

Modelos y teorías clave para la promoción de comportamientos y hábitos saludables



CÀTEDRA DE **DE**SENVOLUPAMENT
D'**O**RGANITZACIONS I **T**ERRITORIS
SALUDABLES I **S**OSTENIBLES

Monogràfics DOTSS
n.º 6
Ed. Laia Selva-Pareja



Dykinson SL

Modelos y teorías clave para la promoción de comportamientos y hábitos saludables

Promoción y Educación para la Salud

Editora:

Laia Selva Pareja

Cátedra DOTSS - Universidad de Lleida

Dykinson, S.L.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase al Centro Español de Derechos Reprográficos (CEDRO) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 917021970/932720407

Este libro ha sido sometido a evaluación por parte de nuestro Consejo Editorial. Para mayor información, véase www.dykinson.com/quienes_somos

Editorial DYKINSON, S.L.
Meléndez Valdés, 61
28015 Madrid
Teléfono (+34) 915442846 - (+34) 915442869
e-mail: info@dykinson.com
<http://www.dykinson.es>
<http://www.dykinson.com>

ISBN: 978-84-1122-725-4
2022

Modelos y teorías clave para la promoción de comportamientos y hábitos saludables
Càtedra de Desenvolupament de Organitzacions i Territoris Saludables i Sostenibles (DOTSS-UdL)
Universitat de Lleida



Universitat de Lleida
Càtedra d'Organitzacions i Territoris
Saludables i Sostenibles (DOTSS)

Editora:
© Laia Selva-Pareja

Se utilizará el género gramatical masculino para referirse a colectivos mixtos, como aplicación de la ley lingüística de la economía expresiva. Tan solo cuando la oposición de sexo sea un factor relevante en el contexto, se explicitarán ambos géneros

Las imágenes de población infantil y adulta que aparecen en la explicación de los programas de Gasol Foundation tienen los derechos concedidos y reservados a dicha entidad, la cual los cede para su uso en este monográfico sin fines comerciales ni lucrativos. Ninguna imagen puede ser reproducida o transmitida en ningún formato electrónico o físico sin el permiso explícito y por escrito de la Gasol Foundation.

Relación de autores

Este monográfico ha sido posible gracias a la colaboración de:

Laia Selva Pareja (editora)

Miembro de la Cátedra DOTSS-UdL.

Profesora lectora. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida.

Anna Espart Herrero

Miembro de la Cátedra DOTSS-UdL.

Profesora lectora Serra Húnter. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida.

M Luisa Guitard Sein-Echaluce

Miembro de la Cátedra DOTSS-UdL.

Isabel del Arco Bravo

Directora de la Cátedra DOTSS-UdL Coordinadora del equipo EDO-UdL.

Profesora Titular. Departamento de Pedagogía. Universidad de Lleida.

Anabel Ramos Pla

Miembro de la Cátedra DOTSS-UdL.

Profesora lectora. Departamento de Pedagogía. Universidad de Lleida.

Carla Camí Garanto

Investigadora predoctoral en formación. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida.

Rosa Alzuria Alós

Miembro de la Cátedra DOTSS-UdL.

Profesora lectora. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida.

Santiago Felipe Gómez Santos

Director global de investigación y programas. *Gasol Foundation*.

Profesor asociado. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida.

Clara Homs Bassedas

Coordinadora técnica de investigación y Programas. *Gasol Foundation Europa*.

Genís Según Mercader

Técnico referente de proyectos en el ámbito educativo. *Gasol Foundation Europa*.

Paula Berruezo Torres Gómez de Cádiz

Técnica referente de proyectos en el ámbito social. *Gasol Foundation Europa*.

Índice

RELACIÓN DE AUTORES	3
1. INTRODUCCIÓN.....	9
Laia Selva Pareja	
Santiago Felipe Gómez Santos	
1. Paradigmas en Salud	12
2. Instrumentos en Educación para la Salud.....	12
2.1. PRECEDE-PROCEED.....	13
2.2. PATCH.....	14
2.3. Modelo de planificación.....	14
2.4. MATCH	15
2.5. FACILE.....	16
2.6. COMBI.....	17
2.7. PÍDICE o PIDICES	18
2.8. STELa Social marketing plan	20
2.9. CDCynergy.....	20
2.10. SMOC	21
2.11. Planificación de intervenciones.....	23
2.12. Behavior Centered Design.....	26
2.13. Elabora un programa en 8 etapas	27
2.14. Ciclo de acción comunitaria	28
3. Modelos y teorías en Educación para la Salud.....	29
4. Bibliografía	30
2. TEORÍAS Y MODELOS MICRO O INTRAPERSONALES.....	35
Laia Selva Pareja	
Anna Espart Herrero	
Rosa Mar Alzuria Alós	
M Luisa Guitard Sein-Echaluce	
Carla Camí Garanto	
Paula Berruezo Torres Gómez de Cádiz	
1. Introducción	35
2. Teorías y modelo.....	35
2.1. Modelo de Creencias de Salud	35
2.2. Teoría de la acción razonada.....	37
2.3. Modelo de la conducta planificada.....	38

2.4.	Modelo de la acción razonada por objetivos	39
2.5.	Modelo transteórico.....	39
2.6.	Teoría de la implementación y establecimiento de metas	40
2.7.	Teoría social cognitiva de la autorregulación.....	41
2.8.	Teoría de la búsqueda de sensaciones	42
3.	Ejemplo: PRESAFALÍN	42
4.	Bibliografía	49
3.	TEORÍAS Y MODELOS MESO O INTERPERSONALES.....	53
Laia Selva Pareja		
Anna Espart Herrero		
Carla Camí Garanto		
Clara Homs Bassedas		
1.	Introducción	53
2.	Teorías y modelos	53
2.1.	Teoría del aprendizaje social y Teoría cognitiva social	54
2.2.	Modelo de apoyo interpersonal-social	55
2.3.	Teoría de la motivación por incentivos	55
2.4.	Teoría de la resiliencia	56
2.5.	Teoría de las redes sociales y del apoyo social	56
2.6.	Teoría de crianza disciplinada.....	56
2.7.	Teorías del estrés y de enfrentar situaciones difíciles	57
2.8.	Modelo actitud, influencia social y autoeficacia	58
2.9.	Modelo del proceso de acción para la salud.....	59
2.10.	Modelo I-Change.....	60
3.	Ejemplo: FIVALÍN	62
4.	Bibliografía	69
4.	MODELOS MACRO O COMUNITARIOS	75
Anabel Ramos-Pla		
Isabel del Arco Bravo		
Genís Segú Mercader		
1.	Introducción	75
2.	Teorías y modelos	75
2.1.	Modelo de organización comunitaria	76
2.2.	Teoría de la difusión de innovaciones	78
2.3.	Modelo de comunicación y marketing social	79
3.	Ejemplo: ÓRBITA4Kids.....	80
4.	Bibliografía	88

5. DESARROLLO DE POLÍTICAS Y LEGISLACIÓN 91

Isabel del Arco Bravo

M Luisa Guitard Sein-Echaluce

Santiago Felipe Gómez Santos

1. Introducción	91
2. Teorías y modelos	95
2.1. Modelo de Hall.....	96
2.2. Teoría de las oportunidades en materia de política	96
2.3. Teoría de la construcción de la agenda	97
2.4. Defensa activa en los medios de comunicación	101
3. Ejemplo: Plan nacional.....	101
3.1. ¿Cómo se pretende lograr el cambio a través de #EnPlanBien?	103
3.2. Indicadores clave del #EnPlanBien.....	106
4. Bibliografía	107

6. PLAN ESTRATÉGICO DE LA GASOL FOUNDATION 113

Santiago Felipe Gómez Santos

Clara Homs Bassedas

Genís Segú Mercader

Paula Berruezo Torres Gómez de Cádiz

1. Introducción	113
2. Ejemplo integrador.....	114
3. Bibliografía	117

Índice de figuras

Figura 1. Modelo arco iris de determinantes sociales de la salud	11
Figura 2. Fases del instrumento PRECEDE-PROCEED	13
Figura 3. Fases del instrumento MATCH	15
Figura 4. Fases del instrumento FACILE.....	16
Figura 5. Fases del instrumento PÍDICE.....	18
Figura 6. Fases del instrumento PIDICES	19
Figura 7. Fases del instrumento SMOC	22
Figura 8. Modelo de resultados para la promoción de la salud	23
Figura 9. Pasos del instrumento de planificación de intervenciones.....	25
Figura 10. Fases del instrumento behaviour centered design.....	26
Figura 11. Fases del instrumento de las 8 etapas	27
Figura 12. Fases del instrumento ciclo de acción comunitaria.....	28
Figura 13. Teoría de la acción razonada.....	37
Figura 14. Modelo de la conducta planificada con factores de fondo.....	38
Figura 15. Modelo de la acción razonada por objetivos.....	39
Figura 16. Modelo transteórico	40
Figura 17. Esquema teórico y conceptual que fundamenta el proyecto PRESAFALÍN	43
Figura 18. Imagen gráfica de los 4 pilares que conforman la Galaxia Saludable y el proyecto PRESAFALÍN.....	44
Figura 19. Modelo ASE	58
Figura 20. Modelo HAPA	59
Figura 21. Modelo I-Change	61
Figura 22. Factores que determinan una participación comunitaria significativa, funcional y eficaz	77
Figura 23. Logotipo del programa ÓRBITA4Kids	81
Figura 24. Ejemplo del póster que reciben los diferentes sectores clave del municipio de la Llagosta.....	85
Figura 25. Logotipo del programa PRESAFALÍN	86
Figura 26. Logotipo del programa SEÍSMO	86
Figura 27. Logotipo del programa FIVALÍN.....	87
Figura 28. Logotipo del programa ENERGY	87
Figura 29. Logotipo del programa COACH+	87
Figura 30. Logotipo del programa ÓRBITA4Kids	88
Figura 31. Marco de factores determinantes de la salud	93
Figura 32. Salud en todas las políticas (HiAP o SeTP).....	94

Figura 33. Gobernanza para la salud.....	95
Figura 34. Ministerios del gobierno de España implicados en la elaboración y despliegue del Plan Estratégico Nacional para la reducción de la obesidad infantil.....	102
Figura 35. Modelo lógico del Plan Estratégico Nacional para la reducción de la obesidad infantil	105
Figura 36. Misión de la Gasol Foundation representada en la sede global	113
Figura 37. Sectores y agentes clave a través de los cuáles la Gasol Foundation despliega sus 4 líneas de acción prioritarias.....	115

Índice de imágenes

Imagen 1. Familias participantes en el proyecto PRESAFALÍN interactuando con otras familias y con sus hijas e hijos.....	47
Imagen 2. Educadoras de la <i>Gasol Foundation Europa</i> realizando una explicación, en el taller de bienvenida, a las familias de un centro PRESAFALÍN.....	47
Imagen 3. Familia participante interactuando con una educadora del proyecto PRESAFALÍN	49
Imagen 4. Grupo familias participantes a FIVALÍN realizando una dinámica durante el taller familiar	63
Imagen 5. Niño y madre abrazándose durante una de las dinámicas de los talleres familiares ..	66
Imagen 6. Niñas y niños participantes a FIVALÍN realizando una actividad deportiva.....	67

Índice de tablas

Tabla 1. Modelos integrados en el modelo de organización comunitaria	78
Tabla 2. Enfoques en la definición de la agenda según distintos autores.....	97

1. Introducción

Laia Selva Pareja
Cátedra DOTSS-UdL
Universidad de Lleida

Santiago Felipe Gómez Santos
Gasol Foundation
Universidad de Lleida

El monográfico sobre modelos y teorías para la promoción de comportamientos y hábitos saludables que está a punto de empezar tiene una vocación eminentemente práctica. El propósito que ha guiado su desarrollo de contenidos ha sido el facilitar un contenido que permita de manera sencilla integrar los modelos y teorías clave para el cambio conductual en el diseño e implementación de programas de educación para la salud (EpS), para ello, siempre que ha sido posible, se añaden imágenes gráficas¹ de estos modelos y teorías.

Por ello, tras esta introducción, la persona que lea la obra encontrará 4 capítulos que aglutinan las teorías y modelos clave que pueden inspirar el desarrollo de programas que se propongan promover conductas saludables en la sociedad y sobre todo facilitar la consecución de los objetivos de cambio identificados como necesarios para lograr una mejora del estado de salud y la calidad de vida de una población o comunidad en concreto. Cada uno de los 4 capítulos incluyen una descripción teórica de los modelos o las teorías en cuestión y al final los transforma en operativos ejemplificando su aplicación en programas que ya está implementando la *Gasol Foundation Europa*² para promover hábitos de vida saludables en relación con la alimentación, la actividad física, el sueño y el bienestar emocional con la misión de reducir la prevalencia de la obesidad infantil.

¹ Queremos agradecer a la Sra. Anna Carrera por la ayuda prestada en la adaptación y diseño gráfico de los esquemas e imágenes que aparecen sobre los modelos y teorías a lo largo del monográfico.

² La *Gasol Foundation* es una entidad sin ánimo de lucro que nació en 2013 de la mano de los hermanos Pau y Marc Gasol - jugadores de baloncesto NBA y *All Stars* - con el objetivo de prevenir la obesidad infantil tanto en España como en EEUU. Con este propósito, la entidad, miembro de la *World Obesity Federation*, centra su actividad en la puesta en marcha de programas e iniciativas de promoción de los hábitos saludables —la actividad física y el deporte, la alimentación saludable, el sueño y el bienestar emocional de los menores y sus familias—, y se ha convertido en una entidad referente en la promoción de hábitos de vida saludable y en la apuesta por la investigación científica en el campo de la obesidad infantil. Ver más en: <https://gasolfoundation.org/es/>

De esta manera, en el capítulo 2 se resumen las teorías y modelos que están conceptualizados para provocar cambios conductuales a un nivel micro o intrapersonal y se centra en que factores psicosociales clave deberíamos ser capaces de impactar a nivel individual para lograr estimular cambios de conducta personal encaminados a un estilo de vida saludable no solo de la persona impactada individualmente si no también en su entorno familiar y social. Las teorías y modelos de este apartado se operacionalizan a través del proyecto PRESAFALÍN que pone en valor como el equilibrio de cuestiones psicológicas individuales como la autoeficacia permiten guiar a las personas y su entorno familiar hacia un estilo de vida saludable.

En el capítulo 3 se incluyen las teorías y modelos intrapersonales que estructuran los factores psicosociales a abordar en un nivel meso y que por lo tanto ponen mucho más hincapié en considerar como cuestiones del entorno social en el que se desarrollan las personas pueden condicionar el estilo de vida y el estado de salud individual de cada una de las personas que integran una comunidad. Para este capítulo, se operacionalizan estos modelos y teorías a través del proyecto FIVALÍN ya que en su metodología de intervención da un valor especial a los efectos beneficiosos sobre la comunidad que puede conllevar una influencia social positiva bien guiada en los programas de EpS.

En el capítulo 4, se describen teorías y modelos que ponen el foco en los factores comunitarios situados en un nivel macro que pueden condicionar el estilo de vida individual. Por ello, el programa que permite operacionalizar las teorías y modelos incluidos en este capítulo es ÓRBITA4Kids, ya que se trata de una intervención comunitaria multinivel y multicomponente que tiene como propósito provocar cambios a nivel municipal para conseguir mejor el estilo de vida, el estado de salud y la calidad de vida presente y futura de las personas que comparten un mismo municipio de residencia.

En el capítulo 5 nos situamos en un nivel todavía más macro y se detallan modelos y teorías que dan importancia sobre todo al establecimiento de políticas, legislaciones y regulaciones como aspecto clave para conseguir influir de forma positiva sobre el estilo de vida de la ciudadanía. Por ello, para este capítulo se utiliza como ejemplo el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil ya que la *Gasol Foundation Europa* ha actuado como aliado estratégico del Gobierno de España durante su proceso de diseño y presentación pública. Este plan incluye un paquete de más de 200 medidas políticas y legislativas a implementar hasta el año 2030 y por ello supone un buen ejemplo para visualizar desde qué perspectiva se deberían contemplar este tipo de factores en el diseño e implementación de programas de educación para la salud.

Por último, en el capítulo 6 se explica el plan de acción estratégico de la *Gasol Foundation Europa* que permite integrar y dar sentido global al conjunto de conceptos detallados en los capítulos anteriores.

La estructura de este monográfico se ha inspirado en modelos socioecológicos como el modelo de arco iris (Dahlgren y Whitehead, 1991), que en una sola imagen como la representada (figura 1) permite visualizar todos los grandes grupos de factores que se deberían considerar antes de iniciar el diseño de un programa de EpS y también permiten clasificarlos en diferentes niveles de influencia desde los factores más individuales e internos a la persona hasta los factores más estructurales y externos a dicha persona pero que también le influyen y condicionan a nivel individual.

Figura 1. Modelo arco iris de determinantes sociales de la salud



Fuente: Adaptado y traducido de *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health* (Documento técnico No. EUR/ICP/RPD 414 3610), por G. Dahlgren y M. Whitehead, 1991, *Institute for Future Studies*.

Si bien, la evolución de las tecnologías en el campo de la salud ha promovido la modificación del modelo de Dahlgren y Whitehead (Modelo 1.0 de determinantes de la salud) incorporando las tecnologías de la información y comunicación (TIC) como un último y nuevo nivel en el arco iris (Modelo 2.0 de determinantes de la salud) (Rice y Sara, 2019).

A diferencia de otras disciplinas como la Educación donde un modelo se basa en una teoría y una teoría se encuentra bajo el paraguas de un paradigma y estas distinciones son claras, en la EpS una de las mayores dificultades cuando se trata de entender los modelos y teorías es que se encuentra el término “modelo” para referirse a conceptos muy diferentes. Por ejemplo, si se revisan fuentes bibliográficas de otros autores, se observa que se denomina de igual manera al modelo psicosocial, modelo PRECEDE-PROCEED y modelo de creencias sobre la salud, cuando el primero sería un paradigma o enfoque, el segundo un instrumento y el tercero una teoría. Por este motivo, antes de empezar a profundizar en los diferentes capítulos, desde la Cátedra DOTSS-UdL y la *Gasol Foundation Europa*, se pretende hacer diferentes distinciones que se explican en los subapartados de esta introducción.

Por último, y antes de profundizar en el contenido del monográfico, agradecer a todas las personas que han participado en él, ya que su elaboración no hubiera sido posible sin la colaboración de la Cátedra DOTSS-UdL, la Diputació de Lleida y la *Gasol Foundation Europa*.

1. Paradigmas en Salud

Aunque existen diversos paradigmas o enfoques en salud (Joyce, 1980; Larson, 1999; Minaire, 1992; Wade y Halligan, 2004), los más reconocidos y desarrollados son fundamentalmente dos: el biomédico y el biopsicosocial.

El paradigma biomédico, que se considera el primer enfoque reconocido, se basa en la ciencia empírica, entendiendo y clasificando las enfermedades en aquellas que se pueden reconocer, demostrar y clasificar. Este, basa el concepto de salud como una secuencia lineal: etiología, patología y manifestación (Minaire, 1992). Además, define la salud como ausencia de enfermedad, por lo tanto, bajo este paradigma, la medicina define a las personas en sanas o enfermas, basándose en una concepción patologista y reduccionista donde los factores sociales y psicológicos nos son esenciales para entender y tratar a una persona enferma (Lane, 2014; Larson, 1999; Wade y Halligan, 2004; Wade y Halligan, 2017).

La gran crítica que ha tenido este paradigma es que excluye los aspectos psicosociales de las personas, el paradigma biomédico tiene un enfoque objetivo, curativo y trata de que el individuo cambie y se responsabilice de la causa de su enfermedad.

Estas limitaciones hacen que a finales de los años setenta (Borrell-Carrió et al., 2004; Engel, 1977) se postulara el paradigma biopsicosocial que entiende la salud desde un punto de vista holístico, como un continuo salud-enfermedad y se centra en las personas y su contexto vital (Borrell y Carrió, 2002). Es decir, este paradigma entiende la salud como un proceso multidimensional, teniendo en cuenta aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En este caso, el profesional de la salud que atiende a la persona enferma actúa como facilitador y no se centra en curar enfermedades, sino en cuidar. Los profesionales buscan un cambio en el individuo, sabiendo que también deben cambiar el contexto, la comunidad, etc.

A pesar de la evolución evidente de un paradigma a otro, cabría reflexionar en si realmente se está aplicando este paradigma a la práctica y si el sistema (día a día de los profesionales de la salud a nivel asistencial y la participación de la población) y el contexto político y organizativo pueden contener este abordaje (León-Sanromà, 2007; Tizón García, 2007).

2. Instrumentos en Educación para la Salud

Para aplicar la EpS nos basamos en el uso de modelos para la planificación, modelos para la implementación o modelos lógicos, que en este caso y de aquí en adelante, llamaremos instrumentos³. Estos instrumentos son estrategias prácticas o guías para la

³ La aparición de estos instrumentos provocó el desarrollo de modelos conceptuales y teorías para fundamentar y explicar de alguna manera los hábitos, conductas y comportamientos que se pretenden modificar con la implementación de un programa de EpS.

La base de estos modelos y teorías se explican en el siguiente apartado de la introducción y se desarrollan a lo largo de los siguientes capítulos del monográfico. Además, como ya se ha comentado, en cada capítulo se expone un ejemplo práctico de aplicación de alguno de los modelos o teorías.

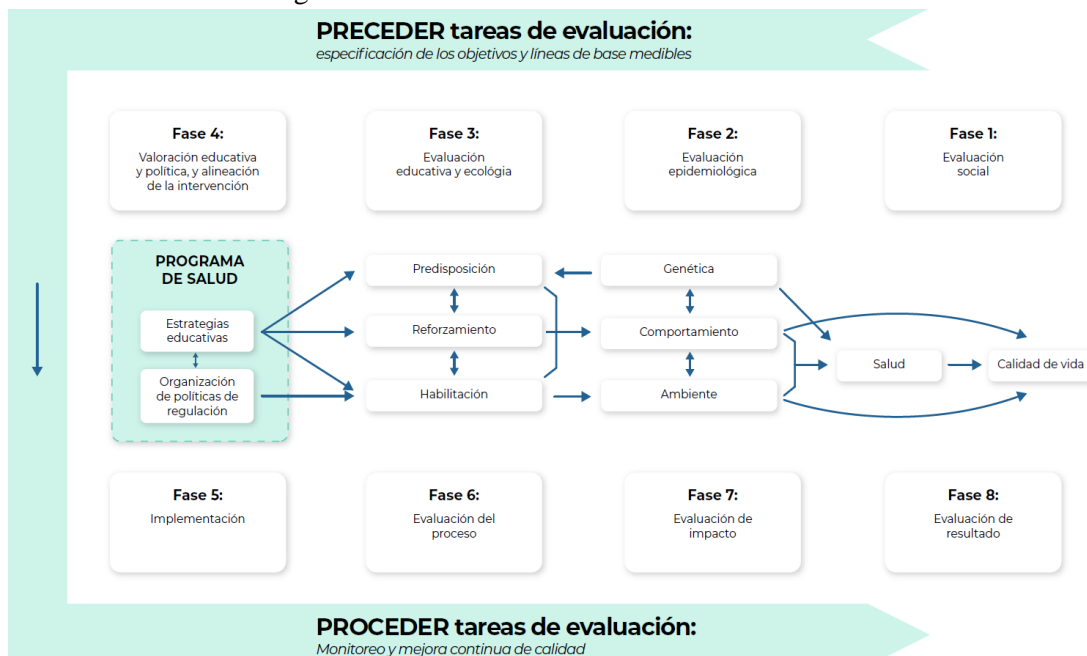
planificación, diseño y desarrollo de los programas de EpS. Como veremos a continuación, existen diferentes instrumentos, cada uno, con unas fases diferentes, pero todos ellos siguen unos pasos generales: detección de necesidades, establecer metas y objetivos, desarrollo e implementación del programa (intervención) y evaluación.

Sin llegar a desarrollarlos en detalle, a continuación, se resumen brevemente alguno de estos instrumentos que se ordenan cronológicamente desde su desarrollo.

2.1. PRECEDE-PROCEED

El acrónimo del instrumento PRECEDE-PROCEED proviene de las palabras en inglés: *predisposing, reinforcing and enabling causes in educational diagnosis and evaluation* (PRECEDE); y *policy, regulatory, organizational, educational, environmental and development* (PROCEED)⁴ (figura 2) (Green y Kreuter, 1991).

Figura 2. Fases del instrumento PRECEDE-PROCEED



Fuente: Adaptado y traducido de *Health program planning: An educational and ecological approach*, por L. Green y M. Kreuter, 2005, McGraw Hill.

La primera parte del instrumento, PRECEDE, fue desarrollada por Green, Kreuter, Deeds, Partridge y Bartlett en 1980 (Green et al., 1980) y trata de identificar las causas que “preceden” los hábitos, conductas y comportamientos de salud a través de cinco fases:

- Fase 1: diagnóstico social. Se identifican los factores que condicionan la calidad de vida y que deben tratarse.
- Fase 2: diagnóstico epidemiológico. Se identifican las conductas o prácticas que causan los problemas de salud y se determinan los objetivos conductuales.

⁴ La traducción del acrónimo PRECEDE corresponde a predisponer, reforzar, y permitir las construcciones en el diagnóstico de la educación, el diagnóstico y la evaluación. PROCEED, en cambio, se traduce como política, reglamentación, y las construcciones de la organización en el desarrollo educativo y ambiental.

- Fase 3: diagnóstico educativo y ecológico. Se identifican los factores (predisponentes, facilitadores y reforzadores) que causan las conductas.
- Fase 4: valoración administrativa y política y alineación de la intervención. Se evalúa a nivel político y administrativo para determinar si se puede implementar i adaptar la intervención.

La segunda parte del instrumento, PROCEED, fue desarrollada por Green y Kreuter en 1991 (Green y Kreuter, 1991) y se basa en las siguientes fases:

- Fase 5: implantación y desarrollo del programa.
- Fase 6: evaluación del proceso.
- Fase 7: evaluación del impacto.
- Fase 8: evaluación del resultado.

2.2. PATCH

El acrónimo del instrumento PATCH proviene de las palabras en inglés *planned approach to community health* (PATCH) y fue desarrollado por la *United States Centers for Disease Control* (CDC) en 1983 (Encyclopedia of Public Health, s.f.).

Este instrumento se entiende como una aplicación de PRECEDE y una inspiración de PROCEED y consta de cinco fases (Encyclopedia of Public Health, s.f.; Green y Kreuter, 1992):

- Fase 1: movilización de la comunidad.
- Fase 2: recogida y organización de datos.
- Fase 3: priorización.
- Fase 4: desarrollo del plan de intervención.
- Fase 5: evaluación.

2.3. Modelo de planificación

El modelo de planificación fue desarrollado por Pineault y Daveluy en 1987 (Pineault y Daveluy, 1989). Este instrumento se establece en cinco etapas:

- Etapa 1: determinación de necesidades. Se determinan las necesidades de la población de estudio a través de la identificación de los problemas de salud y, un análisis de los servicios y de los recursos disponibles.
- Etapa 2: determinación de prioridades. Se escogen las prioridades de acción (problemas objeto del programa de EpS) y las prioridades de investigación (problemas de los cuales debemos conocer más a fondo sus causas y soluciones). Se valora si dichas necesidades y problemas pueden ser satisfechos con la intervención, para ello, se valora: la eficacia y la factibilidad de las intervenciones, el objetivo del estudio exploratorio, la población objetivo de la intervención y el nivel de prevención. Una vez definido el problema prioritario, se formula la meta.
- Etapa 3: desarrollo del plan del programa. Se determina el plan de acción que servirá para desarrollar el programa o intervención mediante los pasos siguientes: la utilidad del plan de programa y la composición del plan de programa (que

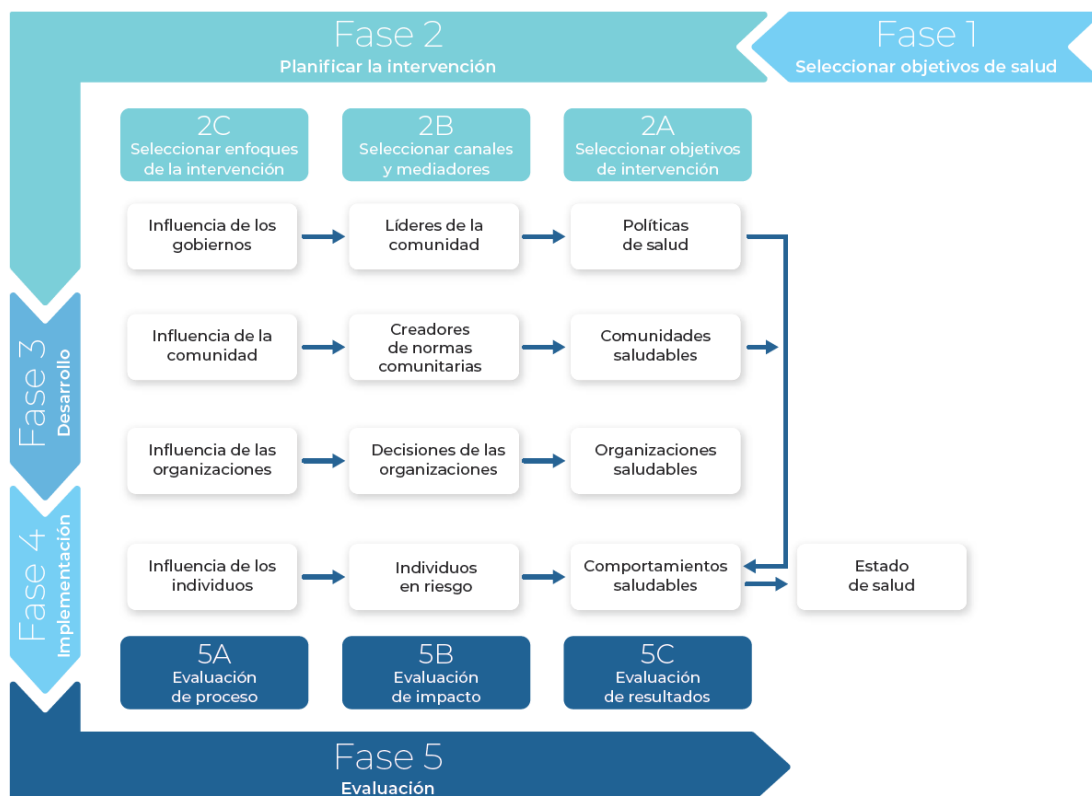
incluye la definición y análisis de los problemas; el examen y evaluación de las tecnologías de resolución disponibles; las estrategias alternativas de programa y estimación de sus costos respectivos; la solución preferente; un enunciado de los objetivos generales, intermedios y específicos; un enunciado de las recomendaciones generales del programa referentes a las actividades, recursos y poblaciones objetivo y; un plan general de evaluación). En esta etapa también se planifican los recursos necesarios valorando su productividad, eficacia potencial o teórica, el empleo adecuado y la accesibilidad. Para ello, se utiliza un método de estimación de recursos, por ejemplo: el método de las necesidades de salud, el método de los objetivos de prestaciones, etc.

- Etapa 4: planificación de la ejecución. Se ejecuta el plan del programa teniendo en cuenta elementos estratégicos (medio ambiente interorganizacional y la organización) y elementos técnicos (plan de operaciones y métodos de clasificación ordenada de actividades).
- Etapa 5: evaluación. En esta etapa se abordan las evaluaciones postdecisión y concomitante, o lo que es lo mismo, evaluación sumativa y formativa.

2.4. MATCH

El acrónimo del instrumento MATCH proviene de las palabras en inglés *multilevel approach toward community health* (MATCH) (figura 3) y fue desarrollado por Simons-Morton en 1988 (Simons-Morton et al., 1988).

Figura 3. Fases del instrumento MATCH



Fuente: Adaptado y traducido de *Introduction to health education and health promotion*, por B.G. Simons-Morton, W.H. Greene y N.H. Gottlieb, 1995, Waveland Press.

Este instrumento se basa en seis fases (Simons-Morton et al., 1995):

- Fase 1: selección de objetivos. Se establecen las metas, se selecciona la población prioritaria y se identifican las metas de comportamiento y los factores objetivo ambientales.
- Fase 2: planificación de la intervención. Se establecen los objetivos y los enfoques de la intervención.
- Fase 3: Programa de desarrollo. Se crean unidades de programa o componentes, se desarrollan los planes de estudio y se crean las guías, se desarrollan las sesiones y se crea el material y recursos necesarios.
- Fase 4: Implementación. Se facilita la implementación y se selecciona al equipo.
- Fase 5: Evaluación. Se evalúa y mide el impacto.

2.5. FACILE

El acrónimo del instrumento FACILE (figura 4), desarrollado por Rochon en 1991 (Rochon, 1996) proviene de las palabras: formar el escenario de la conducta principal, análisis bibliográfico, consultas personales, identificar aquello que se va a realizar, llevar a cabo el proyecto y evaluar para mejorar.

Figura 4. Fases del instrumento FACILE



Fuente: Adaptado de Educación para la salud, Guía práctica para realizar un proyecto (p. 56), por A. Rochon, 1996, Masson.

A continuación, se resumen las fases (Rochon, 1996):

- Fase 1: formar el escenario de la conducta principal. Se identifica la conducta que se pretende modificar y se crea un escenario que permite elaborar una cadena de conductas implicadas en la sucesión de la conducta principal.
- Fase 2: análisis bibliográfico. Se lleva a cabo una revisión bibliográfica de la literatura a partir del escenario creado en la fase anterior para aportar información sobre la conducta e identificar herramientas de medida y de intervención.
- Fase 3: consultas personales: a partir del escenario. Se completa la conducta principal identificando las necesidades del contexto concreto (mediante encuentros, entrevistas, reuniones, sondeos, recolección de datos, etc.) y se reúne a las personas participantes en el proyecto.
- Fase 4: identificar aquello que se va a realizar. Se elabora un borrador del proyecto (que se podrá modificar en las fases de puesta en marcha y de evaluación continuada) y un plan de puesta en marcha.
- Fase 5: llevar a cabo el proyecto. Se facilita la puesta en marcha y la adhesión de las personas participantes.
- Fase 6: evaluar para mejorar. Se evalúa el proyecto para identificar aquello que funciona y aquello que no funciona, mejorar y, así, conseguir el máximo de objetivos establecidos en el proyecto.

2.6. COMBI

El acrónimo del instrumento COMBI proviene de las palabras en inglés *communication for behavioral impact* (COMBI), fue desarrollado por Hosein en 1994 (World Health Organization, 2012; Bardus, 2022).

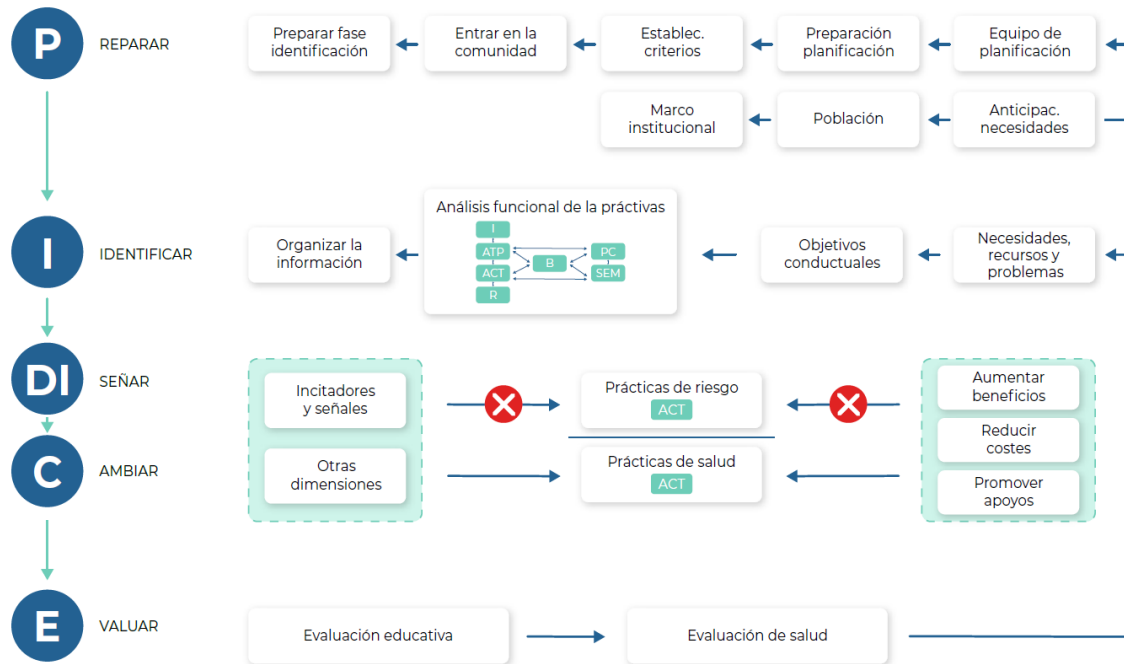
COMBI se enfoca en actividades y estrategias de comunicación para cambiar comportamientos relacionados con la salud de intervenciones incluidas en programas de salud pública. COMBI es una herramienta desarrollada en siete pasos (World Health Organization, 2012):

- Paso 1. Definición del comportamiento objetivo.
- Paso 2. Análisis de la situación de mercado.
- Paso 3 y 4. Redefinición de objetivos y de la estrategia general.
- Paso 5. Preparación de planes de acción detallados y presupuesto.
- Paso 6 y 7. Monitoreo y evaluación de las intervenciones.

2.7. PÍDICE o PIDICES

El acrónimo del instrumento PÍDICE (figura 5) proviene de las palabras: preparar, identificar, diseñar, cambiar y evaluar y, deriva del modelo conceptual de las 7 esferas⁵. Este instrumento fue desarrollado por Costa y López en 1996 (Costa y López, 1996).

Figura 5. Fases del instrumento PÍDICE



Fuente: Adaptado de Educación para la salud, Una estrategia para cambiar los estilos de vida (p. 373), por M. Costa y E. López, 1996, Ediciones Pirámide.

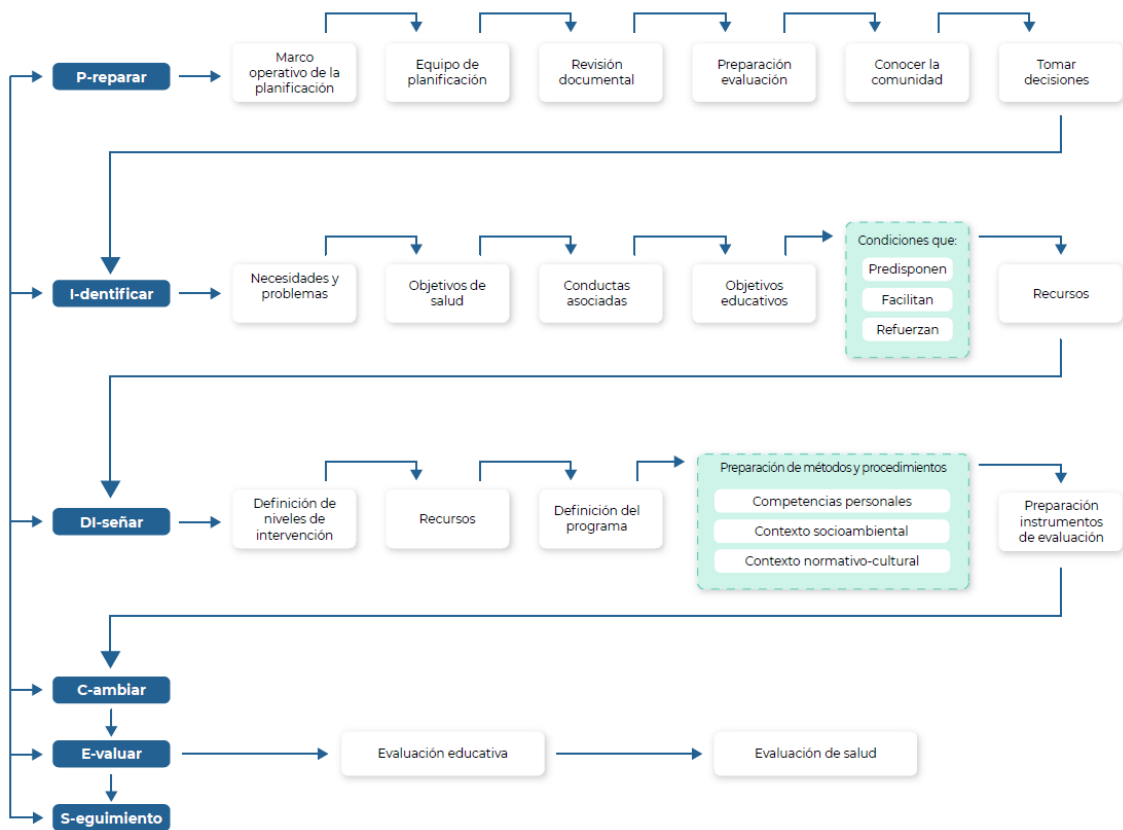
Unos años más tarde, complementan el modelo con la palabra “Seguimiento”, convirtiéndolo así en PIDICES (figura 6). En este caso, los autores afirman que dicho instrumento deriva del modelo conceptual ABC⁶ (Costa Cabanillas y López Méndez, 2008).

⁵ En el Modelo conceptual de las 7 esferas, los autores (Costa y López, 1996) utilizan una metáfora y hacen referencia a la “galaxia” del comportamiento en el universo del entorno. De manera muy resumida, en el centro se encuentra la esfera biológica (B) y sobre ella giran otras seis esferas: los indicadores/activadores (I) y los resultados (R), que representan las dos dimensiones o polos activos del entorno; y la esfera de atender-percibir (ATP), la de actuar (ACT), la de pensar-conocer (PC) y la de sentir emociones (SEM), que son dimensiones personales. Este modelo ayuda a entender por qué un individuo asume riesgos y comportamientos no saludables.

⁶ El acrónimo del Modelo ABC proviene de las palabras: Antecedentes, Biografía y Consecuencias; y sus autores (Costa Cabanillas y López Méndez, 2008) lo definen como “un enfoque conceptual y metodológico radical que puede satisfacer nuestro deseo de saber y comprender”.

Este modelo se fundamenta en que las decisiones de conducta de los niños/as y adolescentes, se basan en cinco dimensiones (percibir, pensar, sentir, actuar y biografía) que son precedidas por una historia personal. Estas dimensiones e historia configuran la biografía personal que se encuentra en un contexto y escenarios. En este contexto tienen lugar las vivencias, comportamientos y experiencias y, están en contacto con los antecedentes y consecuencias.

Figura 6. Fases del instrumento PIDICES



Fuente: Adaptado de Educación para la salud, Guía práctica para promover estilos de vida saludables (p. 470), por M. Costa y E. López, 2008, Ediciones Pirámide.

Las fases de estos instrumentos son las siguientes (Costa y López, 1996; Costa Cabanillas y López Méndez, 2008):

- Preparar: se identifican y analizan las necesidades de la población teniendo en cuenta: el marco operativo de la planificación (marco institucional y naturaleza del problema); definición del equipo de planificación; revisión bibliográfica y documental; preparación de la evaluación (dando respuesta, a lo largo del programa, a preguntas como ¿qué queremos lograr? ¿Qué vamos a hacer para lograrlo? ¿Qué hemos logrado? ¿Cómo sabemos que los resultados obtenidos se deben al programa? y ¿Qué efectos no deseables pueden causar las condiciones de evaluación?; conocer la comunidad (obteniendo información preliminar relevante de la comunidad y de la población diana y, entrando en la población diana); y tomar decisiones.
- Identificar: se identifican los componentes para definir el programa través de seis pasos (identificación de necesidades y problemas de salud; establecimiento de los objetivos de salud; identificación de las prácticas y conductas de riesgo asociadas; identificación de los objetivos educativos; identificación de las condiciones que predisponen, facilitan y refuerzan el cambio de hábitos; e identificación de los recursos y servicios necesarios) y la evaluación previa a la intervención.

- Diseñar: se diseñan aquellas condiciones personales y ambientales (identificadas según el Modelo de las 7 esferas) que promoverán el cambio. Para ello se establecen seis pasos: establecer los niveles objeto de cambio; definir los cambios factibles; revisión bibliográfica de la literatura sobre las estrategias de intervención; seleccionar las técnicas; definir las condiciones del contexto educativo; definir los indicadores y procedimientos para la evaluación; y definir el programa de intervención.
- Cambiar: se anotan las incidencias o imprevistos que ocurren durante el proceso de ejecución del programa.
- Evaluar: se analizan y evalúan los resultados. De esta manera, se identifica aquello que debería modificarse y permite que el o la profesional en EpS aprenda de este proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Seguimiento: se trata de evaluar si los resultados, conductas saludables, se mantienen a largo plazo. Se distingue entre seguimiento pasivo (constatar los cambios) y seguimiento activo (fortalecer los cambios).

2.8. STELa Social marketing plan

STELa *Social marketing plan* es un instrumento metodológico desarrollado por French y Blair-Stevens en la década de 1990 (French, 2017).

STELa se basa en cinco pasos (French, 2017):

- Segmentación: conlleva dividir a la población en grupos más pequeños con características más similares, lo que permite entender mejor sus necesidades y características.
- *Targeting*: selección de un segmento de población prioritario.
- Evaluación: desarrollo de objetivos medibles y plan de evaluación para medir el impacto de la intervención.
- Posicionamiento: desarrollo de un mensaje para motivar el cambio de comportamiento deseado. El mensaje se adapta a las necesidades y características del segmento de la población que se ha priorizado.
- Intervención: diseño e implementación de las intervenciones según el enfoque de marketing social (se combinan estrategias de comunicación, entorno e incentivos).

2.9. CDCynergy

CDCynergy es un instrumento metodológico desarrollado por el *Centers for Disease Control and Prevention* de los Estados Unidos en la década de 1990. CDCynergy consta de 6 fases (Centers for Disease Control and Prevention, s.f.):

- Fase 1. Descripción del problema y su importancia. En esta fase se describe el problema en detalle, se determinan los sub-grupos, se examinan todas sus partes y se evalúan los factores que afectarán al problema.

- Fase 2. Análisis epidemiológico del problema. Incluye la identificación y selección de intervenciones que tendrán un mayor impacto en las causas del problema. Además, en esta fase:
 - o Se identifican causas directas e indirectas de cada subproblema.
 - o Se priorizan aquellos sub-problemas que necesitan la intervención.
 - o Se desarrollan los objetivos para cada sub-problema.
 - o Se identifican teorías, modelos de intervención y mejores prácticas para la posible intervención
 - o Se consideran las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades.
 - o Para cada sub-problema, se seleccionan las intervenciones y los modelos o teorías.
 - o Se exploran posibles fuentes de recursos y socios.
 - o Se obtiene financiación y se lleva a cabo un plan de comunicación.
- Fase 3. Planificación de la intervención. Se diseña una intervención basada en la comunicación y se decide si la comunicación será parte dominante o de soporte.
- Fase 4. Implementación de la intervención. Se diseñan las actividades (conceptos, mensajes, materiales y actividades) y el plan de comunicación (quién, qué, cuándo, dónde y cómo).
- Fase 5. Evaluación.
- Fase 5. Fusión de los planes de implementación y evaluación (fases 3 y 5).

2.10. SMOC

El acrónimo del instrumento SMOC proviene de las palabras en inglés *swiss model for outcome classification* (SMOC), fue desarrollado por el Instituto de Salud Pública y Prevención de la Universidad de Zúrich en Suiza, y se basa en el trabajo de Nutbeam (2000).

SMOC organiza los resultados en cuatro columnas (figura 7) (Health Promotion Switzerland, 2006; Institute of Medicine, 2012):

- Medidas de promoción de la salud: incluye el desarrollo de servicios de promoción de la salud, cooperación de organizaciones, movilización social y desarrollo de habilidades individuales. Es decir, medidas para promover y prevenir enfermedades (por ejemplo, campañas de concienciación, programas de EpS, intervenciones o actividades de prevención, etc.). En este nivel, se registra las acciones concretas llevadas a cabo para promover la salud.
- Factores que influyen en los determinantes de la salud (por ejemplo, factores sociales, económicos, ambientales, culturales, etc.). En este nivel, se registra los cambios positivos verificables en los determinantes de la salud.
- Determinantes de la salud: incluye los factores que determinan el estado de salud de las personas (por ejemplo, estilo de vida, genética, entorno social, etc.). En este nivel, se registra los cambios en los factores que influyen en los determinantes de la salud.

- Estado de salud: incluye indicadores (por ejemplo, mortalidad, esperanza de vida, morbilidad, calidad de vida percibida, etc.). En este nivel, se registra la mejora real en la salud de la población.

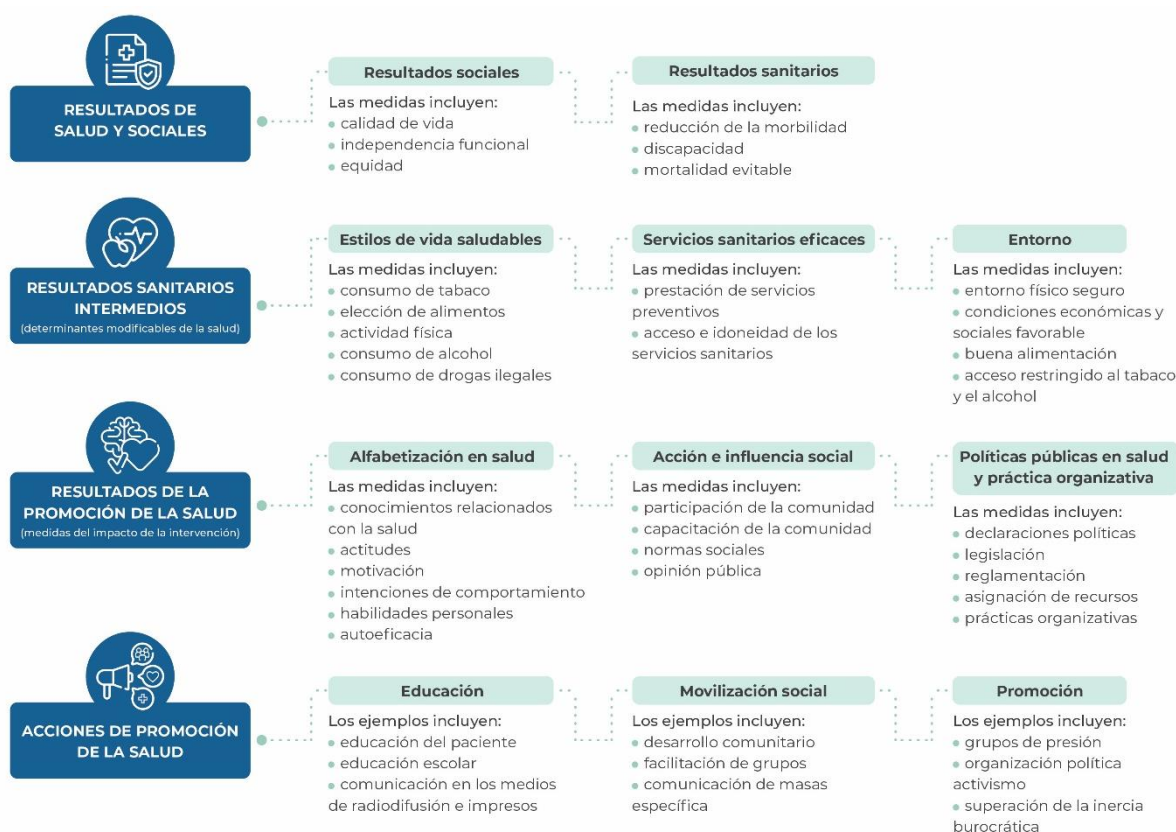
Figura 7. Fases del instrumento SMOC



Fuente: Adaptado y traducido de *Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention (SMOC)*. Version 1.2 [PDF] (p. 1), por Health Promotion Switzerland, 2006, recuperado de https://quint-essenz.ch/en/files/Outcome_classification_12.pdf

Este instrumento pretende ser útil para clasificar los resultados de las intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades (figura 8) (Nutbeam, 2000), proporcionar una visión general, facilitar la comunicación y determinar objetivos e indicadores (Institute of Medicine, 2012).

Figura 8. Modelo de resultados para la promoción de la salud



Fuente: Adaptado y traducido de *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century* (p. 262), por D. Nutbeam, 2000, Health Promotion International, 15(3).

2.11. Planificación de intervenciones

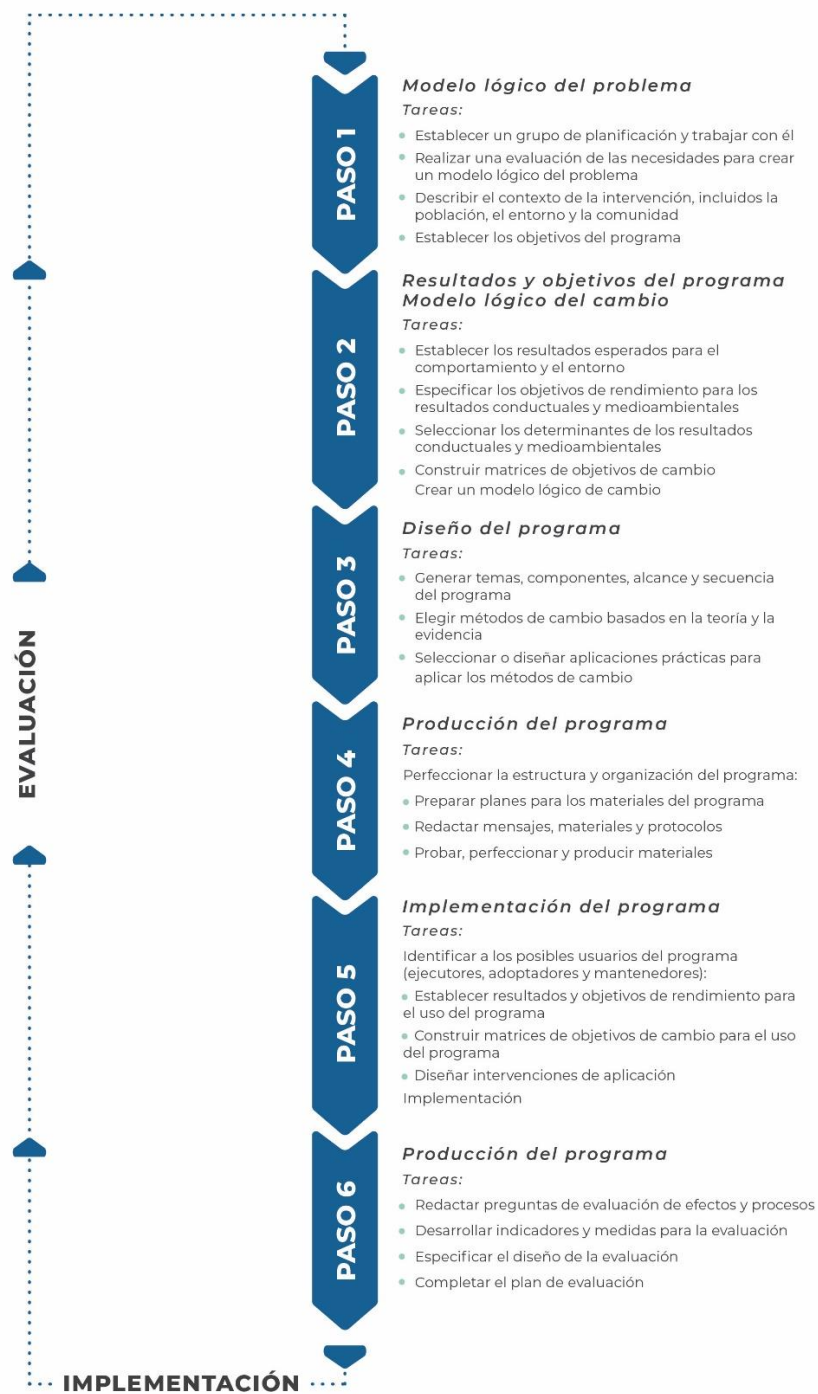
La planificación de intervenciones proviene de la traducción de *intervention mapping*, instrumento que fue desarrollado por Bartholomew-Eldredge en 2001 (Bartholomew-Eldredge et al., 2016).

Éste, consta de seis pasos (figura 9) (Bartholomew et al., 2011; Fernandez et al., 2019):

- Paso 1: valoración de necesidades. Se identifican las necesidades siguiendo el modelo PRECEDE y se especifican los objetivos.
- Paso 2: preparar matrices de objetivos de cambio. Se identifican los resultados esperados del programa para mejorar la salud y calidad de vida, se subdividen los resultados (en conductuales y ambientales) y se seleccionan los determinantes importantes y variables de los resultados. Finalmente, se crea una matriz con los objetivos del cambio (a nivel individual, interpersonal, organizativo, comunitario y social).
- Paso 3: seleccionar métodos de intervención teórico-informados y aplicaciones prácticas. Se identifican los métodos teóricos que influyen en el cambio de determinantes y sus condiciones. También se escogen los métodos teóricos, se diseñan aplicaciones prácticas y que éstas tratan los objetivos del cambio.

- Paso 4: producción de componentes y materiales del programa. Se trata de crear, preparar, diseñar, revisar y desarrollar los materiales necesarios para el programa teniendo en cuenta a las personas participantes del mismo.
- Paso 5: planificar la adopción, la implementación y la continuación del programa. Se identifican los resultados del desarrollo del programa y, de nuevo, se especifican los objetivos de actuación y los determinantes, se crea la matriz de objetivos de cambio, se seleccionan métodos y aplicaciones prácticas y, de diseñan intervenciones, todo ello para la implementación y continuidad del programa.
- Paso 6: planificar la evaluación. Se revisa el modelo lógico para describir los resultados. Además, a partir de la matriz de los objetivos de cambio, se escriben las preguntas de evaluación. Se desarrollan indicadores y medidas y se redacta el plan de evaluación.

Figura 9. Pasos del instrumento de planificación de intervenciones



Fuente: Adaptado y traducido de *Planning health promotion programs: an Intervention Mapping approach* (4a edición) (p. 16), por L. K. Bartholomew-Eldredge, C. M. Markham, R. A. C. Ruiter, M. E. Fernández, G. Kok y G. S. Parcel, 2016, Jossey-Bass Inc.

2.12. Behavior Centered Design

El *behavior centered design* (BCD) es un instrumento metodológico desarrollado por Aunger y Curtis (2016). Su desarrollo se focaliza en entender el comportamiento humano teniendo en cuenta el contexto (figura 10).

Figura 10. Fases del instrumento behaviour centered design



Fuente: Adaptado y traducido de *Behaviour Centred Design: Towards an applied science of behaviour change* (p. 427), por R. Aunger y V. Curtis, 2016, *Health Psychology Review*, 10.

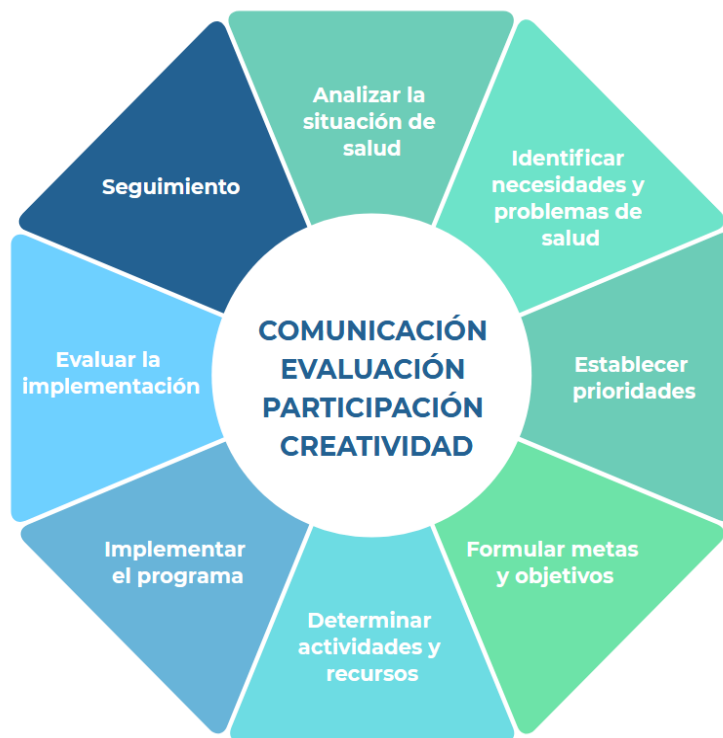
El BCD se basa en cuatro principios (Aunger y Curtis, 2016):

- Entender el comportamiento objetivo y los factores que le influyen.
- Identificar de qué manera se puede incidir en el proceso del comportamiento.
- Diseño de las intervenciones para abordar los factores clave.
- Evaluación continua y reajuste de las intervenciones.

2.13. Elabora un programa en 8 etapas

El instrumento de las 8 etapas fue desarrollado por Gómez, Selva, Martínez y Sáez en 2016 (Gómez et al., 2016) y, como su nombre indica, consta de 8 etapas (figura 11).

Figura 11. Fases del instrumento de las 8 etapas



Fuente: Adaptado de Educación para la Salud. Elabora un programa en 8 etapas (p. 22), por S.F. Gómez, L. Selva, M. Martínez y S. Sáez, 2016, Editorial CulBuks.

Las etapas son:

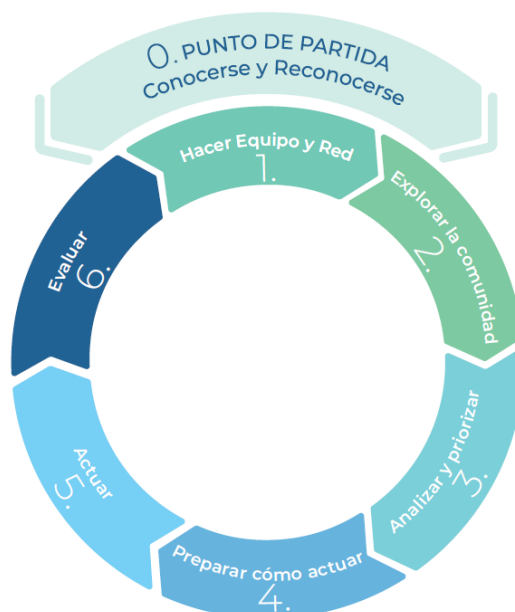
- Etapa 1: análisis de la situación. Se analiza la situación y las características de la población o grupo al que se quiere intervenir. Para ello, se debe: determinar el ámbito sociodemográfico y de salud; identificar los problemas de salud; fundamentar la priorización de estos problemas y; facilitar la toma de decisiones sobre el desarrollo del programa. Lo que nos llevará a hacer un diagnóstico de salud y analizar los indicadores de salud.
- Etapa 2: identificar necesidades y problemas de salud. Se identifican las necesidades (normativas, sentidas, observadas o expresadas, comparativas y latentes), se identifican los problemas de salud de la comunidad y los activos.
- Etapa 3: establecer prioridades. Se decide el orden de importancia de los problemas o necesidades de salud sobre los que se actuará mediante una guía para la toma de decisiones.
- Etapa 4: formular metas y objetivos. Se define la meta y se establecen los objetivos generales, intermedios y específicos (relativos a los conocimientos, habilidades y actitudes).

- Etapa 5: determinar actividades y recursos. Se planifican las actividades para conseguir alcanzar los objetivos específicos y se definen los recursos materiales, humanos y financieros (mediante un presupuesto).
- Etapa 6: implementación. Se ejecuta el programa.
- Etapa 7 y 8: evaluar y realizar el seguimiento. Se lleva a cabo la evaluación formativa, de proceso y sumativa.

2.14. Ciclo de acción comunitaria

La guía de acción comunitaria para ganar Salud (figura 12) fue desarrollada por la Escuela Andaluza de Salud Pública a propuesta del Ministerio de Sanidad y fue aprobada en 2020 por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2021).

Figura 12. Fases del instrumento ciclo de acción comunitaria



Fuente: Adaptado de Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida (p. 43), por Ministerio de Sanidad, 2021.

Este instrumento está compuesto por seis fases:

- Fase 0: punto de partida. Conocerse y reconocerse. En esta fase, se trata de: identificar cuáles son las motivaciones para querer plantearse una acción comunitaria; conocer personas, acciones o proyectos que se estén trabajando en el territorio e; identificar qué es posible llevar a cabo con las condiciones de la zona.
- Fase 1: hacer equipo y red. Las propuestas de acción en esta fase son: establecer el Equipo Motor y la Red de Apoyo; establecer el marco común de trabajo (punto de encuentro, normas, responsabilidades y liderazgo); identificar recursos y vías para la responsabilidad y; definir la estrategia para ir al encuentro de la comunidad.
- Fase 2: explorar la comunidad. Se identifican: datos y recursos existentes, necesidades, estrategias de resistencia y activos para la salud señalados por la

población. Para ello, se establecen tres pasos: definir la comunidad que se va a analizar, recopilar y organizar la información existente (entorno físico, características demográficas, características socio-económicas, aspectos sociales y culturales, estado de salud de la comunidad e, identificación de recursos de la comunidad) y, por último, escuchar, observar y comprender (identificación de necesidades sentidas y estrategias de resistencia y mapeo de activos).

- Fase 3: analizar y priorizar. Las propuestas de acción en esta fase son: organizar y analizar la información; devolver la información y difundir herramientas y activos y; priorizar los campos de actuación.
- Fase 4: prepara cómo actuar. Las propuestas de actuación en esta fase son: profundizar en el tema priorizado, apoyarse en conocimientos previos y planificar las acciones.
- Fase 5: actuar. En esta fase se pone en marcha el plan de actuación que deriva del objetivo priorizado.
- Fase 6: evaluar la acción comunitaria. Las propuestas de acción en esta fase son: definir el marco general de la evaluación, criterios y procedimientos (teniendo en cuenta la dimensión estructural, de proceso y de resultados); evaluar qué se ha conseguido y cómo se ha conseguido en las tres dimensiones y; compartir los resultados.

3. Modelos y teorías en Educación para la Salud

A diferencia de los modelos de planificación, implementación o lógicos (que en este monográfico se identifican como “instrumentos”), los modelos conceptuales, teorías del cambio de comportamiento o teorías del proceso de cambio, ayudan a entender el porqué del comportamiento de los individuos y a planificar intervenciones que permitan modificarlo.

Para situar el foco en el diseño y desarrollo de las intervenciones en EpS es necesario trabajar a partir de los modelos y teorías. Estos son la herramienta fundamental de las personas expertas en EpS para planificar, diseñar, desarrollar, implementar y evaluar una actividad, intervención, programa o proyecto (Hochbaum et al., 1992).

En este monográfico se habla de las teorías y los modelos más utilizados y por ello se considera oportuno hacer una clarificación y posicionamiento conceptual antes de empezar a hablar en específico de cada uno de ellos a lo largo de los siguientes capítulos. Tanto las teorías como los modelos permiten a los seres humanos articular de manera sistemática el conocimiento y sobre todo entenderlo para poder aplicarlo sobre la realidad. Más allá de la denominación original otorgada por parte de las autoras y los autores de cada teoría o modelo, en este documento hacemos la siguiente consideración conceptual:

- Teoría: clarificación conceptual más cercana a la filosofía y más lejana a la aplicación práctica en los programas de EpS.
- Modelo: organización operativa de conceptos más lejana a la filosofía y que permite su reproducción literal operativa en los programas de EpS.

A nivel teórico, dentro de los modelos, existen dos clasificaciones, los modelos de primera y de segunda generación. La mayor diferencia es que los modelos de segunda

generación (por ejemplo, el modelo ASE y el modelo I-Change) están integrados por diferentes modelos o teorías de primera generación (por ejemplo, el modelo de creencias sobre la salud o la teoría del aprendizaje social). Los modelos de segunda generación tienen una clara vocación práctica ya que buscan organizar el conocimiento y conceptos aportados por modelos y teorías de primera generación de manera sencilla y operativa y sobre todo facilitar a las/los profesionales su consideración en el proceso de diagnóstico, diseño, implementación y evaluación de un programa de EpS. Por ello, y debido a que este monográfico tiene un claro enfoque pragmático, se recomienda que las/los profesionales que utilicen este monográfico, apliquen estos modelos de segunda generación de forma prioritaria ya que así se asegura la consideración e inclusión, en los programas de EpS, de todos los determinantes psicosociales que son capaces de modular el comportamiento humano. De esta manera, los modelos de primera generación nos van a permitir alcanzar un buen y profundo nivel de comprensión conceptual de los determinantes psicosociales identificados y definidos en modelos y teorías clásicas. Una vez dominados estos conceptos, podemos sistematizarlos y aplicarlos de forma práctica a través de los modelos de segunda generación.

4. Bibliografía

Aunger, R., & Curtis, V. (2016). Behaviour Centred Design: Towards an applied science of behaviour change. *Health Psychology Review*, 10, 425–46. <https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1219673>

Bardus, M. (2022). *Communication for Behavioral Impact (COMBI)*. En: *The Palgrave Encyclopedia of Social Marketing*. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-14449-4_140-1

Bartholomew-Eldredge, L. K., Markham, C. M., Ruiter, R. A. C., Fernández, M. E., Kok, G. y Parcel, G. S. (2016). *Planning health promotion programs: an Intervention Mapping approach*. (4a edición) Jossey-Bass Inc.

Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H. & Fernández, M. E. (2011). *Planificació de programes de promoció de la salut: una aproximació a la planificació d'intervencions*. Documenta Universitaria.

Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175-179. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(02\)73355-1](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)73355-1)

Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L. y Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>

Centers for Disease Control and Prevention. (s. f.). Recuperado de: <https://www.orau.gov/hsc/cdcynergy30/ba/Content/activeinformation/phasestep1list.htm#top> y <https://www.orau.gov/hsc/cdcynergy30/ba/Content/phase1/phase1mainframeset.htm>

Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la salud: Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Pirámide.

Costa Cabanillas, M. y López Méndez, E. (2008). *Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Pirámide.

Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Institute for Future Studies.

Encyclopedia. (s/f). *Planned Approach to Community Health (PATCH)*. <https://www.encyclopedia.com/education/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/planned-approach-community-health-patch>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Fernandez, M. E., Ruiters, R.A. C., Markham, C. M. y Kok, G. (2019). Intervention Mapping: Theory- and Evidence-Based Health Promotion Program Planning: Perspective and Examples. *Frontiers in public health*, 7, 209. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00209>

French, J. (2017). Social marketing planning. En J. French y C. Blair-Stevens (Eds.), *Social Marketing and Public Health: Theory and Practice* (2 edición). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

Gómez, S. F., Selva, L., Martínez, M. y Sáez Cárdenas, S. (2016). *Educación para la salud: Elabora un programa en 8 etapas*. Culbuks.

Green, L. W. y Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. Mayfield Publishing Company.

Green, L. W. y Kreuter, M. W. (1992). CDC's Planned Approach to Community Health as an Application of PRECEED and an Inspiration for PROCEED. *Journal of Health Education*, 23(3), 140-147. <https://doi.org/10.1080/10556699.1992.10616277>

Green, L. W. y Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach* (4a edición). McGraw Hill.

Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., Partridge, K. B. y Bartlett, E. (1980). *Health Education Planning: A Diagnosis Approach*. Mayfield Publishing Company.

Health Promotion Switzerland. (2006). *Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention (SMOC)*. Version 1.2 [PDF]. Recuperado de https://quint-essenz.ch/en/files/Outcome_classification_12.pdf

Hochbaum, G. M., Sorenson, J. R. y Lorig, K. (1992). Theory in health education practice. *Health education quarterly*, 19 (3), 295-313. <https://doi.org/10.1177/109019819201900303>

Institute of Medicine. (2012). *An integrated framework for assessing the value of community-based prevention*. Washington, DC: The National Academies Press. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK206926/>

Joyce, P. R. (1980). The medical model-why psychiatry is a branch of medicine. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 14(4), 269-278. <https://doi.org/10.3109/00048678009159392>

Lane, R. D. (2014). Is it possible to bridge the biopsychosocial and biomedical models? *BioPsychoSocial Medicine*, 8(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-8-3>

Larson, J. S. (1999). The conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*, 56(2), 123-136. <https://doi.org/10.1177/107755879905600201>

León-Sanromà, M. (2007). El modelo biopsicosocial, de la teoría a la práctica. *Atención Primaria*, 39(8), 451. <https://doi.org/10.1157/13108625>

Minaire, P. (1992). Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process. *Bulletin of the World Health Organization*, 70(3), 373-379.

Ministerio de Sanidad. (2021). *Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida*. Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3):259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Pineault, R. y Daveluy, C. (1989). *La planificación sanitaria: Conceptos, métodos, estrategias* (2ª edición). Masson.

Rice, L. y Sara, R. (2019). Updating the determinants of health model in the information age. *Health Promotion International*, 34(6), 1241–1249. <https://doi.org/10.1093/heapro/day064>

Rochon, A. (1996). *Educación para la Salud: una guía práctica para realizar un proyecto*. Masson.

Simons-Morton, B. G., Greene, W. H. y Gottlieb, N. H. (1995). *Introduction to health education and health promotion*. Waveland Press.

Simons-Morton, D. G., Simons-Morton, B. G., Parcel, G. S. y Bunker, J. F. (1988). Influencing personal and environmental conditions for community health: A multilevel intervention model. *Family & Community Health*, 11(2), 25–35. <https://doi.org/10.1097/00003727-198808000-00006>

Tizón García, J. L. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención Primaria*, 39(2), 93-97. <https://doi.org/10.1157/13098677>

Wade, D. T. y Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *British Medical Journal*, 329(7479), 1398–1401. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7479.1398>

Wade, D. T. y Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995-1004. <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>

World Health Organization. (2012). *Communication for behavioural impact (COMBI)*. Recuperado de: [https://www.who.int/publications/i/item/communication-for-behavioural-impact-\(combi\)](https://www.who.int/publications/i/item/communication-for-behavioural-impact-(combi))

2. Teorías y modelos micro o intrapersonales

Laia Selva Pareja
Anna Espart Herrero
Rosa Mar Alzuria Alós
M Luisa Guitard Sein-Echaluce
Cátedra DOTSS-UdL
Universidad de Lleida

Carla Camí Garanto
Universidad de Lleida

Paula Berruezo Torres Gómez de Cádiz
Gasol Foundation Europa

1. Introducción

Desde una perspectiva ecológica, los modelos o teorías se pueden clasificar según su nivel de prevención. El primer nivel que se identifica es el intrapersonal. En este nivel, las teorías y modelos se basan en las características individuales (conocimientos, creencias y características personales) que influenciarán el comportamiento.

2. Teorías y modelo

A continuación, se desarrollan las siguientes teorías y modelos micro o intrapersonales en EpS: modelo de creencias de salud (MCS), teoría de la acción razonada, modelo de la conducta planificada (MCP), modelo de la acción razonada por objetivos, modelo transteórico, teoría de la implementación y establecimiento de metas, teoría social cognitiva de la autorregulación y teoría de la búsqueda de sensaciones.

2.1. Modelo de Creencias de Salud

El MCS, en inglés *health belief model* (HBM), fue desarrollado entre los años 1950 y 1960 por expertos en psicología del Servicio de Salud Pública (Rosenstock, 1974). Este modelo nace de la necesidad de explicar por qué la población no participaba en programas de detección precoz o prevención (Rosenstock, 1960).

El modelo se basa en la valoración subjetiva de las expectativas o creencias (*value expectancy*) de un individuo en que una acción o conducta concreta podrá mejorar o

prevendrá un proceso (Soto Mas et al., 1997). El MCS trata de entender, a través de variables cognitivas y de la actitud, la motivación de una persona y la probabilidad que existe de que siga las pautas marcadas por el profesional de la salud y se produzca así, el cambio de conducta (Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud, 2000).

Desde este punto de vista, se considera que hay tres factores clave para que una persona adopte unos patrones de conducta determinados enfocados a su salud: (i) la susceptibilidad percibida o vulnerabilidad percibida sobre el problema de salud; (ii) que el individuo considere que la enfermedad tendrá efectos graves (secuelas) sobre su vida (gravedad percibida); y (iii) la creencia sobre que una acción concreta tendrá unos efectos beneficiosos que reducirán la susceptibilidad (beneficios percibidos) o la gravedad de la enfermedad y que los obstáculos (obstáculos percibidos) que se pueda encontrar serán superados por los beneficios (Rosenstock, 1974; Rosenstock et al., 1988). En el caso particular de la EpS, estos factores ayudarán a un cambio de comportamiento o actitud, y/o a la adquisición de habilidades.

A continuación, se explican más detalladamente estos los factores clave (Rosenstock, 1974):

- Susceptibilidad percibida: en este caso nos encontramos con un intervalo de opciones en los que una persona considera que tiene un riesgo subjetivo de contraer una enfermedad o condición negativa sobre su salud. Se puede hablar desde el punto de que (i) una persona niega la posibilidad de tener una enfermedad; (ii) que existen posibilidades estadísticas, pero no le va a ocurrir a él o ella; o (iii) la sensación de que tiene la posibilidad o peligro de contraer la enfermedad.
- Gravedad percibida: creencias y sentimientos de la persona sobre la gravedad de la situación, condición o de contraer una enfermedad y las consecuencias (médicas y sociales).
- Beneficios y obstáculos o barreras percibidas: en el primer caso, los beneficios, se refieren a la percepción o a las creencias sobre la eficacia de la acción o acciones que se llevarán a cabo para evitar o reducir el riesgo. De este modo, la persona aceptará la acción si la percibe como beneficiosa. Aunque, también están las barreras percibidas. Estas hacen referencia al coste, sentimientos, impedimentos, implicación, dificultad para llevar a cabo la acción, lo que le lleva a un análisis del coste/beneficio.

Más tarde, se incorporaron otros factores o conceptos como:

- Indicadores o ejemplos para la acción: son aquellas estrategias, estímulos y acciones que se llevan a cabo (por ejemplo, llevar una alimentación equilibrada y hacer ejercicio moderado) y que conllevan la aceptación de la acción de salud recomendada.
- La autoeficacia: es la confianza en la capacidad de la persona para llevar a cabo esa acción o comportamiento con éxito (por ejemplo, “puedo hacerlo y lo conseguiré”). En este caso, Bandura (Bandura, 1977) la define como “la convicción de que uno puede desempeñar con éxito una acción para obtener resultados”.

2.2. Teoría de la acción razonada

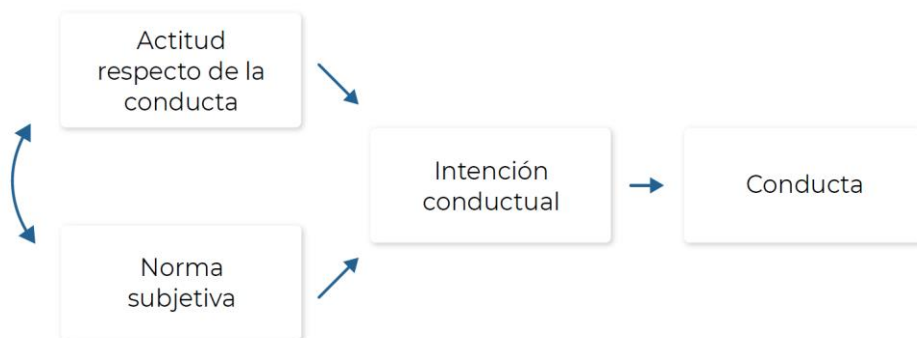
La teoría de la acción razonada, en inglés *theory of reasoned action* (TRA), se desarrolló entre 1975 y 1980 (Fishbein y Ajzen, 1975, 1980).

Esta teoría se basa en que las actitudes y las normas subjetivas (o normas sociales) son factores clave y diferentes para que el individuo lleve a cabo un cambio de conducta. A estas actitudes y normas se les denomina, intención.

Como se puede observar (figura 13), la intención viene determinada, por lo tanto, por (Ajzen, 1991; Ajzen. y Fishbein, 2005; LaCaille, 2013):

- Actitud:
 - o Creencias conductuales: las creencias del individuo sobre el resultado de sus acciones.
 - o Evaluación.
- Norma subjetiva relacionada con la conducta:
 - o Las normas sociales se pueden detectar y determinar analizando la opinión de las personas sobre sus referentes. Entonces, lo que se hace es valorar las creencias normativas, que se refieren a qué creen los demás que debería hacer el individuo. De esta manera, se puede llegar a predecir un determinado comportamiento (Hackman y Knowlden, 2014).
 - o Motivación para llevar a cabo las creencias normativas.

Figura 13. Teoría de la acción razonada



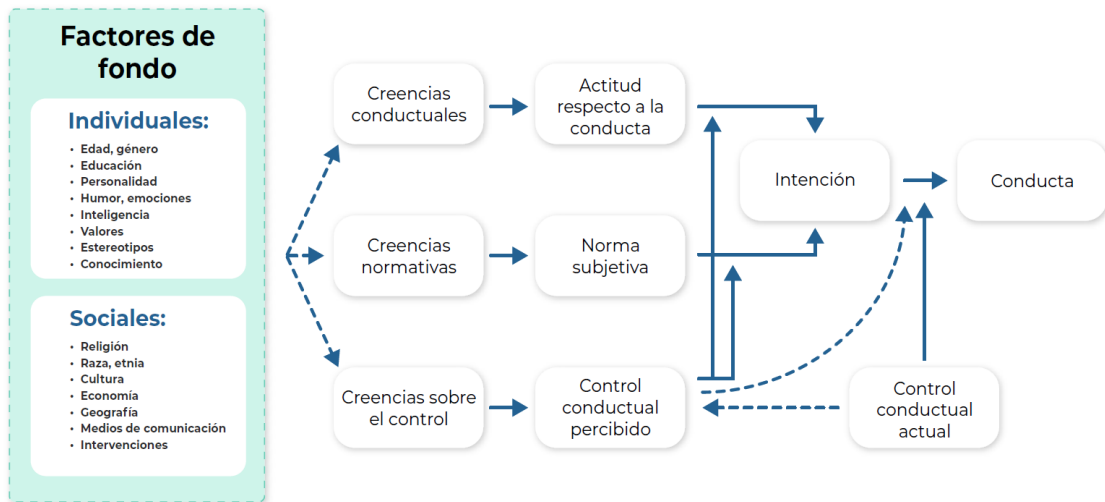
Fuente: Adaptado y traducido de *Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived control* (p. 454), por I. Ajzen y T.J. Madden, 1986, *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5).

Por ejemplo, desde el punto de vista de la salud, cuando un individuo está motivado a cumplir con la opinión o a complacer a sus referentes, hay normas subjetivas positivas (los referentes, padres, madres, amigos, docentes, etc. creen que debería llevar a cabo una conducta determinada) y normas subjetivas negativas (sería lo contrario, los referentes creen que el individuo no debería desempeñar la conducta). En cambio, si el individuo no está motivado a cumplir con la opinión de sus referentes, tiene una norma subjetiva neutra.

2.3. Modelo de la conducta planificada

El MCP, también llamado modelo del comportamiento planeado (y originalmente considerado una teoría), en inglés *theory of planned behavior* (TPB), se desarrolló en 1986 (Ajzen y Madden, 1986). Este modelo supone una ampliación de la teoría de la acción razonada y le añade un factor clave, el control conductual percibido (figura 14). Este control depende de las creencias sobre el control.

Figura 14. Modelo de la conducta planificada con factores de fondo



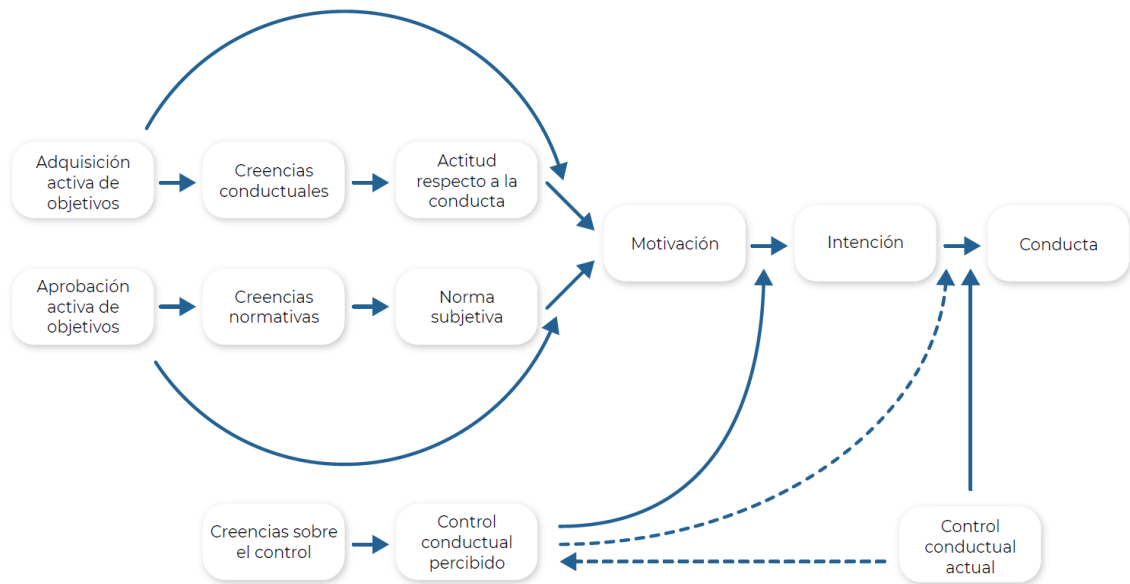
Fuente: Adaptado y traducido de *Theory of planned behavior diagram with background factors* (imagen), por I. Ajzen, 2019. <https://people.umass.edu/ajzen/tpb.background.html>

Por estos motivos, ha sido una teoría muy utilizada para predecir y explicar comportamientos de salud (Ajzen, 1991; LaCaille, 2013).

2.4. Modelo de la acción razonada por objetivos

El modelo de la acción razonada por objetivos (originalmente considerado una teoría), en inglés *theory of reasoned goal pursuit* (TRGP), se desarrolló en 2019 (Ajzen y Kruglanski, 2019). Este modelo supone una ampliación del MCP, pero tiene en cuenta los objetivos que motivan a las personas a alcanzar el comportamiento deseado (figura 15) (Hamilton et al., 2024).

Figura 15. Modelo de la acción razonada por objetivos



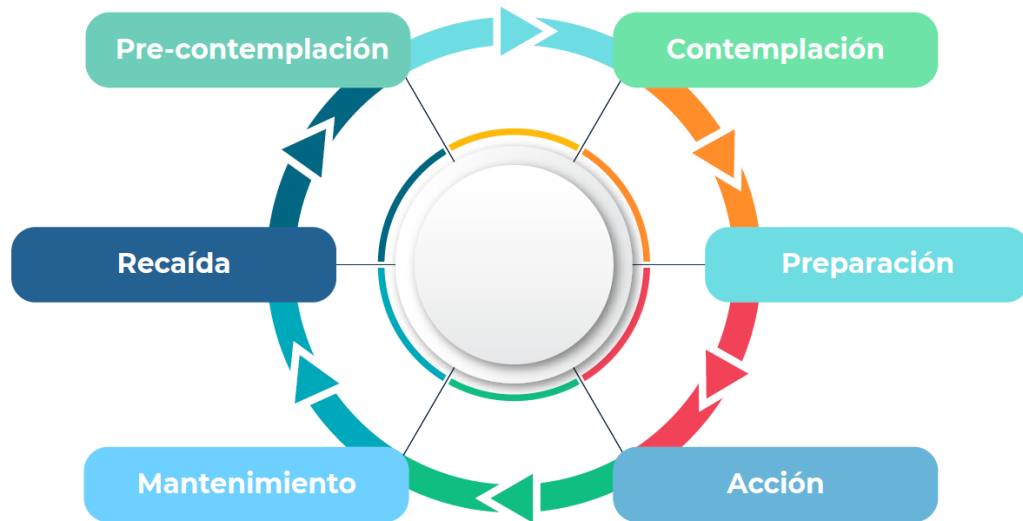
Fuente: Adaptado y traducido de *First test of the theory of reasoned goal pursuit: predicting physical activity* (p. 28), por K. Hamilton, D. J. Phipps, P. Schmidt, S. Bamberg y I. Ajzen, 2024, *Psychology & Health*, 39(1).

2.5. Modelo transteórico

Este modelo transteórico o modelo de etapas de cambio, en inglés *transtheoretical model*, apareció en 1979 y fue propuesto por Prochaska y DiClemente en la década de 1980 (DiClemente y Prochaska, 1982; Prochaska, 1979). En sus inicios se utilizaba para ayudar a las personas a dejar de fumar o a tratar la adicción a las drogas y/o alcohol. En los últimos años, este modelo se utiliza en una gran variedad de conductas.

El concepto clave es que el cambio de conducta es un proceso y debe ser tratado teniendo en cuenta unas etapas concretas: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída (figura 16) (Prochaska y Velicer, 1997). De esta manera, una intervención tendrá mayores probabilidades de éxito si se relaciona con la etapa del cambio correcta.

Figura 16. Modelo transteórico



Fuente: Adaptado y traducido de *The Transtheoretical Model of Health Behavior Change* (p. 43), por J.O. Prochaska y W.F. Velicer, 1997, *Health Behavior Change*, 12(1).

Las etapas son:

- Precontemplación: las personas no tienen conciencia del problema o intención de cambio. Es una etapa de negación o minimización.
- Contemplación: las personas tienen conciencia del riesgo y piensan en cambiar en un futuro próximo, aunque no hay tomado una decisión firme.
- Preparación: las personas han decidido cambiar y están preparándose para tomar decisiones.
- Acción: las personas empiezan a hacer cambios concretos y específicos. Se implementan acciones y estrategias para modificar el comportamiento.
- Mantenimiento: las personas hacen cambios conscientes. El objetivo es que estos cambios se consoliden y evitar el riesgo de recaída.
- Recaída: las personas vuelven a etapas anteriores antes de haber consolidado el cambio. En este caso, aunque se produzca un retroceso en el proceso del cambio, no es necesario iniciarlo de nuevo, sino solo volver al último punto en el que las cosas funcionaban.

2.6. Teoría de la implementación y establecimiento de metas

La teoría de la implementación y establecimiento de metas, en inglés *goal setting theory* o *theory of goal setting and task performance*, se propuso Locke (Locke, 1968; Locke y Latham, 1991) y se desarrolló en su artículo *toward a theory of task motivation and incentives*. La teoría del establecimiento de metas se enfoca en el proceso de establecer y trabajar hacia objetivos específicos, tal como se incide en el artículo *A theory of goal setting and task performance*, por ambos autores (Locke y Latham, 1991). Esta teoría sostiene que la fijación de metas es importante para motivar y guiar el comportamiento humano, y que las metas bien definidas, en comparación a las metas

poco claras, pueden mejorar el rendimiento y la satisfacción en el trabajo, los deportes y otros ámbitos (Locke, 1968).

Según esta teoría, existen cinco principios fundamentales para que una meta sea efectiva (Locke, 1968):

- Claridad: la meta debe ser clara y específica.
- Desafío: la meta debe suponer un desafío para el individuo, ya que ayuda a mantener la focalización y el compromiso en la ejecución de las tareas.
- Compromiso: el compromiso es primordial para alcanzar el objetivo planteado.
- Retroalimentación: el intercambio de opiniones acerca de las tareas realizadas y los comentarios de estas de manera periódica, ayudan a mejorar el progreso del individuo con el alcance de sus metas.
- Complejidad de la tarea: la meta no debe de tener mucha complejidad, ni debe ser de difícil ejecución, ya que podría provocar un impacto negativo por parte del individuo en la consecución de esta. Las metas grandes se deben dividir en tareas pequeñas y asequibles, y a medida que se van consiguiendo, se obtendrá un sentimiento de motivación, que ayudará a conseguir la meta de mayor complejidad. Todo ello sin olvidar que tienen que ser desafiantes para el individuo.

2.7. Teoría social cognitiva de la autorregulación

La teoría social cognitiva de la autorregulación, en inglés *self-regulation theory*, a diferencia del resto de teorías, no fue desarrollada por ninguna persona en particular. Su origen se basa en distintos hechos históricos e intelectuales (Bandura, 1991; B.M. Newman y P.R. Newman, 2020). Sin embargo, cabe destacar a dos de los pioneros del estrés y del afrontamiento, como Richard S. Lazarus y Susan Folkman, que en la década de 1980 plantearon el concepto de la teoría de la autorregulación como un proceso para afrontar el estrés y conseguir un bienestar emocional. Así pues, los autores propusieron que las personas que tenían la capacidad de autorregularse adecuadamente adquirirían un mayor control en la regulación de sus emociones y también en la capacidad de afrontar desafíos (Lazarus y Folkman, 1984).

En general, las teorías de autorregulación descritas por distintos autores se basan en las maneras en qué cada individuo dirige su trayecto según los objetivos que se planteen y las oportunidades y limitaciones personales y ambientales que influyen en la consecución de dichos objetivos (B.M. Newman y P.R. Newman, 2020).

Según uno de los investigadores líderes de la teoría y experto en autoeficacia como es Albert Bandura (Bandura, 1991), define el concepto autorregulación como un proceso activo donde se debe:

- Supervisar el comportamiento que tenemos y las influencias y consecuencias de dicho comportamiento.
- Juzgar nuestro comportamiento según nuestros estándares personales y otros más amplios y contextuales.
- Reaccionar a nuestro comportamiento; a lo que pensamos y a los sentimientos que tenemos acerca de él.

Cabe mencionar a una teoría que deriva de la teoría de la autorregulación: la teoría del aprendizaje autorregulado, en inglés *theory of self-regulated learning*. Desarrollada por Zimmerman y Schunk (Zimmerman y Schunk, 2001, 2011), hace referencia al proceso psicológico en el que se compromete a un estudiante durante el aprendizaje académico en relación con la capacidad de regular su comportamiento y su éxito académico.

2.8. Teoría de la búsqueda de sensaciones

La teoría de la búsqueda de sensaciones, en inglés *sensation seeking*, se desarrolló por Zuckerman y otros autores (Zuckerman et al., 1978; Zuckerman, 1979). Zuckerman sugiere que algunas personas buscan activamente experiencias emocionantes y nuevas, incluso si esto implica ciertos riesgos o peligros físicos y sociales. Según esta teoría, las personas difieren en su necesidad de estimulación, y aquellas con un alto umbral de sensación necesitan más estimulación para sentirse emocionadas y satisfechas que aquellas con un umbral de sensación más bajo (Zuckerman, 1979).

La teoría sugiere que la búsqueda de sensaciones se basa en una combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales. Además, los factores psicológicos, como la necesidad de novedad y variedad, también pueden influir en la búsqueda de sensaciones (Zuckerman, 1979).

El comportamiento de esta búsqueda de sensaciones se puede evaluar mediante la Escala Búsqueda de Sensaciones - Forma V (Sensation Seeking Scale - Form V), que incluye cuatro dimensiones (Zuckerman et al., 1978):

- Búsqueda de emoción y aventura.
- Búsqueda de experiencias.
- Desinhibición.
- Susceptibilidad al aburrimiento.

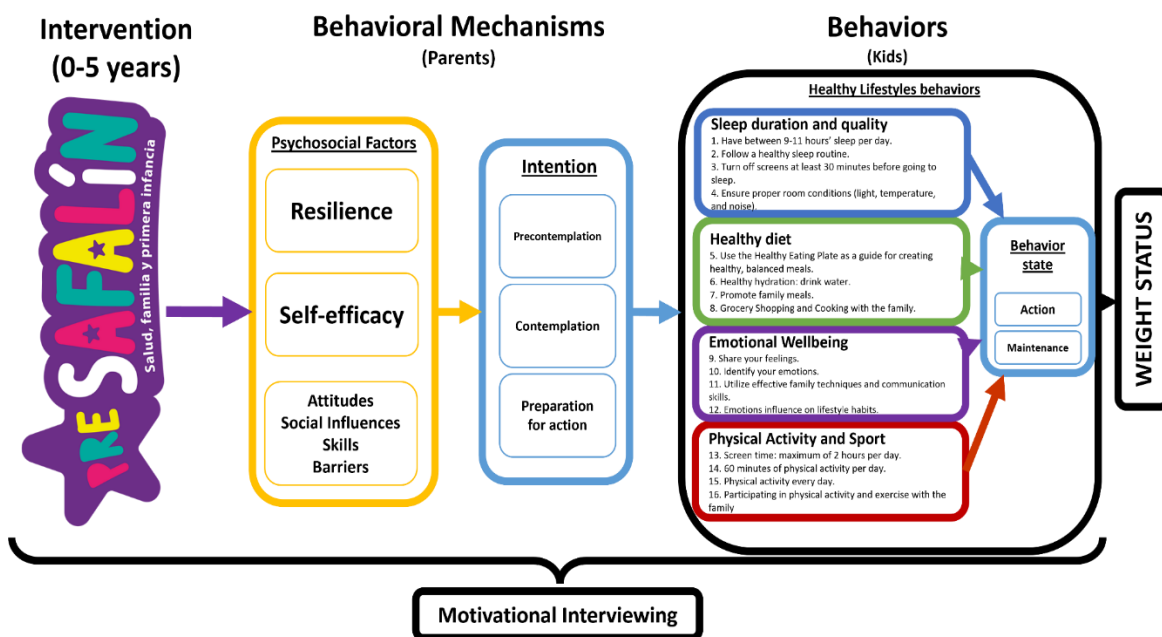
3. Ejemplo: PRESAFALÍN

PRESAFALÍN, acrónimo de etapa PRE escolar - SALud, FAMilia e INFancia, tiene como objetivo principal promover la salud de las niñas y niños a través del empoderamiento, la promoción de habilidades, aptitudes y conocimientos parentales que faciliten la integración y adopción de hábitos saludables en el ámbito familiar desde la primera infancia. El proyecto se dirige a niñas y niños de 0 a 5 años y sus adultos o adultas referentes que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica y que residen en España. Actualmente el proyecto se está desarrollando en diversas regiones: Zaragoza, Cuenca, Madrid, Cataluña, Extremadura, Canarias y Castilla y León. Las familias participantes se vinculan al proyecto a través de escuelas o entidades sociales, que nombraremos a partir de ahora como centros PRESAFALÍN. El protocolo de evaluación y la metodología de intervención se pueden consultar en el registro publicado (ISRCTN15553317, s.f.)

Tal y como se observa (figura 17) el proyecto centra su intervención en la formación y capacitación de las familias, madres, padres u otros referentes adultos del ámbito

familiar que acompañan a la niña o niño en su desarrollo. Para ello, fomenta su autoeficacia y refuerza sus capacidades, habilidades aptitudes y conocimientos relacionados con la educación en estilos de vida saludable en la primera infancia. Con este enfoque, se pretende influir en la mejora de los hábitos saludables de los niños y las niñas generando un impacto a medio y largo plazo, contribuyendo a una mejora de la evolución del estado ponderal y la calidad de vida de los y las participantes.

Figura 17. Esquema teórico y conceptual que fundamenta el proyecto PRESAFALÍN



Fuente: Gasol Foundation Europa.

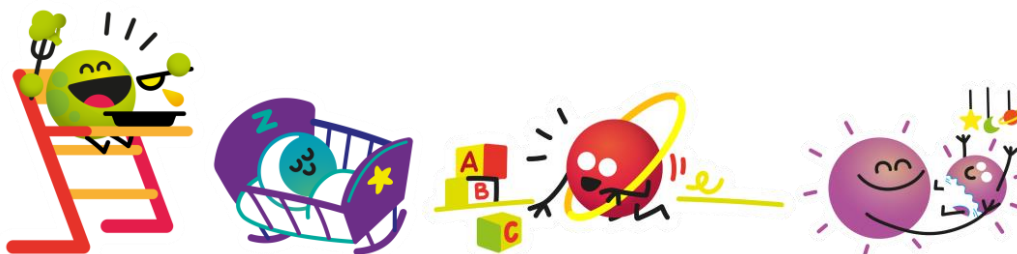
El proyecto cuenta con un plan de implementación, evaluación, formación y capacitación y comunicación que enmarcan el despliegue de todas las acciones. PRESAFALÍN también contribuye a la generación de conocimiento científico sobre intervenciones para la prevención de la obesidad infantil a través de la promoción de estilos de vida saludable en la primera infancia. En el desarrollo de las diferentes acciones, se han definido tres fases principales: una primera etapa de vinculación de las entidades socioeducativas o escuelas, una segunda fase de implementación de las actividades y una última fase de análisis del impacto del proyecto y generación de informes técnicos, así como artículos científicos.

La intervención es coordinada por parte del equipo de la Gasol Foundation Europa. Las actividades dirigidas a las familias se implementan en base a una metodología mixta o externalizada. Es decir, con el objetivo de llevar a cabo un proyecto sostenible y con la intención de formar y capacitar al equipo de profesionales de los centros participantes en promoción de estilos de vida saludable, hay centros que implementan el 100 % de las actividades familiares, sin el soporte del equipo de la Gasol Foundation Europa y otros en los que implementan el 50 % y cuentan con la participación de la Gasol Foundation Europa. Las actividades se llevan a cabo en las instalaciones de los centros en la que

aproximadamente, se vinculan entre 10 y 15 niños y niñas y sus referentes adultos o adultas.

PRESAFALÍN basa su desarrollo de acciones en torno a los cuatro pilares para disfrutar de un estilo de vida saludable (alimentación saludable, horas y calidad del sueño, actividad física y deporte y bienestar psicológico) (figura 18) promovidos entre la población diana a través de la metáfora pedagógica de la Galaxia Saludable (Gómez, 2017). La Galaxia Saludable transforma cada uno de los pilares en un planeta saludable que, de forma conjunta, conforman la galaxia en la que todos los planetas se interrelacionan entre ellos. PRESAFALÍN junto con otros proyectos de la *Gasol Foundation Europa* utiliza este hilo conductor para invitar a las familias a sumergirse en un viaje en el que compartirán y reflexionarán sobre las estrategias que contribuyen a fomentar un estilo de vida saludable entre sus hijas e hijos.

Figura 18. Imagen gráfica de los 4 pilares que conforman la Galaxia Saludable y el proyecto PRESAFALÍN



Fuente: *Gasol Foundation Europa*.

En la fase inicial de vinculación al proyecto, se realiza una sesión cualitativa (2h/sesión) con los centros ya vinculados en la que participan representantes de las familias y profesionales del centro. Su objetivo es hacer un diagnóstico inicial para captar las características y necesidades de la entidad y grupo de familias hacia la promoción de estilos de vida saludable. Esta contextualización permite adaptar las actividades del proyecto a cada centro y grupo de familias, contribuyendo así a un mejor desarrollo de este.

En la fase de implementación, se despliegan diferentes acciones dirigidas a los agentes clave del proyecto. En este sentido, el equipo de profesionales de los centros participa en 3 sesiones de formación y capacitación y en 6 reuniones de seguimiento. Estas sesiones, contribuyen a reforzar los aprendizajes compartidos en las sesiones de formación y capacitación, experimentados en el día a día del proyecto. Además, también ayudan a identificar cambios o ajustes de las actividades, adaptándolas a la realidad de cada centro y grupo familiar. Las familias, a su vez, son invitadas a participar en 7 talleres grupales (1.15 h/sesión), 2 talleres de evaluación (2 h/sesión), 2 talleres individuales (45 min/sesión) y una última sesión en la que se comparten los resultados de la intervención (1 h/sesión). Asimismo, se contempla la entrega de material comunicativo y pedagógico, a través de diferentes canales, dirigido tanto a las familias como a los centros. Estos recursos son necesarios para el despliegue de las acciones del proyecto y, al mismo tiempo, refuerzan los mensajes de salud compartidos en las diferentes actividades.

Los talleres grupales se diseñan con el objetivo de facilitar un espacio agradable y seguro de encuentro periódico en el que las adultas y los adultos referentes acompañados de sus hijas e hijos pueden interactuar y reflexionar sobre aspectos de crianza de forma igualitaria y sin juicios. Estos talleres constan de una metodología innovadora que ofrece la posibilidad de intercambiar creencias y experiencias con otras familias y a su vez, genera un espacio para que las familias puedan compartir y experimentar con sus hijos e hijas a través de dinámicas de juego. Estas actividades lúdico-educativas son una gran oportunidad para reforzar el vínculo afectivo y promover el aprendizaje utilizando como eje central la interacción familiar. Fomentar la reflexión durante los talleres grupales contribuye a identificar de forma personal los aspectos en los que le gustaría profundizar en las posteriores sesiones individuales. El proyecto PRESAFALÍN contempla dos talleres individuales en los que se quiere dar respuesta a las necesidades identificadas por las familias y se genera un espacio para llevar a cabo una exploración en detalle con cada una de ellas. En estos encuentros individuales, una persona del equipo educativo del centro repasa junto al o la adulta referente los mensajes de salud claves compartidos en los anteriores talleres grupales. A través de dinámicas se reflexiona sobre las barreras y dificultades con las que se encuentra la familia al llevarlo a cabo y se anima a identificar retos familiares para poder lograrlos o mantenerlos. Es un espacio único que genera un vínculo muy positivo con el o la profesional con la familia y permite profundizar en ciertos aspectos familiares que interfieren sobre el estilo de vida de forma íntima.

La combinación de actividades grupales e individuales permite trabajar en profundidad diversos aspectos de la crianza en el que se establecen relaciones interpersonales entre las familias asistentes que, a su vez, fomentan los análisis intrapersonales. Este enfoque permite poner en práctica diferentes modelos y teorías en el que se puede destacar en primer lugar, el MCS en el que se reflexiona sobre la susceptibilidad percibida o vulnerabilidad percibida, la gravedad percibida y se mencionan los beneficios, las barreras, indicadores de la acción y la autoeficacia.

En los talleres y en las conversaciones se pueden manifestar estos conceptos tanto en las familias como en el equipo de profesionales implicados. La alteración de dichos aspectos puede traer consigo sentimientos de bloqueo, frustración y rechazo que no favorecen a la acción. Acudamos por un momento a una sesión del proyecto PRESAFALÍN y desgranemos los discursos presentados a continuación:

- “Es que todo esto que me está pasando con mi hijo solamente me sucede a mí”. Se percibe una alta vulnerabilidad percibida.
- “Tampoco pasa nada porque se queden con las pantallas por la noche hasta tarde. Mientras tanto, yo recojo la casa, hago la cena y ellas están tranquilas”. En este caso, se identifica una baja gravedad percibida.
- “Es cierto que cuando descanso bien, tengo más energía para jugar con mis hijas” La familia identifica los beneficios que conlleva realizar esa acción concreta.
- “Me encantaría salir a jugar con mis hijos, pero no puedo porque siempre hay peleas en los parques de al lado de casa y tengo miedo”. Existen obstáculos o barreras que le impiden llevar a cabo ese determinado hábito.

En los talleres, se refuerzan los beneficios obtenidos que van ligados sobre todo a la motivación de la familia, tratando de reducir las barreras que dificultan la ejecución de

esa acción en concreto. En ocasiones, estos obstáculos son estructurales y difícilmente modificables debido al contexto y la situación sociocultural. Por ello, el taller se focaliza en la comprensión y en el acompañamiento para que sea la familia la que discrimine entre las opciones modificables existentes.

- “Yo soy muy activo a diario, pero es verdad que mi alimentación no es la mejor. Ahora que hace buen tiempo, podría ir caminando al mercado y hacer una compra más saludable”. El adulto referente identifica estrategias que le permitan llevar a cabo la acción deseada.
- Autoeficacia: “yo no consigo que mi hija me haga caso”, “no puedo hacer que mi hijo coma verduras”. Se percibe una baja autoeficacia en la persona adulta participante.

Es muy probable que la sensación de incapacidad acabe determinando la consecución final de ese objetivo específico propuesto por la familia. La autoeficacia acostumbra a ir relacionada con aspectos como la autoestima que define la percepción que tiene la persona de sí misma. Es interesante explorar estas sensaciones y, a través del refuerzo positivo, acompañar a cada una de las familias en el crecimiento del sentimiento de autoeficacia. Esta exploración busca que cada persona sienta de forma fehaciente, que es capaz de llevar a cabo y mantener el hábito propuesto. En este sentido, la empatía, el acompañamiento y el empoderamiento en la propuesta de objetivos es clave. Estos deben estar adaptados a su contexto y realidad sociocultural además de ser específicos, medibles y alcanzables. He aquí dónde se puede poner en práctica la teoría del establecimiento de metas. La motivación de la familia ejerce un papel central en la intención de realizar un cambio. Por ello, uno de los elementos destacables dentro de la metodología de PRESAFALÍN es fomentar la motivación intrínseca de cada familia, aquella que conecta con los valores de la persona y su verdadera intención. Os invitamos a responder en cuál de las dos situaciones consideraríais que sería más probable que la familia lleve a cabo la conducta deseada:

- “Quiero dejar las pantallas por las noches porque eso me permite descansar y estar de mejor humor por las mañanas. Así, puedo disfrutar y reírme más con mi hija.” Este discurso es un ejemplo de la motivación intrínseca. La motivación nace del diálogo interior de la persona y es independiente de los estímulos externos.
- “Quiero dejar las pantallas por las noches porque mi pediatra me ha dicho que es lo que debería hacer”. En este caso, se presenta un discurso que representa la motivación extrínseca. Dicha motivación es autoimpuesta, dependiendo de agentes y recompensas externas.

La probabilidad de que el objetivo se cumpla y se mantenga en el tiempo obedece en medida, a la motivación que tiene la persona. A continuación, se muestran dos imágenes que quieren ejemplificar la interacción familiar entre la persona adulta referente y su hija/o (imagen 1) y la interacción con el resto de las familias participantes (imagen 2).

Imagen 1. Familias participantes en el proyecto PRESAFALÍN interactuando con otras familias y con sus hijas e hijos



Fuente: *Gasol Foundation Europa*.

Imagen 2. Educadoras de la *Gasol Foundation Europa* realizando una explicación, en el taller de bienvenida, a las familias de un centro PRESAFALÍN



Fuente: *Gasol Foundation Europa*.

En las conversaciones de las sesiones inter e intrapersonales, se exploran conceptos comentados como las actitudes y las motivaciones de las familias. Esta suma de creencias y normas ofrece la posibilidad de explicar la teoría de la acción razonada. Volvamos otra vez a otra sesión del proyecto: “Fanny nos indica que ha estado informándose y que ha leído de la relevancia que adopta la lactancia materna en la alimentación de su hijo Joel. En la sesión explica que hay múltiples beneficios que refuerzan el vínculo con Joel y que le gustaría seguir dándole el pecho. Por el contrario, su mejor amiga Lidia con la cual tiene un gran vínculo emocional, le ha comentado recientemente que eso no es cierto y que ella nunca dio el pecho y que su hija está estupendamente. Ella le aconseja que la mejor manera para que Joel se desarrolle es que sustituya la lactancia materna por la de fórmula”.

En este caso se identifica que hay una serie de normas subjetivas positivas que dependen de las creencias conductuales y que finalmente determinan la actitud de Fany. Por el contrario, también pueden existir unas normas subjetivas negativas que, en este caso específico, se caracterizan por ser las creencias normativas provenientes de su amiga

Lidia. Posteriormente, en el MCP, se añadieron otros conceptos como las creencias de control y el poder percibido. Este modelo aporta más información a los conceptos de actitud y autoeficacia y explora la seguridad y el control que tiene la persona hacia la ejecución de ese determinado hábito. La falta de poder sobre la conducta deseada puede determinar en gran medida si la acción deseada finalmente se desarrolla. De esta manera, la teoría de la autorregulación explora este tema en detalle y establece un proceso categorizado por diversas fases que la persona atravesará para llevar a cabo una conducta.

Asimismo, este descubrimiento de las actitudes y motivaciones de la familia a través de la escucha activa y la realización de preguntas reflexivas, permite determinar la etapa de cambio en la que se encuentra la persona en ese instante. He aquí dónde se hace uso del modelo transteórico. Cada familia puede encontrarse en un estado diferente y esta etapa a su vez puede diferir para cada tema tratado en las sesiones. Por lo que una misma familia puede estar en una etapa de acción en los límites con las pantallas de sus hijos e hijas y también puede encontrarse en una etapa totalmente precontemplativa con la activación y el movimiento de los más pequeños de la casa. El conocimiento de la etapa concreta en la que se encuentra la persona para cada una de las conductas compartidas, ayuda al equipo educativo a abarcar la realidad de una forma precisa y coherente. Las personas que guían los talleres son capaces de poner el foco en discursos que contemplen los determinantes clave para cada una de estas etapas (actitudes, influencia social, habilidades barreras). Os invitamos una vez más a sumergiros en algunas conversaciones de los talleres de PRESAFALÍN.

- “En casa somos muy conscientes de la importancia de la actividad física en familia. Desde hace años, todos los fines de semana que podemos, aprovechamos para hacer alguna escapada al monte y jugar en familia. Las sonrisas que aparecen son indescriptibles”. Un ejemplo de discurso de una familia que se encuentra en una fase de mantenimiento.
- “En mi familia no tenemos tiempo para movernos, es muy complicado con todas las tareas diarias. Me gustaría poder pasar más tiempo con ellos en casa o fuera porque sé que les haría ilusión. Lo haré cuando cambié de trabajo que será dentro de unos meses”. En este caso, este sería un ejemplo específico de una familia que se encuentra en una fase de contemplación.

En definitiva, PRESAFALÍN es un proyecto que ofrece el espacio para intercambiar opiniones y vivencias, así como generar espacios de debates seguros y de confianza (imagen 3). La función de las y los profesionales implicados es acompañar a las familias y a sus hijas e hijas de edades tempranas en este viaje tan emocionante y maravilloso.

Imagen 3. Familia participante interactuando con una educadora del proyecto PRESAFALÍN



Fuente: Gasol Foundation Europa.

Podrás encontrar más información sobre el proyecto PRESAFALÍN en:
<https://gasolfoundation.org/es/presafalin/>

4. Bibliografía

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Ajzen, I. (2019). Theory of planned behavior diagram [Imagen]. <https://people.umass.edu/ajzen/tpb.diag.html>

Ajzen, I. (2019). Theory of planned behavior diagram with background factors [Imagen]. <https://people.umass.edu/ajzen/tpb.background.html>

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice Hall.

Ajzen, I. y Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. En D. Albarracín, B. T. Johnson y M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173–221). Lawrence Erlbaum Associates.

Ajzen, I. y Kruglanski, A. W. (2019). Reasoned action in the service of goal pursuit. *Psychological review*, 126(5), 774-786. <https://doi.org/10.1037/rev0000155>

Ajzen, I. y Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453-474. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(86\)90045-4](https://doi.org/10.1016/0022-1031(86)90045-4)

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248-287. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.

DiClemente, C. C. y Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy changes of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive behaviors*, 7(2), 133–142. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90038-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90038-7)

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: an introduction to theory and research*. Addison-Wesley.

Gómez, S. F. (2017). *Prevalencia, determinantes y prevención de la obesidad infantil* [Tesis doctoral]. <http://hdl.handle.net/10803/403607>

Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud (ESPS). (2000). *Guías de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPS*. SemFYC.

Hackman, C. L. y Knowlden, A. P. (2014). Theory of reasoned action and theory of planned behavior-based dietary interventions in adolescents and young adults: a systematic review. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 5, 101-114. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S56207>

Hamilton, K., Phipps, D. J., Schmidt, P., Bamberg, S. y Ajzen, I. (2024). First test of the theory of reasoned goal pursuit: predicting physical activity. *Psychology & Health*, 39(1), 24–41. <https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2026946>

ISRCTN15553317. (s.f.). Recuperado de <https://doi.org/10.1186/ISRCTN15553317>

LaCaille, L. (2013). Theory of reasoned action. En M. D. Gellman y J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 1964-1967). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_1619

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

Locke, E. A. (1968). Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance*, 3(2), 157-189. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(68\)90004-4](https://doi.org/10.1016/0030-5073(68)90004-4)

Locke, E. A. y Latham, G. P. (1991). A theory of goal setting and task performance. *The Academy of Management Review*, 16(2), 480-483. <https://doi.org/10.2307/258875>

Newman, B. M. y Newman, P. R. (2020). Chapter 8 - Self-regulation theories. En B. M. Newman y P. R. Newman (Eds.), *Theories of adolescent development* (pp. 213-243). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815450-2.00008-5>

Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Brooks-Cole.

Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

Rosenstock, I. M. (1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 50(3), 295-302. https://doi.org/10.2105/ajph.50.3_pt_1.295

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. y Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>

Soto Mas, F., Lacoste Marín, J. A., Papenfuss, R. L. y Gutiérrez León, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*, 71(4), 335-341. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400002&lng=es&tlng=es

Zimmerman, B. J. y Schunk, D. H. (2001). *Self-regulated learning and academic achievement: theoretical perspectives*. Routledge.

Zimmerman, B. J. y Schunk, D. H. (2011). *Handbook of self-regulation of learning and performance*. Routledge/Taylor and Francis Group.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*. Lawrence Erlbaum Associates.

Zuckerman, M., Eysenck, S. B. y Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(1), 139-149. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.1.139>

3. Teorías y modelos meso o interpersonales

Laia Selva Pareja
Anna Espart Herrero
Cátedra DOTSS-UdL
Universidad de Lleida

Carla Camí Garanto
Universidad de Lleida

Clara Homs Bassedas
Gasol Foundation Europa

1. Introducción

El segundo nivel de prevención, según la perspectiva ecológica, es el interpersonal. En este caso, las teorías y modelos se enfocan en las relaciones del individuo con el resto (familia, amigos/as, etc.) y los procesos interpersonales entre estos. Estos procesos son los que proporcionarán identidad social, definición de roles, etc.

2. Teorías y modelos

A continuación, se desarrollan las siguientes teorías y modelos meso o interpersonales en EpS: teoría del aprendizaje social (TAS), teoría cognitiva social (TCS), modelo de apoyo interpersonal-social, teoría de la motivación por incentivos, teoría de la resiliencia, teorías de las redes sociales y del apoyo social, teoría de crianza disciplinada, teorías del estrés y de enfrentar situaciones difíciles, modelo actitud, influencia social y autoeficacia (ASE), modelo del proceso de acción para la salud (HAPA) y modelo I-Change.

2.1. Teoría del aprendizaje social y Teoría cognitiva social

La TAS, en inglés *social learning theory* (SLT), está relacionada con la TCS, en inglés *social cognitive theory* (SCT). Albert Bandura desarrolló la TAS para finalmente nombrarla TCS (Bandura, 1977, 1986). Estas han servido de base de otras teorías y modelos, como el modelo de prevención de recaídas, en inglés *the relapse prevention* (Mimiaga et al., 2009).

Albert Bandura (1977) propuso la TAS, que se centra en el aprendizaje a través de la observación del comportamiento de los demás y las consecuencias que resultan de ese comportamiento. Así pues, la teoría sostiene que las personas aprenden no sólo a través de su propia experiencia, sino también a través de observar, modelar e imitar los comportamientos, actitudes y reacciones emocionales de los demás (Bandura, 1977; Guy-Evans, 2023). Además, Bandura, propuso que el aprendizaje ocurre a través de cuatro procesos principales (Bandura y Walters, 1963; Torres, 2017):

- Atención. Las personas prestan atención a los modelos de comportamiento que están observando.
- Retención. Las personas recuerdan la información que han observado y la almacenan en su memoria.
- Reproducción. Las personas imitan el comportamiento que han observado.
- Motivación. Las personas son motivadas a imitar el comportamiento en función de las consecuencias que se han observado en el modelo.

Mientras que la TAS se centra en los comportamientos observables y no profundiza en los aspectos cognitivos del aprendizaje, la TCS, que es una versión ampliada, pone mayor énfasis en estos procesos con conceptos como la autoeficacia, la autorregulación y el procesamiento cognitivo. La TCS se utiliza para entender cómo las personas adquieren conocimientos y habilidades a través de la interacción de factores cognitivos, conductuales y ambientales. La premisa de la TCS es que el comportamiento depende de las expectativas y los incentivos. De manera que, por ejemplo, si se pretende modelar el comportamiento de un niño o niña, se hará a través de la modelización del comportamiento por otros (con los que compartirá experiencias) y, por ende, los imitará (Hoffnung et al., 2019; Rosenstock et al., 1988).

Respecto a las expectativas, las divide en tres tipos: expectativas sobre el entorno (creencias), sobre las consecuencias (opiniones, serían las expectativas de resultado) y sobre las propias competencias (autoeficacia) (Rosenstock et al., 1988).

En cuanto a los incentivos o refuerzos se basan en que el comportamiento se regula por la interpretación que haga la persona de las consecuencias (*reinforcements*) de este comportamiento que se proyectan como resultado en la salud, a nivel físico, aprobación por otras personas, etc. (Rosenstock et al., 1988).

2.2. Modelo de apoyo interpersonal-social

El modelo de apoyo interpersonal-social, en inglés *interpersonal-social support model*, se desarrolló a lo largo de varias décadas a partir de la década de 1970. Fue impulsado por un creciente interés en la influencia de los factores sociales en la salud y el bienestar. En la década de 1980, el modelo de apoyo interpersonal-social comenzó a tomar una forma más clara, y se propusieron diferentes teorías sobre cómo funciona el apoyo social y cómo puede ser medido y evaluado. Cassel (1974), Caplan (1974), Weiss (1974) y Cobb (1976), entre otros, son algunos de los autores del apoyo social (Durá y Garcés, 1991).

El modelo de apoyo interpersonal-social pertenece a los modelos interpersonales. Se basa en describir cómo las relaciones sociales y la interacción interpersonal influyen en la salud y el bienestar de los individuos. Este modelo ha sido utilizado en la investigación sobre la psicología y la salud pública (Grandes et al., 2008; Heaney e Israel, 2002).

Este modelo remarca la importancia del entorno social a la hora de facilitar el cambio de conducta relacionado con la salud, ya que presenta tres principios (Gil-Girbau et al., 2021):

- Apoyo informativo. Hace referencia a las herramientas informativas e instrumentales que dispone el individuo para facilitar su conducta.
- Apoyo emocional. Son las herramientas de tipo psicológicas que facilitan la conducta del individuo.
- Colaboración con el entorno. La implicación del individuo en grupos sociales ayuda al individuo al cambio de conducta.

En resumen, según el modelo de apoyo interpersonal-social, se resaltan tres determinantes importantes de la salud (Grandes et al., 2008):

- La estructura de las redes sociales de la persona.
- El apoyo que reciben de otros.
- La calidad y cantidad de las interacciones sociales.

2.3. Teoría de la motivación por incentivos

La teoría de la motivación por incentivos, en inglés *incentive theory of motivation*, se ha desarrollado a lo largo del tiempo y ha sido influenciada por diferentes corrientes y teorías en la psicología. sin embargo, una de las contribuciones más importantes a esta teoría fue realizada por el psicólogo Burrhus Frederic Skinner, conocido como B. F. Skinner en la década de 1950 (Study Team, s.f.). Este autor propuso que los seres humanos son más propensos a repetir comportamientos que son seguidos por recompensas y menos propensos a repetir comportamientos que son seguidos por castigos (Skinner, 1953). Posteriormente, la teoría de la motivación por incentivos fue desarrollada y ampliada por otros psicólogos y teóricos, como Edward Deci y Richard Ryan, quienes han propuesto que la motivación también está relacionada con la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de autonomía, competencia y relación social (Deci et al., 1999; Ryan y Deci, 2000).

La teoría de la motivación por incentivos pertenece a las teorías del comportamiento y es una explicación psicológica sobre cómo las recompensas y los incentivos afectan la motivación humana. De esta forma, los seres humanos se comportan de un modo que deriva en recompensa y evitan las acciones que llevan al castigo. En esta teoría, las personas están motivadas por las recompensas y los incentivos que pueden obtener de una tarea o actividad en particular y esto hace que la lleguen a completar (Indeed Editorial Team, 2023).

2.4. Teoría de la resiliencia

La teoría de la resiliencia, en inglés *resilience theory*, no se puede atribuir a un solo autor o autora, sino que es un concepto que se ha desarrollado e investigado a nivel multidisciplinar.

Según la Real Academia Española, resiliencia significa “capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos” (Real Academia Española, s.f., definición 1). En la misma línea, la teoría de la resiliencia la define como una capacidad de las personas que debe desarrollarse y este desarrollo es un proceso que depende de la presencia de factores de protección en la infancia (Infante, 2001). Por tanto, con esta teoría se pretende explicar o exponer los factores que condicionan el desarrollo de la resiliencia.

Se han formulado 40 elementos fundamentales (divididos en externos e internos) que influyen en el desarrollo de la resiliencia (Scales y Leffert, 1999). En adolescentes, por ejemplo, se ha demostrado que el número de elementos fundamentales tiene una repercusión directa en la manifestación de actitudes y patrones de conducta positivos, cuanto menor número de elementos, menor tendencia a tener un consumo problemático de alcohol, de drogas, de actividad sexual y de violencia (Grotberg, 1994).

2.5. Teoría de las redes sociales y del apoyo social

Las teorías de las redes sociales y del apoyo social, en inglés *social support theory* y *social network theory*, son un paraguas de teorías y su desarrollo no corresponde a un único autor o autora. Estas teorías exponen que las redes sociales y el apoyo social son elementos indispensables para la salud y el bienestar. Son teorías que se acostumbran a utilizar para el diseño de programas de EpS dirigidos a adolescentes, ya que tanto las redes de pares y de apoyo que genera la comunidad (con las madres, padres y con los adolescentes) son fundamentales para la promoción y prevención de la salud en adolescentes (Cohen y Syme, 1985; Gottlieb, 1985).

2.6. Teoría de crianza disciplinada

La teoría de crianza disciplinada (originalmente considerada un modelo), en inglés *authoritative parenting* o *authoritative parenting style*, fue descrito por Baumrind (1966), derivado de las investigaciones que llevó a cabo entre 1968 y 1971, y ampliado unos años más tarde por Maccoby y Martin (1983).

Esta teoría se basa en la TAS y se enfoca en la importancia de enseñar a los niños y las niñas a ser disciplinados desde pequeños para que, de este modo, tomen decisiones más saludables a lo largo de su vida. También tiene en cuenta que los niños y las niñas aprenden por observación de sus cuidadores, de manera que imitan los comportamientos adultos y éstos pueden servir de modelo proporcionando comportamientos disciplinados, estructura y límites (Baumrind, 1991).

Baumrind identificó tres modelos de crianza disciplinada: autoritario, permisivo y autoritativo (Baumrind, 1966, 1971). Maccoby y Martin (1983) discutieron en profundidad los tres estilos de crianza y desarrollaron en mayor profundidad el estilo autoritativo.

La teoría de crianza disciplinada se basa en el estilo autoritativo combinando niveles de control, de calidez y de apoyo emocional. Este estilo de crianza es cálido, receptivo, firme y disciplinado, ya que promueve el desarrollo de niños y niñas socialmente competentes, con autocontrol y gestión emocional (lo que llaman, buen funcionamiento psicológico) (Maccoby y Martin, 1983).

2.7. Teorías del estrés y de enfrentar situaciones difíciles

Las teorías del estrés y de enfrentar situaciones difíciles, en inglés *stress and coping theories*, se han desarrollado a lo largo de varias décadas y aún siguen siendo un área de investigación activa y en evolución en la psicología y otras disciplinas relacionadas con la salud mental y el bienestar. Sin embargo, destaca Lazarus con la teoría del estrés en la década de 1960 y 1970 (Lazarus y Folkman, 1984), y el modelo transaccional del estrés y la afrontación en la década de 1980 (Folkman y Moskowitz, 2000).

La teoría transaccional del estrés y de la capacidad de enfrentar situaciones difíciles, es una extensión de la teoría del estrés de Lazarus, que realza la importancia de la interacción continua entre la persona y su entorno. Esta teoría sugiere que el estrés y la afrontación son procesos dinámicos que evolucionan a lo largo del tiempo y que están influenciados por factores individuales (psicológicos) y contextuales (sociales y culturales), donde las experiencias estresantes son interpretadas como transacciones entre el individuo y el entorno (Folkman y Moskowitz, 2000; Lazarus y Folkman, 1984; Breinhabauer y Maddaleno, 2008).

2.8. Modelo actitud, influencia social y autoeficacia

El modelo ASE, en inglés *attitude, social influence and efficacy model* (ASE), ha sido desarrollado a lo largo del tiempo por diversos investigadores del campo de la psicología y la salud pública. Este modelo se basa e integra la TCS y el MCP, ya que se basan en entender, predecir y explicar el comportamiento de las personas en cuanto a la toma de decisiones en salud.

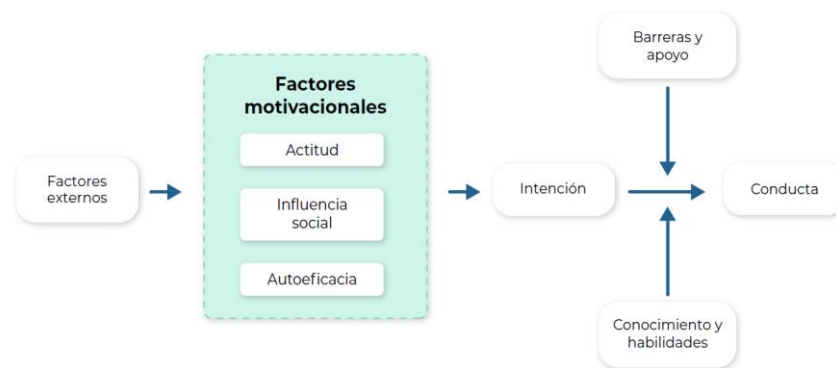
Este modelo considera que la conducta está determinada por tres variables cognitivas (De Vries et al., 1988; Steenbeek et al., 2011):

- Actitud: se refiere a la actitud (positiva o negativa) de la persona hacia un comportamiento/conducta.
- Influencia social: se refiere al impacto que tienen las interacciones y normas sociales para el cambio o adopción del comportamiento/conducta. Por ejemplo, la presión o el apoyo de las personas del entorno social.
- Autoeficacia: tal y como se describe en el MCS en este monográfico, la autoeficacia es la confianza en la capacidad de la persona para llevar a cabo esa acción o comportamiento con éxito (por ejemplo, “puedo hacerlo y lo conseguiré”). Se describe como “la convicción de que uno puede desempeñar con éxito una acción para obtener resultados” (Bandura, 1977).

Tal y como se observa (figura 19), la motivación juega un papel transversal en el modelo, ya que influye en las tres variables (De Vries et al., 1988; Steenbeek et al., 2011):

- Actitud: una persona muy motivada hacia el cambio tendrá una actitud más positiva para conseguir el objetivo.
- Influencia social: una persona muy motivada buscará apoyo y tendrá mayor resistencia a la presión.
- Autoeficacia: una persona muy motivada tendrá mayor confianza para llevar a cabo las acciones para alcanzar los objetivos y obtener los resultados esperados, por tanto, presentará mayor autoeficacia.

Figura 19. Modelo ASE



Fuente: Adaptado y traducido de *The Transtheoretical The development of instruments to measure work disability Assessment behaviour of insurance physicians* (p. 3), por R. Steenbeek, A.J.M. Schellart, J. Mulders, J.R. Anema, H. Kroneman y J. Besseling, 2011, *BMC Public Health*, 11(1).

Los factores externos (edad, estatus social, nivel educativo, estatus económico, profesión, etc.) influyen la conducta a través de los factores motivacionales (actitud, influencia social y autoeficacia) y estos, combinados, son clave para predecir y determinar la intención de la persona a adoptar la conducta. Aunque, hay factores como barreras y apoyo, o bien, los propios conocimientos y habilidades, que tendrán un papel clave en la ejecución de las acciones que llevan al cambio de conducta (figura 19).

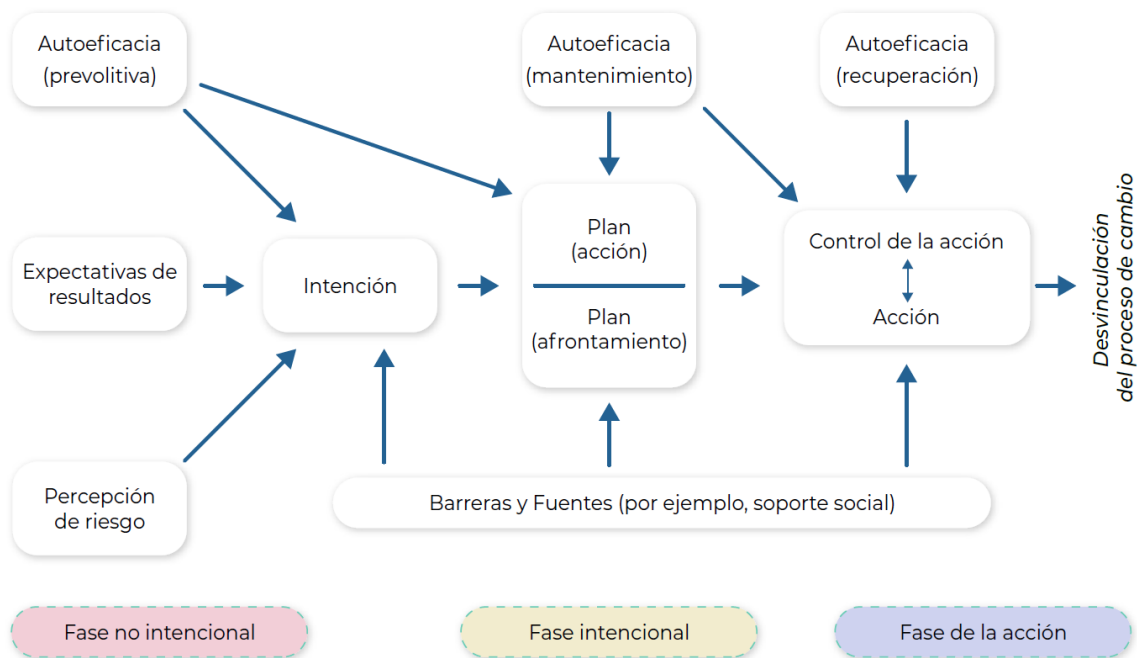
De manera que si se tienen en cuenta estas tres variables cognitivas (factores motivacionales) de manera anticipada, se puede predecir la intención y, por tanto, la conducta y comportamiento deseado.

2.9. Modelo del proceso de acción para la salud

El modelo del proceso de acción para la salud, en inglés *health action process approach* (HAPA), ha sido desarrollado por Schwarzer y Luszczynska (2008).

Este modelo se basa en dos fases principales: la motivación (que incluye la autoeficacia, los resultados y la intención) y una fase de implementación (con la planificación, acción o implementación y mantenimiento). De manera que, se observa (figura 20) que una persona, para adoptar un comportamiento saludable, pasa por diferentes fases dentro de un proceso (Schwarzer y Luszczynska, 2008; Schwarzer, 2014).

Figura 20. Modelo HAPA



Fuente: Adaptado y traducido de *Health Action Process Approach (HAPA): A transtheoretical model*, por R. Schwarzer, 2014. <https://www.hapa-model.de/>

El desarrollo de este proceso, dentro de las fases antes mencionadas, es (Schwarzer y Luszczynska, 2008; Schwarzer, 2014):

- Fase de motivación:
 - o Autoeficacia: la creencia de que una persona es capaz de realizar la conducta saludable (Bandura, 1977).
 - o Valoración de resultados (expectativas de resultados y percepción del riesgo): se valora la percepción del riesgo, la susceptibilidad de la enfermedad y los beneficios de llevar a cabo la acción.
 - o Intención de acción: si los dos puntos anteriores se dan (alta autoeficacia y valoración positiva de los resultados), se consigue la intención de alcanzar la conducta saludable.
- Fase de implementación:
 - o Planificación: se desarrollan los planes de acción y de afrontamiento para alcanzar la conducta saludable.
 - o Implementación: ejecución de la conducta.
 - o Mantenimiento de la conducta saludable.

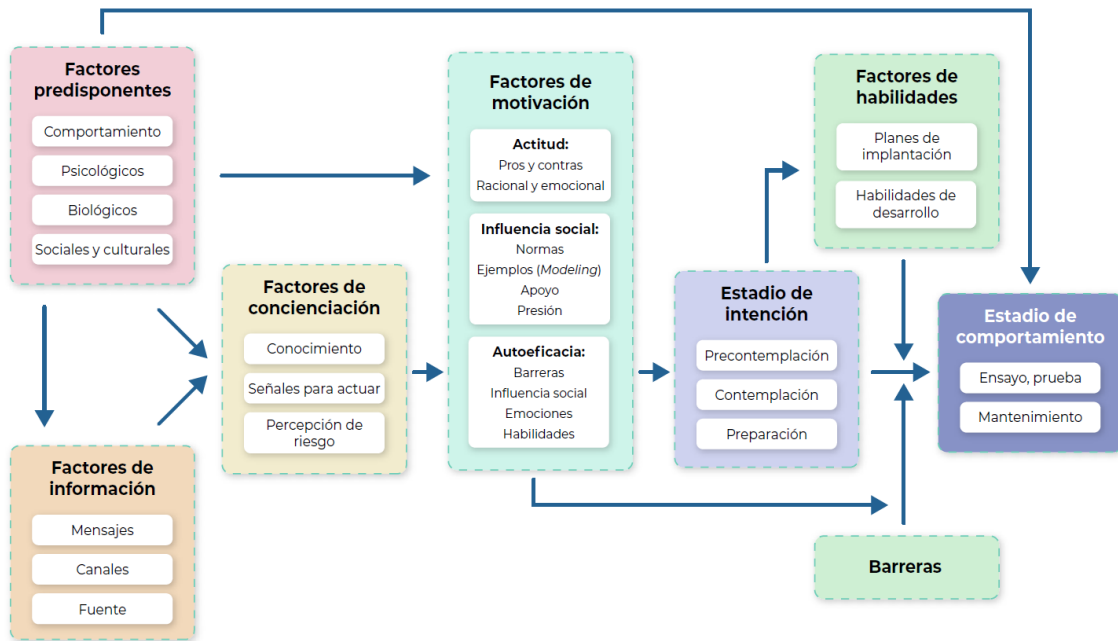
2.10. Modelo I-Change

El modelo I-Change, o modelo integrativo de cambio de comportamiento, fue desarrollado por de Vries y su equipo en la década de 1990 y se basa en el modelo ASE (De Vries et al., 1988, 1998). Además, integra otros modelos y teorías como: la teoría de implementación y establecimiento de metas (Locke, 1968; Locke y Latham, 1991), el MCS (Rosenstock, 1974), el modelo transteórico (DiClemente y Prochaska, 1982; Prochaska, 1979), el MCP (Ajzen y Madden, 1986) y la teoría social cognitiva de la autorregulación (Bandura, 1991).

Este modelo (figura 21) determina que las intenciones y habilidades de una persona son clave para implementar el comportamiento saludable. Las intenciones pueden ir variando a lo largo del tiempo y las habilidades (personales y conductuales) aumentan la probabilidad de que las intenciones se conviertan en acciones (De Vries, 2005). En este modelo, se considera que la motivación viene determinada por tres factores (De Vries, s.f., 2005):

- Actitud: valoración de los pros y los contras cognitivos y emocionales sobre implementar el comportamiento saludable.
- Influencia social:
 - o Las normas que se tienen sobre el comportamiento.
 - o El ejemplo (*modeling*), se refiere a la percepción de otras personas que ya están realizando el tipo de comportamiento que se pretende alcanzar.
 - o Apoyo o presión social para llevar a cabo o no el comportamiento saludable.
- Autoeficacia: capacidad de la persona para llevar a cabo el comportamiento (Bandura, 1977).

Figura 21. Modelo I-Change



Fuente: Adaptado y traducido de *The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): an example of Integral Prevention* (p. 3), por H. de Vries, A. Mudde, I. Leijts, A. Charlton, E. Vartiainen, G. Buijs, M.P. Clemente, H. Storm, A. González Navarro, T. Prins, S. Kremers, 2003, *Health Education Research*, 18(5).

Además, se asume que los factores motivacionales se determinan por otros factores como: de concienciación, predisponentes y de información (figura 17) (De Vries, s.f.).

Respecto a los factores de concienciación, se encuentran determinantes como (De Vries, s.f.):

- Conocimiento: adquisición de conocimiento sobre el comportamiento saludable a adquirir y los riesgos asociados al comportamiento no saludable.
- Señales para actuar: desarrollo de una actitud positiva o negativa hacia el comportamiento saludable.
- Percepción de riesgo: evaluación del riesgo percibido sobre el comportamiento no saludable.

Los factores predisponentes (De Vries, s.f.):

- Conductuales o de comportamiento: estilos de vida, etc.
- Psicológicos: personalidad, etc.
- Biológicos: género, predisposición genética, etc.
- Sociales y culturales: precio del tabaco, políticas de salud, etc.

Los factores de información se refieren a la calidad de los mensajes, canales y fuentes utilizados (De Vries, s.f.).

En este punto, se valora también la intención de llevar a cabo el comportamiento saludable. En este caso, se encuentran tres escenarios: precontemplación, contemplación y preparación.

Por último, aquellos factores que condicionarán el comportamiento:

- Autoregulación: se refiere a aquellas barreras y desafíos con las que las personas se encuentran cuando implementan el comportamiento saludable. Las barreras pueden disminuir las posibilidades de que las intenciones de implementar un cambio de comportamiento saludable se conviertan en acciones para llevarlo a cabo.
- Apoyo social: se refiere a la influencia que pueden ejercer familiares y amigos sobre la persona que está implementando el comportamiento saludable.
- Cambio. Ya se ha adquirido el comportamiento saludable y es un hábito.

3. Ejemplo: FIVALÍN

FIVALÍN, acrónimo de *Fitness, Values and Healthy Lifestyles*, tiene como objetivo promocionar estilos de vida saludable para la prevención de la obesidad infantil a través del fomento de la actividad física y el deporte, la alimentación, las horas y calidad del sueño y el bienestar emocional. El proyecto se lleva a cabo con niños y niñas de 8 a 12 años y sus adultos o adultas referentes que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica y residen en el Área Metropolitana de Barcelona (España). Los y las participantes se vinculan a través de entidades sociales. Es un proyecto centrado en la familia a través de la cual se implementan diferentes acciones lideradas por el equipo de educadores y educadoras de la propia entidad social y la *Gasol Foundation Europa* en las mismas instalaciones de la entidad. El proyecto contempla acciones dirigidas a niños, niñas, adultas, adultos y educadores/as de entidades sociales. El protocolo del estudio FIVALÍN fue publicado en 2021 en *BMC Pediatrics* (Homs, 2021). Además, se puede consultar la metodología de evaluación y de intervención en el registro publicado (ISRCTN12682870, s.f.)

Las familias participantes al proyecto FIVALÍN son invitadas a formar parte de una gran aventura: se les propone llevar a cabo una misión espacial cuyo objetivo es devolver los hábitos saludables al planeta tierra. A través de un viaje por la Galaxia Saludable, descubren los pilares clave de la salud infantil (actividad física, alimentación, horas y calidad del sueño y bienestar emocional) y se comparten estrategias a nivel familiar para fomentar un estilo de vida saludable. El proyecto, estructurado en diferentes componentes, utiliza modelos y técnicas conductuales para el cambio de hábitos que guían la metodología y enfoque de las diferentes actividades que se implementan. El viaje por la Galaxia Saludable lo guían 8 talleres grupales, de 2 horas de duración, en los que contamos con la participación de 8 a 12 familias y 36 actividades deportivas, de 60 minutos de duración, dirigidas a los niños y las niñas. En los talleres familiares, a través de dinámicas grupales, se refuerza la interacción social y se fomenta el intercambio de

experiencias entre los y las participantes. Se puede ver un grupo de familias, madres y sus hijos e hijas realizando una dinámica grupal (imagen 4).

Imagen 4. Grupo familias participantes a FIVALÍN realizando una dinámica durante el taller familiar



Fuente: *Gasol Foundation Europa.*

Se estructuran en tres apartados: una bienvenida en la que contamos con la participación de todos los miembros de la familia, una dinámica central en la que dividimos el grupo, por un lado, las niñas y los niños y, por el otro, los adultos y las adultas. Para cerrar el taller, hay un reencuentro en el que volvemos a contar con todos los miembros de la familia. En la dinámica central con los niños y las niñas, se emplean actividades de movimiento como vehículo educativo, promoviendo el aprendizaje a través del juego y la cooperación. Estas actividades se diseñan basándose en un mensaje saludable que se quiere compartir, definiendo dinámicas que promuevan la identificación de barreras o dificultades con las que se encuentran si llevan a cabo este hábito y cómo las solventan o han intentado solventarlas. A través de este discurso, el grupo de niños y niñas reflexiona sobre la relevancia de realizar el hábito saludable e identifica estrategias para ejecutarlo. En el caso del grupo de adulto y adultas, se sigue la misma estructura y se promueve el mismo mensaje de salud, pero se utilizan dinámicas más estáticas en las que se fomenta la reflexión e intercambio de experiencias. Por ello, se llevan a cabo dinámicas en grupos más reducidos y, a posteriori, se pone en común con todo el grupo. En estas dinámicas, el rol del educador o la educadora es facilitar el discurso, reforzar la autoeficacia de las familias y fomentar el conocimiento propio del grupo. En este sentido, es clave disponer de habilidades para la gestión de grupos, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: creación de un clima que propicia la participación, activación de estrategias de participación, evitar valoraciones personales, realizar preguntas abiertas, aclarar dudas y resumir los mensajes relevantes. En estas dinámicas, uno de los principios que se tiene en cuenta es que, un mensaje de salud expresado por parte de una familia tiene más potencial de influencia que si lo expresa el educador o la educadora, cuyo entorno, estilo de vida y realidad sociocultural suele ser distinta al de las familias. Para reforzar este enfoque, FIVALÍN, utiliza un argot concreto que refuerza la fuerza del grupo: todos y todas formamos parte de la tripulación de la nave FIVALÍN y son las

mismas familias las que dirigen la nave. Esta perspectiva contribuye a no generar jerarquías y que el equipo educativo adopte una relación horizontal con las familias. Este aspecto es fundamental para fomentar la autoeficacia. Las y los educadores tienen siempre presente la siguiente frase: “Las mayores expertas en la salud de su familia, son las mismas familias”. Este enfoque nos permite poner en práctica la TCS en los talleres grupales con las familias. También se implementan acciones basadas en esta teoría con el equipo educativo. Por ejemplo, en las sesiones de formación y capacitación al equipo educativo de las entidades sociales, se realizan dinámicas grupales en las que se comparten vivencias reales del proyecto para trabajarlos como casos de estudio y, es el mismo grupo de, educadores y educadoras quien los analiza y realiza una propuesta de acción. Identificando así buenas prácticas y reforzando su rol.

Otro de los modelos que se aplica a lo largo del proyecto es el de apoyo interpersonal-social. Por un lado, se tiene en cuenta el entorno en el que se implementan las actividades con cada uno de los actores clave del proyecto. En el caso de las familias y sus hijos e hijas, los talleres grupales se inician con una merienda saludable en un lugar agradable de la entidad. Este espacio se prepara previamente por parte del equipo de educadoras y educadores para que sea atractivo, transmita seguridad y favorezca la interacción entre las propias familias y los y las educadoras. Su objetivo es fomentar la relación entre ellas y ellos y reforzar el sentimiento de conexión. Además, durante las dinámicas siempre se tiene en cuenta cómo influye el entorno en la percepción, las emociones y el comportamiento de los y las participantes. Para ello, se contemplan factores sensoriales como el sonido, los olores o la vista y, a través de música, olores y elementos visuales que generen un lugar agradable. Por otro lado, con el equipo educativo de la entidad se llevan a cabo reuniones de seguimiento, propias de la evaluación de proceso, de forma presencial en la misma entidad junto al equipo de la *Gasol Foundation Europa*. En estos encuentros, también se busca un lugar cómodo que propicie el intercambio. Más allá de los aspectos del entorno, también se contempla el apoyo emocional, por medio del fomento de la empatía, el cuidado y el fomento de confianza entre los y las participantes. Estos conceptos se trabajan a través de dinámicas en los talleres familiares y actividades deportivas en las que se aplican herramientas psicológicas que lo potencian. Además, en las dinámicas grupales también se refuerza el intercambio de experiencias y vivencias. El educador o educadora acompaña y facilita su discurso, aportando información y recursos para mejorar o implementar el hábito que se está promocionando. Cuando se identifica que puede sumar y aportar más conocimiento, lo hace y cuando, el discurso no es favorable hacia un estilo de vida saludable, aplica estilos comunicativos propios de la Entrevista Motivacional para reconducir. Si el enfoque es positivo, motiva y refuerza positivamente, fomentando de nuevo la autoeficacia. A través de este enfoque se potencia también el aprendizaje basándose en la observación entre iguales y se refuerza el vínculo entre los y las participantes.

Con las familias, también se fomenta la teoría de la motivación por incentivos. A nivel grupal, uno de los aspectos que se incentiva más al promocionar una conducta es identificar los beneficios que genera seguir un estilo de vida saludable sobre la persona y su entorno, con respecto al bienestar físico y emocional. Se realizan dinámicas que fomentan la reflexión sobre estos aspectos y, a posteriori, se comparte en grupo. A través

de estas actividades se comparte con el grupo las recompensas internas de realizar una conducta saludable. Así mismo, al finalizar cada taller familiar, se les facilita una hoja titulada: compromiso familiar, una propuesta de contrato conductual dirigido a las familias. En familia, se les anima a seleccionar, de un listado de objetivos saludables relacionados con los mensajes que se ha compartido durante el taller, aquellos con los que se quiere comprometer. Además, tienen espacio en blanco para identificar otros objetivos y, por último, se les propone pensar en una recompensa saludable que se regalaran al cumplir con los objetivos que han identificado. Este documento lo firma toda la familia y se revisa en el siguiente taller familiar. También se utilizan recompensas externas, como la merienda saludable en familia, que se ofrece al inicio de cada taller familiar o incentivos materiales que se regalan a las familias para reforzar la participación de las familias al proyecto. Por ejemplo, al finalizar la sesión de evaluación inicial, se les da un detalle que tiene como objetivo, más allá de agradecer y fomentar su adherencia al proyecto, reforzar la comunidad y la pertinencia al grupo: es una camiseta deportiva para todos los y las participantes. En el uso de recompensas materiales, siempre se fomenta que estas tengan un objetivo pedagógico relacionado con el proyecto.

Desde FIVALÍN se fomentan habilidades, vivencias, relaciones y comportamientos que refuerzan un desarrollo saludable de las niñas y los niños y su interés por el bien común y la contribución en la comunidad. Se hace a través de la teoría de la resiliencia, que se promueve a través de 40 elementos fundamentales para el desarrollo, desde la primera infancia hasta la adolescencia, definidos por el *Search Institute*. Estos elementos se dividen en externos e internos y se clasifican en diferentes grupos: apoyo; fortalecimiento; límites y expectativas; uso constructivo del tiempo; compromiso hacia el aprendizaje; valores positivos; capacidad social e identidad positiva. Los diferentes elementos se relacionan con aspectos propios del individuo, de la familia y de la comunidad. En las actividades grupales en familia y actividades deportivas se contemplan los diferentes elementos para ponerlos en práctica y que, más allá del mensaje de salud, se refuerzan estas habilidades. Por ejemplo, se busca la interacción de las niñas y los niños con otros adultos o adultas del grupo que no sean su familia de referencia, se promueve que cada familia identifique límites y normas para aplicar en casa o se comparten técnicas de relajación individuales a través de dinámicas en los talleres grupales. Además, se acompañan estas acciones aplicadas en los talleres grupales, con material educativo que las familias se pueden llevar a casa. Esto permite que los otros miembros de la familia puedan conocer los mensajes de salud que se comparten en el proyecto y se involucren en su práctica. También se promueve que, en espacios de comunicación familiar no formal, como la recogida de los niños y las niñas a la entidad o que en una llamada telefónica de recordatorio al taller grupal, se realicen preguntas abiertas como: “Familia, ¿cómo fue el fin de semana, qué actividades realizaste?” o “Rosa, ¿me ayudas a explicarle a tu madre qué hemos hecho esta tarde?” que promuevan el intercambio entre el educador o la educadora y la familia, dando pie a reforzar las habilidades que fomentan la resiliencia. El equipo educativo de las entidades sociales reciben tres sesiones de formación y capacitación por parte del equipo de la *Gasol Foundation Europa*. En estas sesiones se comparten aspectos relacionados con el conocimiento y la práctica de los

diferentes modelos teóricos que guían el proyecto para que este enfoque este presente más allá de los talleres grupales o actividades deportivas.

Como se ha comentado al inicio, FIVALÍN es un proyecto que se implementa en la entidad social de referencia para las familias. Un espacio que fomenta la red social como medida de apoyo social. En él las familias encuentran afecto, percepción de pertinencia, identidad, seguridad y aprobación. Por ello, las actividades de FIVALÍN se desarrollan en este entorno, para reforzar este aspecto e incentivar que sea un lugar que, más allá de dar apoyo emocional, material e informacional, promocióne hábitos saludables. Un ejemplo de ello, es el de un grupo de familias de una entidad participante al proyecto que, tras realizar los primeros talleres familiares, de forma autónoma y según su propia iniciativa, decidieron quedar antes del taller para tomar algo juntos y juntas. Este ejemplo pone de evidencia el potencial que tiene el proyecto FIVALÍN en la generación de redes de apoyo.

Las familias participantes a FIVALÍN se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica, aspecto fundamental a tener presente al hablar de los modelos de crianza que ejercen las madres y los padres. La situación en la que muchas familias se encuentran implica factores de riesgo causados por la inseguridad hacia elementos relevantes para el bienestar como el acceso a alimentos, vivienda o trabajo. En el proyecto se fomenta un modelo de crianza disciplinada, enfocada a ayudar a las madres y los padres a desarrollar o reforzar prácticas de crianza efectivas, promoviendo el equilibrio entre el cariño y la exigencia, evitando los estilos de crianza menos efectivos (no involucrados, permisivos, autoritario, incluso duro y abusivo). En la dinámica con las madres y los padres de los talleres familiares se comparten las bases del estilo de crianza y se anima a las familias a compartir cómo llevan a cabo estas líneas educativas en casa, con qué dificultades se encuentran y cómo las solventan o intentan solventar. Para hacerlo se utilizan metáforas como elemento facilitador de la comprensión de la teoría. Por otro lado, al finalizar los talleres familiares, tal y como se comentaba anteriormente, las familias complementan el compromiso familiar que refuerza este estilo de crianza. Antes de firmar el compromiso familiar, se propone una dinámica íntima para reforzar el vínculo entre niño o niña y su familiar, que puede ir desde decir al oído lo que más les gusta de su familia hasta darse un masaje junto con otro miembro de la familia. Estos momentos de complicidad, risas y cariño fomentan la relación y potencian las bases del estilo de crianza disciplinado. Se puede ver un niño interactuando con su madre en uno de los talleres familiares (imagen 5).

Imagen 5. Niño y madre abrazándose durante una de las dinámicas de los talleres familiares



Fuente: Gasol Foundation Europa.

En referencia a los factores estresores con los que se encuentran muchas familias, debido a su situación de vulnerabilidad económica y social, debemos tener en cuenta que niveles de estrés elevados y sostenidos en el tiempo pueden desencadenar efectos negativos sobre los estilos de vida. Afectando negativamente sobre los cuatro pilares que se fomentan en el proyecto. Por ello, desde FIVALÍN se promueven las teorías del estrés y de enfrentar situaciones difíciles, generando un espacio seguro, donde poder compartir emociones y sentimientos. El equipo de educadores y educadoras se forman en técnicas de comunicación como la Entrevista Motivacional, comentada anteriormente, para acompañar a las familias desde la escucha activa, validado sus emociones y potenciando sus capacidades para hacer frente a las diversas situaciones adversas que se presentan en la vida cotidiana. En este sentido, con la voluntad de aportar estrategias para mejorar la gestión emocional y potenciar el afrontamiento, se comparten estrategias de regulación emocional como las técnicas de relajación que se realizan al inicio de cada taller familiar con las madres y los padres. Con el interés de potenciar la autoeficacia, en función del grado de motivación e interés del grupo hacia las técnicas de relajación, se invita a las madres y los padres que quieran a liderar el espacio de relajación y guiar una técnica. Con esta perspectiva se fomenta la autoeficacia de las familias. Con las niñas y los niños, en las actividades deportivas, además de utilizar la práctica de actividad física como vehículo educativo para la transmisión de mensajes saludables, también se utiliza como potente regulador emocional. Se aprecia a un grupo de niñas y niños participando de una de las actividades deportivas junto al educador de referencia (imagen 6). Por último, se refuerza la conexión entre las familias a través de los talleres grupales facilitando las relaciones sociales como elemento de apoyo.

Imagen 6. Niñas y niños participantes a FIVALÍN realizando una actividad deportiva



Fuente: *Gasol Foundation Europa*.

El modelo ASE es uno de los modelos que se aplica en más componentes del proyecto. Junto con la teoría de la resiliencia y otros modelos intrapersonales, se explica como parte de las sesiones de formación y capacitación al equipo educativo de las entidades sociales. Se considera que contempla muchas de las bases conceptuales propias de los modelos y teorías para el cambio de hábitos y ayuda a entender el enfoque social de la salud, abordado desde los determinantes sociales de la salud. La actitud, la influencia social y la autoeficacia son predictores conductuales que predicen la intención hacia el cambio de hábito. Los tres predictores se fomentan en cada uno de los talleres familiares, actividades deportivas, material educativo y material comunicativo dirigido a las familias. En los talleres familiares y actividades deportivas se implementan dinámicas enfocadas a promocionar cada uno de estos predictores y se identifica en qué porcentaje del total del taller o actividad se refuerce. Adicionalmente, el material educativo, y el material comunicativo contempla los tres predictores, el compromiso familiar a los folletos, póster o mensajes de móvil que reciben las familias, han sido elaborados para incluir frases y verbalizaciones que hagan referencia a cada uno de los predictores conductuales. Por ejemplo, estos son algunos fragmentos de un mensaje de móvil para promocionar los mensajes saludables compartidos en el taller grupal del sueño: “Que los y las peques de casa duerman 10 horas al día les ayuda a tener más energía, a estar de mejor humor y más activ@s en el colegio.”; “Si en casa tod@s colaboramos y bajamos la intensidad de la luz, el volumen de los dispositivos y creamos un ambiente relajante para ir a dormir nuestros peques ¡descansarán mucho mejor!”; “Algunas familias nos compartisteis ideas muy buenas para ir a la cama sin pantallas, como definir un espacio de casa para dejar los móviles. ¡Sois expertas, qué buenas propuestas!”. En estas frases, se fomenta la actitud, la influencia social y la autoeficacia respectivamente.

En FIVALÍN, también se aplican conceptos del modelo HAPA. Para ello, se utiliza la motivación como elemento clave para activar la intención hacía la mejora o transformación de un hábito. En los talleres grupales con las familias se promueve la reflexión de conceptos como la autoeficacia, las expectativas de resultados y el riesgo percibido de llevar a cabo una conducta a través de preguntas reflexivas. Un ejemplo de las preguntas reflexivas relacionados con mensajes de alimentación saludable podrían ser: ¿cuáles consideráis que son los pros y contras de que vuestro hijo o hija siga una alimentación saludable?; ¿con qué dificultades os encontráis al plantear una alimentación saludable en casa? o ¿qué hábitos estáis ya haciendo en casa para que vuestros hijos o hijas sigan una alimentación saludable? En base a las reflexiones que surgen, se activa la intención hacía la mejora de la conducta y el taller se centra en cómo planificar el proceso de mejora o transformación. En esta fase, se refuerzan las diferentes estrategias que podemos activar para llevar a la práctica el hábito saludable. Como se ha ido comentando anteriormente, el educador o la educadora asume un rol de facilitador, guiando el discurso, sintetizando las ideas principales que surgen de las reflexiones. También se refuerza las medidas de afrontamiento la fase de mantenimiento y la gestión de la recuperación de las recaídas, buscando reforzar la autoeficacia. Para ello, en FIVALÍN, se usan técnicas que ayudan a imaginar situaciones y contribuyen a reflexionar sobre cómo fomentar un mantenimiento de la conducta y cómo poder afrontar las recaídas.

Técnicas como *role playings*, visualización de vídeos, etc. Recursos educativos que capten su atención, permitan empatizar con su realidad y generen emociones. Una de las dinámicas más exitosa del proyecto es un *role playing* que realizan las propias madres y padres sobre el uso de pantallas en casa. Se dividen en grupos y a cada uno se le propone representar una conducta relacionada con el uso de pantallas como una comida familiar con pantallas o el momento de antes de ir a dormir en casa y el uso de pantallas. Cada grupo decide el enfoque que quiere darle y disponen de *atrezzo* para llevar a cabo una representación de 1 minuto. Durante la representación las familias que quieran pueden levantarse e intervenir como uno de los personajes para mostrar cómo gestionaría la situación. La dinámica genera risas, emociones y grandes reflexiones por parte de las familias.

FIVALÍN, guía sus acciones desde una perspectiva biopsicosocial. Por ello, se contempla la influencia que tiene sobre los estilos de vida de las personas las características biológicas, los aspectos psicológicos y el entorno social. Desde esta perspectiva, el modelo *I-Change* plantea diversos factores que determinan el nivel de motivación o intención de la persona hacia la mejora del estilo de vida. Al promocionar hábitos saludables, se contemplan estos factores a la vez que se realizan dinámicas para que sean las propias familias participantes las que identifican las barreras o dificultades con las que se encuentran al llevar a cabo una propuesta de mejora o transformación de una conducta. Uno de los factores que, desde el proyecto, se tiene mucho en cuenta es el comunicativo. Por un lado, se han identificado las características propias de las familias de cada entidad para adaptar los canales y características de los mensajes comunicativos que se comparten con ellas. Por el otro, se ha preguntado a las mismas familias de cada entidad, qué formato y canal es el más adecuado para ellas para compartir información sobre el proyecto que contribuya a reforzar los talleres grupales y actividades deportivas que realizamos. Contar con su opinión y adaptar las acciones al contexto y necesidades de las familias es esencial para alcanzar los objetivos del proyecto.

Podrás encontrar más información sobre el proyecto FIVALÍN en:

<https://gasolfoundation.org/es/fivalin/>

4. Bibliografía

Ajzen, I. y Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453-474. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(86\)90045-4](https://doi.org/10.1016/0022-1031(86)90045-4)

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Prentice Hall.

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248-287. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)

Bandura, A. y Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. Holt, Rinehart, and Winston.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887–907. <https://doi.org/10.2307/1126611>

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1, Pt.2), 1–103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>

Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, 9(3), 239-267.

Baumrind, D. (1991). The Influence of Parenting Style on Adolescent Competence and Substance Use. *The Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95. <https://doi.org/10.1177/02724316911111004>

Breinhabauer, C. y Maddaleno, M. (2008). Las teorías del estrés y de la capacidad de enfrentar situaciones difíciles. *Jóvenes, opciones y cambios: promoción de conductas saludables en los adolescentes* (pp. 159-176). Organización Panamericana de la Salud.

Cohen, S. y Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Academic Press.

Deci, E. L., Koestner, R. y Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125(6), 627-668. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.6.627>

De Vries, H. (s.f.). I-Change Model. Recuperado de <https://www.heindevries.eu/interests/change>

De Vries, H., Dijkstra, M. y Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3(3), 273–282. <https://doi.org/10.1093/her/3.3.273>

De Vries, H., Mesters, I., van de Steeg, H., y Honing, C. (2005). The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated Change Model. *Patient Education and Counseling*, 56(2), 154-165.

De Vries, H., Mudde, A. N., Dijkstra, A., y Willemsen, M. C. (1998). Differential beliefs, perceived social influences, and self-efficacy expectations among smokers in various motivational phases. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 27(5, Pt.1), 681–689. <https://doi.org/10.1006/pmed.1998.0344>

De Vries, H., Mudde, A., Leijts, I., Charlton, A., Vartiainen, E., Buijs, G., Clemente, M. P., Storm, H., González Navarro, A., Nebot, M., Prins, T., & Kremers, S. (2003). The European Smoking Prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention. *Health education research*, 18(5), 611–626. <https://doi.org/10.1093/her/cyg031>

DiClemente, C. C. y Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy changes of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive behaviors*, 7(2), 133–142. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90038-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90038-7)

Durá, E. y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *International Journal of Social Psychology*, 6(2), 257-271. <https://doi.org/10.1080/02134748.1991.10821649>

Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *The American Psychologist*, 55(6), 647–654. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.6.647>

Gottlieb, B. H. (1985). Social network strategies in prevention. En R. L. Hought, P. A. Gongla, V. B. Brown, S. E. Goldston (Eds.), *Psychiatric Epidemiology and Prevention: The Possibilities: Papers Resulting from a Research Planning Workshop Held Through the Neuropsychiatric Institute, the University of California, Los Angeles, February 14-16, 1982* (Vol. 8, pp. 53). Neuropsychiatric Institute, University of California, Los Angeles.

Grotberg, E. (1994). *The International Resilience Research Project: Promoting Resilience in Children*. Civitan International Research Center, University of Alabama. Birmingham.

Guy-Evans, O. (Febrero 2023). *Albert Bandura's Social Learning Theory*. Simply Psychology. <https://simplypsychology.org/bandura.html>

Hoffnung, M., Hoffnung, R. J., Seifert, K. L., Hine, A., Pausa, C., Ward, L., Signal, T., Swabey, K., Yates, K. y Smith R. B. (2019). *Desarrollo de la vida útil* (4ª edición). John Wiley & Sons.

Homs, C., Berruezo, P., Según, G., Estrada, L., de Bont, J., Riera-Romaní, J., Carrillo-Álvarez, E., Schröder, H., Milà, R. y Gómez, S. F. (2021). Family-based intervention to prevent childhood obesity among school-age children of low socioeconomic status: Study protocol of the FIVALIN project. *BMC Pediatrics*, 21(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02697-x>

Indeed Editorial Team. (Febrero 2023). *Incentive theory of motivation: definition and examples*. Indeed. <https://www.indeed.com/career-advice/career-development/incentive-theory-of-motivation#:~:text=The%20incentive%20theory%20of%20motivation%20is%20a%20behavioral%20theory%20that,actions%20that%20may%20entail%20punishment>

Infante, F. (2001). *Five open questions to resilience: a review of recent literature*. Bernard van Leer Foundation.

ISRCTN12682870. (s.f.). Recuperado de <https://doi.org/10.1186/ISRCTN12682870>

- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Locke, E. A. (1968). Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance*, 3(2), 157-189. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(68\)90004-4](https://doi.org/10.1016/0030-5073(68)90004-4)
- Locke, E. A. y Latham, G. P. (1991). A theory of goal setting and task performance. *The Academy of Management Review*, 16(2), 480-483. Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. En P. H. Mussen, y E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of child Psychology: Vol. 4. Socialization, personality and social development* (pp. 1-101). Wiley.
- Mimiaga, M. J., Reisner, S. L., Reilly, L., Soroudi, N. y Safren, S. A. (2009). Chapter 8 - Individual interventions. En K. H. Mayer y H. F. Pizer (Eds.), *HIV Prevention* (pp. 203-239). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-374235-3.00008-X>
- Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Brooks-Cole.
- Real Academia Española. (s.f.). Resiliencia. En el *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 16 de junio, 2022, en <https://dle.rae.es/resiliencia>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. y Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health education quarterly*, 15(2), 175-183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Scales, P. y Leffert, N. (1999). *Developmental assets: A synthesis of scientific research on adolescent development*. Search Institute, Minneapolis.
- Schwarzer, R. (13 de octubre de 2014). Health Action Process Approach (HAPA): A transtheoretical model. <https://www.hapa-model.de/>
- Schwarzer, R., y Luszczynska, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors: The health action process approach. *European Psychologist*, 13(2), 141-151. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.13.2.141>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Free Press.

Steenbeek, R., Schellart, A. J., Mulders, H., Anema, J. R., Kroneman, H. y Besseling, J. (2011). The development of instruments to measure work disability assessment behaviour of insurance physicians. *BMC Public Health*, 11, 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-1>

Study Team. (s.f.). *Who developed the incentive theory of motivation?* [https://homework.study.com/explanation/who-developed-the-incentive-theory-of-motivation.html#:~:text=The%20incentive%20theory%20of%20motivation%20was%20developed%20by%20Burrhus%20Frederic,\(behavior%20reinforcement%20through%20punishment\)](https://homework.study.com/explanation/who-developed-the-incentive-theory-of-motivation.html#:~:text=The%20incentive%20theory%20of%20motivation%20was%20developed%20by%20Burrhus%20Frederic,(behavior%20reinforcement%20through%20punishment))

Torres, A. (septiembre 2017). *Aprendizaje observacional: definición, fases y usos*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/psicologia/aprendizaje-observacional>

4. Modelos macro o comunitarios

Anabel Ramos-Pla
Isabel del Arco Bravo
Cátedra DOTSS-UdL
Universidad de Lleida

Genís Según Mercader
Gasol Foundation Europa

1. Introducción

Un factor clave para la promoción de la salud son las teorías y los modelos en el ámbito comunitario. Estas teorías y modelos ayudan a la comprensión de las diferentes formas de organización de los grupos sociales. En ellos se busca saber cuáles son sus necesidades, intereses, pactar posibles soluciones viables y sostenibles para decidir cuál es el mejor modo de promover el cambio social y ambiental (Breinhabauer, 2008).

Las teorías y modelos macro o comunitarios suponen una visión holística de la EpS y las acciones normativas, ambientales, reglamentarias y socioeconómicas. Todos estos elementos están entrelazados, ya que se desarrollan en las escuelas, institutos, centros deportivos, organizaciones de la comunidad, etc., donde los niños y niñas y adolescentes interactuarán con ellos para obtener acciones de promoción de la salud, consejos o servicios de salud (Franco-Giraldo, 2020; Gil-Girbau et al., 2021). Teniendo en cuenta esto, dichas organizaciones y entidades, desempeñan un papel clave para la promoción de estilos de vida saludables.

Por último, en las teorías y modelos macro o comunitarios se busca conseguir el objetivo de promover la salud a gran escala: desde las intervenciones en políticas de salud, hasta el diseño y validación de herramientas para la promoción de la salud (Franco-Giraldo, 2015). Así, estas teorías y modelos buscan trabajar en los estilos de vida de las personas y en el sistema social.

2. Teorías y modelos

A continuación, se presentarán y desarrollarán los siguientes modelos y teorías conceptuales macro o comunitarios, siguiendo las definiciones establecidas en este monográfico: modelo de organización comunitaria, teoría de la difusión de las innovaciones y modelo de comunicación y marketing social.

2.1. Modelo de organización comunitaria

El modelo de organización comunitaria, en inglés *community based participatory research* (CBPR), se basa en las teorías de las redes sociales y del apoyo social, y fue descrito por Minkler y Wallerstein en 2002 (Minkler y Wallerstein, 2002). Breinhabauer (2008) define el modelo de organización comunitaria como: “el proceso mediante el cual los grupos de la comunidad se reúnen para ir identificando necesidades, problemas y objetivos comunes, con el fin de movilizar recursos y formular y ejecutar estrategias que les permitan alcanzar los objetivos colectivos propuestos” (p. 177). Sin embargo, Minkley y Wallerstein advierten que este proceso debe ser iniciado y dirigido por las propias personas que forman parte de la comunidad, aunque en los últimos años hayan destacado algunas organizaciones externas en esta tarea.

El hecho de iniciar la tarea desde la población diana, posibilita el éxito de las intervenciones a realizar en programas de EpS, ya que se reflejan sus necesidades e intereses. Sin embargo, existen programas y proyectos de entidades con financiamiento externo que pueden tender a eludir la fase de diagnóstico inicial con la comunidad. En este caso, tal y como afirma Breinhabauer (2008) se estaría empleando otro instrumento (Preceder-Proceder o *Precede-Proceed*).

A través del modelo de organización comunitaria se están trabajando diversos principios como, por ejemplo: el empoderamiento, la participación activa, las habilidades comunicativas y comunitarias (Clinical and Translational Science Awards Consortium et al., 2011; Minkler, 2004). En el caso que alguien imponga sus propios principios, ideas y nociones por encima de los problemas de salud de la comunidad, puede derivar en diversas consecuencias (Labonte y Robertson., 1996):

- El programa o proyecto puede ser poco importante para la comunidad, ya que no lo detectan como “suyo”.
- Puede crear la sensación de impotencia entre la comunidad porque no se han tenido en cuenta sus problemas de salud.
- Desviar el foco de la importancia de los problemas de salud de la comunidad para trabajar otros aspectos menos importantes.

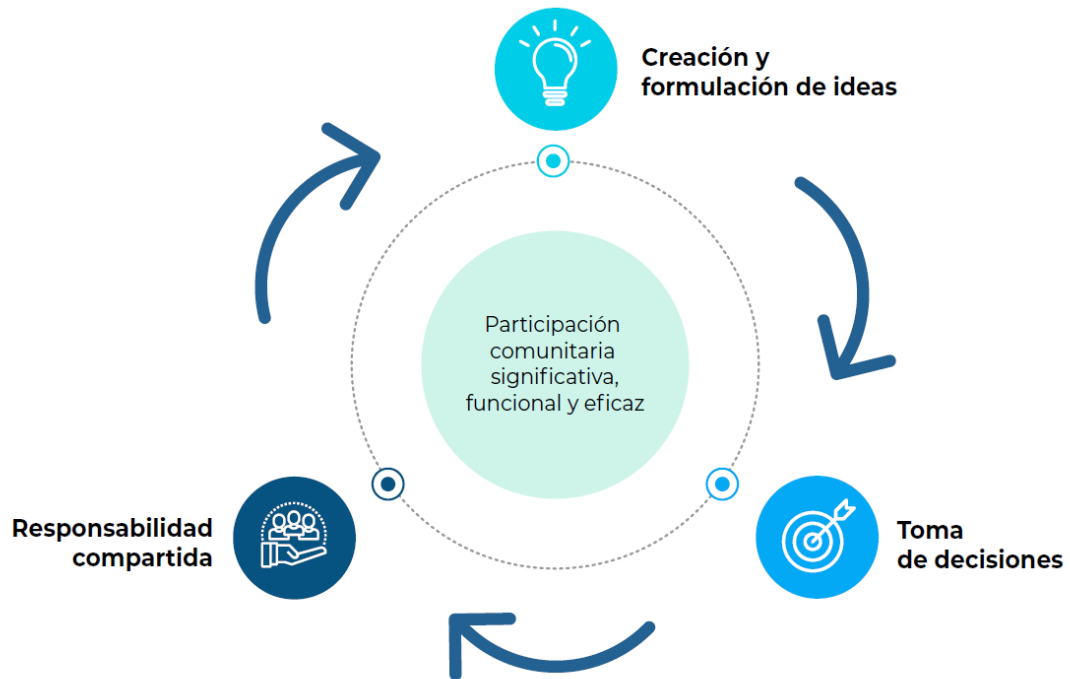
Se debe tener en cuenta que existen diversos motivos que pueden motivar a las personas a tener un papel activo en la toma de decisiones (Clinical and Translational Science Awards Consortium et al., 2011):

- Obtener una mejoría en sus vidas.
- Cumplir las obligaciones sociales.
- Tener la necesidad de un sentido de comunidad y formar parte de ella.
- Buscar recompensas.

Independientemente de las fuentes de motivación de las personas que forman parte de la comunidad, es necesario que los líderes que promuevan y guíen durante la participación comunitaria, respeten, aprendan y escuchen todo lo que les tienen que decir los diferentes miembros. Sin ello, se puede tener la sensación de perder el tiempo, los recursos, la eficacia y la confianza (Henry, 2011; Miller y Shinn, 2005). Así, una participación comunitaria eficaz, funcional y significativa debe implicar la creación y formulación de

ideas, la toma de decisiones y la responsabilidad compartida (Clinical and Translational Science Awards Consortium et al., 2011), tal y como se puede observar (figura 22).

Figura 22. Factores que determinan una participación comunitaria significativa, funcional y eficaz



Fuente: Elaboración propia a partir de Clinical and Translational Science Awards Consortium et al. (2011).

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, la organización comunitaria es un factor clave para realizar la evaluación diagnóstica o social de la comunidad. La información recolectada serviría como base para el desarrollo e implementación del programa o intervención en EpS. De este modo, el empoderamiento en la sociedad se alcanza cuando el diseño del programa en EpS incorpora las teorías del cambio conductual para la promoción de la salud, las perspectivas ecológicas y de desarrollo con las necesidades e intereses de la comunidad (Breinhabauer, 2008).

Rothman (2001) afirma que la organización comunitaria está compuesta por tres modelos de cambio (pueden estar superpuestos y/o unidos):

- Desarrollo de la localidad o la comunidad. Se utilizan muchas personas para identificar y resolver los problemas detectados. Para llevarse a cabo, es necesario que exista un amplio consenso, una orientación clara hacia las tareas a desarrollar y un fortalecimiento de capacidades. Los asesores externos pueden adquirir un rol muy importante para coordinar las acciones y decisiones tomadas.
- Planificación social. Se utilizan los objetivos para resolver las diversas problemáticas a través de asesores especialistas o técnicos expertos en el área con el fin de beneficiar a la comunidad.
- Acción social. Se incrementa la capacidad para resolver problemas y conseguir cambios para ajustar o mejorar las problemáticas de justicia social.

Bajo el paraguas del modelo de organización comunitaria, podemos encontrar otros submodelos (tabla 1).

Tabla 1. Modelos integrados en el modelo de organización comunitaria

Modelo	Descripción
Modelo de fortalecimiento de la comunidad (Gardner, 1991; Walter 1997)	Se focaliza en la organización comunitaria y en sus fortalezas.
Modelo de acción para la coalición de la comunidad (Butterfoss et al., 1993; Butterfoss y Kegler, 2002)	Existen coaliciones de personas dentro de la comunidad que representan diversas organizaciones, facciones, etc., y persiguen un objetivo común. Estas coaliciones analizan los problemas de la comunidad, recopilar información, evaluar las necesidades e intereses, elaborar planes de acción e implementar las soluciones.
Modelo de organización y desarrollo comunitario (Braithwaite et al., 1994)	Necesita la formación de la coalición comunitaria, ya que, posteriormente, evaluarán su propia comunidad, facilitarán el liderazgo y diseñarán intervenciones.
Modelo de comunicación para el cambio social (Figuroa et al., 2002)	Se fortalece el diálogo y la acción comunitarias para producir cambios sociales que mejoren la salud y el bienestar de las personas.

Por último, todos estos modelos de organización comunitaria comparten diversos factores que son clave para conseguir y medir los cambios en la comunidad (Breinhabauer, 2008):

- El empoderamiento.
- La conciencia crítica.
- La capacidad comunitaria.
- La participación y la pertinencia.
- La selección de problemas.

2.2. Teoría de la difusión de innovaciones

La teoría de la difusión de innovaciones, en inglés *diffusion of innovations*, se desarrolla por Rogers en 1983 (Rogers, 1983, 1995) y se define como la teoría que analiza la creación y difusión de nuevas ideas y prácticas en las comunidades y entre ellas (Breinhabauer, 2008; Urbizagástegui-Alvarado, 2019). Se define como teoría porque se encuentra más próxima a la parte filosófica en la definición de conceptos.

Desde este punto de vista, cualquier innovación implica un reto dentro de la promoción de la salud y, por ello, es vital demostrar que es necesaria desarrollarla para que la comunidad la adopte y utilice. Por ello, en la teoría de la difusión de innovaciones se resalta la importancia de la innovación como de su difusión.

Rogers (1995) enumera las características de las innovaciones que ayudarán a determinar si un colectivo de personas serán partidarios de adoptar la innovación:

- Ventajas relativas.

- Compatibilidad.
- Complejidad.
- Viabilidad de comunicación, comprobación, observación y modificación.
- Niveles de riesgo e incertidumbre.
- Posibilidad de reversión.
- Tiempo necesario y/o estimado.
- Compromiso.
- Impacto en las relaciones sociales.
- Rentabilidad.

En la teoría de la difusión de las innovaciones es esencial comprender que la comunicación es un proceso bidireccional (Alonso y Arcila, 2014; Breinhabauer, 2008), ya que las nuevas ideas se pueden transmitir mediante contactos interpersonales. Un ejemplo de ello sería que un experto en promoción de la salud acudiera a la televisión a hacer un programa sobre programas de hábitos saludables.

En el caso de la teoría de la difusión de innovaciones sobre promoción de la salud en los centros educativos, también es crucial la actitud del docente, la planificación y la evolución de las ideas y pensamientos sobre las innovaciones a aplicar. En este caso, el proceso consta de cuatro etapas (Breinhabauer, 2008; Urbizagástegui-Alvarado, 2019):

- Difusión: Transferencia o explicación de la innovación a la población que va dirigida (docentes).
- Adopción: Intenciones que tienen los docentes en adoptar la innovación.
- Implementación: Puesta en práctica de la innovación.
- Continuación: La innovación se utiliza cotidianamente (etapa final o de cierre).

2.3. Modelo de comunicación y marketing social

Busse y Godoy (2016) afirman que “la comunicación en salud ha sido definida como el arte y las técnicas para informar, influir y motivar al público sobre temas de salud relevantes desde la perspectiva individual, comunitaria e institucional” (p. 10). Es un campo multidisciplinario (Ríos Hernández, 2011) ya que, a parte de las ciencias de la salud, también participan otras disciplinas (sociología, psicología, etc.). De este modo, se persigue el objetivo de prevenir enfermedades y promocionar la salud. La *US Department of Health & Human Services* (2000) identifican los factores que debe tener una comunicación eficiente y efectiva en salud:

- Exactitud.
- Disponibilidad.
- Balance.
- Consistencia.
- Competencia cultural.
- Evidencia base (práctica basada en evidencia).
- Alcance.
- Fiabilidad.
- Repetición.
- A tiempo.

- Entendible.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, el papel de los medios de comunicación es clave para la comunicación en salud (Mosquera, 2003). En este sentido, son cruciales las campañas de marketing en temas de salud y, de ahí, la importancia del marketing social. FFF (Forero, 2010) lo definen como: “La aplicación de las tecnologías propias del marketing comercial al análisis, planificación, ejecución y evaluación de programas para influir en el comportamiento voluntario de los grupos sociales o poblaciones en general con el fin de mejorar su bienestar personal y social”. (Forero, 2010, p.5).

Por otro lado, Leal Jiménez (2000) enumera las futuras tendencias del marketing social para la promoción de la salud:

- Conseguir efectos duraderos.
- Destacar los resultados obtenidos por el marketing social.
- Potenciar las facilidades de acceso a los servicios.
- Potenciar el uso de herramientas digitales.
- Realizar seguimientos de los programas implementados.

Con todo, el marketing social se convirtió en un paradigma de la salud pública y comunitaria (Forero, 2010) y, es por ello, que se incluyó en la Carta de Ottawa (1986). En definitiva, es esencial vincular a la comunidad de manera participativa para fomentar el cambio en la salud (Forero, 2010; March, 2019) ya que, sin ello, dichos cambios no se implementarán a medio y largo plazo.

3. Ejemplo: ÓRBITA4Kids

ÓRBITA4Kids es un programa comunitario de promoción de hábitos saludables para la prevención de la obesidad infantil que fomenta la participación comunitaria involucrando a todos los sectores clave que acompañan a los niños y niñas de 0 a 8 años.

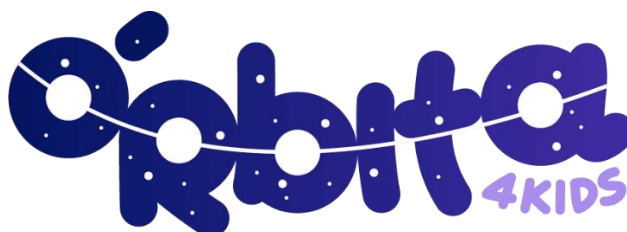
Actualmente, sabemos que la obesidad infantil es una enfermedad compleja que depende de múltiples factores y a su vez se ve influenciada por los diferentes sectores de la estructura social y política. Por este motivo, el abordaje de la prevención de la obesidad infantil precisa también de un enfoque multifactorial y multinivel (Gittelshon, 2018) basado en el fomento de la participación comunitaria como pilar fundamental para generar un impacto positivo en la promoción de los determinantes de la salud (alimentación, horas de sueño, actividad física y bienestar emocional) en la infancia.

El programa ÓRBITA4Kids nace de la necesidad de abordar la prevención de la obesidad infantil desde una perspectiva innovadora multicomponente y multinivel basada en la evidencia científica. Por ello, se compone de diferentes proyectos dirigidos a los distintos sectores (educativo, social, deportivo) en los que interactúan los niños y niñas de 0 a 8 años a lo largo de su día a día, en compañía de la familia, el agente clave más determinante para seguir un estilo de vida saludable durante la etapa infantil.

Justamente, el nombre del programa surge del simbolismo de mantener en ÓRBITA4Kids a los distintos proyectos de promoción de hábitos saludables de la *Gasol Foundation Europa*, destinados al ámbito social-familiar, educativo y deportivo; y a su

vez simboliza una gran red comunitaria que se encuentra en ÓRBITA4Kids constante para fomentar la salud a corto, medio y largo plazo de los niños/as de la comunidad a la que forman parte. Además, el nombre (figura 23) pretende ensalzar y promover la participación comunitaria resaltando el sentimiento de pertenencia de cada una de las personas que se encuentran inmersas dentro de dicha comunidad.

Figura 23. Logotipo del programa ÓRBITA4Kids



Fuente: *Gasol Foundation Europa*.

A nivel metodológico, las sinergias entre todos estos proyectos enfocados a los diferentes sectores y la promoción de las mismas conductas de salud basadas en el fomento de la alimentación saludable, las horas de sueño, la actividad física y el bienestar emocional, son las bases del desarrollo de un programa robusto cuyo principal objetivo consiste en empoderar a la propia comunidad y despertar su conciencia crítica para resolver una problemática de salud candente entre la población infantil y que cada vez es más prevalente en edades más tempranas.

En cifras, se traduce en 41 millones de niños y niñas de 0 a 5 años con exceso de peso en 2016 y en edades de 5 a 19 años las cifras registradas fueron de 350 millones en 2016.

Éstas alarmantes cifras de exceso de peso a nivel mundial se traducen en 1 de cada 3 niños/as y adolescentes en España según el estudio PASOS 2019. Concretamente la obesidad infantil, aún es más prevalente en entornos que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica, por lo que despierta la proactividad del equipo multidisciplinar de la *Gasol Foundation Europa* para ponerse manos a la obra en el diseño de un programa innovador e integral, como ÓRBITA4Kids, para seguir una estrategia de prevención a largo plazo.

En la implementación de ÓRBITA4Kids, el papel de la *Gasol Foundation Europa* consiste en compartir los conocimientos metodológicos adquiridos en todos los proyectos implementados por la entidad. Implementando este programa en dos comunidades en particular, en el municipio de Sant Boi de Llobregat (Barcelona, España) y el de la Llagosta (Barcelona, España).

En el caso de Sant Boi de Llobregat, la implementación de los proyectos la realiza el equipo de la *Gasol Foundation Europa* con la colaboración del Ayuntamiento y organizaciones claves como entidades deportivas, escuelas o entidades sociales. En la Llagosta, son los agentes clave del municipio quienes se encargan de la implementación del programa involucrando a sectores como el Ayuntamiento, el Centro de Atención Primaria (CAP), las entidades sociales, las entidades deportivas y los centros educativos para sensibilizar al mayor número de niños, niñas y familias del municipio a través de la coordinación del *Institut Català de la Salut* (ICS) y la *Gasol Foundation Europa*.

Este escenario plantea una gran dedicación y responsabilidad a nivel comunitario para lograr los hitos del programa, por ello la *Gasol Foundation Europa* coordina y lidera el día a día de la implementación del programa en ambos territorios.

Estos mecanismos de gestión caen en cascada hacia los organismos de implementación como, en el caso de la Llagosta el CAP de la Llagosta, principal protagonista de la implementación del programa que además cuenta con el soporte gubernamental del Ayuntamiento y la participación activa de todos los agentes clave que forman parte de las entidades sociales (educadores/as sociales), entidades deportivas (entrenadores/as) y los centros educativos (equipo docente). Los agentes clave de cada sector son las personas encargadas de promover las conductas de salud entre todos los niños y las niñas y sus familias a través de la metáfora de la Galaxia Saludable, diseñada por la *Gasol Foundation Europa*, la cual está presente en todos los proyectos que incluye el programa comunitario ÓRBITA4Kids.

Tal y como sucede en los ejemplos de proyectos detallados en los modelos micro (PRESAFALÍN) y meso (FIVALÍN), la promoción de hábitos saludables gira en torno a un viaje simbólico por una galaxia muy y muy lejana. Las familias con sus naves galácticas, que reciben el nombre de todos los proyectos, descubren las conductas saludables aterrizando en los 4 planetas de la Galaxia Saludable que metafóricamente hacen referencia a los 4 pilares de la salud infantil: alimentación, bienestar emocional, horas de sueño y actividad física.

Cada nave tiene la misión de guiar el viaje por esta Galaxia Saludable en cada uno de los sectores clave y todas ellas están lideradas por el *Main Commander* y Presidente de la entidad, Pau Gasol. Esta estrategia comunicativa de poner en el foco a un personaje mediático refuerza el contenido e incide a nivel social y político en la priorización de las políticas públicas. Desde la *Gasol Foundation Europa*, promocionamos hábitos saludables priorizando aquellas zonas que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica para reducir las desigualdades sociales en salud. Por ello, la teoría de la difusión de las innovaciones y el modelo de comunicación y marketing social justifican dicha estrategia para acercar la promoción de hábitos saludables a las comunidades que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad socioeconómica.

En definitiva, el objetivo principal del programa ÓRBITA4Kids consiste en coordinar desde la *Gasol Foundation Europa* y en colaboración con organismos como el ICS o el Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat la promoción de hábitos saludables para la prevención de la obesidad infantil en niños y niñas de 0 a 8 años mediante el empoderamiento, la capacitación, el sentimiento de pertinencia y la participación activa de todos los agentes y sectores en diferentes municipios como la Llagosta Sant Boi de Llobregat, como principios clave del modelo de organización comunitaria. Para alcanzar estos objetivos a nivel estratégico, se pivota entre 4 ejes:

- La promoción de acciones innovadoras sobre hábitos saludables agrupadas en proyectos estructurados que cuentan con metodologías de implementación destiladas. Estas metodologías están fundamentadas en modelos micro y meso replicables con matices en los diferentes proyectos destinados al ámbito social, educativo y deportivo.

- La evaluación del impacto y proceso de todas las acciones de promoción que se han llevado a cabo en el programa para conocer la magnitud del efecto y asegurar su replicabilidad en otros municipios. La evaluación de los programas en Educación para la Salud permite conocer el impacto de los mismos gracias a los datos que se recogen entre el test basal y el test final, tal y como se detalla en el instrumento PRECEDE-PROCEED.
- La comunicación de todas las acciones a la comunidad para fomentar la participación y sensibilización hacia la promoción de hábitos saludables.
- La necesidad de publicar los hallazgos para disponer de evidencias robustas sobre la prevención de la obesidad infantil. Transferir a la población el conocimiento generado durante la intervención. Esta acción refuerza la confianza en los programas y sobre todo favorecen la capacidad comunitaria y el sentimiento de pertenencia. Además, la comunidad científica se ve reforzada al arrojar datos novedosos sobre el impacto de un programa multicomponente y multinivel en España.

Para profundizar en el viaje que realizan las familias que participan en el programa comunitario de ÓRBITA4Kids, seguiremos el orden cronológico con el que se desarrollan los acontecimientos.

Los primeros pasos para justificar este apasionante viaje por la Galaxia Saludable surgen de las emergentes evidencias científicas sobre el enfoque holístico de los programas de prevención de la obesidad infantil. Los aspectos clave de estas evidencias se resumen en la promoción no solamente de un único determinante de la salud infantil, por ejemplo, la alimentación, sino también se centran en otras conductas preventivas como las horas de sueño, la actividad física y el bienestar emocional o el uso de pantallas, las cuales han demostrado tener un impacto positivo en el estado ponderal de los niños y las niñas. En definitiva, la evidencia científica plantea continuamente nuevos hallazgos para el diseño de programas innovadores de promoción de hábitos saludables por y para toda la comunidad, cosa que refleja la teoría de la difusión de las innovaciones.

Después de recopilar las innovaciones en programas de salud según la evidencia científica, se inicia la fase de planificación del viaje y esta acción precisa de una potente vinculación de todos los agentes clave de la comunidad para el desarrollo exitoso del programa. En el proceso de vinculación podemos distinguir 2 tipos de agentes clave: las personas que lideran la implementación y las personas que reciben la intervención.

En el primer caso, el proceso de vinculación pretende despertar la motivación intrínseca y el sentimiento de pertenencia al programa de las personas que llevarán a cabo la implementación sobre todo porque serán las responsables de liderar el fomento de hábitos saludables desde el ejemplo hacia toda la población infantil. Paralelamente, la comunicación y los fundamentos teóricos del marketing social permiten detectar y cubrir las necesidades de las personas que reciben la intervención por medio de recursos visuales y llamativos con el fin de despertar su interés hacia la promoción de un estilo de vida saludable.

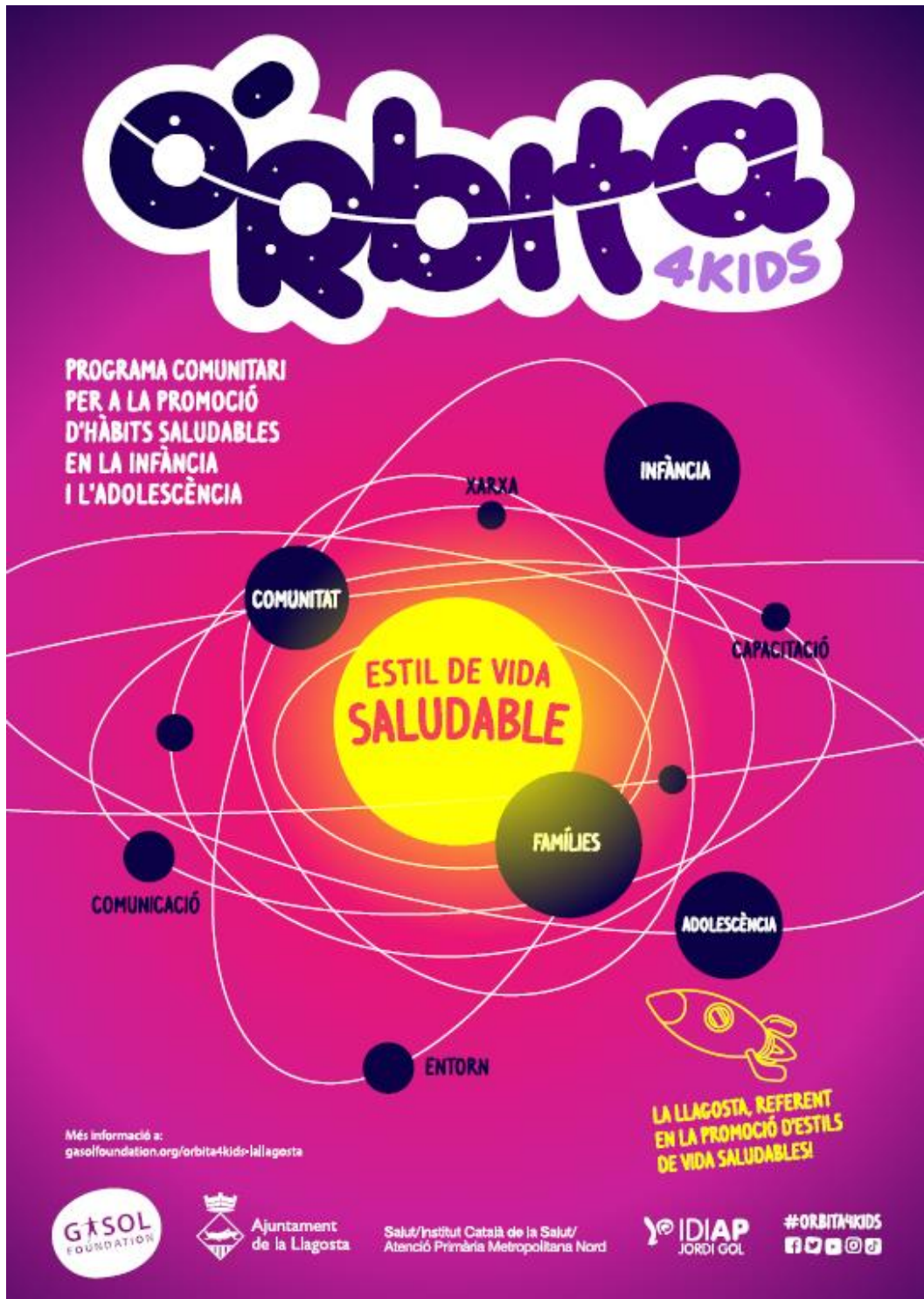
Una vez se han reclutado las personas responsables para llevar a cabo este viaje, empiezan las acciones de evaluación. En este proceso, las personas de la comunidad pasan a ser tripulantes de las naves galácticas y por ello se precisa completar el perfil de la

tripulación previo al despegue hacía la Galaxia Saludable. Para rellenar este perfil, los niños y las niñas realizan las mediciones antropométricas (peso, talla y circunferencia de cintura) en sus respectivos centros educativos y las familias completan los cuestionarios sobre estilos de vida (alimentación, actividad física, horas de sueño, bienestar emocional y uso de pantallas) antes y después de la implementación de las acciones saludables. Además, la gamificación de todo el proceso permite minimizar el estigma del peso y centralizarlo en la mejora de los estilos de vida, el bienestar físico y emocional.

Con toda esta información, logramos tener un diagnóstico basal que se compara con los resultados obtenidos al finalizar la implementación. La planificación de las acciones de evaluación involucra a los equipos multidisciplinares que coordinan el programa. Este equipo multidisciplinar está formado por especialistas en Educación Física, Psicología, Enfermería, Nutrición Humana y Dietética, Comunicación y Educación social.

Los equipos de comunicación de las entidades coordinadoras, tienen la misión de difundir en qué punto del viaje se encuentra la tripulación ÓRBITA4Kids, concretamente se encargan de los grandes hitos comunicativos como el lanzamiento del programa, los resultados de la evaluación basal, el constante *feedback* por redes sociales de las acciones implementadas y los resultados del impacto del programa. Cada familia de la tripulación ÓRBITA4Kids recibe previamente toda la información a través de diferentes canales (pósteres, notas de prensa, diarios locales, etc.), se puede ver el ejemplo del póster a continuación (figura 24).

Figura 24. Ejemplo del póster que reciben los diferentes sectores clave del municipio de la Llagosta



Fuente: Gasol Foundation Europa.

La ruta por la Galaxia Saludable tiene múltiples caminos por recorrer y las familias del municipio de la Llagosta se benefician principalmente de 5 proyectos representados por 5 naves Galácticas:

- PRESAFALÍN (figura 25). Tal y como se ha descrito en los modelos micro, es un proyecto dirigido a la pequeña infancia, de 0 a 5 años, para el fomento de las habilidades parentales hacia la educación en estilos de vida saludables para los niños y niñas. La nave PRESAFALÍN se centra en el empoderamiento de la familia y refuerza aspectos como la resiliencia y la autoeficacia del adulto o adulta referente en la promoción de hábitos saludables. A través de múltiples actividades como talleres familiares temáticos sobre la Galaxia Saludable se potencian actitudes, capacidades, conocimientos y habilidades para reforzar entre las familias los 4 pilares de la salud infantil: alimentación, actividad física, sueño y bienestar emocional.

Figura 25. Logotipo del programa PRESAFALÍN



Fuente: Gasol Foundation Europa.

- SEÍSMO (figura 26). Es un proyecto que promueve hábitos saludables en la etapa educativa primaria, de 6 a 12 años, para la prevención de la obesidad infantil en el ámbito educativo con el propósito de involucrar activamente a todos los agentes clave de la comunidad educativa: niños, niñas, familias, docentes, monitoreo y equipo directivo. La misión de la tripulación SEÍSMO consiste en fomentar hábitos saludables a través de diferentes acciones dirigidas a diferentes actores de la comunidad educativa y estructuradas, por el momento, en tres módulos complementarios: Módulo Educación Física, hábitos saludables en la asignatura de educación física; Módulo Familias, hábitos saludables en el entorno familiar y; Módulo Espacios Saludables, hábitos saludables en los espacios de recreo de la escuela. SEÍSMO es un proyecto dinámico que pretende ir sumando más módulos de actividades que contribuyan a que la escuela sea un entorno promotor de hábitos saludables.

Figura 26. Logotipo del programa SEÍSMO



Fuente: Gasol Foundation Europa.

- FIVALÍN (figura 27). Es un proyecto familiar, detallado en los modelos meso, de promoción de hábitos saludables dirigido a niños de 8 a 12 años que se enmarca en el ámbito social, concretamente se destina a entidades socioeducativas. A través de múltiples actividades, como los talleres familiares o las actividades deportivas

se fomentan valores, la práctica de actividad física y los estilos de vida saludable en familia.

Figura 27. Logotipo del programa FIVALÍN



Fuente: *Gasol Foundation Europa.*

- ENERGY (figura 28). Es un proyecto lúdico de promoción de hábitos saludables dentro de los casales de verano. La nave ENERGY sigue el rumbo de la nave FIVALÍN y refuerza la promoción de hábitos saludables en las mismas entidades sociales para dar continuidad al fomento de hábitos saludables en familia durante los meses de verano.

Figura 28. Logotipo del programa ENERGY



Fuente: *Gasol Foundation Europa.*

- COACH+ (figura 29). Es un proyecto de promoción de hábitos saludables en el marco de las entidades deportivas. La misión de la tripulación COACH+ pretende motivar a todos los agentes de la entidad deportiva: entrenadores/as, equipo directivo, familias y jugadores/as hacia la práctica de hábitos saludables en el entorno deportivo. Con esta consigna y mediante diferentes guías educativas aplicadas a deportes, como el baloncesto, fútbol, handbol, voleibol y gimnasia rítmica, los jóvenes deportistas se sensibilizan en la promoción de hábitos saludables a través de la enseñanza de aspectos físico técnicos propios de su deporte.

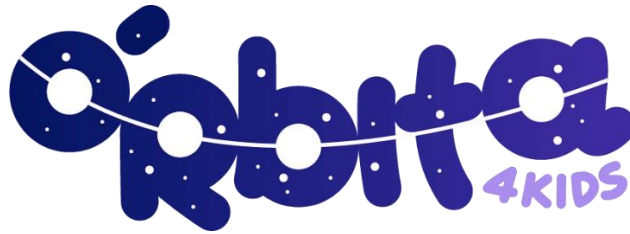
Figura 29. Logotipo del programa COACH+



Fuente: *Gasol Foundation Europa.*

- ÓRBITA4Kids (figura 30). Es un programa que concentra las metodologías de todos los proyectos de la *Gasol Foundation Europa* para que los niños y niñas gocen de una mejor calidad de vida. Por ello, la misión de todas estas naves consiste en compartir las actitudes, conocimientos, capacidades y habilidades adquiridas y reforzarlas a lo largo del viaje por la Galaxia Saludable. De esta importante misión se deriva una, aún más relevante: devolver todos los aprendizajes adquiridos a las personas del planeta Tierra. Esta última misión se justifica en el marco del modelo de organización comunitaria para empoderar a las personas, resaltar su conciencia crítica, reforzar el sentimiento de pertinencia, abordar las problemáticas en salud desde su propia capacitación y en definitiva fomentar la participación comunitaria.
¡El futuro de la promoción de hábitos saludables depende de mantener en ÓRBITA4Kids a toda una comunidad!

Figura 30. Logotipo del programa ÓRBITA4Kids



Fuente: *Gasol Foundation Europa*.

4. Bibliografía

Alonso, L. M. y Arcila, C. (2014). La teoría de difusión de innovaciones y su relevancia en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. *Revista Salud Uninorte*, 30(3), 451-464.

Braithwaite, R. L., Bianchi C. y Taylor S. E. (1994). Ethnographic approach to community organization and health empowerment. *Health Education Quarterly*, 21(3), 407-416.

Breinhabauer, C. (2008). *Jóvenes, opciones y cambios: promoción de conductas saludables en los adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud.

Busse, P. y Godoy, S. (2016). Comunicación y salud. *Cuadernos.info*, (38), 10-13.

Butterfoss, F. D., Goodman, R. M. y Wandersman, A. (1993). Community coalitions for health promotion and disease prevention. *Health Education Research*, 8(3), 315-330.

Butterfoss, F. D. y Kegler, M. C. (2002). Toward a comprehensive understanding of community coalitions. En R. J. DiClemente, R. A. Crosby y M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research: strategies for improving public health* (pp. 157-193). Jossey-Bass.

Clinical and translational science awards consortium, community engagement key function committee y task force on the principles of community engagement (2011). *Principios de vinculación comunitaria*. American Recovery and Reinvestment Act.

Figuerola, M. E., Kincaid, L., Rani, M. y Lewis, G. (2002). *Communication for social change. Working paper serie n°1*. Rockefeller Foundation.

Forero, J. A. (2010). El marketing social como estrategia para la promoción de la salud. *La Sociología en sus Escenarios*, 20, 1-23.

Franco-Giraldo, Á. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 414-424. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11>

Franco-Giraldo, A. J (2020). Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1-22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse>

Gardner, H. (1991). *Building community*. Independent Sector Studies Program.

Gil-Girbau, M., Pons-Vigués, M., Rubio-Valera, M., Murrugarra, G., Masluk, B., Rodríguez-Martín, B., García Pineda, A., Vidal Tomás, C., Conejo-Cerón, S., Recio, J. I., Martínez, C., Pujol-Ribera, E. y Berenguera, A. (2021). Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. *Gaceta Sanitaria*, 35(1), 48-59. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.011>

Gittelsohn, J., Novotny, R., Trude, A. C. B., Butel, J., y Mikkelsen, B. E. (2018). Challenges and lessons learned from multi-level multi-component interventions to prevent and reduce childhood obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), 30. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010030>

Henry, S.G. (2011). The tyranny of reality. *JAMA*, 305(4), 338-339.

Labonte, R. y Robertson. A. (1996). Delivering the goods, showing our stuff: the case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice. *Health Education Quarterly*, 23(4), 431-447.

Leal Jiménez, A. (2000). *Gestión del marketing social*. McGraw-Hill.

March, J.C. (2019). La salud 2.0 y el marketing social. *Horizonte sanitario*, 18(2), 97-99. <https://doi.org/10.19136/hs.a18n2.3253>

Miller, R.L. y Shinn M. (2005). Learning from communities: overcoming difficulties in dissemination of prevention and promotion efforts. *American Journal of Community Psychology*; 35(3), 169-183

Minkler M. (2004). Ethical challenges for the “outside” researcher in community-based participatory research. *Health Education and Behavior*, 31(6), 684-697.

Minkler, M. y Wallerstein, N. (2002). Improving health through community organization and community building. En K. Glanz, B. Rimer y F. Lewis (Eds.), *Health behaviour and health education: theory, research and practice*. Jossey-Bass.

Mosquera, M. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias*. <https://www.comminit.com/la/content/comunicaci%C3%B3n-en-salud-conceptos-teor%C3%ADas-y-experiencias>

Ríos Hernández, I. (2011). Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de la comunicación*, 4(1), 123-140.

Rogers, E. M. (1983, 1995). *Diffusion of Innovations* (3ª y 4ª edición). Free Press.

Rothman, S. (2001) School Absence and Student Background Factors: A Multilevel Analysis. *International Education Journal*, 2, 59-68.

Urbizagástegui-Alvarado, R. (2019). El modelo de difusión de innovaciones de Rogers en la bibliometría mexicana. *Palabra Clave*, 9(1), e071.

US Department of Health y Human Services (2000). Healthy People 2010. <http://www.healthypeople.gov/>

Walter, C. (1997). Community building practice. En M. Minkler (Ed.), *Community Organizing and Community Building to Improve Health*. Rutgers University Press.

5. Desarrollo de políticas y legislación

Isabel del Arco Bravo
M Luisa Guitard Sein-Echaluce
Cátedra DOTSS-UdL
Universidad de Lleida

Santiago Felipe Gómez Santos
Gasol Foundation
Universidad de Lleida

1. Introducción

A partir del Siglo XX, la salud empieza a ser considerada como un derecho humano fundamental. Aunque este reconocimiento no supone explícitamente el derecho a estar sano, a no estar enfermo, sino que este derecho está en consonancia con la definición de salud que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS) considerándola como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Así, el derecho a la salud fue establecido primero por la Constitución de la OMS (1946) que en el preámbulo se expresa en los siguientes términos: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social...”

Más tarde, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 en su artículo 25, menciona a la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado.

Posteriormente la salud fue reconocida, nuevamente como un derecho del ser humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el artículo 12, donde los países firmantes reconocían el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y para ello los Estados firmantes debían adoptar aquellas medidas necesarias para atender a la población vulnerable, promover la higiene del trabajo y del medio ambiente; desarrollar acciones de prevención, tratamiento y lucha contra enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de cualquier índole y asegurar la asistencia y los servicios de salud necesarios para la población.

El comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, organismo compuesto por expertos independientes a cargo de monitorear la implementación del Pacto, proporcionó una interpretación más amplia del artículo 12 del Pacto. En el apartado sobre Comentarios Generales nº 2014 en el párrafo 11, se menciona: “El derecho a la salud es un derecho inclusivo que se extiende no sólo a una atención médica oportuna y apropiada, sino que también a los determinantes implícitos de la salud, como el acceso a agua potable y segura y saneamiento adecuado, condiciones ambientales y laborales

saludables y acceso a la educación e información relativa a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva”.

Así pues, los gobiernos tienen responsabilidad sobre la salud de sus pueblos y para ello deben adoptar políticas que lleven a medidas sanitarias y sociales adecuadas.

1. Políticas en salud: hacia una salud en todas las políticas y la Gobernanza en salud

La OMS define el término de política en salud como una expresión escrita de metas para mejorar la situación de salud, las prioridades dentro de estas metas y las estrategias principales para conseguirlas (OMS, 1986).

Desde esta perspectiva, la política sobre salud se entiende como un conjunto de decisiones interrelacionadas, bajo un enfoque determinado, que busca dar respuesta a cuestiones prácticas con respecto a la prestación de una atención de calidad para todos los miembros de la comunidad. Se trata de un marco que guía la toma de decisiones de una organización o gobierno y se expresa con un conjunto de prácticas, declaraciones, reglamentos y leyes que alcanzan su significado cuando se ponen en acción.

Las políticas de salud son importantes porque afectan de forma directa e indirecta a diferentes aspectos de la vida cotidiana. Engloban cuestiones que van desde la prohibición de conductas que se perciben de riesgo o alentar las consideradas beneficiosas, proteger derechos, impulsar beneficios directos a sectores vulnerables, definir acreditaciones de profesionales sanitarios, establecer controles y criterios de calidad, definir servicios de la salud, abordar temas como los medicamentos, seguridad alimentaria, contaminación ambiental, la inmunización de la población, etc.

Barker (1996) ya señalaba que las políticas de salud son formuladas por políticos y el desarrollo de estas viene determinado por quienes ejercen la influencia en su delimitación y aplicación. Desde este punto de vista hay que distinguir entre las políticas implícitas y las políticas explícitas. En ocasiones la promulgación formal de leyes o normativas que se hace desde la política explícita resulta estar alejada de lo que ocurre en la realidad, políticas implícitas (Segura, 2000).

Si hablamos de diferentes niveles en políticas de salud, encontramos:

- Macropolíticas: que afectan a todos e implican y reflejan objetivos que establece el Estado o quien ejerce el poder, a largo plazo. Se puede decir que es el gobierno quien formula estas políticas que son transformadas en leyes. Generalmente se basan en procesos cerrados, con nula participación ciudadana, a excepción de consultas a grupos específicos que el mismo gobierno puede considerar de interés científico, o para la seguridad o economía del país. Son pocos, en conclusión, los que tienen autoridad y poder decisorio a este nivel.
- Micropolíticas: que implican intereses más localizados. Estas políticas se dan a conocer a través de declaraciones institucionales, recomendaciones, memorándums, cartas o circulares. Los procesos de micropolítica pueden ser más abiertos y pluralistas.

Por lo general, las políticas de salud pública se han desarrollado a nivel de micropolíticas o políticas sectoriales, que estaban orientadas al saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles y las medidas de higiene personal. Pero hasta las políticas sectoriales están sostenidas por redes de decisiones que en muchas ocasiones están relacionadas con diferentes problemas relacionados con políticas de alto nivel.

En última instancia, las políticas de salud y los sistemas y servicios de salud responden a las necesidades, reducen los riesgos y protegen a la población de enfermedades. Y si bien, en un inicio era el Estado de cada país quien se erigió como proveedor único, lo cierto es que una expansión del sector privado de salud, de asociaciones entre instituciones públicas y privadas, o la aparición y consolidación de entidades supranacionales como la ONU (Organización de Naciones Unidas) y la OMS o la UE (Unión Europea) en Europa, que tienen un papel decisivo en la salud mundial, obligó a una redefinición del papel del Estado, que pasa a asumir funciones de regulación y coordinación y es garante de los compromisos asumidos a nivel global en tales cuestiones.

En la actualidad, diferentes transformaciones sociales y progresos han provocado cambios a la hora de enfocar estas políticas: envejecimiento de la población, aumento de la esperanza de vida, disminución de la natalidad, mayor prevalencia de enfermedades crónicas transmisibles y multifactoriales, la migración del entorno rural al urbano, la irrupción de las tecnologías de la información y la comunicación que cambia las formas de relacionarse, son, entre otros factores, los que van a ejercer influencia en la salud de la población, actuando de forma positiva o negativa en el bienestar de las personas (figura 31).

Así pues, no solo las características biológicas de las personas sino, además, las circunstancias contextuales: donde nacen, crecen, se educan, viven, las condiciones laborales, el apoyo sociofamiliar, cómo se relacionan, cómo envejecen, la calidad y acceso al sistema sanitario, entre otros, son factores determinantes de la salud y generalmente no están distribuidos de forma equitativa entre la población, dando lugar a desigualdades e inequidades que las políticas de salud deben tener en cuenta (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2015; OPS, 2018).

Figura 31. Marco de factores determinantes de la salud



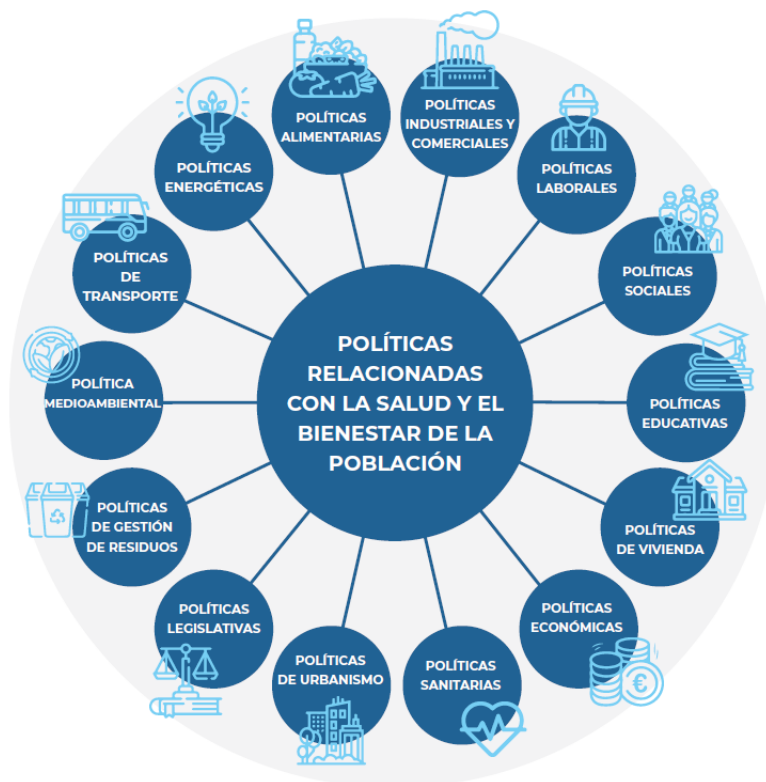
Fuente: Adaptado de Estrategia de salud Pública 2022 (ESP 2022): Mejorando la salud y el bienestar de la población (p. 7), por Ministerio de Sanidad, 2022.

La Carta de Ottawa de promoción de la salud (1996) de la OMS ya apuntaba la necesidad de políticas públicas saludables con una visión más amplia.

Ello obliga a un enfoque más sistemático para que la salud y sus determinantes se tengan en cuenta en todas las políticas públicas, prestando una especial atención a la equidad (Esnaola et al, 2010). Hay que abrir la construcción de estas políticas a la participación de diferentes agentes más allá del sector gubernamental y el sanitario. Es preciso una participación ciudadana individual y colectiva, de sociedades científicas, profesionales y de pacientes, organizaciones no gubernamentales, de universidades, centros de investigación, etc. (Ministerio de Sanidad, 2022). En tanto que los determinantes que inciden sobre la salud pertenecen a una diversidad de ámbitos, se hace necesaria la colaboración de diferentes representantes de cada ámbito para asegurar que la intervención para la mejora y calidad de la salud sea completa.

En la actualidad se hace una apuesta por la salud en todas las políticas (SeTP) (HiAP en inglés), incorporando los temas de salud en la toma de decisiones de todos los sectores y áreas políticas (figura 32) y marcando objetivos que reconocen la naturaleza interdependiente entre salud y el desarrollo social, económico y ambiental (Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, 2013; OMS, 2010; World Health Organization. 2015). Se plantean políticas que busquen sinergias que fomenten acciones salutogénicas que parten de una identificación y comprensión de aquello que genera salud, evitando o minimizando aquellas acciones que impactan negativamente y son perjudiciales en salud.

Figura 32. Salud en todas las políticas (HiAP o SeTP)



Fuente: Adaptado de Estrategia de salud Pública 2022 (ESP 2022): Mejorando la salud y el bienestar de la población (p. 8), por Ministerio de Sanidad, 2022.

En definitiva, se trata de mejorar la salud, la equidad y calidad de vida de la población, promoviendo el bienestar, la cohesión social, la economía y sostenibilidad del sistema (Ministerio de Sanidad, 2022)

El enfoque SeTP se fundamenta en la transparencia, legitimidad, rendición de cuentas, en el acceso a la información, la participación, la sostenibilidad, la colaboración multisectorial y la equidad.

En esta línea la OMS propone un marco de acción política denominado Gobernanza en Salud (figura 33) que integra a todo el gobierno y a toda la sociedad en una meta única que es la salud y el bienestar de toda la comunidad (Kickbusch y Gleicher, 2013).

Figura 33. Gobernanza para la salud



Fuente: Adaptado de Estrategia de salud Pública 2022 (ESP 2022): Mejorando la salud y el bienestar de la población (p. 11), por Ministerio de Sanidad, 2022.

La Gobernanza en salud adquiere una visión amplia e integradora promoviendo la vigilancia, prevención, promoción, protección de la salud, sanidad exterior y salud internacional, sistemas de información, investigación y formación en salud pública, bajo la perspectiva de género y de equidad en todas las actuaciones de salud pública (Ministerio de sanidad, 2022).

2. Teorías y modelos

La OMS plantea que la importancia de las políticas en salud radica en su implementación, es decir deben ser útiles para poder abordar los determinantes sociales (Social Determinants of Health, 2010), económicos y ambientales que condicionan el nivel de salud de una población (Breinhabauer y Maddaleno, 2008).

¿Cómo se llega a incluir un problema de salud en la agenda política? A continuación, se exponen modelos teóricos y conceptos que explican este proceso.

2.1. Modelo de Hall

Este modelo (Hall et al., 1975) fundamenta que un problema debe cumplir tres características para ser incluido en una agenda política: legitimidad, factibilidad y apoyo.

- Legitimidad: esta característica define a aquellos problemas sobre los cuales un gobierno considera que la población aceptará intervenciones que plantee sobre ese aspecto. Es decir, es necesario que la población entienda que esas políticas concretas no suponen una injerencia en sus libertades, por ejemplo, la prohibición de fumar en espacios públicos como bien de salud pública por encima de la libertad individual de fumar.
- Factibilidad: supone la capacidad de poder implementar una política determinada. Es decir, la disponibilidad de recursos materiales y humanos además de la infraestructura necesaria para poder intervenir sobre el problema de salud detectado. Por ejemplo, para poder implementar una estrategia educativa sobre un tema de salud en escolares será necesario un equipo suficiente de maestros formados en dicho tema, además de los recursos económicos y estructurales adecuados a los objetivos fijados.
- Apoyo: entendido como el apoyo público además del de grupos de interés importantes o poderosos que manifiesten su conformismo o resistencia a las medidas propuestas. Algunas políticas, sobre todo las relacionadas con la educación y comportamientos sexuales (medidas anticonceptivas, aborto, transexualidad ...) despiertan habitualmente importantes apoyos y rechazos entre los diferentes grupos religiosos y tendencias políticas

2.2. Teoría de las oportunidades en materia de política

La teoría de las oportunidades en materia de política, enunciada por Kingdon (Kingdon, 1995; Ramírez Brouchoud, 2007; Vera Pastor y Farinós Dasí, 2015), enuncia que los gobiernos establecen políticas relacionadas con un determinado problema solo cuando coinciden las oportunidades ligadas a tres corrientes independientes (*streams*): el problema, los grupos políticos y otros grupos organizados y las políticas. Esta coincidencia en el tiempo es lo que se denomina una ventana de oportunidad (*policy windows*) que se abre por la presión que supone un determinado problema social o por cambios en las tendencias políticas.

- Corriente del problema (*problem streams*): se centra en porque se elige un determinado evento para intervenir sobre él. Que una situación pase a considerarse socialmente como un problema puede deberse a varios motivos, como por ejemplo cuando aumenta la magnitud o la prevalencia de la misma (violaciones y acoso sexual, delitos de odio, alcoholismo en jóvenes, etc.) al alcanzar cifras muy preocupantes o por inicio de situaciones nuevas (suicidios en edades muy tempranas, migración de menores, agresiones a través de redes sociales, adicción

a pantallas, etc.). Pueden concebirse como situaciones dramáticas sobre las que se requiere prestar atención inmediatamente y captan la atención de las medidas políticas abriendo una ventana de oportunidad.

Solo se considerará como problema una determinada circunstancia cuando existan motivos para cambiarla y cuando sea posible revertirla.

- Corriente de los grupos políticos y otros grupos organizados (“*policy stream*”): es la atención que prestan dichos grupos a un determinado problema y lo trasladan a los medios de comunicación para despertar la atención de expertos que puedan proponer soluciones para dicho problema. Esta corriente se verá influenciada por las etapas de las campañas políticas y cambios en los gobiernos y la administración pública. Esta etapa Kingdon la denomina “caldo primigenio de las políticas” ya que lo importante son las ideas que se van conformando entre la clase política y las comunidades que comparten la preocupación por el problema identificado.
- Corriente de la política (“*politics stream*”): consiste en la selección de las propuestas producidas en la corriente anterior, valorando la posibilidad de implementación, la aceptación del público y de los grupos políticos. Esta selección se produce atendiendo a tres circunstancias: el estado de la nación, las campañas de los grupos de presión y los cambios administrativos y legislativos (Vera Pastor y Farinós Dasí, 2015).

2.3. Teoría de la construcción de la agenda

La construcción de la agenda implica que determinados asuntos o problemas adquieren interés general, se enfocan, y son la causa para la toma de decisiones gubernamentales a través de estrategias y políticas públicas. Si estos problemas que llaman la atención hacen referencia a la salud, el gobierno del Estado activa políticas públicas en salud (Elder y Cobb, 1993). En definitiva, una agenda no es nada más que un conjunto de intenciones, estrategias, que han de llevarse a cabo, en las que se pondrá empeño para lograr unos objetivos establecidos (Casar y Maldonado, 2010).

Son muchos los autores que han realizado una definición sobre el concepto de agenda y de forma esquemática (tabla 2), se configuran las diferentes perspectivas de este concepto bajo diferentes enfoques (Zuluaga y Morales, 2017):

Tabla 2. Enfoques en la definición de la agenda según distintos autores

Enfoque	Autores	Definición de agenda
Proceso de políticas públicas	Cobb, Ross y Howard Ross (1976); Elder y Cobb (1993); Nelson (1993); Bardach (1993);	Identifican la agenda como un paso en el proceso de elaboración de políticas públicas: 1. Identificar problemas y fijarlos en la agenda

- Aguilar Villanueva (1993); De la Fuente y Martuscelli (2006);
 Cabrero Mendoza (2005 y 2007); Merino y Cejudo (2010); Arellano Gault (2010); Valencia (2012)
2. Priorizar soluciones a los problemas que se consideran en la agenda
 3. Proceso: acciones a seguir para implementar soluciones. Son proyectos políticos del ejecutivo.

Cambio institucional	Gantman (2009); Mariscal (2010); Casar y Maldonado (2010); Merino (2010) Nicholson (2009)	La agenda se construye no solamente a partir de los procesos políticos, sino también a partir de los intereses y creencias de los diferentes actores y además viene determinada por aquellos factores, tanto formales como informales, que limitan la acción.
----------------------	---	---

Fijación de la agenda o agenda setting y movilización de la opinión pública	Rodríguez Díaz (2004); Rofman (2007); Rubio (2009)	Define la <i>agenda setting</i> , haciendo referencia al poder de los medios de comunicación de masas para influir y dirigir la atención del público en general hacia unos temas por encima de otros, en un momento determinado. Desde esta perspectiva, los ciudadanos, que es el público, dirigidos por los medios de comunicación, organizan su propia agenda y deciden cuales son los temas importantes.
---	--	--

Constructivista	Bardach (1993); Cejudo (2010); Lorenc (2005); Merino (2010)	La agenda se construye en base a los problemas que parten de significados compartidos por la misma sociedad. A estas valoraciones y sentimientos compartidos por los ciudadanos se suma, en los últimos años, la generación de información y contenidos a través de internet y las redes sociales, de los mismos ciudadanos. Ello ha posicionado al sujeto, al ciudadano, ante un nuevo rol con un poder potencial para la conformación de la agenda.
-----------------	---	---

Cambio cultural	Tamayo y Carrillo (2005); Andréu Abela (2012)	Para definir la agenda se distingue entre: · Vieja agenda: relacionada con las demandas sociales de carácter
-----------------	---	---

socioeconómico que tuvo su interés en la década de los sesenta

Nueva agenda: donde además de las demandas socioeconómicas se añaden las demandas de derechos y condiciones sociales para diversos colectivos, poniendo énfasis en la libertad, la manifestación de la personalidad y la calidad de vida.

Los problemas incluidos en la agenda son clasificados según su evolución en el tiempo como: problemas crónicos, intermitentes, nuevos o coyunturales.

El reconocimiento de un problema es crucial en el diseño de la agenda. Una propuesta, problema o tema accede a la agenda si es relevante, incluso algunos son tan apremiantes para resolver que marcan la agenda por sí mismos, como ocurrió con la pandemia del COVID-19. Las posibilidades.

Una vez que el problema se considera en la agenda el siguiente paso es determinar una serie de propuestas para resolverlo, de las cuales algunas se implementaran y otras se desestiman.

Explicado el concepto de agenda, es importante identificar cómo se construye y cómo se fija y para ello Cobb y Elder (1983) identifican tres opciones:

- Modelo de iniciativa externa: donde el público apoya un problema que requiere la intervención del gobierno.
- Modelo de iniciativa interna, donde es el gobierno quien inicialmente apoya la solución de un problema.
- Modelo de movilización donde el gobierno propone una política y busca apoyo público para la resolución exitosa.

En lo que sí coinciden los estudiosos sobre el tema es que independientemente de quien lleva la iniciativa a la hora de identificar y dar soluciones a los problemas, existen diferentes factores que afectan en la construcción de la agenda pública:

- Contexto cultural: que genera cambios en las prioridades de los ciudadanos. Así, por ejemplo, sociedades más desarrolladas, con niveles altos de formación e información entre sus ciudadanos y con una experiencia basada en el estado del bienestar, hace que las opiniones públicas influyan sobre la prioridad en los problemas a incluir en la agenda.
- Contexto económico: ya que los ciclos económicos influyen considerablemente en priorizar o no las demandas sobre distintos temas.
- Contexto político: la ideología del gobierno o los niveles de apoyo con los que cuenta son factores que influyen a la hora de determinar si un tema entra o no en la agenda.
- Comportamientos de los actores involucrados en las políticas: al respecto hay que tener en cuenta la atención que dedican a los diferentes temas y la propia retórica

que utilizan al explicar o dirigirse a los problemas o a las políticas públicas que se aplican. Estos elementos afectarán a la hora de priorizar un tema por encima de otro para ser considerado en la agenda.

- Intereses y valores de los individuos, que como no podía ser de otra manera, afecta sustancialmente en la construcción de la agenda. La clase social, la posición ante el uso de bienes y servicios públicos o su propia posición respecto a valores como la religiosidad, ideología de izquierdas o de derechas, etc, son factores que influirán en las prioridades manifestadas a la hora de apostar por un tema u otro en la agenda.
- La propia naturaleza del tema a considerar en la agenda, la asunción de los objetivos marcados, los recursos disponibles para alcanzarlos, la posibilidad de movilizar diversos recursos que consigan incidir sobre el problema. También afectará el tratamiento discursivo que se haga del tema para determinar si es un tema prioritario o no.

Bazaga et al. (2022) concluyen afirmando que para explicar la prioridad que otorgan los ciudadanos a un tema para formar parte de la agenda hay que conocer el área de política pública en la que se encuadra, analizar la incidencia del contexto sobre ese problema, identificar los sesgos derivados de los intereses y valores de los individuos, conocer y analizar los efectos en la priorización que hacen los ciudadanos sobre los diferentes temas en función de cómo acceden a la información sobre estos: por la propia experiencia personal, a través de su entorno social relacional, por los medios de comunicación, redes sociales o a través de los discursos que los mismos políticos hacen llegar.

En síntesis, el establecimiento de la agenda constituye un proceso colectivo, continuo y con cierto grado de reciprocidad. Dorantes (2008) identifica tres componentes principales en la construcción de la agenda que se interrelacionan entre ellos: la agenda de los medios, que influye en la agenda pública, la que, en su momento, y bajo ciertas condiciones, puede influir en la agenda política. Este proceso puede seguir la dirección inversa. Al hablar de la agenda de los medios se hace referencia a cómo los medios de comunicación jerarquizan las noticias sobre los temas. La agenda pública hace referencia a la graduación que la audiencia hace sobre el contenido de ciertos temas noticiosos en un momento determinado. Y la agenda política es la preocupación y el interés de la política por tratar y dar respuesta a los temas que aparecen y en los que coinciden las dos agendas anteriores. Es en la agenda política donde se establecen las acciones que seguirá el gobierno a través de programas o de propuestas legislativas.

Por último, es importante tener en cuenta los procesos de construcción y fijación de la agenda, como los problemas se incluyen en las agendas, pero también es importante estudiar como también se desvanecen de ellas por diferentes motivos: el gobierno hace una política poco efectiva o simbólica, las condiciones contextuales cambian y los problemas dejan de tener interés, surgen otros temas que desplazan a los establecidos, los medios refuerzan de forma insistente otros temas, etc. Con ello debe quedar claro que la incorporación de diferentes temas en la agenda no garantiza su tratamiento con la adopción de una política pública.

2.4. Defensa activa en los medios de comunicación

Wallack y col. propusieron la utilización de los medios de comunicación como herramienta comunitaria para influir sobre las políticas. Nuestra opinión sobre los problemas de salud y que es lo que hacemos para prevenirlos o solventarlos, está determinada en gran medida por la información que recibimos de la televisión, la radio y los periódicos y cada vez más a través de las redes sociales. A menudo, los temas cruciales de la política de salud pública se discuten y deciden solo después de que los medios los hacen visibles. Esta utilización se estructura en tres etapas: establecimiento de la agenda, fomentar el debate y hacer recomendaciones sobre soluciones para presionar en la creación de normativas (Wallack, 1990).

La influencia de los medios de comunicación en la promoción de la salud se ha tenido en cuenta desde que la Carta de Ottawa en 1986 la definió como “el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y para mejorarla”. La Declaración de Yakarta de la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en 1997, indicó que las comunidades requieren para la promoción de la salud educación práctica, acceso a los medios de información, a la comunicación tradicional y a las nuevas tecnologías de comunicación.

Los medios de comunicación condicionan un impacto sobre la salud, tanto de forma individual como colectiva. El contenido difundido crea y consolida conocimientos y comportamientos que en algunos casos pueden ser beneficiosos y en otros nocivos para la salud. Existen grandes corporaciones que, mediante campañas publicitarias en dichos medios de comunicación, consiguen unas importantes ventas de determinados productos que no siempre son necesarios para mantener o mejorar el nivel de salud. Un claro ejemplo fueron las campañas en las que se publicitaba el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas que han demostrado una clara incidencia en el aumento de morbimortalidad. La industria alimenticia también utiliza ampliamente la publicidad en medios de comunicación masiva para aumentar la venta de productos tanto los que pueden resultar perjudiciales para la salud, como aquellos con alto contenido en azúcares y grasas, como también atribuyendo propiedades supuestamente beneficiosas para la salud que en realidad no lo son, como el enriquecimiento con vitaminas, antioxidantes y otros (C. Feo y O. Feo, 2013).

Es verdad que los medios de comunicación también pueden convertirse en un aliado imprescindible y muy valioso para hacer llegar la información de calidad a todos los colectivos susceptibles de un determinado problema de salud o para promover prácticas saludables. Un claro ejemplo han sido los mensajes difundidos durante la pandemia por COVID-19, tan necesarios para evitar la propagación del virus y disminuir los contagios.

3. Ejemplo: Plan nacional

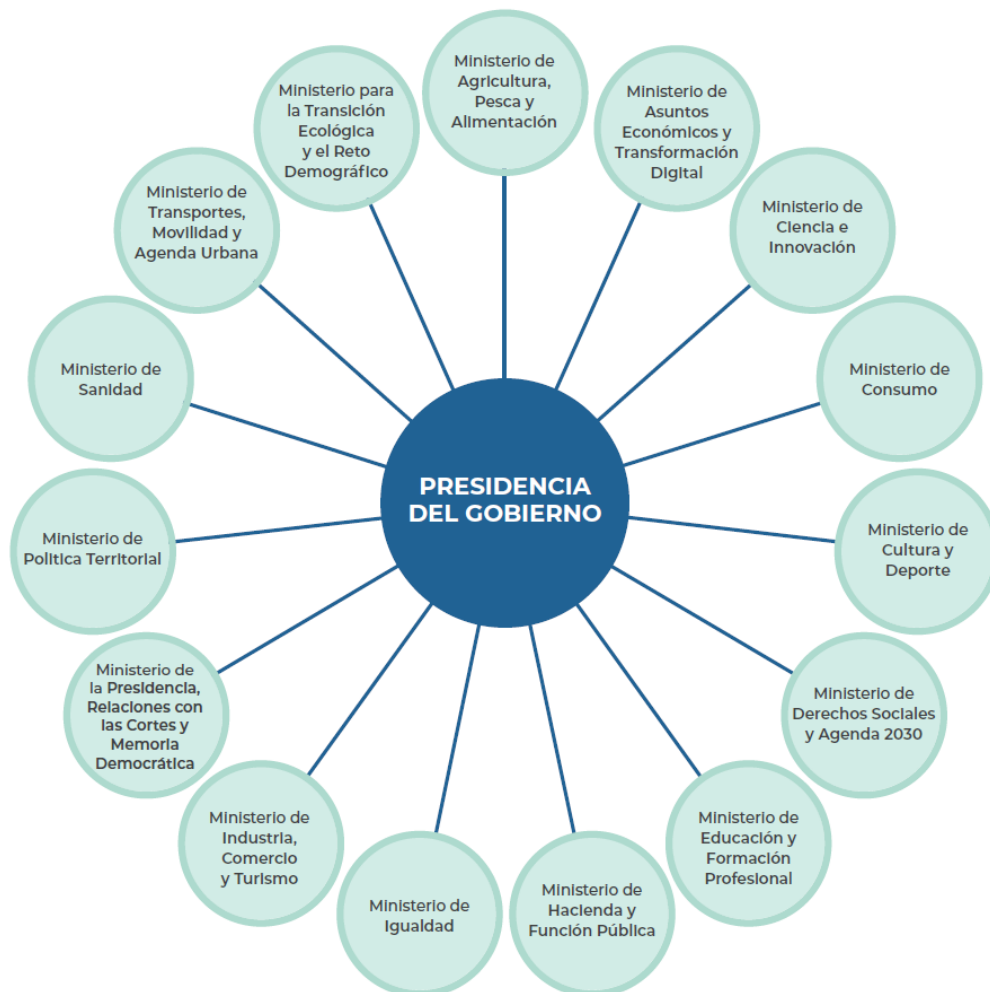
España ya transita hacia una sociedad #EnPlanBien. En junio de 2022 el Presidente del Gobierno, junto al Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil y el Presidente de la *Gasol Foundation Europa* anunciaron el conjunto de 200 medidas incluidas en el [Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil](#), denominado

#EnPlanBien. El proceso de elaboración del Plan que ha coordinado el Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil que ha contado con la *Gasol Foundation Europa* como aliado clave, se impulsó tras una reunión entre el Presidente del Gobierno, la Ministra de Sanidad, el Presidente y el equipo de la *Gasol Foundation Europa* celebrada en octubre del año 2021.

Este plan plantea la hoja de ruta común para conseguir un cambio estructural y cultural que permita abordar en la próxima década la mayor epidemia de la historia contemporánea que está afectando la salud y el desarrollo de la infancia: la obesidad y el deterioro de los hábitos saludables. Por ello, para su elaboración ha contado con la participación de los principales actores que pueden hacerlo posible, contando con la *Gasol Foundation Europa* como aliado clave:

- Nivel institucional: Se ha constituido una mesa interministerial que ha desarrollado las principales líneas de acción prioritarias del Plan. En ella han participado la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y un total de 15 ministerios entorno a la Presidencia del Gobierno y coordinados por el Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil (figura 34).

Figura 34. Ministerios del gobierno de España implicados en la elaboración y despliegue del Plan Estratégico Nacional para la reducción de la obesidad infantil



Fuente: Adaptado de Plan Estratégico Nacional para la reducción de la obesidad infantil 2022-2030 (p. 35), por Alto Comisionado contra la pobreza infantil, 2022.

- Nivel científico: Se ha constituido una mesa científica formada por 18 sociedades e instituciones científicas del ámbito de la salud con el objetivo de que el Plan esté basado en la evidencia científica y en las mejores prácticas.
- Nivel social: Se ha constituido una mesa social formada por 13 organizaciones del tercer sector de acción social y sociedad civil organizada que trabajan en salud e infancia y asociaciones de familias.
- Nivel económico: Se ha constituido una mesa económica formada por 25 asociaciones y federaciones representantes de los sectores económicos implicados en el Plan, incluyendo el sector alimentario, el de la actividad física y el deporte y el sector digital y audiovisual.

Medidas políticas como #EnPlanBien son completamente necesarias para conseguir promover la salud entre la población ya que cualquier medida, iniciativa, programa o proyecto de educación para la salud tiene una mayor probabilidad de éxito si va acompañado de una estrategia política que a través de sus medidas legislativas y estructurales trate de modificar el entorno físico, social y cultural en el que viven y se desarrollan las personas.

3.1. ¿Cómo se pretende lograr el cambio a través de #EnPlanBien?

El objetivo principal del Plan es conseguir reducir el sobrepeso y la obesidad infantil y adolescente en España en un 25% durante la próxima década sin dejar a nadie atrás.

Para cumplir su misión, el Plan parte de una serie de principios rectores que guiarán toda la acción:

- Acción transversal de salud en todas las políticas.
Enfoque de acción transversal que integra tanto políticas sanitarias como de otros sectores que influyen en la salud de NNA.
- Visión preventiva desde el inicio de la vida.
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la primera infancia para mejorar la salud a lo largo del ciclo de vida.
- Perspectiva de derechos de la infancia.
Protección del derecho a la salud de NNA, reconocido por la Constitución, la Convención de los Derechos de la Infancia de Naciones Unidas y la Estrategia de la UE sobre los Derechos de la Infancia en el marco del Pilar Europeo de Derechos Sociales.
- Enfoque positivo y no estigmatizante.
Inclusión de una perspectiva transversal no estigmatizante de la situación ponderal de NNA a partir de una visión body-positive, que fomente una adecuada percepción y autopercepción desde un enfoque positivo orientado a la salud.
- Basado en la evidencia científica.
Desarrollo desde el mejor conocimiento disponible sobre la obesidad infantil y adolescente y las recomendaciones de organizaciones internacionales de referencia.
- Evaluación y adaptabilidad.

Definición de indicadores clave con metas a 2025 y 2030 y seguimiento anual de su desarrollo. Como hoja de ruta viva, reajustará su acción en función de los resultados y de la aparición de nuevas evidencias científicas.

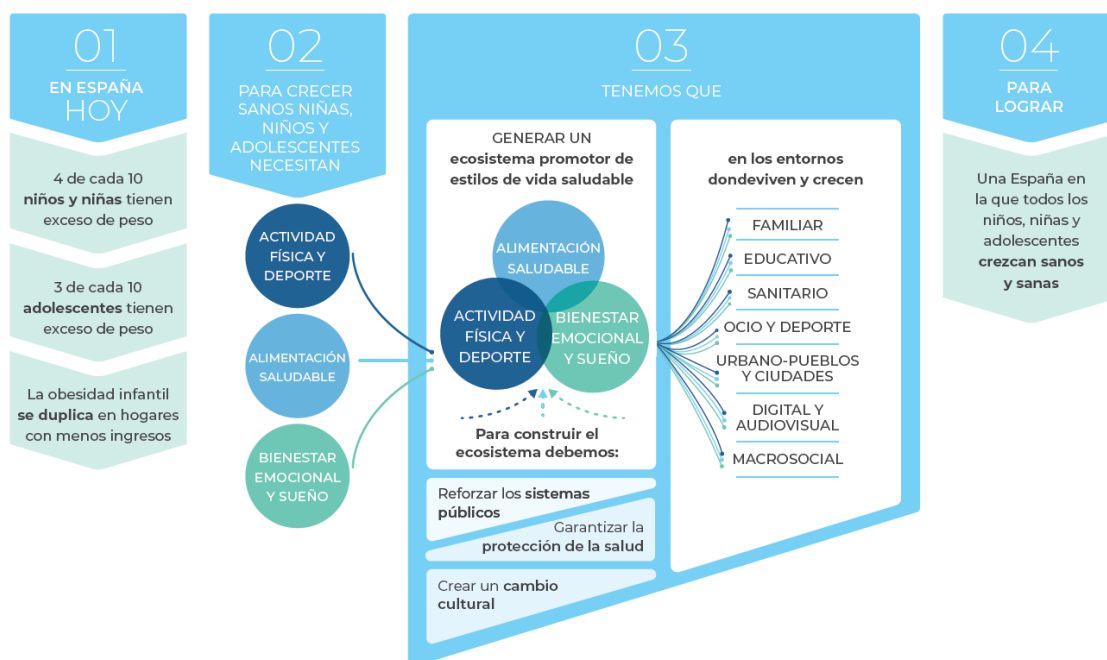
Y siguiendo estos principios rectores el Plan se ha elaborado teniendo en cuenta que para el logro de los objetivos resulta esencial:

- Defender el derecho de niños, niñas y adolescentes a crecer de forma saludable, a crecer bien.
- Apoyar una vida saludable desde el inicio, con intervenciones adaptadas a las distintas etapas de la infancia desde el embarazo.
- Impulsar una transformación saludable de los estilos de vida de niños y niñas.
- Promover que los entornos donde viven y crecen niños y niñas sean más saludables, seguros y amigables.
- Disminuir la brecha social y de género en el acceso a los estilos de vida saludable.
- Informar, apoyar y empoderar a las familias con el refuerzo de los recursos públicos dirigidos a la infancia.
- Impulsar una gran alianza apelando a la corresponsabilidad de todos los actores implicados en la salud de la infancia.
- Mejorar los instrumentos de vigilancia de la obesidad infantil y sus determinantes.

A su vez, la evidencia científica señala que para prevenir y reducir la obesidad infantil los niños, las niñas y los/las adolescentes (NNA) necesitan practicar regularmente actividad física, tener una alimentación saludable y mantener un adecuado bienestar emocional y buenos hábitos de sueño. Este Plan propone colocar a la infancia y la adolescencia en el centro, haciendo accesibles y atractivos para NNA y sus familias los estilos de vida saludable.

Para ello, es necesario actuar en los entornos donde la infancia y la adolescencia vive y crece generando ecosistemas que promuevan y faciliten la adquisición de estos tres estilos de vida saludables - actividad física, alimentación y bienestar emocional y sueño-, reforzando los servicios públicos, protegiendo su salud y provocando un cambio cultural en la sociedad hacia la generalización de estos estilos de vida hasta alcanzar una España en la que todos los NNA crezcan de forma saludable (figura 35).

Figura 35. Modelo lógico del Plan Estratégico Nacional para la reducción de la obesidad infantil



Fuente: Adaptado de Plan Estratégico Nacional para la reducción de la obesidad infantil 2022-2030 (p. 42), por Alto Comisionado contra la pobreza infantil, 2022.

Bajo este marco conceptual, las acciones definidas en el Plan se organizan en torno a seis líneas estratégicas, que guían las medidas que servirán para generar un cambio en los diferentes entornos en los que viven los NNA de forma que faciliten que la infancia y la adolescencia crezca sana:

- Generar un ecosistema social promotor de la actividad física y el deporte.
- Generar un ecosistema social promotor de una alimentación saludable.
- Generar un ecosistema social promotor del bienestar emocional y el descanso adecuado.
- Reforzar los sistemas públicos para promover estilos de vida saludables.
- Garantizar la protección de la salud de la infancia.
- Crear un cambio cultural hacia los estilos de vida saludables.

Las tres primeras líneas estratégicas están destinadas a garantizar y facilitar la adquisición y el disfrute de tres estilos de vida saludable —alimentación saludable, actividad física y bienestar emocional y sueño adecuado— por parte de la infancia y la adolescencia.

Las tres últimas líneas organizan las medidas que sustentan la acción de las tres primeras. Para ello, el Plan propone desarrollar un marco de acción donde los niños, niñas y adolescentes nacen, viven y crecen basado en los determinantes sociales de la salud (1, 2, 3 y 4). El enfoque de determinantes sociales de la salud es un marco conceptual desarrollado por la OMS que establece que las condiciones sociales, culturales y ambientales en las que las personas vivimos influyen de forma sustancial en nuestros estilos de vida y en nuestra salud. Por ello, para abordar la obesidad infantil, recomienda poner en marcha medidas de forma integral e intersectorial, integrando los vínculos entre personas saludables, sociedades saludables y entornos saludables.

Así, el Plan se desarrolla mediante un plan de acción en los principales entornos en los que los niños, niñas y adolescentes viven y crecen. A continuación, se destacan 2 medidas para cada uno de los entornos en los que el Plan pretende influir, seleccionadas de entre el paquete de 50 medidas prioritarias, que a su vez conforman las 200 medidas incluidas:

FAMILIAR

- Implementar programas de parentalidad positiva.
- Sensibilizar y educar sobre rutinas saludables de sueño.

EDUCATIVO

- Garantizar la oferta de comedor escolar en todas las etapas educativas.
- Crear una Red Estatal de Escuelas Promotoras de la Salud.

SANITARIO

- Programas de apoyo a la lactancia materna en hospitales y centros de salud.
- Diagnóstico precoz y consejo integral en estilos de vida saludable.

OCIO Y DEPORTE

- Usar instalaciones deportivas escolares como espacios abiertos en el tiempo de ocio extraescolar.
- Garantizar espacios inclusivos, seguros y accesibles.

URBANO-PUEBLOS Y CIUDADES

- Potenciar la Red Estatal de Ciudades Saludables.
- Incluir las áreas periescolares en la planificación urbana.

DIGITAL Y AUDIOVISUAL

- Impulsar el desarrollo de herramientas digitales que requieran actividad física.
- Crear alianzas con influencers relevantes para la infancia y la adolescencia.

MACROSOCIAL

- Desarrollar una regulación del marketing de alimentos y bebidas.
- Desarrollar la Ley del Deporte.

3.2. Indicadores clave del #EnPlanBien

Para el seguimiento del Plan se han identificado como principales fuentes los Estudios ALADINO y PASOS dado que utilizan instrumentos de medición directa de peso y altura, así como de la circunferencia abdominal.

Para el seguimiento del Plan se proponen ocho indicadores clave de resultado con metas para 2025 y 2030. Tres de estos indicadores están relacionados con el seguimiento de la reducción del exceso de peso teniendo en cuenta tanto la brecha social en obesidad, medida con el nivel de ingresos del hogar por ALADINO y con el nivel de estudios por PASOS, como la de género en exceso de peso, y cinco indicadores relacionados con el

seguimiento de los principales estilos de vida asociados con la prevalencia de exceso de peso en la infancia y adolescencia:

- La actividad física, en base a la recomendación de la OMS de al menos 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a vigorosa a lo largo de la semana.
- El sedentarismo, definido por ALADINO como pasar tres o más horas al día de lectura, haciendo deberes o con pantallas, y por PASOS cómo pasar más de dos horas al día entre semana utilizando pantallas de acuerdo con la recomendación de la OMS.
- La alimentación, mediante el índice KidMed de adherencia a dieta mediterránea, utilizando la categoría de baja adherencia a dieta mediterránea.
- El bienestar, con un indicador de si el NNA se siente triste en el caso de la ENSE, y triste, preocupado o infeliz por parte de PASOS.
- El sueño, siguiendo la recomendación de la National Sleep Foundation de 9 a 11 horas diarias para niños/as hasta los 13 años y de 8 a 10 horas para adolescentes de 13 a 18 años.

Ahora que el Plan ya se ha puesto en marcha será clave seguir la coordinación y logro de objetivos del mismo a través de la Comisión interministerial. También será clave garantizar el aterrizaje de las medidas aprobadas en cada una de las regiones de España a través de las Comunidades Autónomas y de los municipios a través de la FEMP y la RECS.

4. Bibliografía

Aguilar Villanueva, L. F. (1993). Estudio introductorio. En L. F. Aguilar Villanueva (Ed.), *Problemas públicos y agenda de gobierno* (pp. 15-72). Miguel Ángel Porrúa.

Alto Comisionado contra la pobreza infantil. (2022). *Plan Estratégico Nacional para la reducción de la obesidad infantil 2022-2030* [PDF]. Recuperado de https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/sites/default/files/2023-01/Plan_obesidad_Completo_DIGITAL_paginas_1_0.pdf

Andréu Abela, J. (2012). La descodificación de la agenda: Un modelo analítico para el conocimiento manifiesto y latente de la agenda pública. *Intangible capital*, 8(3), 520-547.

Arellano Gault, D. (2010). El enfoque organizacional en la política y la gestión públicas. En M. Merino y G. Cejudo (Comps.), *Problemas, decisiones y soluciones. Enfoques de política pública* (pp. 61-92). Fondo de Cultura Económica de España.

Astorga, L., Barocio, R., de la Barreda Solórzano, L., Cabrero, E., Carton de Grammont, H., Catalán, H., Cordera, R., Curzio, L., Didriksson, A., Escalante S, R., Guerrero Villalobos, G., Herrera, A., Moreno de Alba, J. G., Narro Robles, J., Ochoa, F., Paredes L, O., Rello, F., Rodríguez, L., Ruiz Nápoles, P., Valadés, D. y Vereá, M. (2006). *Agenda Pública: voces ciudadanas*. UNAM.

- Bardach, E. (1993). Problemas de la definición de problemas en el análisis de políticas. En L. F. Aguilar Villanueva (Ed.), *Problemas públicos y agenda de gobierno* (pp. 219-233). Miguel Ángel Porrúa.
- Barker, C. E. (1996). *The Health Care Policy Process*. SAGE Publications.
- Bazaga Fernández, I., Tamayo Sáez, M. y Carrillo, E. (2022). Hechos frente a palabras: la influencia de los temas en el proceso de formación de la agenda pública. *Cuadernos de Gobierno y Administración Pública*, 9(1), 47-63. <https://doi.org/10.5209/cgap.82183>
- Breinhabauer, C. y Maddaleno, M. (2008). Las teorías del estrés y de la capacidad de enfrentar situaciones difíciles. En Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *Jóvenes, opciones y cambios: promoción de conductas saludables en los adolescentes* (pp. 219-225). Organización Panamericana de la Salud.
- Cabrero Mendoza, E. (2005). *Acción pública y desarrollo local*. Fondo de Cultura Económica.
- Cabrero Mendoza, E. (2007). *Políticas públicas municipales: Una agenda en construcción*. Miguel Ángel Porrúa.
- Casar, M. A. y Maldonado, C. (2010). Formación de agenda y proceso de toma de decisiones. Una aproximación desde la ciencia política. En M. Merino y G. Cejudo (Comps.), *Problemas, decisiones y soluciones. Enfoques de política pública* (pp. 207-238). Fondo de Cultura Económica de España.
- Cejudo, G. M. (2010). Discurso y políticas públicas. Enfoque constructivista. En M. Merino y G. Cejudo (Comps.), *Problemas, decisiones y soluciones. Enfoques de política pública* (pp. 93-126). Fondo de Cultura Económica de España.
- Cobb, R., Ross, J. K. y Howard Ross, M. (1976). Agenda Building as a Comparative Political Process. *The American Political Science Review*, 70(1), 126-138.
- Dorantes, G. L. (2008). La construcción de la agenda de poder. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 50(204), 77-99.
- Elder, C. D. y Cobb, R. W. (1993). Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos. En L. F. Aguilar Villanueva (Ed.), *Problemas públicos y agenda de gobierno* (pp. 77-104). Miguel Ángel Porrúa.
- Esnaola, S., Bacigalupe, A., Sanz, E., Aldasoro, E., Calderón, C., Zuazagoitia, J. y Cambra, K. (2010). La evaluación del impacto en la salud: una vía para introducir la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24, 109-113. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.09.010>
- Feo Acevedo, C. y Feo Istúriz, O. (2013). Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. *Saúde em Debate*, 37(96), 84-95.

- Gantman, E. (2009). Las cuestiones esenciales de la agenda estatal: gobernabilidad, desarrollo y equidad. Un análisis longitudinal comparativo (1972-2002). *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 126(1), 11-37.
- Hall, P., Land, H., Parker, R. y Webb, A. (1975) *Change, Choice and Conflict in Social Policy*. London: Heinemann.
- Huckfeldt, R., & Sprague, J. (1987). *Participation in American Politics: the dynamics of agenda-building*. Johns Hopkins University Press.
- Kickbusch, I. y Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/326429>
- Kingdon, J. W. (1975). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. TBS The Book Service Ltd.
- Lorenc Valcarce, F. (2005). La sociología de los problemas públicos. Una perspectiva crítica para el estudio de las relaciones entre la sociedad y la política. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 12(2).
- Mariscal, J. (2010). Nuevo institucionalismo y regulación. En M. Merino y G. Cejudo (Comps.), *Problemas, decisiones y soluciones. Enfoques de política pública* (pp. 179-206). Fondo de Cultura Económica de España.
- Merino, M. (2010). La importancia de la ética en el análisis de las políticas públicas. En M. Merino y G. Cejudo (Comps.), *Problemas, decisiones y soluciones. Enfoques de política pública* (pp. 27-60). Fondo de Cultura Económica de España.
- Merino, M. y Cejudo, G. (2010). Introducción. En M. Merino y G. Cejudo (Comps.), *Problemas, decisiones y soluciones. Enfoques de política pública* (pp. 9-26). Fondo de Cultura Económica de España.
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de salud Pública 2022 (ESP 2022): Mejorando la salud y el bienestar de la población*. Ministerio de Sanidad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Madrid. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Propuesta Politicas Reducir Desigualdades.pdf>
- Nelson, B. J. (1993). La formación de una agenda. El caso del maltrato a los niños. En L. F. Aguilar Villanueva (Ed.), *Problemas públicos y agenda de gobierno* (pp. 105-140). Miguel Ángel Porrúa.
- Nicholson-Crotty, S. (2009). The politics of diffusion: Public policy in the American States. *The Journal of Politics*, 71(1), 192-205.

Organización Mundial de la Salud. (1986). *The 1st International Conference on Health Promotion*, Ottawa, Canadá. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *The 8th Global Conference on Health Promotion*, Helsinki, Finlandia. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/eighth-global-conference>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Health in all policies: Training manual*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241507981>

Organización Mundial de la Salud y Gobierno de Australia del Sur (2010). *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/44391>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas*. Washington: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49505>

Ramírez Brouchoud, M. F. (2007). El diseño de la agenda política y la construcción de alternativas de solución en la política de inmigración española. *Civilizar*, 7(13), 249-264. <https://doi.org/10.22518/16578953.779>

Rodríguez Díaz, R. (2004). *Teoría de la Agenda-Setting: Aplicación a la enseñanza universitaria*. Observatorio Europeo de Tendencias Sociales.

Rofman, A. (2007). Participación de la sociedad civil en políticas públicas: Una tipología de mecanismos institucionales participativos. *Cadernos Gestão Social*, 1(1), 84-97.

Rubio, J. M. (2009). Opinión pública y medios de comunicación. Teoría de la agenda setting. *Gazeta de Antropología*, 25(1).

Segura Benedicto, A. (2000). La salud pública y las políticas de salud. *Política y Sociedad*, 35, 55-64.

Social Determinants of Health (SDH). (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>

Tamayo, M. y Carrillo, E. (2005). La formación de la agenda pública. *Foro Internacional*, 45(4), 658-681.

Valencia Agudelo, G. D. (2012). Incidencia de la sociedad civil en el ciclo de las políticas públicas. *Papel Político*, 17(2), 469-496.

Vera Pastor, O. y Farinós Dasí, J. (2015). La atención prestada al territorio en las políticas públicas: Apuntes a partir de la primera fase de un Delphi. En J. R. de la Riva Fernández, P. Ibarra Benlloch, R. Montorio Llovería y M. Rodrigues (Eds.), *Análisis espacial y representación geográfica: Innovación y aplicación* (pp. 423-432). AGE.

Wallack, L. (1990). Dos métodos para promover la salud en los medios de comunicación social. *Foro mundial de la salud*, 11(2), 139-164.

Zuluaga, M. L. A. y Morales, G. R. (2017). La agenda pública en sus teorías y aproximaciones metodológicas. Una clasificación alternativa. *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, 15(26), 13-35.

6. Plan estratégico de la *Gasol Foundation*

Santiago Felipe Gómez Santos
Gasol Foundation
Universidad de Lleida

Clara Homs Bassedas
Genís Según Mercader
Paula Berruezo Torres Gómez de Cádiz
Gasol Foundation Europa

1. Introducción

Todos los ejemplos de este documento se han estructurado en torno a proyectos, programas y planes impulsados por la *Gasol Foundation Europa* que tiene como misión la reducción de la obesidad infantil a través de la promoción de la actividad física y el deporte, la alimentación saludable, las horas y la calidad del sueño y el bienestar emocional entre niños, niñas, adolescentes y sus familias (figura 36).

Figura 36. Misión de la *Gasol Foundation* representada en la sede global



Fuente: Fotografía de la entrada a la sede de la *Gasol Foundation Europa* en Sant Boi de Llobregat.

Por ello, en este capítulo se plantea un ejemplo integrador basado en el plan estratégico de la *Gasol Foundation* que está estructurado para el logro de los objetivos derivados de la ambiciosa misión de la entidad.

2. Ejemplo integrador

El plan estratégico de la *Gasol Foundation* se declina en 4 líneas principales de acción:

- Investigación: la entidad lidera, coordina y participa en estudios observacionales que permiten profundizar sobre las cifras de la epidemia de la obesidad infantil, los factores asociados y sus consecuencias como, por ejemplo:
 - o Estudios observacionales como PASOS (Gómez et al., 2020), liderado y coordinado científicamente por la *Gasol Foundation Europa* y que cuenta con la participación de otros 13 grupos de investigación. PASOS es un estudio transversal representativo para la población de 8 a 16 años en España que contó con una primera edición en 2019 (Gasol Foundation, 2019) y con una segunda en 2022 (Gasol Foundation, 2022), edición en la que también se impulsó el seguimiento longitudinal de la población participante en 2019.
 - o Estudios de validación de nuevas herramientas que permitan evaluar de forma válida y fiable los factores clave asociados a la epidemia como es el caso del cuestionario PAU-7S (Schröder et al., 2021), un instrumento breve que con tan solo 7 preguntas mide la actividad física de niños, niñas y adolescentes y que se validó en el marco del estudio PASOS 2019.
 - o Estudios de intervención que a través de ensayos comunitarios controlados y aleatorizados (con mediciones pre-post y grupo intervención y control) evalúan los efectos de los programas de promoción de hábitos saludables que la entidad implementa y que se exponen en los siguientes puntos. Un ejemplo de protocolo de evaluación y metodológico es el protocolo del estudio de FIVALÍN, publicado en BMC Pediatrics (Homs et al., 2021).
- Programas: de promoción de la salud que integran de forma holística el enfoque de la Galaxia Saludable (Gómez, 2017). Esta teoría detalla que los programas de promoción de hábitos de vida saludables para la prevención de la obesidad infantil deben incluir la alimentación, la actividad física y el deporte, el sueño y el bienestar psicológico, como pilares clave del desarrollo infantil que conviene equilibrar para individualmente y entre sí para lograr un desarrollo infantil más saludable. Algunos ejemplos de los programas que implementa la *Gasol Foundation Europa* se han detallado extensamente en este monográfico como son [PRESAFALÍN](#), [FIVALÍN](#) y [ÓRBITA4Kids](#), siendo este último una estrategia multinivel y multicomponente que integra los 2 anteriores y otros como [SEÍSMO](#), [ALLEY-OOP](#), [COACH+](#) o [ENERGY](#). Estos programas se implementan en los diferentes sectores clave en los que la población infantil desarrolla sus actividades diarias (figura 37) y se integran de forma transversal con las actividades comunes de cada uno de estos entornos, sin añadir una carga extra sobre los/las profesionales que allí trabajan.

Figura 37. Sectores y agentes clave a través de los cuáles la *Gasol Foundation* despliega sus 4 líneas de acción prioritarias



Fuente: *Gasol Foundation*.

- Sensibilización: acciones de comunicación pública que permiten sensibilizar, a la sociedad y a las/los profesionales de diferentes sectores clave, alrededor de la importancia de promover hábitos de vida saludables para la prevención de la obesidad infantil. Estas acciones incluyen:
 - o Campañas de redes sociales como [#LoReconozco](#) que se llevó a cabo en 2021 y 2022 para promover entre las familias desayunos y meriendas saludables.
 - o Eventos multitudinarios como [LaSaludable](#), organizado en Octubre de 2022 con motivo del Día Mundial de la Alimentación y que congregó a más de 3.000 personas en el Moll de la Marina de Barcelona en una fiesta repleta de juegos y actividades dirigidas a promover hábitos saludables.
 - o Jornadas científico-divulgativas como [PL4NETS](#), que reúne cada 2 años a referentes del mundo científico, *influencers* y personas relevantes en nuestra sociedad para hablar sobre hábitos saludables y en la que en la última edición participaron casi 5.000 personas.
 - o Ruedas y notas de prensa que permiten divulgar los resultados de la investigación de la *Gasol Foundation Europa* o los resultados del despliegue del plan estratégico de la entidad. Las más notorias hasta el momento han sido las que han divulgado los resultados de las 2 ediciones del estudio PASOS.
 - o Colaboraciones con personajes relevantes o artistas como Macaco y la canción [“Bailo la pena”](#) que pretenden poner de moda en la sociedad la adopción de hábitos de vida saludables entre la sociedad.
- Incidencia: acciones de incidencia institucional y política que permiten influir en la agenda de legislaciones, regulaciones, planes e iniciativas institucionales y

políticas dirigidas a la promoción de hábitos de vida saludables y la prevención de la obesidad infantil. Con ello se impacta sobre los factores asociados a la epidemia de la obesidad infantil que se sitúan en los niveles más externos del modelo de arco iris de Dahlgren y Whitehead comentado extensamente en la introducción de este monográfico.

Hasta el momento, la mayor medida impulsada por la *Gasol Foundation Europa* a nivel de incidencia ha sido el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil explicado extensamente en el capítulo anterior. También una de las medidas del Plan que está impulsando con especial énfasis la entidad, por la capacidad de impactar sobre las preferencias alimentarias y los hábitos de alimentación de la población infantil y adolescente, es la regulación de la publicidad sobre alimentos y bebidas no saludables. Hasta el momento la entidad para conseguir impulsar esta medida que beneficiaría la protección de los derechos de la infancia, ha realizado acciones que entroncan con las otras líneas de acción estratégica como son:

- Acciones de investigación como la publicación de artículos científicos en este sentido (Gómez y Rajmil, 2022).
- Acciones de sensibilización en las que ha congregado a entidades relevantes en España como [UNICEF, la Asociación Española contra el Cáncer y Justicia Alimentaria](#).

Finalmente, el enfoque de determinantes sociales de la salud basado en los aprendizajes de modelos socioecológicos como el de arco iris, determina en gran medida el plan estratégico de la *Gasol Foundation* y sus líneas de acción prioritarias. Un plan que busca impactar favorablemente sobre todos los sectores clave en los que la infancia y la adolescencia se desarrolla y sobre todos los niveles de factores que se sitúan alrededor del estilo de vida de la población para abordar la mayor epidemia que afecta la salud infantil en la historia contemporánea.

Los niveles del modelo arco iris sobre los que influye la *Gasol Foundation* a través de sus 4 líneas de acción son:

- Investigación: todos los niveles exceptuando factores invariables.
- Programas: estilo de vida individual y redes sociales y comunitarias.
- Sensibilización: todos los niveles exceptuando factores invariables.
- Incidencia: todos los niveles, ya que las medidas estructurales caen en cascada y además la entidad también realiza incidencia sobre las instituciones y políticas locales.

3. Bibliografía

Gasol Foundation. (2019). *Resultados principales del estudio PASOS 2019*. Gasol Foundation. <https://gasolfoundation.org/es/estudio-pasos/>

Gasol Foundation. (2022). *Resultados preliminares del estudio PASOS 2022*. Gasol Foundation. <https://gasolfoundation.org/es/estudio-pasos/>

Gómez, S. F. (2017). *Prevalencia, determinantes y prevención de la obesidad infantil* [Tesis doctoral]. <http://hdl.handle.net/10803/403607>

Gómez, S. F., Homs, C., Wärnberg, J., Medrano, M., Gonzalez-Gross, M., Gusi, N., Aznar, S., Cascales, E. M., González-Valeiro, M., Serra-Majem, L., Terrados, N., Tur, J. A., Segú, M., Lassale, C., Benavente-Marín, J. C., Labayen, I., Zapico, A. G., Sánchez-Gómez, J., Jiménez-Zazo, F., Alcaraz, P. E., ... Schröder, H. (2020). Study protocol of a population-based cohort investigating Physical Activity, Sedentarism, lifestyles and Obesity in Spanish youth: The PASOS study. *BMJ Open*, 10(9), e036210. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036210>

Gómez, S. F. y Rajmil, L. (2022). Advertising, obesity and child health: the case of Spain. *BMJ Paediatrics Open*, 6(1), e001482. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2022-001482>

Homs, C., Berrueto, P., Según, G., Estrada, L., de Bont, J., Riera-Romaní, J., Carrillo-Álvarez, E., Schröder, H., Milà, R. y Gómez, S. F. (2021). Family-based intervention to prevent childhood obesity among school-age children of low socioeconomic status: Study protocol of the FIVALIN project. *BMC Pediatrics*, 21(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02697-x>

Schröder, H., Subirana, I., Wärnberg, J., Medrano, M., González-Gross, M., Gusi, N., Aznar, S., Alcaraz, P. E., González-Valeiro, M. A., Serra-Majem, L., Terrados, N., Tur, J. A., Segú, M., Homs, C., Garcia-Álvarez, A., Benavente-Marín, J. C., Barón-López, F. J., Labayen, I., Zapico, A. G., Sánchez-Gómez, J., ... Gómez, S. F. (2021). Validity, reliability, and calibration of the physical activity unit 7 item screener (PAU-7S) at population scale. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01169-w>



Universitat de Lleida
Càtedra d'Organitzacions i Territoris
Saludables i Sostenibles (DOTSS)



Diputació de Lleida