

EL PROCESO DE ADOPCION DE PRECAUCIONES EN LA PROMOCION DE LA SALUD

Luis Flórez Alarcón.¹
Profesor Asociado
Departamento de Psicología
Universidad Nacional de Colombia

Flórez-Alarcón, L. (2002). El proceso de adopción de precauciones en la promoción de la salud. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. XI(1), 23-33

- 1) **El estilo de vida y el proceso salud-enfermedad**
- 2) **La promoción de la salud y sus diferencias con la prevención**
- 3) **La adopción de precauciones y la educación para la salud**
- 4) **La dimensión psicológica de la promoción/prevenición**
- 5) **La adopción de precauciones como proceso**

EL ESTILO DE VIDA Y EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

La pregunta fundamental a cuya respuesta pretendo aproximarme de forma parcial en la presente conferencia se relaciona con la adquisición y modificación del estilo de vida, factor esencial en la determinación del proceso salud-enfermedad. Cómo podemos abordar, de manera objetiva y eficiente, a la adquisición de hábitos de comportamiento que constituyen factores de protección de la salud, o a la modificación de hábitos de comportamiento que constituyen factores de riesgo de enfermedad o de disfunción?. A esos hábitos, precisamente, es a los que me refiero con el concepto de “estilo de vida”.

Probablemente estemos de acuerdo en que la “salud” no es solamente la ausencia de enfermedad. También, en que no es un “estado”, tal como nos lo propone la O.M.S. al caracterizarla como “un *estado* de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”.

En contraposición a la noción de “estado”, la idea de “proceso” hace referencia al campo de la salud, para referirse a la salud y a la enfermedad como un *proceso* ininterrumpido de variaciones en el fenómeno vital, determinado por la acción de factores propios de la biología humana, del medio ambiente, de la organización del sistema sanitario, y del estilo de vida.

La idea corresponde ampliamente con el análisis causal de las enfermedades no infecciosas que predominan en el panorama de morbi-mortalidad, dentro del cuadro de transición

¹ luis@florez.info

epidemiológica que caracteriza a nuestras sociedades en vías de desarrollo, y a las sociedades desarrolladas del denominado “primer mundo”. Así lo propuso Marc Lalonde en su famoso informe publicado por el gobierno de Canadá en 1974, cuando señaló que “Hasta ahora, casi todos los esfuerzos hechos por la sociedad para mejorar la salud y la mayoría de los gastos directos en salud se han centrado en la organización de los servicios de atención sanitaria. Sin embargo, cuando identificamos las principales causas actuales de enfermedad y muerte en Canadá, vemos que están arraigadas en los otros tres elementos del concepto: biología humana, medio ambiente y estilos de vida. Por tanto, es evidente que se están gastando grandes sumas en el tratamiento de enfermedades que podrían haberse evitado” (citado por Terris, 1992; reproducido en O.P.S., 1996, p.39)². Es evidente el llamado de Lalonde a concentrar más esfuerzos en las tareas de corte preventivo, desproporcionadamente inferiores al compararlos con los esfuerzos concentrados en el tratamiento de las enfermedades.

Una conclusión evidente que se desprende de este análisis, entre muchas conclusiones primordiales, es la de incrementar los esfuerzos científicos, tecnológicos, y materiales en general para comprender los mecanismos que ligan al estilo de vida con la salud y la enfermedad, y para comprender el proceso conducente a la modificación de los estilos de vida, tarea de la mayor importancia en sociedades como las nuestras, en las que predomina un cuadro epidemiológico mixto que reúne parte de las enfermedades del atraso, como las infecto-contagiosas, con las del desarrollo social, como las enfermedades crónico-degenerativas.

La psicología de la salud ha dado alguna respuesta parcial a esta necesidad, tal como se puede observar, entre otros, en los estudios experimentales dentro del campo de la psicoimmunología, básicos para la comprensión de los nexos entre la vida emocional y la salud-enfermedad; ó en el abordaje de tópicos como el del proceso de afrontamiento en las enfermedades crónicas; y en el abordaje de problemáticas como las adicciones y la violencia, entendidas como problemáticas de salud pública.

LA PROMOCION DE LA SALUD Y SUS DIFERENCIAS CON LA PREVENCION

² O.P.S. (1996). *Promoción de la salud: Una antología*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, publicación científica No. 557.

Si bien el llamado de Lalonde a dedicar más recursos a los factores importantes en el campo de la prevención, en especial al medio ambiente y a los estilos de vida, distintos a la organización del sistema sanitario entendido como servicios de medicina, hace justicia a la idea de salud-enfermedad como *proceso* del fenómeno vital, se queda corto en la aproximación a la idea de salud como *bienestar*, idea que abarca bastante bien la noción de “calidad de vida”, sobre la cual hemos escuchado a la profesora Amparo Belloch-Fuster en este mismo congreso.

El “bienestar” hace alusión a un fenómeno subjetivo que se asocia con la realización de las más elevadas motivaciones del ser humano. La felicidad, la satisfacción, y el logro en general, constituyen la esencia del bienestar en su dimensión subjetiva. De otra parte, las condiciones materiales de existencia constituyen la base objetiva que condiciona el acceso a ese bienestar; la educación, la nutrición, la vivienda, el acceso equitativo a las oportunidades de desarrollo, el trabajo, y la paz son, entre otros, parte constitutiva esencial de dichas condiciones materiales. Su presencia o su ausencia resultan decisivas en la evolución del proceso salud-enfermedad del ser humano.

El concepto de calidad de vida, en sus aspectos subjetivo y objetivo, es probablemente el mejor reflejo de la “capacidad de funcionamiento”, a la que se refirió Milton Terris, como condición definitoria de la mejor salud positiva, *real*, en contraste con el perfecto bienestar, *ideal*, propuesto por la O.M.S.; esa salud positiva constituye el elemento opuesto a la muerte prematura. Salud positiva y muerte prematura son, entonces, los límites reales entre los cuales se mueve el proceso salud-enfermedad, entendido como fenómeno vital y como bienestar, que trasciende a la idea de salud como homeostasis, o funcionamiento dentro de los límites orgánicos requeridos por la vida.

Así el bienestar, considerado como un vector esencial del proceso salud-enfermedad, lleva a tocar necesariamente el nivel de su promoción, el nivel de atención conocido como “promoción de la salud”, que antecede a los niveles tradicionales de prevención, incluso de prevención primaria, de tratamiento, y de rehabilitación.

Milton Terris (1992, reproducido en O.P.S., 1996, Op Cit.) atribuye a Henry Sigerist la utilización inicial del concepto “promoción de la salud” cuando definió las cuatro grandes tareas de la medicina y afirmó que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida

decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso” (p. 38).

Pero no cabe duda de que fue la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, realizada en la ciudad canadiense de Ottawa en 1986, la que institucionalizó este nivel de atención al promulgar su famosa “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”. En ella define a la promoción como una política que “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana” (O.P.S., 1996, Op Cit., p. 367). Las sucesivas Conferencias Internacionales de la O.M.S. acerca del tema han ratificado la vigencia de este concepto.

Son ya bien conocidos las políticas y los pre-requisitos de la promoción de la salud propuestos por la Carta de Ottawa, entre los que se destacan la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales, y la reorientación de los servicios sanitarios.

LA ADOPCIÓN DE PRECAUCIONES Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud es un amplio conjunto de estrategias metodológicas que se proponen para la implementación de acciones concretas de promoción y de prevención. Estas estrategias se ubican en el centro de la promoción de la salud y de la prevención primaria de las enfermedades. En cierto sentido pueden verse la promoción y la prevención primaria como dos caras de una misma moneda, cuando se dirigen al fomento de aptitudes personales para la vida, que es apenas una de las políticas sugeridas por la O.P.S. en la Carta de Ottawa. Mientras que la cara de la promoción se entiende como la adquisición de factores de protección, con un sentido psicológico de reforzamiento positivo y apetitivo, la cara de la prevención se entiende como la disminución de factores de riesgo, con un sentido de reforzamiento negativo y de evitación.

Una misma acción puede enfocarse de manera distinta si se la observa con la lente de la promoción o con la lente de la prevención; no es igual enfocar el fomento del ejercicio físico como una acción protectora de la salud, dirigida a toda la población, que enfocarla como una acción preventiva de la enfermedad coronaria, dirigida a población en riesgo de padecerla. No obstante, en ambos casos se requiere la implementación de estrategias de educación para la salud que tomen en cuenta a todas las disciplinas científicas involucradas, en un marco interdisciplinario y transdisciplinario, en el contexto de modelos socio-políticos, ecológicos y socio culturales, cuyos alcances van hacia la interacción entre los individuos y los grupos con su ambiente físico, social, cultural, económico y político (Restrepo, 2001)³. El conocido modelo PRECEDE-PROCEED, desarrollado en E.U. por el grupo de Lawrence Green y Marshall Kreuter, es uno de esos contextos metodológicos amplios que más se ha utilizado en el diseño e implementación de programas de promoción de la salud, cuya meta es el fomento de la calidad de vida de una población.

En general, todos los modelos socio-políticos, ecológicos y socioculturales que enmarcan las acciones de promoción y de prevención primaria abarcan un conjunto de fases que contemplan al diagnóstico (social, epidemiológico, conductual, medioambiental, educacional, y político administrativo), la proposición de metas, el diseño, la planeación y venta del programa, la implementación del programa, y la evaluación del programa (Flórez-Alarcón, 2000)⁴. Es en las fases de diseño, planeación e implementación del programa donde, a mi juicio, cobra mayor importancia la concepción psicológica que se tenga acerca de la promoción y de la prevención.

El aporte científico específico de la psicología al conjunto de estrategias que conforman el arsenal teórico, metodológico y técnico de la educación para la salud se ha realizado bajo diversos modelos o concepciones acerca del cambio y la adquisición de hábitos de comportamiento saludables. Algunas de estas microteorías sobre la adquisición del comportamiento saludable se han conceptualizado en un marco de corte cognoscitivo; son los denominados modelos cognoscitivo-sociales, dentro de los cuales son bastante conocidos algunos como el Modelo de Creencias en Salud, la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de

³ Restrepo, H.E. (2001). Agenda para la acción en promoción de la salud. En: Restrepo, H. E. & Málaga, H. *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, pgs. 34-55.

⁴ Flórez-Alarcón, L. (2000). El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18, 13-22.

la Acción Planeada, y la Teoría de la Motivación para la Protección. Otros son los denominados modelos de etapas, dentro de los cuales se pueden mencionar el Modelo Transteórico y el Proceso de Adopción de Precauciones; precisamente, en este mismo congreso el profesor John Norcross nos ha hecho una exposición sobre las aplicaciones del Modelo Transteórico en el campo de la salud. En cualquier caso, estas microteorías se aproximan al análisis de lo que constituye esa dimensión o vector psicológico que debe involucrarse en las acciones o programas de promoción de la salud y prevención primaria integral de sus problemas, dentro de contextos interdisciplinarios y transdisciplinarios.

LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DE LA PROMOCIÓN / PREVENCIÓN

Si aceptamos que a la psicología de la salud le interesa el análisis y la modificación de las interacciones entre el comportamiento y el proceso salud-enfermedad, entonces en el nivel de la promoción y de la prevención la dimensión psicológica se refiere a la predicción y al control de lo que la persona hace, en tanto que ello puede constituir un factor de protección de la salud, o un factor de riesgo de enfermedad y disfunción. En ese sentido, dentro de las políticas sugeridas por la Carta de Ottawa, a la psicología le interesa en alto grado la que se relaciona con el desarrollo de aptitudes personales para la vida, y la estrategia de educación para la salud, tendientes al fomento de estilos de vida saludable.

Lo que la persona hace debe entenderse en un sentido amplio. Se refiere a todos los hábitos de comportamiento explícitos, pero también a formas de comportamiento encubierto, tales como la cognición y la emoción. Al abarcar todas estas manifestaciones de la acción humana, la dimensión psicológica toma en cuenta, entonces, el grado en que diversas instancias del comportamiento se constituyen en factores de protección o de riesgo. Eso lleva a tomar como objeto de conocimiento científico diversos fenómenos, entre los que pueden mencionarse a los siguientes (Flórez-Alarcón, 2000, Op Cit.):

- 1) El conocimiento de los riesgos / protecciones
- 2) Las creencias sobre los riesgos, sobre la efectividad de la acción, sobre sí mismo en relación con las acciones, y sobre los demás en relación con las acciones.
- 3) La identificación de la propia exposición al riesgo

- 4) Las motivaciones en relación con la salud
- 5) La toma de decisiones para modificar el riesgo / protección
- 6) La elaboración de planes de autocontrol o de manejo de contingencias, conducentes a la implementación de las decisiones
- 7) Los planes de autocontrol conducentes al mantenimientos de las acciones de evitación / protección
- 8) Los planes de autocontrol conducentes a la recuperación en casos de recaídas o de pérdida de los hábitos protectores

Lo que diferencia a los distintos modelos o microteorías psicológicas acerca de la adquisición y modificación del comportamiento saludable es, justamente, la manera cómo conceptualizan a estas variables, y el tipo de interacciones que proponen entre ellas. De esto depende la capacidad predictiva de uno u otro modelo. El Proceso de Adopción de Precauciones (P.A.P.) se entiende aquí de la manera como fue propuesto por Neil Weinstein (1988)⁵, como una teoría de etapas, de conceptualización similar a la del modelo transteórico, con características metodológicas específicas dentro de las cuales sobresalen las siguientes (Weinstein, Rothman & Sutton, 1998)⁶:

1) La adopción de la precaución no es un proceso continuo, que se pueda representar a la manera de una sumatoria algebraica del impacto de factores relativos a la severidad de los riesgos, a la susceptibilidad personal, a la percepción de costos, y a la percepción de beneficios, sino que se trata de un proceso discontinuo que transcurre por diversas etapas, usualmente pocas, el cual involucra a factores multiplicadores de diversa índole.

2) Las etapas constituyen una sucesión obligada por la que debe transcurrir la persona en el camino hacia la adopción de la precaución. El movimiento entre ellas puede ser de sentido progresivo o regresivo.

3) La progresión de una etapa a la siguiente implica la superación de barreras específicas, las cuales apuntan, precisamente, a alguno de los factores que se enunciaron al conceptualizar la dimensión psicológica de la prevención / promoción.

⁵ Weinstein, N.D. (1988). The Precaution Adoption Process. *Health Psychology*, 7(4), 355-386.

⁶ Weinstein, N.D., Rothman, A.J., & Sutton, S.R. (1998). Stages Theories of Health behavior: Conceptual and Methodological Issues. *Health Psychology*, 17(3), 290-299.

Desde el punto de vista de los programas de educación para la salud en el campo de la promoción y de la prevención, esta metodología implica la necesidad de realizar acciones de evaluación objetiva de los comportamientos de riesgo o de protección, igualar a los sujetos respecto de la etapa o posición en la que se ubican frente al comportamiento, e implementar acciones educativas apropiadas para la superación de las barreras específicas que impiden la progresión en la etapa particular de que se trate. Dirigir una misma acción a sujetos que se ubican en etapas diferentes, de acuerdo con estos principios metodológicos, no solo resulta ineficiente, sino que puede ser contraproducente.

LA ADOPCIÓN DE PRECAUCIONES COMO PROCESO

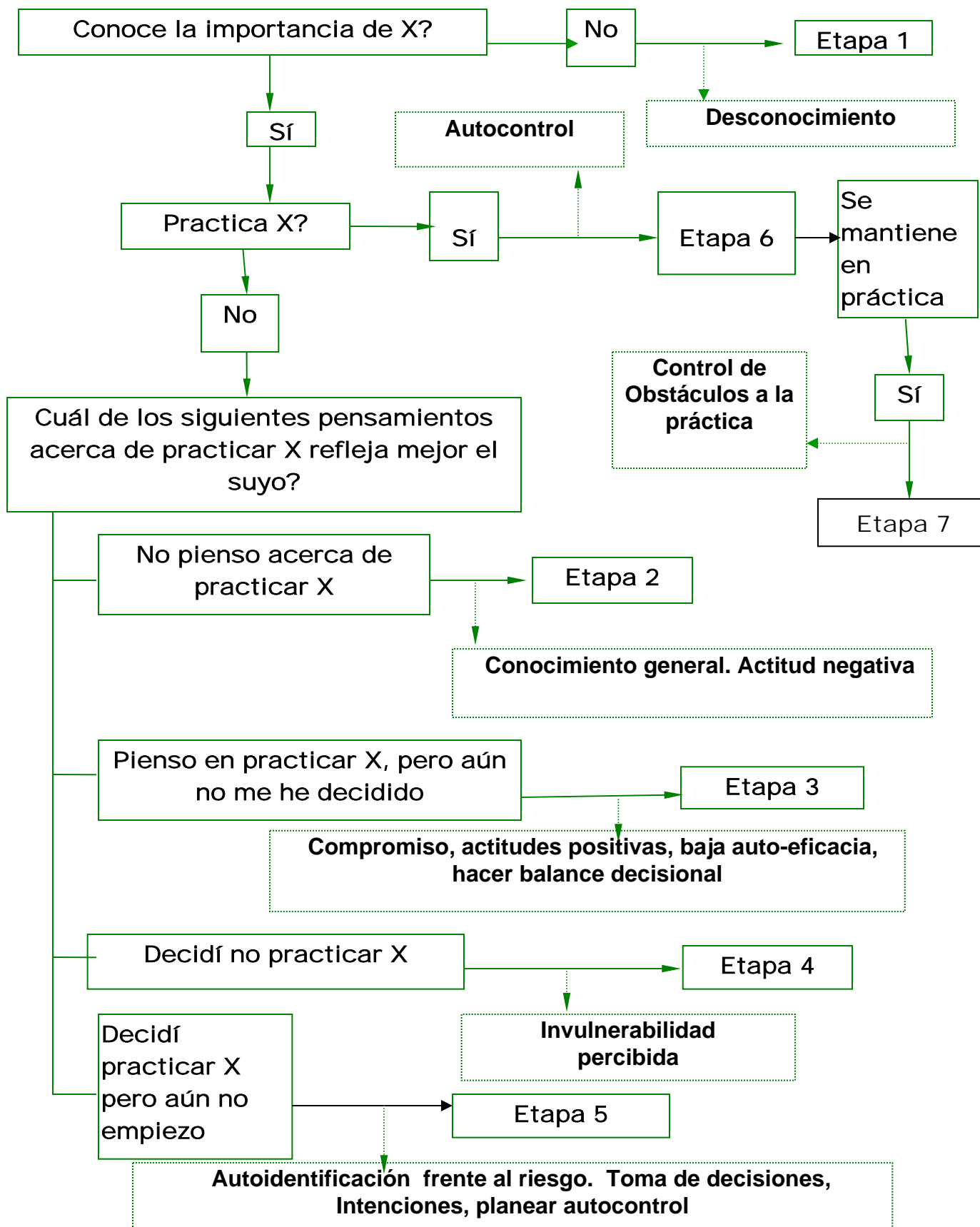
El modelo del Proceso de Adopción de Precauciones propone una secuencia de etapas en el camino de la adquisición de un comportamiento saludable, a partir de la posición cognoscitiva o de la posición conductual en la que se ubique la persona respecto del comportamiento en cuestión.

Cognoscitivamente, la posición depende del conocimiento, de las actitudes o de la motivación de la persona frente al comportamiento específico o acción de que se trate. Conductualmente, la posición puede ser de ausencia de práctica, práctica, o mantenimiento de la acción. El diagrama de la Figura 1 ilustra las etapas y las barreras que les subyacen. En líneas y cuadros continuos se ilustra el trascurso de las etapas, y en líneas y cuadros punteados se ilustran los procesos psicológicos que anteceden a la etapa.

Si X es un comportamiento preventivo o promotor de la salud cualquiera (ej. uso del preservativo en relaciones sexuales inseguras, o lactancia materna al recién nacido), la secuencia de preguntas y de posiciones cognoscitivo-conductuales que determinan la ubicación en alguna de las etapas del Proceso de Adopción de Precauciones (P.A.P.), es la siguiente:

Conocimiento acerca de la importancia de la acción: se refiere al conocimiento general acerca del valor o de la importancia que puede tener la acción, como un comportamiento de protección.

Fig. 1: EL PROCESO DE ADOPCIÓN DE PRECAUCIONES



Cuando la persona desconoce o ignora tal importancia se ubica en la etapa más baja de todas, la etapa 1, pues no establece asociaciones entre el comportamiento, de una parte, y la protección, de otra. Las acciones de educación que se imponen para una persona en esta etapa son de *información* acerca de la severidad de los riesgos o acerca de las consecuencias positivas de la práctica del comportamiento; ej. información acerca de la severidad del sida y la utilidad del uso del preservativo, o información acerca del valor protector de la lactancia materna. Lamentablemente, muchos programas de promoción y de prevención llegan solamente a este aspecto de la dimensión psicológica.

Interés en la práctica de la acción: una persona puede tener un conocimiento general acerca del valor protector de una acción frente a un riesgo, pero no interesarse o no involucrarse cognoscitivamente con la acción; simplemente, puede conocer la importancia de la acción, pero no plantearse siquiera la posibilidad de practicarla. Esa persona se ubica en la etapa 2: No piensa en practicar X. El desinterés puede emanar de las *actitudes* de la persona ante el riesgo, o ante la acción.

Una actitud es una predisposición particular ante una situación o ante un comportamiento, determinada por las creencias o esquemas cognoscitivos que se tengan en relación con los mismos. Son de gran importancia los esquemas que tenga la persona en relación con la severidad del problema, en relación con su propia susceptibilidad ante el riesgo, y en relación con el potencial de una acción o de un comportamiento específico para conducir a un resultado de protección frente al riesgo o de obtención del producto al que se aspire. Ej. La creencia de que el sida es una enfermedad de transmisión sexual en prácticas inseguras, puede determinar que la persona se descuide en situaciones de prácticas aparentemente seguras, como las relaciones monogámicas, descuidando otros riesgos, como los presentes en el contacto con sangre contagiada por el virus. En otra ilustración, muchos fumadores dudan del peligro que representa fumar cigarrillo como factor de riesgo de enfermedades pulmonares, o, incluso, pueden creer en el valor protector de la nicotina frente a otros problemas, como la enfermedad de alzheimer. El Modelo de Creencias en Salud hace un énfasis especial en el papel que juegan ciertas creencias acerca de la severidad de los riesgos, y de la susceptibilidad o vulnerabilidad

ante los mismos, para configurar una situación de amenaza que determina la probabilidad de emprender la acción (Sheeran & Abraham, 1995)⁷.

Motivación por la acción: La *motivación* puede entenderse como la probabilidad de que una persona inicie la práctica de una acción específica y se mantenga en ella. Un primer reflejo de la motivación es el comportamiento verbal de la persona en relación con sus decisiones de involucrarse en la acción. Una persona que se plantea como una posibilidad lejana la práctica de un determinado comportamiento, sin asumir explícitamente una decisión de actuar, se ubica en la etapa 3. Puede tratarse de alguien con buenos conocimientos, buena percepción acerca de la severidad de los riesgos, buena expectativa acerca de los resultados protectores de la acción, pero con pobre percepción acerca de la propia susceptibilidad, con poca confianza acerca de sus propias capacidades para iniciar y mantenerse en la acción, esto es, con bajas expectativas de autoeficacia, así como con alta percepción de los costos implicados por la práctica del comportamiento protector. La Teoría de la Motivación para la Protección ha hecho especial énfasis en el análisis del proceso de comunicación de las amenazas como un medio de motivar a la persona para que emprenda acciones protectoras (Floyd, Prentice-Dunn & Rogers, 2000)⁸. En estos casos de incertidumbre, propios de la etapa 3, las acciones de educación para la salud tendientes a disminuir la percepción de costos y a incrementar la percepción de autoeficacia resultan decisivas, pues llevan a la realización de balances favorables a una toma de decisión explícita (Flórez, 1997)⁹.

Decisión de no actuar: Una situación especial es la de una persona que toma la decisión explícita de *no practicar* el comportamiento protector, a pesar de poseer un conocimiento aceptable acerca de la severidad del riesgo y del alto potencial del comportamiento para protegerlo del mismo; estas personas se ubican en la etapa 4, que es una etapa relativamente terminal. Al parecer, se trata de casos en los que, más que una alta percepción de costos, opera una baja percepción de vulnerabilidad frente al riesgo, proceso que Weinstein ha denominado “sesgo optimista no-realista”. El esquema básico que subyace a este comportamiento es el de una valoración de baja probabilidad de verse afectado por el riesgo, en comparación con la

⁷ Sheeran, P. & Abraham, Ch. (1995). The Health Belief Model. En: M. Conner & P. Norman (Eds.) *Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press, pgs. 23-61.

⁸ Floyd, D.L., Prentice-Dunn, S. & Rogers, R.W. (2000). A Meta-Analysis on Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(2), 407-429.

⁹ Flórez, L. (1997). Análisis de un programa de autocontrol comportamental para la promoción de la salud en población adulta. *Psicología Conductual*, 5(3), 313-344.

valoración acerca de la probabilidad que tienen otras personas “del promedio” en condiciones similares (Rothman, Klein, & Weinstein, 1996)¹⁰. En esta situación son indicadas todas las acciones de educación para la salud que conduzcan a mejorar la auto-identificación de la persona frente al riesgo.

Planificación del autocontrol: Manifiestar la *intención* de emprender la acción es algo que resulta predictivo de una mayor probabilidad de iniciar la práctica del comportamiento saludable. Algunos modelos, como la Teoría de la Acción Razonada / Acción Planeada, proponen esta presencia de una intención de actuar como variable decisiva en la determinación del cambio del comportamiento (Conner & Sparks, 1995)¹¹. Sin embargo, una persona puede afirmar que ha tomado ya la decisión de actuar, pero aún no haber empezado a hacerlo; se trata de una persona que se ubica en la etapa 5. La barrera fundamental a superar en este caso es la planificación del *autocontrol*, entendido como el manejo de las contingencias situacionales que estimulan y refuerzan la práctica del comportamiento saludable de que se trate. Estas contingencias varían del inicio de la acción a su mantenimiento, así como de su mantenimiento a su recuperación en caso de recaídas. La planificación para el afrontamiento de estas contingencias, de manera implícita o explícita, es la condición de autocontrol necesaria para que la persona se ubique en la etapa 6, etapa de acción propiamente dicha, o se mantenga en la etapa 7, etapa de mantenimiento de la acción.

Como el movimiento entre etapas puede ser regresivo, una recaída amerita nuevos análisis para determinar la etapa en la que se reubica la persona y volver a planificar la reacción. Es fundamental que los programas de promoción y de prevención primaria hagan una anticipación de estas circunstancias y eviten, de esta forma, que la recaída se convierta en un golpe disuasivo a las actitudes o a la motivación de la persona, que la lleven a la desesperanza y a la pérdida irreparable de los logros alcanzados.

¹⁰ Rothman, A.J., Klein, W.M. & Weinstein, N.D. (1996). Absolute and Relative Biases in Estimations of Personal Risk. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(14), 1213-1236.

¹¹ Conner, M. & Sparks, P. (1995). The Theory of Planned Behaviour and Health Behaviours. En M. Conner & P. Norman (Eds.), *Op Cit.*, pgs. 121-162.

CONCLUSIÓN

El Proceso de Adopción de Precauciones constituye un modelo de etapas acerca de la adquisición de comportamientos saludables que incorpora de una manera amplia todos los fenómenos psicológicos presentes tanto en la fase motivacional del cambio, como en su fase operativa o volitiva. En este sentido tiene similitudes con otros modelos de etapas, particularmente con el modelo transteórico. Los procesos educativos que involucra en las etapas iniciales de la adquisición del comportamiento, son eminentemente procesos de fomento de conocimientos, modificación de actitudes e incremento motivacional hacia la toma de decisiones, procesos que conllevan a acciones de comunicación persuasiva. Los procesos que involucra en las etapas ulteriores, de acción propiamente dicha, son procesos de manejo de las contingencias particulares, de control de estímulos, y de soporte requeridos para la práctica del comportamiento, para su mantenimiento, o para su recuperación en casos de recaída. Esa comprensión integral que realiza el Proceso de Adopción de Precauciones respecto de la dimensión o vector psicológico de la adquisición de hábitos de comportamiento saludable, hace que su metodología resulte indicada para diseñar múltiples programas de promoción de la salud y de prevención primaria de las enfermedades.

Aunque sus autores lo restringen a la educación para el aprendizaje de pautas de comportamiento muy específicas, vale la pena investigar el grado en que puede aplicarse al aprendizaje de conglomerados conductuales complejos. Esta tarea es algo que hacemos actualmente al interior del programa de escuela saludable que se adelanta en el Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia, el cual puede consultarse en la página www.humanas.unal.edu.co/psicologia/escuelasaludable; en particular dentro de los proyectos de prevención TIPICA, sigla que se refiere a las iniciales de seis conglomerados conductuales complejos propuestos en la literatura científica como factores de riesgo de amplio espectro, cuando son deficitarios, o como factores de protección, cuando son suficientes: **T**olerancia a la frustración, **I**nformación, (control de) **P**resión grupal, **I**ntegración escolar, **C**omunicación asertiva, y **A**utoestima.