fases, la primera llamada Precede que apunta al diagnóstico y evaluación de los factores determinantes de la calidad de vida de la población objetivo, y una segunda denominada Proceed encaminada al análisis de las políticas, normas y estructura de las organizaciones como variables ambientales que influyen en la adopción de conductas poco saludables y a la evaluación del proceso de aplicación del modelo, su impacto y resultados.



Figura 2. Modelo Precede-Proceed

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

Modelo de Etapas de Cambio

Otro modelo del campo de la comunicación en salud a tomar en consideración es el de Etapas de Cambio desarrollado por Prochaska y DiClemente (1982), según Díaz, Rodríguez, Rodríguez, Frías, Rodríguez, Barroso y Robles, (2005), es un modelo estimado de carácter individual y cognitivo que propone llegar a una nueva conducta saludable del individuo pasando por varias etapas hasta que ésta se convierta en rutinaria. El modelo asume que para pasar a una próxima etapa se deben producir movimientos crecientes. Las etapas consideradas en el modelo son pre-contemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento. En el primer nivel la persona no es consciente del problema, por lo que su percepción sobre un cambio de estilo de vida es irrelevante, existe una resistencia a reconocer o cambiar su conducta. En la segunda etapa (Contemplación) el individuo reconoce que existe un problema y razona seriamente en el mismo, aunque no es capaz de generar un compromiso para adoptar una conducta que le proporcione una mejor calidad de vida.

Para Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), existe un período mayor en la transición a la siguiente etapa denominada determinación, en esta etapa las personas combinan la intención con la conducta que podrían adoptar, estos individuos intentar tomar una actitud en un tiempo corto. Por ejemplo, un fumador frecuente puede definir el momento en que dejará de fumar su primer cigarrillo del día por alrededor de 30 minutos.

Según Maibach y Parrott (1995) el modelo de etapas de cambio enfatiza que los mensajes y programas emitidos por los medios de comunicación tienen mayor efectividad en las primeras etapas (Pre-contemplación y contemplación) mientras que la comunicación interpersonal y las redes de apoyo social vinculadas a la comunidad tienen una importancia crítica durante las etapas posteriores (Determinación, acción y mantenimiento)

La información, específicamente la impresa, es crucial para alentar al cambio de una etapa hacia la próxima. Sin embargo, el tipo de información debe variar de acuerdo con la etapa en que se encuentre la población (Di Clemente y Hughes, 1990).

Tabla 1. Modelo de etapas del cambio

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

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

Se puede deducir que al igual que el Modelo de Creencias de Salud, el de Etapas de Cambio presta la mayor atención a las percepciones individuales como factor primordial en la modificación de la conducta y básicamente estas percepciones pueden estar sujetas al conocimiento previo que tiene el individuo sobre la enfermedad. (Ríos, 2011).

Modelo de la Teoría del Aprendizaje Social

Entre los modelos de comunicación en salud se destaca el modelo de la teoría del aprendizaje social que se centra en el papel que juegan los procesos cognitivos, autorreguladores y autoreflexivos como determinantes en el funcionamiento psicosocial, resaltando que el pensamiento humano constituye una herramienta esencial para comprender el entorno. (Bandura, 1987)

El modelo propuesto por Bandura enfatiza en el rol que posee el modelo adulto en la transmisión social, es un proceso de adquisición de conocimiento y procesamiento cognitivo de la información gracias a las acciones psicomotoras que se producen en una situación específica. De esta forma el modelo observado se convierte en una herramienta esencial para

estimular y motivar, permitiendo mayor efectividad en el afrontamiento del problema. (Vielma y Salas, 2000).

Este modelo presenta constructos análogos con el modelo de creencias de salud, ambos destacan la inferencia y la experiencia de otras personas como factor de influencia para alcanzar la modificación de la conducta. (Ríos, 2011)

Modelo de la Teoría de la Acción Razonada

Otra teoría de gran interés cuyo postulado teórico es uno de los más utilizados actualmente por organismos internacionales es el modelo propuesto por Fishbein y Ajzen denominado como la Teoría de Acción Razonada, calificada como de carácter interpersonal y de orientación cognitiva, pues toma en consideración a los entornos sociales como influenciadores de las personas. (OPS, 2001).

La Teoría de Acción Razonada asume que la conducta de la mayoría de personas está determinada por creencias ocultas que se derivan de un patrón cultural y social establecido en la región donde habita, hace referencia a la creencia que el individuo tiene de lo que las personas importantes para él esperan que haga. De acuerdo con este modelo la adopción de una conducta saludable está equilibrada por: 1. La actitud del individuo sobre si la nueva conducta le será beneficiosa. 2. La interpretación de lo que distingue que las personas relevantes a su alrededor desearían que él hiciera. (Fishbein y Ajzen, 1981)

Según Stefani (1993) esta teoría explica y predice la intención de un individuo para desarrollar una acción concreta, la cual está supeditada por 2 factores: un factor personal o actitudinal y otro social o normativo. La actitud hacia la propia conducta es estimada por la evaluación subjetiva de los resultados a obtener y por la creencia que la persona tiene sobre la probabilidad de obtener consecuencias específicas a través de la adopción de un determinado comportamiento, dicho de otro modo, la actitud es favorable cuando la mayoría de las creencias conductuales de mayor intensidad se basan en consecuencias positivas y es desfavorable cuando éstas se basan en efectos negativos. La norma subjetiva en cambio es estimada por las creencias normativas del sujeto, es decir aquellas basadas en lo que

determinadas personas o grupos significativos para él esperan que haga y por otra parte por la motivación personal que lo lleva a cumplir dichas expectativas.

Modelo de Difusión de Innovaciones

Otro modelo interesante a ser tomado en consideración es el Modelo de Difusión de Innovaciones propuesto por Dol de Rogers quien describe dicho modelo como un proceso por el cual una innovación (idea práctica u objeto nuevo) es transmitido por varios canales a miembros de un sistema social con el fin de alcanzar un cambio conductual, el mismo que para ser logrado pasa por etapas como la percepción, evaluación, prueba y adopción. (Alonso y Arcila, 2014).

Según Fuentes y Everet (2004) este modelo puntualiza los estudios del proceso de innovación, el momento decisional y la importancia relativa de los canales comunicativos, también analiza como las características percibidas por el individuo se convierten en influenciadores directos de la adopción de la innovación, de igual forma las características y el comportamiento de quienes adoptan la conducta según sus tipologías, el rol de los líderes de opinión en la difusión de innovaciones y los factores que intervienen en la efectividad del cambio.

Según Rogers (2003). Este modelo establece categorías en relación con la adopción de la innovación, ya que los individuos adoptan una innovación en distintos tiempos según sus intereses privados, su percepción, sus características socioeconómicas y de educación, que a la vez tienen estrecha relación con el entorno en el que se desenvuelven.

Las 5 categorías son: los innovadores (2.5 %), los primeros adoptantes (13.5 %), la mayoría precoz (34 %), la mayoría rezagada (34 %) y los tradicionales (16 %). Los innovadores son quienes toman la idea y la incorporan a sus rutinas de trabajo; los primeros adoptantes aceptan la innovación y las estrategias empleadas para su difusión antes que la mayoría, y tienen mucha credibilidad y peso en la toma de decisiones. La mayoría precoz tiene habilidades para mantener canales informales de comunicación, pero requiere más tiempo para adoptar la innovación. La mayoría rezagada adopta las nuevas ideas por presiones del entorno ya sea por necesidad de

cumplimientos de indicadores o por estandarizarse con otras instituciones. Los tradicionales mantienen su punto de referencia en el pasado y actúan con reticencias y no muy convencidos de la adopción. (p.31)

Para Alonso y Arcila (2014) en relación con la promoción de la salud y prevención de enfermedades la aplicación de la Teoría de Rogers puede emplearse en casi todas las áreas tales como:

Ambiente, programas del infante, control prenatal, adolescencia, adulto joven, adulto maduro, adulto mayor y temáticas relacionadas con abuso de sustancias psicoactivas, prevención y control de enfermedades crónicas, como diabetes, hipertensión; asimismo, en enfermedades transmisibles y problemáticas relacionadas con los servicios de salud.

Análisis de los Modelos: Convergencias y Divergencias

Para definir un potencial modelo de comunicación se hace necesario el análisis de los seis modelos presentados en el subcapítulo anterior, donde se establezca las características fundamentales de cada modelo, así como el objetivo práctico que se persigue, los beneficios que ofrece y los aportes comunicacionales que serán tomados en consideración para el diseño de un modelo propio.

Tabla 2. Análisis de los Modelos de Comunicación en Salud

| Modelo | Autor (2001) | Características | Objetivo | Beneficios | Aportes |
|--|--|---|---|---|--|
| Modelo de Creencias de Salud | Godfrey Hochbaum, Stephen Kegeles, Hugh Leventhal e Irwin Rosenstock | Basado en las percepciones individuales sobre amenazas y beneficios de adoptar una conducta. Dos variables: 1. Deseo de evitar la enfermedad o recuperar la salud. 2. Percepción de que una conducta saludable le permita prevenir la enfermedad o recuperar la salud. Cuatro dimensiones: 1. Susceptibilidad percibida. 2. Severidad percibida 3. Beneficios percibidos 4. Barreras percibidas | Promoción efectiva de la salud. Adopción de una conducta saludable que le asegure prevenir la enfermedad o recuperar la salud. | Disminuir la tasa de incidencia Disminuir la tasa de prevalencia Disminuir la tasa de mortalidad Incrementar el índice de esperanza de vida. Disminuir el gasto público en salud. | Diseño de Modelo de comunicación para el cambio social que podría ser empleado en otras áreas que impliquen un cambio de conducta. |
| Modelo PRECEDE/PROCEED | Green, Kreuter, Deeds y Partridge | | Promoción efectiva de la salud. Adopción de una conducta saludable que le asegure prevenir la enfermedad o recuperar la salud. | Disminuir la tasa de incidencia Disminuir la tasa de prevalencia Disminuir la tasa de mortalidad Incrementar el índice de esperanza de vida. Disminuir el gasto público en salud. | Diseño de Modelo de comunicación para el cambio social que podría ser empleado en otras áreas que impliquen un cambio de conducta. |
| Modelo de Etapas de Cambio | Prochaska y DiClemente | Proceso que comprende pasar por varias etapas (pre-contemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento) hasta que la nueva conducta se convierta en rutinaria. | Adopción de una nueva conducta saludable. | Disminuir la tasa de incidencia | Diseño de Modelo de comunicación para el cambio social que podría ser empleado en otras áreas que impliquen un cambio de conducta. |
| Modelo de la Teoría del Aprendizaje Social | Bandura | El conocimiento previo del éxito o fracaso que otros han experimentado se impone incluso por sobre las barreras o circunstancias que impidan la adopción de la nueva conducta. | Adopción de una nueva conducta saludable. | Disminuir la tasa de incidencia | Diseño de Modelo de comunicación para el cambio social que podría ser empleado en otras áreas que impliquen un cambio de conducta. |

| | | | | | |
|--|------------------|--|--|---------------------------------|--|
| Modelo de la Teoría de la Acción Razonada. | Fishbein y Ajzen | Consideración a los entornos sociales como influenciadores de las personas. Hace referencia a la creencia que el individuo tiene de lo que las personas importantes para él esperan que haga. Dos Factores: Factor personal o actitudinal Factor social o normativo. En general, un individuo ejecutará o no una conducta específica cuando percibe la presión del medio social. | Adopción de una nueva conducta saludable. | Disminuir la tasa de incidencia | Diseño de Modelo de comunicación para el cambio social que podría ser empleado en otras áreas que impliquen un cambio de conducta. |
| Modelo de Difusión de Innovaciones | Dol de Rogers | Proceso por el cual una innovación (idea práctica u objeto nuevo) es transmitido por varios canales a miembros de un sistema social con el fin de alcanzar un cambio conductual. Etapas: percepción, evaluación, prueba y adopción | Adopción de una nueva conducta saludable camuflada como una innovación en salud. | Disminuir la tasa de incidencia | Diseño de Modelo de comunicación para el cambio social que podría ser empleado en otras áreas que impliquen un cambio de conducta. |

Fuente: Autoría propia.

Una similitud interesante se puede dilucidar entre los modelos de Creencias de Salud y el de la Teoría del Aprendizaje social, en donde ambos enfatizan la influencia y experiencias de otras personas como determinante para alcanzar la modificación de la conducta, aunque también se puede considerar al modelo de la Teoría de la Acción Razonada dentro de este contexto con la diferencia que éste enmarca la importancia del entorno social sobre el individuo pero no como experimentadores del suceso sino como ejercedores de presión y la Teoría de difusión de innovaciones, en donde el elemento de relevancia es la innovación como factor de cambio de conducta, el cual puede tener mayor concordancia con la Teoría del Aprendizaje social. Lo que sí, está claro es el entorno como factor común en todos estos modelos. En lo que respecta a como se establecen los procesos existe una similitud entre los modelos de Etapas de cambio con el de difusión de innovaciones y Creencias de Salud: Estos modelos enfatizan en cada proceso, etapas de percepción, que pueden identificarse como pre contemplación y contemplación del suceso o conducta sugerida en donde la susceptibilidad y la severidad percibida son sustanciales, la evaluación, que es el momento de la determinación o toma de decisión, en donde las amenazas y beneficios percibidos toman fuerza, una etapa de prueba que se traduce a la acción y ejecución de la nueva conducta y finalmente la adopción que sería

la puesta en marcha del suceso, así como su mantenimiento. Otro análisis interesante es la revisión de cada modelo como proceso y en el que puede utilizarse más eficazmente los distintos tipos de comunicación que permitan una mayor efectividad en la consecución del objetivo perseguido para cada etapa del modelo.

Tabla 3. Tipos de comunicación según los modelos de comunicación en salud

| Modelo | Etapas | Tipos de comunicación |
|--|---|--|
| Modelo de Creencias de Salud | Susceptibilidad percibida: negación, poco convencimiento, convencimiento total. | Medios de comunicación masiva. (Internet, TV, radio, prensa) |
| | Severidad percibida: convencimiento de la gravedad: médica y social. | Medios de comunicación masiva. (Internet, TV, radio, prensa) |
| | Beneficios percibidos: creencia de la efectividad influencia del grupo social | Medios de comunicación masiva. Comunicación Interpersonal. Comunicación Dialógica Participativa. |
| | Barreras percibidas: hechos y sucesos en contraposición a la conducta sugerida. | Comunicación Interpersonal. Comunicación Dialógica Participativa. |
| Modelo PRECEDE/PROCEED | PRECEDE: Determinación de la calidad de vida Características de la población: necesidades, causas del problema, posibilidad de cumplir con la intervención. | Medios de comunicación masiva. |
| | PROCEED: Análisis de las políticas, normas y la estructura organizativa como factores de influencia en la conducta poco saludable. | RRPP |
| Modelo de Etapas de Cambio | Pre contemplación: No hay conciencia del problema, el cambio de conducta es irrelevante y existe resistencia al cambio. | Medios de comunicación masiva. (Internet, TV, radio, prensa) |
| | Contemplación: Reconocimiento del problema pero no existe un compromiso serio. | Medios de comunicación masiva. (Internet, TV, radio, prensa) |
| | Determinación: Combinación de la intención con la conducta. Se traza planes para cambiar. | Comunicación Interpersonal. Comunicación Dialógica Participativa. |
| | Acción: Existe un compromiso adquirido y se notan avances importantes. Existe un plan de acción específico. | Comunicación Interpersonal. |
| | Mantenimiento: Se debe prevenir las caídas y fortalecer el cambio. | Comunicación Interpersonal. Comunicación Dialógica Participativa. |
| | Experiencia propia, vicaria, emocional. Expectativas de Autoeficacia | Comunicación Interpersonal Medios de comunicación masiva. (Internet, TV, radio, prensa) |
| Modelo de la Teoría del Aprendizaje Social | | |
| Modelo de la Teoría de la Acción Razonada | Actitud Creencias propias positivas o negativas de la consecución del hecho. | Comunicación Interpersonal |
| | Norma Subjetiva Creencias sobre lo que personas importantes para él esperan que haga. | Comunicación Dialógica Participativa. |
| Modelo de Difusión de Innovaciones | Percepción: | Medios de comunicación masiva. (Internet, TV, radio, prensa) |
| | Evaluación: | Medios de comunicación masiva. (Internet, |

| | | |
|--|---|--|
| | Innovadores | TV, radio, prensa) |
| | Prueba: Primeros adoptantes La mayoría precoz | Comunicación Interpersonal Comunicación Dialógica Participativa |
| | Adopción: La mayoría rezagada Los tradicionales | Comunicación Interpersonal Comunicación Dialógica Participativa |

Fuente: Autoría propia.

Modelo EIS basado en un enfoque individual - social y el uso de los tipos de comunicación por etapas.

Luego de un análisis profundo de los modelos de comunicación en salud más exitosos se presenta un modelo enfocado en ambos contextos (individual y social) tomando consideraciones de todos los modelos de acuerdo a los objetivos trazados en cada una de sus etapas y donde prevalecen los tipos de comunicación, canales y medios más apropiados para efectivizar el cambio de la persona hacia una conducta saludable.

| Etapa | Mod. EIS Enfoque Individual - Social | Mod. Creencias de Salud | Mod. Precede Proceed | Mod. Etapas de Cambio | Mod. Teoría Aprendizaje Social | Mod. Teoría Acción Razonada | Mod. De Difusión De Innovaciones | Tipos de Comunicación |
|-------|--------------------------------------|--|--|-----------------------|--------------------------------|--|----------------------------------|--|
| 1 | Concientización | Susceptibilidad percibida. | | Pre Contemplación | | | | Comunicación Educativa Medios Masivos |
| 2 | Aceptación | Severidad percibida Amenazas percibidas | Determinación de la calidad de vida. Público de riesgo. | Contemplación | Experiencia propia | Actitud, creencias propias positivas o negativas | Percepción | Comunicación Intergrupar Comunicación Dialógica Participativa (Reuniones) |
| 3 | Diagnóstico | Barreras percibidas | Factores de influencia en la conducta poco saludable. | | | | Evaluación | Comunicación Intergrupar Comunicación Dialógica Participativa |
| 4 | Influencia | Beneficios percibidos | | | Éxito o fracaso de otros | Presión Social | | Comunicación Dialógica Participativa |
| 5 | Determinación | | | Determinación | Expectativa de autoeficacia. | | | Comunicación Digital Red de Apoyo |
| 6 | Ejecución | Ejecución | | Acción | | | Prueba | Comunicación Digital Red de Apoyo |
| 7 | Adopción | | | Mantenimiento | | | Adopción | Comunicación Digital Red de Apoyo |

Modelo EIS basado en un enfoque individual - social y el uso de los tipos de comunicación por etapas.

| ETAPAS | MODELO IES | TIPOS DE COMUNICACIÓN | OBJETIVO |
|--------|-----------------|---|---|
| 1 | CONCIENTIZACIÓN | Comunicación Educativa MEDIOS: INTERNET, TV, RADIO, PRENSA | Indicar la susceptibilidad de la enfermedad a través de casos para enfrentar la negativa de los individuos a contraer la enfermedad y concientizarlos de la posibilidad de padecer la enfermedad de forma tal que la persona anticipe el riesgo de enfermarse (Pre-contemplación) |
| 2 | ACEPTACIÓN | Comunicación Intergrupala a través de una Comunicación Dialógica Participativa. MEDIO: REUNIONES | Indicar la severidad de la enfermedad a través de historias explicando el público de riesgo y las consecuencias positivas y negativas de aceptar o no una conducta saludable. (Contemplación de la posibilidad directa de contraer la enfermedad). |
| 3 | DIAGNÓSTICO | Comunicación Intergrupala a través de una Comunicación Dialógica Participativa. MEDIO: REUNIONES | Conocimiento de los factores determinantes de la enfermedad y cómo evitarlos para adquirir una conducta saludable. Identificar las barreras que se presentan al momento de adoptar una conducta saludable y contrarrestar el peso de las mismas. |
| 4 | INFLUENCIA | Comunicación Intergrupala a través de una Comunicación Dialógica Participativa MEDIO: REUNIONES | Influencia Positiva: Conocimiento del éxito o fracaso de otros que se encuentran con similares características principalmente en edad, sexo, origen genético, raza, estado civil, laboral etc. Influencia de personas cercanas con gran influencia en el individuo Influencia Negativa: Como contrastar la presión social a desarrollar una |

| conducta no saludable | | |
|-----------------------|---------------|---|
| 5 | DETERMINACIÓN | Comunicación |
| | | Digital |
| | | Expectativa de autoeficacia: |
| | | Comunicación Interpersonal |
| | | Motivar al individuo hacia la ejecución y adopción de una conducta saludable a través de la comunicación con personas que ya adoptaron el cambio. |
| 6 | EJECUCIÓN | Comunicación Grupal: Redes de Apoyo Social |
| | | Creación de Redes de apoyo social alrededor de estas personas quienes se convierten en líderes y promotores de la promoción de la nueva conducta. |
| | | MEDIOS: |
| | | INTERNET Y REUNIONES |
| | | Comunicación Interpersonal |
| 7 | ADOPCIÓN | Comunicación Grupal: Redes de Apoyo Social |
| | | Puesta en marcha de la nueva conducta del individuo, donde a través de la tecnología y aplicaciones se pueda concretar la ejecución y acción del cambio conductual. |
| | | MEDIOS: |
| | | INTERNET Y REUNIONES |
| | | Comunicación Digital: |
| | | Gracias a la tecnología y la comunicación digital se hará un seguimiento y mantenimiento a través de las redes de apoyo social de cómo los individuos continúan su proceso de cambio, que también servirá para escoger a los de mayor avance para la etapa 5. |
| | | Internet y Redes de Apoyo |
| | | |
| | | |
| | | |

Fuente: Autoría propia.

Conclusiones

La situación de la salud en Ecuador requiere de un análisis profundo principalmente sobre los resultados de las actividades comunicacionales en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Actualmente son muy pocas y limitadas las campañas de comunicación en salud que se desarrollan en Ecuador, las cuales no cuentan con un seguimiento ni una evaluación efectiva que pueda comprobar si la concientización de las comunidades se ve reflejada en bajas tasas de incidencia y prevalencia de las enfermedades en cuestión.

Es esencial tener conocimiento del impacto que han tenido los programas realizados por el Ministerio de Salud de Ecuador, como medios de prevención y promoción a la salud, para de esta manera poder medir el nivel de eficacia de los mismos.

La creación y aplicación de un modelo comunicacional para la promoción de la salud y prevención de enfermedades que lleve a conseguir un cambio actitudinal en los habitantes, el mismo que propenderá contar con bajos indicadores de incidencia de enfermedades y por ende un mejor bienestar en salud se vuelve esencial en la actualidad.

El posicionamiento de las comunidades en las estrategias de prevención y campañas de salud es fundamental en un proceso de comunicación en salud, porque es el resultado del esfuerzo del ser humano de manera independiente que contribuye al cambio.

Bibliografía

- Alanís-Alanís, M. de J. y Núñez-Rocha, G M. (2000). Efecto de un programa en planificación familiar, con el método PRECEDE en adolescentes embarazadas. Universidad Autónoma de Nuevo León. IV Reunión Delegacional de Investigación Médica. Salud Pública y Nutrición. Febrero Especial No.1. Monterrey, N.L, México.
- Alonso, L., & Arcila Calderón, C. (2014). La teoría de Difusión de Innovaciones y su relevancia en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. *Salud Uninorte*, 30 (3), 451-464.
- Bandura, A. (1987). Pensamiento y acción: fundamentos sociales. Barcelona-España: Martínez Roca.
- Cabrera, G., Tascón, J. y Lucumí, D. (2001) Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19 (1):91-100.
- Córdova, J. (2003). Comunicación educativa en salud: oficina de comunicaciones del Ministerio de Salud. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Díaz, E., Rodríguez, M., Rodríguez, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. y Robles, S. (2005). Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 15, 5-12.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1981). *Acceptance, yielding and impact: Cognitive processes in Persuasion*. En Petty, R.E.; Ostrom, T.M. y Brock, T.C. (eds.). *Message Effects in Communication Science*. California: Sage Publications.
- Flórez Alarcón, Luis & García, Johanna & Owen, Elsa. (2005). Aplicación del modelo Precede-Proceed para el diseño de un programa de educación en salud. *Psicología y Salud*.
- Flores, F. y García, M. (2005). Evaluación de las competencias docentes en las ciencias de la salud.

[https://books.google.com.ec/books?id=Rf5kDwAAQBAJ&pg=PA294&lpg=PA294&dq=Flores++y+Garc%C3%ADa+\(2005\)+Modelos+de+Salud&source=bl&ots=](https://books.google.com.ec/books?id=Rf5kDwAAQBAJ&pg=PA294&lpg=PA294&dq=Flores++y+Garc%C3%ADa+(2005)+Modelos+de+Salud&source=bl&ots=)

Fuentes R, Everett M. Rogers (2005) y la investigación en Latinoamérica de la Comunicación. *Revisión Nueva Época* 2005; 4:93-125.

Green, L. y Kreuter, M. (1989). *Health Promotion Planning. An Educational and Enviromental Approach (2da ed.)*. Mayfield Publishing Company.

Janz, N. y Becker, M. (1984). El modelo de creencias de salud: una década después [https://scholar.google.com.ec/scholar?q=Janz++y+Becker+\(1984\),&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart](https://scholar.google.com.ec/scholar?q=Janz++y+Becker+(1984),&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart)

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

MacLachlan, M. (Ed). *Cultivating Health. (2001). Cultural Perspectives on Promoting Health*. John Wiley & Sons, LTD. England

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

Maiman, LA y Becker, MH (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353

Organización Panamericana de la Salud, OPS, (2001). *Manual de comunicación para programas de promoción de la salud de los adolescentes [En línea]*. Disponible en:<http://www.amro.who.int/Spanish/HPP/HPF/ADOL/ComSocial.pdf>
[Consultado 10 de enero, 2008]

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

Polaino-Lorente, A. (1987). *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.

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

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

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

Rosenstock, IM (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.

Ríos, I. (2011). Comunicación en Salud: Conceptos y Modelos Teóricos. *Perspectivas de la Comunicación*, 4(1), 123-140.

Vielma, E., & Salas, M. (2000). Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo. *Educere*, 3 (9), 30-37.

Sherman S, Gann D, Tobin K, Latkin C, Welsh C, Bielson P. (2009) "The life they save may be mine". Diffusion of overdose prevention information from a city sponsored programme. *International Journal of drug Policy*; 20: 137-142.

Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica/ International Journal of Psychology and Psychological Therapy

<https://www.ijpsy.com/volumen3/num1/59/el-modelo-de-creencias-de-salud-revisi-ES.pdf>

Stefani, D. (1993). Teoría de la acción razonada: una aplicación a la problemática de la internación geriátrica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25 (2), 205-223.

Rogers E. (2003). *Diffusion of Innovations*. 5a ed. Editorial Free Press;