

Documento técnico con los contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 100% libres de humo de cigarrillo a través de la práctica regular de la actividad física cotidiana, dirigidos a los referentes de las entidades territoriales.

ISBN: 978-958-57211-2-8

Ministerio de la Protección Social
Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre - COLDEPORTES.
Asociación Colombiana de Medicina del Deporte - AMEDCO.

Título de la obra: Documento técnico con los contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 100% libres de humo de cigarrillo a través de la práctica regular de la actividad física cotidiana, dirigidos a los referentes de las entidades territoriales

Nombre de los autores: John Duperly, Olga Lucia Sarmiento, Diana Parra, Claudia L. Angarita Gómez, Diana Rivera, Constanza Granados, Carolina Donado.

Asesores Internacionales: Michael Pratt, Sandra Mahecha Matsudo, Felipe Lobelo.

Colaboradores: María Fernanda Osejo, Natalia Salamanca, Katerine Villa, Eliana Montoya, Marcela Noreña, Xenia López.

Cita sugerida:

Ministerio de la Protección Social, Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre - COLDEPORTES. Hábitos y Estilos de Vida Saludable. Tomo 2. Documento técnico con los contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 100% libres de humo de cigarrillo a través de la práctica regular de la actividad física cotidiana, dirigidos a los referentes de las entidades territoriales. 2011.

Diseño y Diagramación: William Eduardo Romero Jiménez

Diseño de Carátula: Imprenta Nacional

Impreso por: Imprenta Nacional

Año de publicación: 2011

Lugar y fecha de la edición: Bogotá

©(copy right) Reserva del derecho de autor



Libertad y Orden

MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA

Ministro de la Protección Social

BEATRIZ LONDOÑO SOTO

Viceministra de Salud y Bienestar

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

LUIS ENRIQUE URQUIJO VELASQUEZ

Director General de Salud Pública





JAIRO CLOPATOFSKY GHISAYS

Director

JOHN JAIRO MORALES ALZATE

Secretario General

MARÍA CLAUDIA MUÑOZ ZAMBRANO

Subdirectora del Sistema Nacional y Proyectos Especiales

STEVE ADAMES BERNAL

Subdirector de Planeación y Apoyo Tecnológico

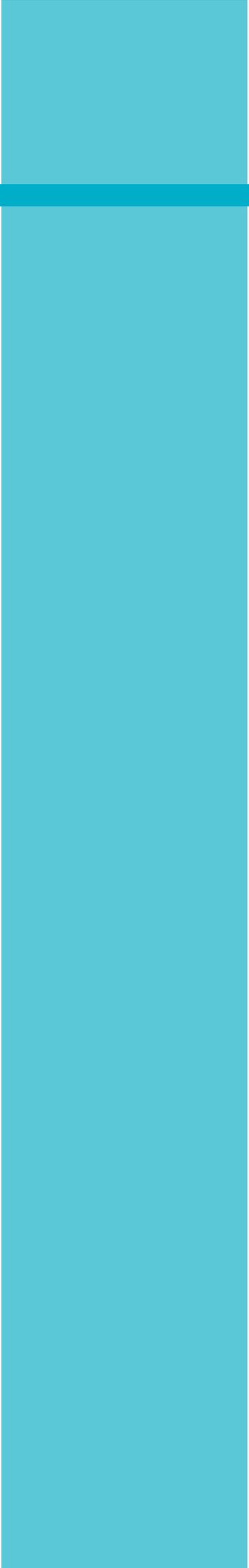
SANDRA LOZANO USECHE

Subdirectora Administrativa y Financiera

OSCAR DARÍO LOZANO ROJAS

Articulador de Hábitos y Estilos de Vida Saludable





Convenio Interadministrativo No. 252 de 2011 suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano del Deporte-Coldeportes con el objeto de desarrollar una estrategia de promoción de la actividad física a través del Sistema Nacional de Deporte con promoción de estilos de vida saludable y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

AUTORES

John Duperly

Especialista en Medicina Interna
Doctorado en Ciencias del Deporte
Miembro Fundador Asociación Colombiana de Medicina del Deporte
Miembro Sociedad Colombiana de Cardiología, Asociación Colombiana de Nutrición Clínica y Asociación Colombiana de Medicina Interna.
Director del Centro Regional de "Exercise Is Medicine" para América Latina
Profesor Asociado Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
Consejo Editorial revista Colombiana de Cardiología y Journal of Physical Activity & Health.
john.duperly@ama.com.co

Olga L. Sarmiento

Médico, Pontificia Universidad Javeriana
Maestría en Epidemiología, Universidad de North Carolina
Doctorado en Epidemiología, Universidad de North Carolina
Profesor asociado, Epidemiología, Departamento de Salud Pública
Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
Miembro de Asociación americana de Salud Pública, IUHPE, la Red de Actividad Física de las Américas y GAPA
Consejo Editorial de las revistas Women & Health, ethnicity & Diseases, Medicine & Science in Sports & Exercise, American Journal of Health Behavior y Journal of Physical Activity & Health
osarmien@uniandes.edu.co

Diana Parra

Fisioterapeuta, Universidad del Rosario
Especialista en Ejercicio Físico para la Salud
Maestría en Salud Pública, Universidad de Saint Louis, Washington
Candidata Doctoral en Trabajo Social y Salud Pública, Universidad de Saint Louis, Whashintong.
Coordinadora del Proyecto GUIA
dparra@gwbmail.wustl.edu

Carolina Donado

Médico, Universidad de Los Andes
Rural en Investigación, Facultad de Medicina Universidad de Los Andes
Coordinadora del Centro Regional de "Exercise Is Medicine" para América Latina
Coordinadora del Proyecto "Medicos Saludables=Pacientes Saludables"
caro.donado@gmail.com

Claudia L. Angarita Gómez

Nutricionista Dietista, Universidad Javeriana
Especialidad en administración en Administración Hospitalaria
experiencia en Nutrición Clínica
Fundadora Centro Colombiano de Nutricional Integral (CECNI)
Presidente Asociación Colombiana de Nutrición Clínica
Miembro Junta Directiva Federación Latinoamericana de Nutrición Enteral y Parenteral
Profesor Asociado Facultad de Nutrición, Pontificia Universidad Javeriana
Consejo Editorial revista Colombiana de Nutrición Clínica
claudiaangarita@gmail.com

Diana Rivera

Bacterióloga y Laboratorista Clínica, Universidad Católica de Manizales
Magister en Salud Pública, Infecciones y Salud del Trópico, Universidad Nacional de Colombia
Especialista en Gobierno y Políticas Públicas, Universidad de los Andes
Especialista en Desarrollo, Centro UNESCO de San Sebastián
Consultora en Análisis Legislativo y Político, Incidencia y Visibilidad Pública, diseño e Implementación de Estrategias de Social Networking y Mercado Social
Coordinadora Grupo Políticas, Legislación y Movilización Social
Instituto Nacional de Cancerología.
dianaeriverar@etb.net.co

María Constanza Granados Mendoza

Psicóloga, Universidad Javeriana
Especialista en Resolución de Conflictos
Profesor Universidad Javeriana
Coordinadora Programa Universidad Saludable, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá
Coordinadora General de la Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud (REDCUPS)
Coordinadora de la Comisión 5 en la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS)
cgranado@javeriana.edu.co

ASESORES INTERNACIONALES

Michael Pratt

Médico, Universidad de Washington

Maestría en Salud, Universidad de Minnesota

Maestría en Fisiología del Ejercicio, Universidad de Washington

Asesor Principal para la Salud Mundial del Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)

Miembro del Colegio Americano de Medicina Preventiva y el Colegio Americano de Medicina Deportiva.

Miembro del Comité Científico de la Red Internacional de Actividad Física Agita Mundo.

mpratt@cdc.gov

Sandra Mahecha Matsudo

Médica Especialista en Medicina Deportiva, Escuela Paulista de Medicina – Universidad Federal de São Paulo – UNIFESP

Doctorado en Ciencias, Escuela Paulista de Medicina – UNIFESP

Post Doctorado en la Escuela Paulista de Medicina – UNIFESP

Directora General del Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – (CELAFISCS)

Asesora Científica del Programa de Promoción de Actividad Física Agita São Paulo de la Secretaria de Estado de Salud del Estado de São Paulo - Brasil

Miembro de las Redes Internacionales de Actividad Física RAFA y AGITA MUNDO

Directora Regional de los Cursos Internacionales de Actividad física y Salud Pública – Agita Mundo

Coordinadora General del Proyecto Longitudinal de Envejecimiento y Aptitud Física de São Caetano do Sul.

Editora Ejecutiva da Revista Brasileira Ciencia y Movimiento Miembro Fundador de la Sociedad Internacional de Actividad Física y Salud – ISPAH

Miembro Comité Editorial de las Revistas: Journal of Physical Activity & Health y de la Revista Brasileira de Actividad física y Salud.

Profesora de Investigación Científica del Curso de Educación Física del Centro Universitário FMU en São Paulo

sandra@celafiscs.org.br

Felipe Lobelo

Médico, Universidad del Rosario

Especialista en Epidemiología, Universidad del Rosario

Doctorado en Ciencias del Ejercicio, Universidad de South Carolina

Epidemiólogo Líder, Oficina de la Promoción de Salud Global para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de Salud,

Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los EEUU

Miembro de la Asociación Americana del Corazón, el Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM) y la Asociación Nacional de Médicos Hispanos (NHMA)

rlobelo@cdc.gov



COLABORADORES

María Fernanda Osejo

Especialista en Medicina del Deporte y el Ejercicio
Universidad del Bosque
mariafernandaosejo@gmail.com

Natalia Salamanca

Médico General
Universidad de Los Andes
nasalam.md@gmail.com

Katerine Villa

Nutricionista Dietista
Universidad Javeriana
kativilla6@hotmail.com

Eliana Montoya

Asistente de Investigación
Facultad de Medicina
Universidad de Los Andes
em.montoya87@uniandes.edu.co

Marcela Noreña

Psicóloga, Universidad Javeriana
Especialista en Psicología del Deporte y el Ejercicio
Universidad del Bosque
norenamejia@yahoo.com

Xenia López

Administradora de Empresas con énfasis en
Entidades de Salud
xenialo72@hotmail.com



AGRADECIMIENTOS

El Ministerio de la Protección Social, el Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre – COLDEPORTES, y la Asociación Colombiana de Medicina del Deporte agradecen sinceramente a todas las personas que realizaron aportes al desarrollo del presente documento técnico, en especial al grupo de trabajo del Programa Nacional de Hábitos y al grupo de trabajo del Ministerio de la Protección Social, quienes nos acompañaron en el proceso de desarrollo y capacitaciones del documento.

Quisiéramos agradecer a la OPS/OMS Nicaragua, quienes amablemente nos facilitaron información fundamental para el desarrollo del capítulo de introducción de este documento.

Por último agradecemos los aportes realizados por todos los expertos, sociedades científicas, instituciones públicas, instituciones educativas y al Sistema Nacional del Deporte que participaron en el proceso de validación de estos documentos.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL DEPORTE, LA RECREACIÓN, LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE – COLDEPORTES

OSCAR DARÍO LOZANO ROJAS

*Coordinador del Programa Nacional de Hábitos y Estilos de Vida Saludable
Subdirección Técnica del Sistema Nacional y Proyectos Especiales*

ADRIANA ALMANZA CASTAÑEDA

*Grupo del Programa Nacional de Hábitos y Estilos de Vida Saludable
Subdirección Técnica del Sistema Nacional y Proyectos Especiales*

GISELA GÓMEZ ZÁRATE

*Grupo del Programa Nacional de Hábitos y Estilos de Vida Saludable
Subdirección Técnica del Sistema Nacional y Proyectos Especiales*

NUBIA RUÍZ GÓMEZ

Asesor del Programa Nacional de Hábitos y Estilos de Vida Saludable

EDGAR ESTUPIÑÁN

Asesor del Programa Nacional de Hábitos y Estilos de Vida Saludable

MILDREY MESA GALLEGO

Asesor del Programa Nacional de Hábitos y Estilos de Vida Saludable



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FERNANDO RAMÍREZ CAMPOS

Asesor Viceministerio de Salud y Bienestar

BLANCA CECILIA HERNÁNDEZ

Profesional Especializado

Grupo de Estilos de Vida Saludable y Enfermedades Crónicas no transmisibles

Dirección General de Salud Pública

GUSTAVO TOVAR

Médico Deportólogo

Contratista Grupo de Estilos de Vida Saludable y Enfermedades Crónicas no transmisibles

LUZ ÁNGELA OCHOA CUBILLOS

Profesional Universitario

Grupo de Estilos de Vida Saludable y Enfermedades Crónicas no transmisibles

Dirección General de Salud Pública



PRESENTACIÓN



Los comportamientos que se alejan de los hábitos y estilos de vida saludable, como los son la inactividad física, la alimentación inadecuada y el consumo de tabaco, constituyen la causa principal de enfermedades crónicas no transmisibles tales como: la hipertensión, la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular, la obesidad, la diabetes tipo 2 y el cáncer, entre otras. Estas enfermedades en países de medianos y bajos ingresos, imponen una carga de morbi-mortalidad de cerca del 80%, afectando seriamente la estabilidad económica de estos países.

En los últimos años, se ha aumentado la evidencia científica, alrededor del tema de hábitos de vida saludable y la prevención de enfermedades crónicas. Este crecimiento de investigaciones justifica la necesidad que tienen las sociedades de generar cambios comportamentales en los hábitos de vida, con el fin de mejorar el bienestar y calidad de vida a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre -COLDEPORTES- consciente del problema de salud pública que representa la inactividad física, la alimentación inadecuada y el consumo de tabaco en la población colombiana, y la carga que esto representa a nivel social, cultural, educativo, psicológico, ambiental y económico, da respuesta a los llamados nacionales e internacionales de generar estrategias intersectoriales que conduzcan a cambios comportamentales relacionados con un estilo de vida más saludable, por ello se firma un Convenio Interadministrativo con el Ministerio de la Protección Social, con el objeto de desarrollar una estrategia conjunta de promoción de la actividad física a través del Sistema Nacional del Deporte con promoción de estilos de vida saludable y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Por todo lo anterior, se contrata a un selecto grupo de expertos que representan diferentes sectores de la academia para elaborar este "Documento técnico con los contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 100% libres de humo de cigarrillo a través de la práctica regular de la actividad física cotidiana, dirigidos a los referentes de las entidades territoriales", que busca brindar al país, en especial a los departamentos y municipios, lineamientos de trabajo que reúnen estrategias y experiencias exitosas nacionales e internacionales que permitan en forma práctica y sencilla implementar intervenciones en los Ámbitos Educativo, Laboral, Social y Comunitario en busca de la salud y el bienestar de todos los colombianos.

Esperamos que las recomendaciones y estrategias descritas en este documento, brinden orientaciones valiosas a los programas existentes o en proceso de implementación en cada uno de los departamentos y municipios del país, estimulando la creatividad de todos los actores sociales en la definición de acciones apropiadas a las condiciones territoriales.

JAIRO CLOPATOFSKY GHISAYS
Director Coldeportes





TABLA DE CONTENIDO

Página

AUTORES	VII
PRESENTACIÓN COLDEPORTES	XII
ANTECEDENTES	7
RESUMEN EJECUTIVO	13
INTRODUCCIÓN	17
Concepto de salud, ¿Por qué es Importante Intervenir para Favorecer Hábitos de Vida más Saludables?	17
Teorías de cambio de comportamiento	27
1. FUNDAMENTOS PARA HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	35
1.1. ACTIVIDAD FÍSICA	36
1.1.1. Definiciones	36
1.1.2. Dominios e instrumentos de medición de la Actividad Física	38
1.1.3. Mediciones de la Aptitud Física o “Fitness”	50
1.1.4. Beneficios de la Actividad Física en Salud	68
1.1.5. Riesgo de Eventos Adversos	84
1.1.6. Niveles de Actividad Física en Colombia	92
1.2. NUTRICIÓN	103
1.2.1. Definiciones Antropométricas	103
1.2.2. Definiciones Nutricionales	112
1.2.3. Rotulado	122
1.2.4. Hidratación	124
1.2.5. Porción, Frecuencia y Patrón de Alimentos	128
1.2.6. Situación Nutricional en Colombia	129
1.3. CONTROL DEL CONSUMO DE TABACO	143
1.3.1. Tabaco y tabaquismo	143
1.3.2. Definiciones y Terminología	147
1.3.3. Componentes de los Productos del Tabaco	155
1.3.4. Componentes de Humo de Cigarrillo	156
1.3.5. Efectos para la Salud	160
1.3.6. Efectos Ambientales	169
1.3.7. Efectos Económicos y Sociales	171
1.3.8. Tendencias del Tabaquismo en Colombia.	172
2. RECOMENDACIONES MUNDIALES DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	173
2.1. ACTIVIDAD FÍSICA	174
2.1.1. Recomendaciones generales de AF	174
2.1.2. Tamización, estratificación y evaluación del riesgo	182
2.1.3. Elementos y Principios Generales de la Prescripción del Ejercicio	191
2.1.4. Prescripción de la Actividad Física	201
2.1.5. Prescripción de la Actividad Física para Patologías Especiales	203



TABLA DE CONTENIDO

Página

2.2.	RECOMENDACIONES EN NUTRICIÓN	213
2.2.1.	Hábitos Saludables de Alimentación y Actividad Física	213
2.2.2.	Recomendaciones Nutricionales Generales por Etapa de la Vida	217
2.2.3.	Recomendaciones de Energía, Nutrientes y Alimentos	219
2.2.4.	Porciones de los Alimentos	227
2.2.5.	Preparaciones Recomendadas	228
2.2.6.	Grupos y Distribución Diaria de Alimentos	229
2.2.7.	Como Leer el Rotulado Nutricional	229
2.2.8.	Publicidad en Alimentos y Bebidas para Hábitos de Vida Saludable	230
2.3.	RECOMENDACIONES PARA EL CONTROL DEL CONSUMO DE TABACO	233
2.3.1.	Medidas para el Control del Consumo de Tabaco.	233
2.3.2.	Intervenciones Eficaces para el Control del Consumo de Tabaco.	235
2.3.3.	Control de la Demanda del Tabaco	237
2.3.4.	Control de la Oferta de los productos de Tabaco	257
3.	EVIDENCIA DE LAS INTERVENCIONES	261
3.1.	ACTIVIDAD FÍSICA	262
3.1.1.	Ámbito Comunitario	262
3.1.2.	Ámbito Escolar	271
3.1.3.	Ámbito Laboral	280
3.1.4.	Ámbito del Sistema de Salud	287
3.1.5.	Intervenciones para las que aún no Existe Evidencia Suficiente	291
3.1.6.	Aplicabilidad de la Guía para la Comunidad a América Latina	292
3.1.7.	Costo Efectividad de Intervenciones	299
3.2.	NUTRICIÓN	301
3.2.1.	Ámbito Comunitario	302
3.2.2.	Ámbito Escolar	304
3.2.3.	Ámbito Laboral	307
3.2.4.	Ámbito de Salud	312
3.3.	CONSUMO DE TABACO	316
3.3.1.	Objetivos del control del consumo de tabaco	316
3.3.2.	Intervenciones para el control del consumo de tabaco desde los diferentes ámbitos sociales	319
3.3.3.	Las intervenciones para el control del consumo de tabaco en Colombia	322
4.	RECOMENDACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN EN EL PAÍS	327
4.1.	Actividad Física	328
4.2.	Nutrición	329
4.3.	Control del consumo de Tabaco	330
	BIBLIOGRAFÍA	331

ANTECEDENTES

Los hábitos de vida, en especial los niveles de inactividad física, la alimentación no saludable y el consumo de sustancias psicoactivas como el cigarrillo y el alcohol constituyen los principales factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), tales como la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebro vascular, la obesidad, la diabetes tipo 2 y el cáncer. Las ECNT contribuyen a un aumento significativo en la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad de los países.

El Banco Mundial estima que la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad atribuida a las principales enfermedades no transmisibles explican actualmente alrededor del 60% de todas las defunciones y el 47% de la carga de morbilidad mundial; cifras que se prevé aumentarán a 73% y 60%, respectivamente antes de 2020. Adicionalmente, el 66% de las defunciones atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en los países de ingresos medios y bajos.

Las consecuencias económicas de las ECNT son alarmantes, se estima que las pérdidas económicas por ECNT en los países de ingresos bajos y medios serán más de US\$7 trillones para el periodo de 2011-2025 (en promedio cerca de US\$500 billones por año). Por el contrario, el estudio de costos de implementación de intervenciones para prevenir ECNT, realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) mostró que estos son relativamente más bajos. Los estimadores de las intervenciones a nivel de las poblaciones para reducir la inactividad física, la alimentación poco saludable y el consumo de cigarrillo y alcohol, muestran que estas intervenciones tienen un costo de US\$2 billones por año para los países de bajo y mediano ingreso con un costo de menos de US\$0,40 por persona. Igualmente los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) y la OMS estimaron en el año 2001 que por cada dólar invertido en planes de promoción de la salud que incluyan actividad física y alimentación saludable, se disminuye 3,2 dólares en gastos en salud.

En este contexto, la OMS incita de manera urgente a todos los países a invertir en la prevención de ECNT como parte integral del desarrollo socioeconómico sostenible. Específicamente la OMS convocó a más de 193 países en el mundo, incluyendo Colombia, para hacerle frente a esta problemática. La OMS recomendó el fortalecimiento de las estrategias que propendan por la reducción del grado de exposición de las personas a los factores de riesgo modificables comunes a las ECNT. Fue así como se construyó el "Plan de acción de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de Enfermedades No Transmisibles 2008-2013" en donde se enfatiza en la necesidad apremiante de invertir en la prevención de estas enfermedades como parte integral del desarrollo socioeconómico sostenible de los países. Para el cumplimiento de dicho plan, la OMS hizo un llamado a toda la comunidad mundial para que se suministre el apoyo a la implementación de programas de promoción de la salud en todos los ciclos vitales que incidan en la reducción de la carga de mortalidad prematura y la discapacidad, unidos al desarrollo de programas de auto-cuidado y el análisis de costo-efectividad de los mismos.



Adicionalmente, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra en el año 2002, se concluyó que la evolución de las tendencias demográficas y principalmente el aumento de los factores de riesgo relacionados con las ECNT son las principales causas del incremento en la prevalencia de estas. Posteriormente, en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en el año 2005, se reconoció que la carga de las ECNT es cada vez mayor a nivel mundial; por lo cual, los estados miembros de la OMS pidieron se elaborara y promoviera la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Esta estrategia se desarrolló con un amplio proceso de consulta que incluyó organizaciones científicas a nivel mundial y representantes de la sociedad civil y del sector privado.

La estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud aborda dos de los principales factores de riesgo de las ECNT: el régimen alimentario y la actividad física, frente a esta situación se generaron lineamientos que orientan la creación de entornos favorables para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial que den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una inadecuada alimentación y a la inactividad física. Las acciones descritas en la estrategia contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y al cumplimiento de las metas de los países en materia de salud pública.

Los datos en Colombia no difieren de las tendencias mundiales descritas por la OMS. El Estudio de Carga de la Enfermedad en Colombia de 2008 del Ministerio de la Protección Social estimó que a las ECNT se les puede atribuir el 76% de la carga de enfermedad del país y de este porcentaje el 84% corresponde a discapacidad. Por lo tanto las ECNT constituyen un grave problema de salud pública dada su magnitud, el impacto económico y la tendencia epidemiológica. Igualmente, cuando las ECNT se asocian, contribuyen a la trampa de pobreza intergeneracional y amenaza seriamente el bienestar de la población colombiana y el crecimiento económico del país.

Con respecto a los factores de riesgo, relacionados con las ECNT, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2010 en Colombia (ENSIN 2010) evidencia que sólo uno de cada dos colombianos de 18 a 64 años cumple con las recomendaciones de Actividad Física (AF en tiempo libre + transporte al menos por 150 minutos a la semana). En el periodo del 2005 al 2010 se observa un aumento significativo de 3,4 puntos porcentuales en la prevalencia de cumplir con las recomendaciones de AF. Este aumento en la prevalencia de AF se da a expensas de caminar como medio de transporte. En Colombia, se debe resaltar que una menor prevalencia de cumplir con las recomendaciones de AF se asocia con factores de vulnerabilidad e inequidad. En cuanto a la prevalencia de ver televisión o jugar con videojuegos en niños de 5 a 12 años, se estimó un aumento de 4,4 puntos porcentuales en la frecuencia de 2 a 4 horas por día. Preocupantemente, el tiempo dedicado a ver televisión y jugar con videojuegos está asociado al sobrepeso y obesidad. En consecuencia, se hace necesario implementar políticas y estrategias que promuevan la realización de AF y disminuyan la prevalencia de estas actividades sedentarias.

Por otra parte, en lo referente a indicadores antropométricos, uno de cada dos colombianos presenta exceso de peso. Las cifras de exceso de peso aumentaron en los últimos cinco años en 5,3 puntos porcentuales. El exceso de peso es mayor en las mujeres que en los hombres (52,2% frente a 45,6%). Esta diferencia se mantiene en todas las edades y se amplía en las mujeres entre los 18 y 29 años de edad. Las proporciones se incrementan a mayor edad y son más altas en la población de 50 a 64 años (84,1% mujeres frente a 60,1% hombres). Otro aspecto importante está relacionado con el consumo de frutas y verduras, de acuerdo con los resultados de la ENSIN 2010, uno de cada tres colombianos entre 5 y 64 años no consume frutas diariamente. El grupo de edad en el que se refiere menor frecuencia de consumo diario son los adultos de 31 a 64 años.

En cuanto al consumo de tabaco en los colombianos, el Estudio Nacional de Salud 2007 encontró que 12,8% de la población adulta ha fumado 100 cigarrillos o más en la vida y 60% fuma en la actualidad. Adicionalmente el uso experimental de tabaco en jóvenes entre 13 y 18 años pasó de 12,7% en 1993 a 18% en 1998 y la encuesta realizada en 2007 en estudiantes escolarizados de 13 a 15 años en Bogotá, muestra que 61,7% de los jóvenes de colegios oficiales habían probado alguna vez el cigarrillo.

Las cifras de la ENSIN 2010 y el Estudio Nacional de Salud 2007 evidencian la magnitud del problema relacionado con la inactividad física, las actividades sedentarias, el sobrepeso y obesidad, el bajo consumo de frutas y verduras y el consumo de tabaco. Estos resultados implican una necesidad en el desarrollo de acciones para la promoción de los hábitos de vida saludable de los colombianos. En la Constitución Política de Colombia el Artículo 49 indica que le corresponde al Estado garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. El artículo 52 establece que el ejercicio del deporte, sus manifestaciones recreativas, competitivas y autóctonas tiene como función la formación integral de las personas, así como preservar y desarrollar una mejor salud en el ser humano. En concordancia el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: "Prosperidad para todos", establece como meta nacional, la promoción de hábitos de vida saludable, donde el deporte, la recreación, la actividad física y la educación física juegan un papel fundamental al ser considerados bienes preferentes socialmente necesarios, de manera especial al desarrollo humano, al liderazgo, a la convivencia y a la paz.

En cuanto al consumo de tabaco desde la década de 1950, la investigación científica ha comprobado el daño sin paralelo que causa el uso de tabaco y las acciones necesarias para desalentar su consumo, se ha producido suficiente evidencia científica que ha convertido al control del tabaquismo en un tema de interés público a nivel global. Sin embargo, al año 2011, solo un 5% de la población mundial está cubierta por políticas efectivas para el control del consumo de tabaco. La población colombiana hace parte de ese 5%, en el año 2009, Colombia aprobó una legislación integral mediante la que entre muchos aspectos, se promueven los ambientes 100% libres de humo, se prohíbe totalmente la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos del tabaco, se advierte sobre los riesgos para la salud de los fumadores a través de las advertencias sanitarias y se prohíbe la venta al menudeo de los productos de tabaco así como la comercialización de cajetillas de cigarrillos de menos de 10 unidades. Contar con este marco de legislación integral es fundamental para

controlar la epidemia de consumo de tabaco en nuestro país, donde cada año mueren alrededor de 25000 personas por causas relacionadas con el consumo de tabaco. Así mismo se requiere de la concientización, el apoyo público y la participación de los diferentes sectores de la sociedad para concentrar esfuerzos en un problema que traspasa las fronteras del sector salud.

El Gobierno Nacional priorizó el fomento de la práctica regular de actividad física, lo cual se vio reflejado con la firma del Decreto 2771 del 30 de julio de 2008, que establece la Comisión Nacional Intersectorial para la Coordinación y Orientación Superior del Fomento, Desarrollo y Medición de Impacto de la Actividad Física (CONIAF), integrada por el Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Cultura y el Instituto Colombiano del Deporte, Coldeportes. En dicho Decreto las entidades vinculadas se comprometen con la coordinación y desarrollo de las estrategias para la promoción de hábitos de vida saludable, prevención y control de ECNT y la coordinación, formulación, gestión, ejecución y evaluación de programas y proyectos intersectoriales y comunitarios dirigidos a promover la AF y los hábitos de vida saludable a nivel nacional y territorial. Posteriormente, se renovaron las responsabilidades de esta Comisión a través de la Agenda Interministerial para el desarrollo de estrategias de promoción de actividad física, firmada el 07 de septiembre de 2009, por el Director de Coldeportes y el Ministro de Cultura, el Ministro de Educación y el Ministro de la Protección Social, donde se acogen las recomendaciones de la "Estrategia Global de Dieta, Actividad Física y Salud de la OMS". Adicionalmente se destaca la obligatoriedad de dar cumplimiento a: a) la Ley 1355 "por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ésta como una prioridad de Salud Pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención"; b) La Ley 1109 "por medio de la cual se aprueba el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco" y a los compromisos asumidos en el Plan Estratégico del Sector de la Protección Social 2011-2014 y c) al Plan Decenal de Salud Pública el cual se encuentra en proceso de construcción y que nuevamente incluirá a las ECNT como una prioridad nacional. Este proceso está en armonía con lo discutido durante la última Asamblea General de las Naciones Unidas de septiembre de 2011, que se centró en la prevención y el control de las ECNT y en donde como parte de los puntos clave se hace alusión a la responsabilidad que tienen los jefes de estado de promover la ejecución de intervenciones multisectoriales eficaces para reducir los efectos de los factores de riesgo comunes de las enfermedades no transmisibles, como la inactividad física, la alimentación no saludable y el consumo de tabaco.

En este contexto, y en el marco del convenio interinstitucional 252 de 2011 entre las instituciones antes mencionadas, Coldeportes realiza una contratación con la Asociación de Medicina del Deporte de Colombia – AMEDCO, con el fin de elaborar dos documentos. El primero, sobre los contenidos para el mejoramiento de la gestión territorial de los referentes departamentales, en la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación y prevención del consumo de tabaco, a través de la práctica regular de la actividad física. Y el segundo, un documento técnico con los contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 100% libres de humo de cigarrillo a través de la práctica regular de la actividad física cotidiana, dirigidos a los referentes de las entidades territoriales.



El objetivo de este segundo documento (Tomo 2) es brindar los fundamentos, recomendaciones y evidencia de las intervenciones a nivel mundial como herramientas para la adecuada formulación de programas en los niveles departamentales y municipales encaminados a la promoción de hábitos de vida saludable. Este documento está dividido en cuatro capítulos en los que de cada hábito (actividad física, alimentación saludable y control del consumo de tabaco) de manera independiente se darán las herramientas necesarias para la planeación y desarrollo programas y proyectos.

En la introducción, encontrará un resumen breve del concepto de salud y su evolución en el tiempo, acompañado de las teorías de cambio de comportamiento más ampliamente aceptadas, que esperamos sea de ayuda en la comprensión del problema y de los pasos necesarios para cambiar y adoptar un nuevo hábito y estilo de vida más saludable.

En el primer capítulo, encontrará toda la información referente a los fundamentos en cada uno de los temas (actividad física, alimentación saludable y control del consumo de tabaco), que incluyen definiciones y terminología, algunas estrategias de medición, los beneficios o consecuencias para la salud y finalmente las tendencias de estos hábitos en Colombia con información reciente y pertinente.

El segundo capítulo, pretende brindar las recomendaciones de salud pública a nivel mundial en cada uno de estos temas con datos e información relevante a la hora de plantear objetivos en la planeación y desarrollo de programas y proyectos en nuestro país.

Posteriormente, el capítulo tres, le proporcionará información sobre la estrategia de intervención a nivel mundial, regional y nacional que tienen evidencia de ser efectivas en mejorar los hábitos y estilos de vida de la población en general. Para cada uno de los temas este capítulo se subdivide en ámbitos, de acuerdo a las prioridades del país (comunidad, laboral, escolar y sistemas de salud), en los cuales además se brindan ideas claras de el tipo de intervenciones que se pueden realizar. En el cuarto módulo, se expondrán distintos elementos para la gestión del programa en los departamentos. En el quinto, encontrará los principales conceptos para llevar a cabo un proyecto a nivel departamental, partiendo desde la fase de diagnóstico hasta la fase de evaluación.

Finalmente el cuarto capítulo tiene una breve descripción de las necesidades de investigación en el país y lecturas recomendadas que buscan despertar en los lectores la curiosidad y el interés ampliar los conocimientos en estos temas para nuestro contexto propio.

Cada capítulo comprende una compilación de los documentos científicos más actualizados e idóneos en cada uno de los temas. La información acá presentada ha sido seleccionada por el grupo de expertos, con fin de brindar al lector información verídica, bien referenciada con tablas y gráficas ilustrativas, que sirvan como guía para el desarrollo de programas y proyectos a nivel nacional.



La voluntad política del gobierno ha permitido convocar a un selecto grupo de expertos para orientar la prevención de las enfermedades crónicas a través de estos documentos. Los profesionales invitados representan diferentes sectores de la academia y el pensamiento científico actual y han plasmado con gran entusiasmo y motivación, sus conocimientos, criterio y experiencia, basados en revisiones de la literatura mundial sobre estos temas.

Este trabajo no pretende ser un paradigma rígido ni un documento final en la búsqueda de herramientas y estrategias que permitan prevenir la enfermedad, es claro que no son verdades absolutas, ni pretenden ser la respuesta única a los grandes retos de la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), vale la pena aclarar que no abarcan la totalidad de las preguntas de investigación necesarias para avanzar en este proceso. Por el contrario, estos documentos pretenden ser puntos de partida basados en la evidencia para hacer que los políticos, tomadores de decisiones y la población en general promuevan los hábitos de vida saludable. Estas guías pueden ser usadas por todos los interesados para comunicar un mensaje claro y consistente acerca de las recomendaciones en hábitos de vida para el mantenimiento y mejoramiento de la salud. Estos documentos tienen el potencial para convertirse en las herramientas de comunicación entre científicos, profesionales de la salud, periodistas, grupos interesados y el público en general. También pueden ser utilizados como puntos de referencia para el monitoreo y la vigilancia en salud pública y pueden ser el soporte del desarrollo de políticas en salud pública.

El grupo de expertos asume la responsabilidad de permitir el diálogo y el cuestionamiento continuo por parte de otros grupos de la sociedad, en especial de los actores de este proceso: gestores, monitores, profesionales de la salud, el deporte y la educación y de todos aquellos ciudadanos comprometidos con la construcción de una sociedad más sana.

La mayor motivación para todo el grupo de trabajo es ser testigos de un complejo y desafiante proceso de cambio en nuestra sociedad, inundada de presiones comerciales e intereses particulares, hacia una Colombia más saludable, más responsable en el comportamiento individual y comunitario con el fin de reducir significativamente la dolorosa carga de las enfermedades crónicas. Este documento pretende proporcionar a los encargados de implementar programas y proyectos encaminados a la promoción de la actividad física, la alimentación saludable y el control del consumo de tabaco, las herramientas necesarias para lograr cambios permanentes con impacto en prevención y disminución de la carga de las ECNT a nivel departamental y municipal en Colombia.

RESUMEN EJECUTIVO

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen la principal causa de morbi-mortalidad en el mundo. La costo-efectividad de intervenir en los factores de riesgo modificables como la inactividad física, la nutrición inadecuada y el consumo de tabaco, han convertido a la promoción de estilos de vida saludable en una estrategia mundial para disminuir la carga en salud asociada a las ECNT.

Para reducir el impacto que estas enfermedades tienen en nuestro país es importante entender el concepto de salud como un proceso que se va construyendo día a día y de esta forma establecer la relevancia de intervenir en procesos de cambio de comportamiento que lleven a estilos de vida más saludables. Los encargados de implementar las estrategias de cambio en actividad física, alimentación saludable y control del consumo de tabaco (gestores y monitores) deben conocer y manejar estos temas con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida de sus comunidades y del país.

Actividad física:

El impacto global de la actividad física en la prevención, el manejo y la rehabilitación de las ECNT ha sido bien documentado en las últimas décadas. Se han demostrado beneficios claros en la prevención y manejo de la enfermedad cardiovascular, la diabetes tipo 2, el sobrepeso y la obesidad, el cáncer de colon, seno y próstata, la osteoporosis, así como también de algunas enfermedades mentales y neurodegenerativas. Las guías internacionales, basadas en numerosos estudios, recomiendan un mínimo de 150 minutos a la semana de actividad física moderada o vigorosa para toda la población, siendo mayores los beneficios si se alcanzan más de 300 minutos a la semana en especial para los niños y los adultos con sobrepeso. Adicionalmente se recomienda el entrenamiento de la fuerza muscular por lo menos dos veces a la semana en especial en adultos mayores cuya pérdida de masa muscular es frecuente y perjudicial. La prescripción de la actividad física debe considerar las características de cada individuo y ajustar las recomendaciones a un análisis cuidadoso del riesgo/beneficio. Se deben tener en cuenta la edad, los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, tabaquismo, sedentarismo y otros), las condiciones músculo-esqueléticas de la persona, los gustos e intereses, el grado de motivación o estadio de cambio comportamental, los horarios y las posibilidades de acceso a espacios o personal calificado, entre otros. Se deben incluir recomendaciones específicas de frecuencia, intensidad, tiempo y tipo de ejercicio (FITT).



Las intervenciones a nivel comunitario deben buscar reducir la preocupante y creciente prevalencia de sedentarismo en todo el mundo. Las intervenciones en el ambiente y la vida urbana, como facilitar el acceso a parques, medios de transporte activo, menor uso de automóviles y mayor integración de los sistemas de transporte masivo, entre otros, han demostrado ser estrategias exitosas en la reducción del sedentarismo. A nivel institucional, laboral y educativo existe una amplia gama de experiencias y posibilidades que incluyen las pausas activas, el mayor uso de escaleras, el acceso a programas curriculares y laborales de actividad física recreativa y competitiva. La integración de voluntad política institucional, incentivos, empoderamiento y participación de empleados y estudiantes en la orientación de los programas ha demostrado ser útil. Adicionalmente se pueden optimizar recursos y resultados si se incluyen otros aspectos como la alimentación saludable y el control del consumo de tabaco.

Recientemente se ha incrementado el interés hacia la evaluación y la implementación de estrategias efectivas que promuevan la actividad física. En Estados Unidos existe la Guía para la Comunidad y en América Latina el Proyecto GUIA, los cuales generaron recomendaciones después de un proceso riguroso de recopilación de estrategias de prevención en salud basadas en la evidencia. En este documento presentamos las estrategias que han mostrado ser efectivas y que son fuertemente recomendadas.

Nutrición:

En Colombia, el sobrepeso y la obesidad están incrementándose. La encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN), realizada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Instituto Nacional de Salud (INS) y el Ministerio de protección Social en 2010, muestra que la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los niños y adolescentes entre 5 y 17 años se ha incrementado en 25,9% en el último quinquenio. En la población adulta (18 a 64 años) el panorama no es más alentador: el 50% de la población tiene problemas de exceso de peso, siendo mayor en las mujeres que en los hombres. La obesidad abdominal se presenta en mayor proporción en las mujeres, en su mayoría en el grupo de 50 a 64 años.

Las causas de la obesidad (con relación a nutrición) son bien conocidas por todos. La mayoría de estos factores son susceptibles de modificación, entre ellos se encuentran: factores individuales como la dieta; el ámbito social, las costumbres de alimentación de la familia y amigos; el medio ambiente, incluyendo ambiente físico escolar y de trabajo; y los factores macro sociales como la comercialización y disponibilidad de alimentos.



Las intervenciones de salud pública para prevenir y/o disminuir el sobrepeso y la obesidad deben estar encaminadas a modificar el medio ambiente y los factores macro sociales. Las intervenciones individuales son realizadas en términos de motivación y educación para mejorar los hábitos de alimentación saludable.

Es importante también unificar los conceptos de dieta equilibrada y hábitos de alimentación saludable, razón primordial de este documento. Los mensajes más importantes que recomienda este documento en el área de alimentación saludable son:

- Conocer el peso actual y tener claro si se debe mantener o modificar de acuerdo al diagnóstico nutricional.
- Aumentar el consumo de fibra por medio del consumo de 5 porciones de fruta y verduras al día y aumentar el consumo de cereales integrales o con grano entero.
- Disminuir el consumo de cereales refinados o alimentos vegetales ricos en almidón como la papa, yuca y arracacha.
- Controlar el consumo de azúcar refinada, sal y alcohol.
- Aumentar el consumo de agua y especialmente hidratarse adecuadamente durante la actividad física.
- Recalcar que ningún alimento es bueno o malo, lo que existen son dietas bien o mal equilibradas.

Control del consumo de tabaco:

El tabaquismo es la principal causa de muerte prematura evitable en el mundo. Es responsable de cinco millones de muertes anuales, sin embargo si no se toman medidas al respecto esta cifra podría duplicarse para el 2030. Los estudios estiman que de cada cien fumadores que mueren, cincuenta lo harán por causas relacionadas al tabaco y veinticinco perderán entre veinte a veinticinco años de vida potencial.

En Colombia el 12,8% de la población adulta y el 21,8% de los adolescentes de 13 a 15 años fuman. Cada año mueren 21700 personas debido a enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco. El 1,2% del PIB de nuestro país se gasta en la atención de patologías tabaco-dependientes, este valor no es compensado por las recaudaciones obtenidas por el conjunto de impuestos al tabaco.



Además de los costos en salud, los costos sociales y ambientales que viene dejando la epidemia del tabaco son cuantiosos: agresión al medio ambiente por proliferación de desechos de residuos químicos de los plaguicidas empleados en el cultivo del tabaco, tala de árboles por la madera que se emplea como combustible para curar las hojas de tabaco, también se ocasiona erosión y empobrecimiento del suelo.

Teniendo en cuenta que la epidemia de tabaquismo es prevenible, en las últimas décadas se han dado grandes avances en la lucha contra el consumo de tabaco. Desde el año 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconociendo las graves consecuencias debidas al consumo de tabaco y a la exposición al humo de tabaco ambiental, asumió el reto de enfrentarlas elaborando el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). El CMCT presenta un modelo para que los países reduzcan tanto la oferta como la demanda de los productos del tabaco y establece los principios y contexto para la formulación de políticas, la planificación de intervenciones y la movilización de recursos políticos y financieros para el control del tabaco. Los países parte del convenio están obligados a seguir sus recomendaciones y a tener una legislación que lo avale, para pasar de la voluntad y el compromiso, a la acción y vigilancia de su cumplimiento.

Solo el 5% de la población mundial está protegida con medidas efectivas para el control del consumo de tabaco, entre la cual se encuentra la población colombiana. El CMCT se aprobó mediante la Ley 1109 de 2006 y en el año 2010 se promulgó la Ley 1335 de 2010, una ley integral para el control del consumo de tabaco que incluye medidas que buscan prevenir nuevas generaciones de fumadores, proteger a la población no fumadora del humo ambiental de tabaco e incrementar las tasas de cesación del consumo por parte de los fumadores, lo que permitirá abordar de manera integral el problema del tabaquismo. Es imprescindible el compromiso de todos para lograr controlar esta epidemia.

INTRODUCCIÓN

Concepto de salud, ¿Por qué es importante intervenir para favorecer hábitos de vida más saludables?

Aproximarnos a la salud desde una perspectiva amplia implicará retos al trabajar por promoverla e ir más allá de minimizar riesgos, disminuir prevalencias y afectar positivamente datos. La salud asociada a calidad de vida y a mejores posibilidades de desarrollo, es un derecho que debe ser garantizado. Para promoverla se debe habilitar y empoderar a personas y grupos para potenciar en individuos y comunidades la capacidad de gestionar posibilidades reales de salud y bienestar.

La manera como entendamos la salud dará lugar al tipo de intervenciones que realicemos, con alcances acordes a eso “estándares” de salud que queremos lograr; es así como si nos quedáramos entendiéndola como la ausencia de enfermedad, muy seguramente nos limitaríamos a ofrecer servicios para atender a las personas y colectivos cuando se enferman, trabajando a nivel de mitigación y prevención, niveles muy importantes pero insuficientes. La evolución histórica del concepto de salud evidencia que estos no son los únicos niveles en los que necesitamos incidir si queremos mejorar las condiciones para la salud.

Entender integral y holísticamente el concepto de salud, nos ayudará a ser cada vez más conscientes de que nuestras intervenciones van más allá de lo puntual, refuerzan lo existente (mitigación/prevención) y abren espacios concretos de posibilidades para promover la salud. En este sentido nuestras intervenciones implicarán la gestión de condiciones que posibiliten tanto a nivel individual, como colectivo los mecanismo para conservar la salud y reconocer, priorizar, afectar y mejorar los factores que ayudan a las personas a permanecer saludables.

Esta introducción nos permitirá entender las implicaciones de la evolución del concepto y los retos que se derivan de asumir que la enfermedad es multi-causada y que hay una determinación social en las causas de enfermedad y muerte. Entender y apropiar estos retos nos permitirá, como lo propone Terris en 1990 al referirse a la Salud pública, “asumir el reto de desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.

Considerando lo anterior, hemos encontrado importante ofrecer una síntesis de la evolución del concepto de salud, para entender mejor cómo hemos pasado históricamente de los casos y riesgos individuales, al análisis de los determinantes de grupos poblacionales; cómo hemos pasado del papel preponderante de la atención médica a la preocupación por las “causas de las causas” que afectan la salud y de los factores que ayudan a que las personas permanezcan sanas. Esta parte del documento nos ayudará a entender como el cambio de paradigma implica en la práctica, pasar de las intervenciones de lo uni-causal, individual y asistencial hacia la comprensión de lo multi-causal y lo poblacional, para lograr abrir posibilidades individuales y colectivas en favor del mantenimiento de la salud, el bienestar y la calidad de vida.

Los siguientes conceptos fueron tomados textualmente del documento “La salud a lo largo de la vida: Guía para el trabajo comunitario” en su primera parte “Promoviendo salud desde el ámbito comunitario” escrito por María Auxiliadora Lacayo Gabuardi y Luis Gutiérrez Alberoni de OPS/OMS Nicaragua, que se encuentra en proceso de publicación. Esto, por considerarlo un documento actualizado, elaborado con una perspectiva pedagógica que ilustra muy

claramente el concepto de salud, su evolución en el tiempo y ofrece una base conceptual firme para lograr un cambio de paradigma en favor de la promoción de la salud.

A lo largo de la historia, la salud ha sido considerada de distintas maneras, pero mayoritariamente ha prevalecido la idea de que es lo contrario a la enfermedad. Aún hoy en día, muchas personas piensan que una persona sana es aquella que no padece de ninguna enfermedad, ni tiene malestares ni dolencias, pero esto no es totalmente cierto.

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como “el estado de completo BIENESTAR físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”. En consecuencia, estar sano es estar y sentirse bien en todos los aspectos: físico (salud del cuerpo), mental (estado de ánimo, modo de ser y actuar) y social (capacidad de relacionarse e integrarse a la comunidad y sociedad en que nos toca vivir) (World Health Organization, 1946).

Esta definición tiene un enfoque novedoso, pues considera la salud como algo positivo ligado al bienestar y no sólo como ausencia de enfermedad, además de que por primera vez incluye a la salud mental y social como condicionantes de salud, reconociendo que el bienestar físico no es suficiente para estar sano. Sin embargo, también surgieron opiniones que planteaban que ese concepto tenía limitaciones, pues consideraba la salud como un estado fijo (estático) y no dinámico (cambiante), y como algo difícil de alcanzar (el completo bienestar).

El concepto dinámico de salud considera que la salud y la enfermedad forman parte de un continuo, en donde lo óptimo es la salud y lo contrario (lo peor) es la muerte, como final irremediable. Sin embargo, la separación entre salud y enfermedad no es rígida, y pueden existir distintos niveles de salud y de enfermedad: uno puede estar enfermo o muy enfermo, o puede estar sano, muy sano o sanísimo.

A través del debate en distintas conferencias internacionales el concepto de salud se ha seguido enriqueciendo, hoy en día se tiene una idea más dinámica de lo que es la salud, reconociéndola como un proceso que se va construyendo día a día, a lo largo de toda la vida, y que por lo tanto, no es rígido, sino modificable.

Revisaremos algunas definiciones interesantes que se han dado sobre la salud a través de la historia, que también incluyen la perspectiva de la salud mental y social, y el manejo de los retos de la vida cotidiana:

- “La salud depende del equilibrio y armonía de las fuerzas y de las potencias” (Alcmeon, siglo I A.C.).
- “La salud es una gozosa actitud, una alegre aceptación de las responsabilidades” (Sigerist, 1940).
- “Salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente” (1985).
- “La salud es un proceso de adaptación, y expresa la capacidad de una persona de adaptarse a los diferentes entornos, de crecer y envejecer, de curarse cuando está enferma y de esperar pacíficamente aquello que no tiene remedio” (Sáez & Pérez, 1999).

Como podemos ver, existe coincidencia en que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado de equilibrio y armonía entre distintos aspectos - llamados determinantes - que influyen en ella (Gráfica I-1). La salud no es estática,

sino cambiante, según la influencia de esos determinantes. Algunos consideran incluso que la salud no es un objetivo en sí misma, sino un recurso para la vida cotidiana, como una manera de vivir.

Gráfico I-1. Concepto de Salud



Al hablar de salud, algunas personas inmediatamente piensan en medicinas, hospitales y médicos, pues se ha interiorizado la idea de que para poder tener y mantener la salud es necesario tener un seguro de enfermedad, un médico al alcance, un hospital cercano donde ir y medicinas que tomar. Aunque es cierto que en algunos momentos de la vida necesitamos de estas cosas, si analizamos a conciencia y revisamos la experiencia humana acumulada, nos daremos cuenta de que la salud depende más de otros muchos aspectos ligados a nuestra vida cotidiana y a lo que hacemos y vivimos diariamente, que de estos factores anteriormente mencionado.

La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y de asegurar que la sociedad en que vivimos ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de un buen estado de salud.

La salud es resultado de la interacción del individuo con su medio ambiente, y está determinada o influenciada por aspectos de tipo biológico, psicológico y social, lo que produce determinados niveles de bienestar físico, mental y social.

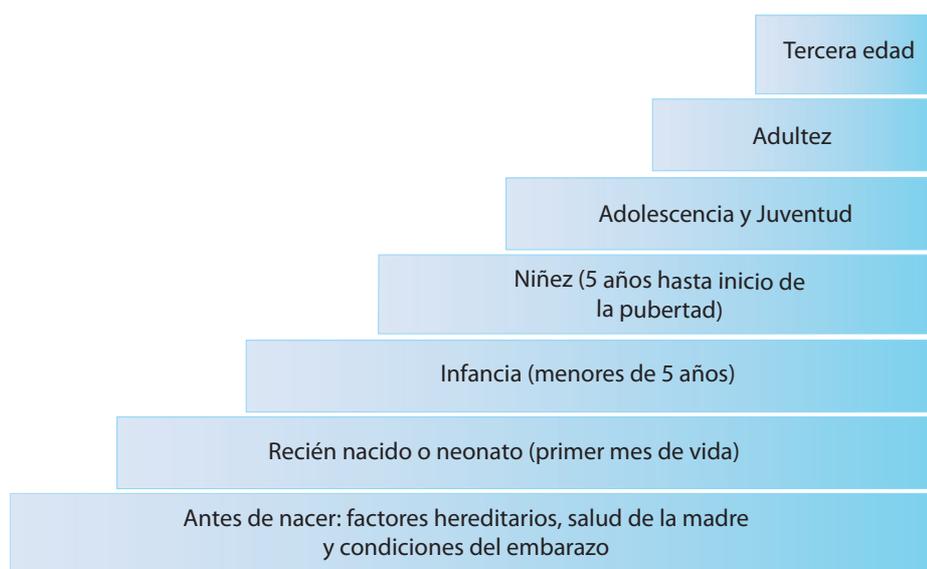
La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo (WHO, 1986). No es algo que se consigue de repente, como un regalo. Por el contrario, la salud es algo que se construye en el día a día, pues está determinada por los acontecimientos que van ocurriendo durante toda la vida de la persona, incluso desde antes de nacer.

Así por ejemplo, el estado de salud del bebé, al nacer, dependerá de los aspectos hereditarios que le transmitan sus padres al concebirlo, del estado de salud que tenga su madre al quedar embarazada y de las condiciones en que se desarrolle su embarazo, en todos los aspectos. La madre, ¿está sana y bien nutrida? ¿se siente tranquila y realizada porque va a tener a su bebé? ¿dispone de las condiciones básicas para criarlo? ¿siente algún tipo de angustia o estrés por el embarazo que lleva?

De igual manera, las condiciones de salud que tenga ese niño mientras va creciendo, irán influyendo y construyendo las condiciones de salud que tendrá esa persona cuando sea adulta. Por esto es importante cuidar de nuestra salud en cada etapa de la vida, para poder contar con una buena base de salud en las próximas etapas que vamos a vivir (Gráfico I-2).

Las actitudes y comportamientos relacionados con la salud empiezan a formarse desde que la persona nace y a medida que va creciendo, dependiendo de las circunstancias que le rodean y las costumbres y forma de pensar de sus padres y familiares, y continúan formándose durante toda la vida, hasta llegar a determinar la forma de ser, pensar, sentir y actuar de cada uno de nosotros en materia de salud.

Gráfico I-2 La salud es un continuo que se va construyendo a lo largo de la vida.



Pero nuestra vida no es rígida: crecemos, aprendemos, construimos, reconstruimos, creamos, nos desarrollamos y siempre podemos aprender cosas nuevas que nos ayuden a mejorar nuestros conocimientos, hábitos, prácticas de salud y condiciones de vida. Esa es una de las maravillosas leyes y oportunidades que nos da la vida. Por tanto, siempre es posible ayudar a las personas y familias de nuestra comunidad a revisar sus condiciones de salud y de vida para entusiasmarlas a mejorar con su propio empeño y en cualquier etapa de la vida en que se encuentren.

Factores determinantes de la salud

Si entendemos la salud como un equilibrio y una manera de entender y vivir la vida, podemos notar que existen factores que ayudan a mantener ese equilibrio. Pero entonces, cuando se altera uno de esos factores, se rompe el equilibrio y puede aparecer la enfermedad, o disminuir la calidad de vida de la persona. Así aparece el concepto de “determinantes de la salud”.

Se llama “determinantes de la salud” a los factores o aspectos que influyen en la salud de las personas y determinan su estado actual o futuro de salud.

Estos determinantes no son estáticos y casi todos pueden ser modificados, en la búsqueda de mejores condiciones de salud para todas las personas. Además, están tan inter-relacionados entre sí, que hacen difícil precisar en dónde comienza y termina cada uno. Existen distintos tipos de determinantes, pero se ha convenido agruparlos en cuatro grandes grupos (OPS/OMS Nicaragua, 2011):

- i. **Biología humana:** la salud de cada persona depende de factores hereditarios que se transmiten de padres a hijos y de factores biológicos propios de su constitución personal. Existen factores genéticos que influyen en la salud de las personas, así como enfermedades o condiciones del organismo que se heredan, por ejemplo, la predisposición a ciertos tipos de cánceres. También existen condiciones personales que influyen en la posibilidad de contraer algunas enfermedades, como la edad, el sexo y el proceso de envejecimiento, entre otras.
- ii. **Ambiente natural y social:** el ambiente y la sociedad en que nace y vive una persona influyen en sus condiciones de salud. En este grupo tenemos el ambiente natural, las condiciones materiales de vida y el ambiente social en que se vive.

Como parte del ambiente social influye el hecho de tener o no tener trabajo, el ambiente laboral que tiene la persona, su nivel de integración comunitaria y el apoyo social que recibe de familiares, amigos y vecinos. También influyen los aspectos culturales, pues el nivel cultural de una persona o de un pueblo favorece la capacidad de adquirir hábitos saludables, de distinguir lo saludable de lo dañino, de educarse y de ser solidario con los demás.

- iii. Factores individuales y preferencias en los hábitos de vida: la salud es mantenida por la ciencia y la práctica de la medicina, pero también por el esfuerzo propio. Por eso la salud también depende de las capacidades o competencias que tienen las personas para cuidarse y prevenir situaciones que deterioren su salud (actitudes, hábitos y prácticas de salud). Estas capacidades tienen mucho que ver con las acciones de promoción y educación de la salud, pero también dependen de las decisiones que tome cada persona y de la manera de llevarlas a la práctica en su vida cotidiana.

Los hábitos de vida (conjunto de comportamientos o aptitudes que desarrollan las personas) pueden ser saludables o dañinos para la salud y puede ser causa de muchas enfermedades. La conducta de la persona, sus valores, su actitud frente al riesgo, su capacidad de comunicarse, la forma en que enfrenta sus problemas y preocupaciones y su capacidad de adaptarse a los cambios de la vida, determinan sus preferencias y hábitos de vida. Así vemos que en nuestras comunidades existen problemas de salud como el tabaquismo, el alcoholismo, la malnutrición, la exposición a agentes infecciosos y tóxicos, la violencia y los accidentes, que tienen su base en los estilos de vida que asumen las personas, pero también existen costumbres familiares y comunitarias que tienen un impacto muy positivo en la salud de las persona y familias, como la actitud de cuidado ante las enfermedades, la práctica de la planificación familiar, el cuidado y apoyo a las mujeres embarazadas, la lactancia materna, la lucha por un ambiente limpio y saludable, entre otras.

Las personas deben tomar conciencia de que en gran medida su salud depende de ellas. Si no se desarrolla esta conciencia y no se asume responsabilidad por la propia salud, los esfuerzos por modificarla serán en vano.

- iv. El sistema sanitario: finalmente citamos, como factor determinante de salud, la forma en que están organizados los servicios de salud, su calidad, accesibilidad y gratuidad, ya que de ella depende su capacidad de prevenir la enfermedad y curarla, promover la salud, proporcionar la asistencia sanitaria adecuada a enfermedades, accidentes o catástrofes, y posibilitar el acceso gratuito a los servicios sanitarios, a los medicamentos y a las instalaciones de salud (hospitales, centros de salud, casas maternas).

A mediados de los años 70 se empezaron a hacer estudios para conocer qué influencia ejercían en la salud los diferentes determinantes, con la intención de enfocar los planes de salud hacia los aspectos que más influenciaban en ella. Así se pudo conocer que el determinante de salud de mayor peso eran los hábitos de vida, y que a su vez, era el que disponía de menos recursos, a pesar de que las enfermedades causadas por los hábitos de vida no saludable ocasionaban al sistema de salud un elevado costo económico. También se pudo constatar que la inversión mayor se destinaba al Sistema de salud.

En el siguiente cuadro se muestran algunos resultados de esos estudios:

Determinantes de la salud

	Su peso en la Mortalidad	Gasto \$
Estilo de vida	43%	1.2%
Biología humana	27%	6.9%
Medio ambiente	19%	1.5%
Sistema de atención médica	11%	90.6%

A partir de entonces hubo un cambio de pensamiento que condujo al cambio de prioridades de salud y de distribución del gasto público y se empezó a invertir un porcentaje elevado de recursos en la Prevención y la Educación sanitaria.

 **Preguntas de Reflexión → Respóndelas para ti mismo, pensando en tu comunidad**

1. Señala algunos hábitos de vida que te parezcan saludables.
2. Haz un listado de los hábitos y costumbres que consideres dañinos para la salud y que sea necesario trabajar (cambiar).

Preocupación mundial por la salud: un poco de historia

Como vemos y sabemos, la salud y la situación socioeconómica están estrechamente relacionadas: las condiciones de salud de la población dependen del desarrollo social, a su vez el desarrollo social ha ido mejorando las condiciones y calidad de vida de la mayoría de las personas. Las causas principales de enfermedad y muerte afectan a todos los grupos de población, pero son las personas pobres y marginadas las que se ven afectadas en forma desproporcionada. Por tanto, para lograr la equidad es necesario avanzar hacia el acceso universal a la salud.

En 1948, la Organización de Naciones Unidas proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, en donde por primera vez se señalaron los derechos que nos corresponden a todas las personas por igual, sin importar el sexo, grupo social, raza o grupo étnico, preferencia política, religión o diferencia de cualquier tipo (Naciones Unidas, 1948).

Esta declaración fue firmada por todos los países miembros y en esencia establece que todas las personas tienen el derecho a que se les garantice la posibilidad de disfrutar de una vida digna y de desarrollarse plenamente como personas útiles a la sociedad.

Declaración Universal de Derechos Humanos

Artículo 25: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios..."

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales..."

Como vemos, la salud es un derecho humano fundamental, una necesidad básica de todo ser humano y un bien social de enorme valor. Es necesario reflexionar sobre estos derechos con la población, para que pueda velar por su cumplimiento en todos los ámbitos (familia, escuela, trabajo, comunidad) y para garantizar el acceso de todas las personas a la salud sin distinción de ningún tipo, identificando las barreras que impiden el acceso igualitario e impulsando acciones que permitan una vida plena y saludable para todas las personas y familias.

En 1978, la Conferencia Internacional de Alma-Ata (OMS) destacó la importancia de la Atención Primaria como nueva política sanitaria que se debía llevar a cabo con la participación de la población en la resolución de sus problemas de salud.

Atención Primaria de Salud

Es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.

Posteriormente, en la Conferencia de Ottawa (OMS, 1986) surgió el concepto de Promoción de la Salud y luego, en la Declaración de Yakarta (OMS, 1997) se concluyó que para tener salud se necesitaban otros prerrequisitos como la paz, recursos económicos adecuados, alimentos, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.

Como forma de desarrollar estas estrategias, desde la OMS (1977) se promovió el lema "Salud para Todos en el año 2000", que sirvió como referencia a todos los países miembros para desarrollar sus políticas de salud, durante casi 20 años.

A lo largo de estos años, la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud han demostrado ser las herramientas principales para modificar los hábitos de vida de las personas y el medio ambiente hacia un equilibrio saludable, con el objetivo de conseguir que estos factores se mantengan en equilibrio y que las personas puedan tener salud, mejorar sus condiciones de vida y alcanzar el bienestar que tanto aspiramos.

La promoción de la salud

La Promoción de la Salud es el proceso de capacitar a la gente para que aumente el control de su salud y pueda mejorarla. Es una estrategia mediadora entre la población y su entorno, pues busca integrar la actuación de cada persona, con la responsabilidad social de crear un futuro más sano.

En 1986 se celebró la Conferencia Internacional de Ottawa, en Canadá, donde se establecieron las siguientes estrategias básicas como objetivos para la promoción de la salud (WHO, 1986):

- i. Desarrollar políticas que apoyen la salud: lograr que la salud forme parte de los programas de acción de los políticos en todas las instituciones y sectores. Identificar y corregir las barreras que impidan tener políticas saludables.
- ii. Crear entornos favorables: la salud humana depende de la forma en que tratamos a la naturaleza y a nuestro propio ambiente. Las sociedades que no respetan la naturaleza acaban sufriendo sus efectos adversos. El trabajo y el ocio tienen un impacto claro en la salud, por eso es importante crear condiciones de vida y de trabajo que sean seguras, estimulantes, satisfactorias y divertidas.
- iii. Reforzar la acción comunitaria: las comunidades deben tener poder y control sobre sus iniciativas y actividades. Es necesario aumentar la participación ciudadana en la toma de decisiones a cualquier nivel.
- iv. Adquirir aptitudes individuales: desarrollar habilidades y hábitos de vida saludable a nivel personal y comunitario, a través de la información y la educación. Promover un mayor control de la gente sobre su propia salud y sobre el ambiente. Apoyar este proceso desde la escuela, el hogar, el lugar de trabajo y la propia comunidad.
- v. Reorientar los servicios de salud: reducir actividades clínicas que ocupan la mayor parte del tiempo de los profesionales de la salud y encauzar su trabajo hacia actividades de promoción y educación que involucren a las personas y comunidades.

La educación para la salud

La Educación para la Salud se debe contemplar dentro de una estrategia amplia de Promoción de la Salud, donde el individuo y la comunidad asuman un protagonismo efectivo. Su objetivo no es conseguir un cambio de conocimientos, sino un cambio de actitudes que lleve a un cambio real de la conducta. Se trata entonces de desarrollar capacidades y habilidades que permitan a las personas comportarse de manera saludable.

Las actividades de prevención y de promoción de la salud pueden realizarse en todos los ámbitos: en la escuela, en el trabajo, en la comunidad y en el tiempo libre (Tabla I-1).

Tabla I-1. Educación para la salud en la escuela, lugar de trabajo, comunidad y medios de comunicación

Escuela	Los(as) niños(as) adolescentes y jóvenes tienen una gran capacidad de aprender y asimilar los hábitos que les permiten tener unos estilos de vida saludable, por eso es importante aprovechar este potencial y formar a las nuevas generaciones en actitudes de cuidado y hábitos saludables.
Lugar de trabajo	El mundo laboral concentra a un gran número de personas en un mismo lugar de trabajo, lo que facilita las acciones de promoción y prevención. Existen riesgos de trabajo que justifican la Educación para la Salud, que deben encaminarse a evitar que esos riesgos provoquen accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. El objetivo es conseguir un entorno laboral saludable.
Comunidad	Las actividades de Educación para la Salud en la comunidad deben ir encaminadas hacia la participación de la población en el estudio de la realidad y la identificación de sus problemas de salud. Se debe trabajar por promover comportamientos saludables e inculcar hábitos positivos que mejoren el nivel de salud y calidad de vida de la población.
Medios de comunicación	Los medios de comunicación tienen la capacidad de aumentar el nivel cultural de la población y de estimular a la opinión pública ante un problema concreto. Una correcta información de los medios de comunicación evita la desinformación, las alarmas injustificadas y los errores en materia de salud, por eso es importante incluirlos en una estrategia de Educación sanitaria.

La prevención de los problemas de salud

Se entiende por prevención al conjunto de medidas destinadas a prevenir o evitar los riesgos de salud. La prevención se basa en el estudio de las causas que provocan salud o enfermedad, para que una vez conocidas, se puedan orientar medidas que prevengan la enfermedad y promuevan la salud.

Para desarrollarla debidamente es necesario tener un buen conocimiento de la población, identificar los factores de riesgo y tener una visión general de las enfermedades que afectan a la comunidad. Según el momento en que se realiza, la prevención puede ser primaria, secundaria o terciaria (Tabla I-2).

Tabla I-2. Tipos de Prevención

Primaria	Busca impedir o retardar la aparición de la enfermedad, disminuyendo los factores de riesgo y aumentando los factores de protección.
Secundaria	Busca detener la enfermedad una vez que ha aparecido, aplicando tratamiento y protegiendo a las personas que pueden ser afectadas.
Terciaria	Busca impedir las recaídas y reducir las complicaciones de enfermedades y accidentes a través del tratamiento y la rehabilitación.

Asumir la salud como un estado de completo bienestar y a las personas como seres integrales, implica apostarle a su bienestar, calidad de vida y posibilidades para su desarrollo integral y nos plantea retos concretos a nivel de las intervenciones. No podemos conformarnos con disminuir las cargas de enfermedad, si nuestro reto es la salud, lo acompañan la necesidad de trabajar por el fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva, por el empoderamiento de individuos y comunidades y la necesidad imperiosa de garantizar la salud, el bienestar como derechos para todos los habitantes del nuestro territorio colombiano y asumir la promoción de la salud como un eje de desarrollo transversal en todos los rincones del país. El reto es entonces, para todos los interesados en el tema, empoderar y habilitar a las personas para que logren modificar positivamente los aspectos que afectan su salud.

Teorías de cambio de comportamiento

Las teorías de cambio de comportamiento para el diseño de estrategias de comunicación en salud apropiadas y efectivas tienen como base el reconocimiento de que el comportamiento humano es una acción observable que realiza una persona en circunstancias específicas. Por lo tanto, el cambio nos refiere entonces a acciones observables, modificables, de impacto, que justifican el esfuerzo (Li, 1999) (Tizte, Martin, Selier & Stronegger, 2001) (Berger, Pargman & Weinberg, 2002) (Guillison, Osborn, Standge & Skevington, 2008).

A pesar de la cantidad de información y evidencia de los efectos positivos y de la importancia de los hábitos saludables, muchas personas aún no deciden iniciar un cambio, o cuando deciden hacerlo les cuesta permanecer en éste. De ahí la importancia de conocer los factores asociados con la toma de decisiones que implica iniciar un cambio y mantenerse en él. En este contexto, los modelos teóricos sirven de modelo conceptual para explicar las razones de dichos comportamientos.

A continuación se describen aquellos modelos que han demostrado ser útiles para explicar y predecir la efectividad en la adherencia o no a un cambio.

Modelo transteórico (Prochaska y DiClemente 1983)

Este modelo afirma que las personas progresan a lo largo de una serie de etapas de cambio comportamental, y que el paso a lo largo de éstas etapas tiende a ser cíclico y no lineal. Por lo tanto las personas pueden lograr o no establecerse en un cambio de estilos de vida. A medida que las personas avanzan en una etapa, éstas se encontrarán más cerca de adquirir el comportamiento deseado (Gráfico I-3). En una población, es muy importante identificar en qué etapa se encuentran los individuos, con el fin de diseñar intervención más efectivas. Las etapas son las siguientes:

- i. **Pre-contemplativa:** no hay intención de cambio de comportamiento en un futuro cercano, la persona no piensa en empezar un cambio en los próximos seis meses. Esta etapa está asociada a falta de conocimiento sobre los beneficios del cambio, desinformación sobre las consecuencias, a que el individuo haya tratado de cambiar en ocasiones pasadas pero no haberlo logrado o a que el individuo no le haya gustado la experiencia del cambio. Los individuos presentan comportamientos de evitación, y son considerados como personas o grupos humanos resistentes o sin motivación. En esta etapa se recomienda dar educación y material informativo sobre los beneficios del cambio y los riesgos de permanecer con el comportamiento actual.
- ii. **Contemplativa:** las personas tienen la seria intención de hacer un cambio comportamental dentro de los próximos seis meses, son más conscientes de los beneficios de un cambio, pero también de los contras. Está indecisión de los pros y contras puede generar ambivalencia y retenerlos de hacer el cambio. En esta etapa se recomienda reforzar los beneficios y pros del cambio, aterrizar la posibilidad del cambio con metas puntuales y dar opciones viables de cómo lograr el nuevo comportamiento.
- iii. **Preparación:** las personas generalmente intentan hacer un cambio, y lo realizan pero no de manera sistemática ni regular, sin embargo en términos generales las personas comienzan a ejecutar algún plan para cambiar su comportamiento. No es una etapa muy estable. En esta etapa se recomienda reforzar y animar los pequeños cambios, motivarlos a que defina objetivos SMART o inteligentes (específicos, medibles, alcanzables o logrables, realistas y con tiempos determinados) y a que tengan su plan de acción estructurado.
- iv. **Acción:** en esta etapa las personas han realizado modificaciones específicas de hábitos de vida durante los últimos seis meses. Aquí las personas están muy cerca de mantener el cambio. En esta etapa se recomienda mantener muy conscientes los beneficios que hasta ahora les ha traído a cada uno el cambio comportamental y reforzar las metas logradas.
- v. **Mantenimiento:** cuando las personas han logrado sostener el cambio comportamental por un período mayor a seis meses; se espera que continúen manteniendo el comportamiento a lo largo de la vida. En esta etapa se recomienda anticipar posibles barreras o problemas específicos y reforzar las metas.
- vi. **Terminación:** cuando hay cero intención o tentación de volver al comportamiento anterior.

Gráfico I-3 Etapas del cambio de comportamiento



Adaptado de: Proceso de cambio de comportamiento (Prochaska, Velicer, DiClemente y Fava 1988)

Proceso de cambio de comportamiento (Prochaska, Velicer, DiClemente y Fava 1988)

Mientras que el modelo anterior se enfoca en: cuando las personas cambian, éste modelo se centra su atención en: cómo sucede este proceso. Los procesos de cambio son actividades que utilizan las personas para modificar las experiencias y ambientes para así poder lograr cambiar el comportamiento. Para que haya avances en las etapas de cambio se necesitan procesos de cambio, de otra forma las personas no avanzarían a las siguientes etapas. Dicho proceso puede ser dividido en cognitivo y comportamental. Dentro de los procesos de cambio están:

Proceso cognitivo

- Elevación de consciencia: cuando las personas recuerdan la información que se les ha dado sobre los beneficios de los hábitos saludables.
- Alivio dramático: las advertencias de los riesgos de no realizar dichos cambios, mueven emocionalmente a las personas.

- Re-evaluación ambiental: cuando la persona considera que por medio de sus cambios comportamentales, estaría siendo un mejor modelo para la sociedad, la familia y sus pares o personas cercanas.
- Auto re-evaluación: cuando la persona considera que realizar un cambio lo puede hacer una mejor persona.
- Liberación social: cuando la persona se da cuenta y se concientiza de que la sociedad cambia cuando el realiza un cambio.

Proceso comportamental

- Ventana al condicionamiento: en vez de continuar con sus comportamientos actuales, se compromete con algún cambio.
- Apoyo de relaciones: el contar con personas, amigos o familiares que apoyen el cambio, hacen que haya más probabilidad de éxito de este.
- Manejo de auto-reforzadores: premiarse cuando se cumple con los cambios propuestos.
- Auto liberación: convencerse a sí mismo de que puede permanecer en el cambio.
- Control de estímulos: utilizar herramientas que le recuerden la realización del cambio.

Asegurar que las personas experimenten estos pasos, permitirá eventualmente un avance en las etapas de cambio comportamental mencionadas anteriormente y que se mantengan en su cambio de comportamiento.

Teoría del comportamiento planificado (Ajzen y Madden 1986)

Este modelo es importante en la medida en que hace énfasis tanto en la intención del cambio como en el control del comportamiento. El control está determinado dependiendo del punto en que los factores no voluntarios, bien sea internos o externos, interfieren con la intención de la persona por realizar el cambio. Es decir los comportamientos se mueven en un largo continuo que puede ir desde el control total hasta una falta completa del control. Por ejemplo, la persona puede tener la intención de salir a caminar temprano en la mañana (control total) pero puede estar lloviendo (falta de control) y esto le impide realizar su comportamiento. Este modelo clarifica la importancia de tener en cuenta las barreras, reales o percibidas, que eventualmente afectan el control percibido del comportamiento.

El control percibido, son aquellas percepciones de la posibilidad de realizar el comportamiento; por lo tanto entre más recursos y oportunidades crea la persona tener, menos obstáculos tendrá y de esta manera tendrá un mayor control y realizará más fácilmente el cambio.

Teoría de la auto eficacia (Bandura 1977-1997)

Similar al modelo anterior, éste hace referencia a un factor personal clave para lograr un cambio comportamental, afirmando que todos los cambios son mediados por un mecanismo cognitivo común que es la auto eficacia. La auto eficacia, son las creencias personales de la capacidad de responder a las demandas situacionales. Se afirma que estas expectativas influyen en: a) las actividades que las personas escogen hacer, b) el esfuerzo para mantenerse en dichas actividades y c) el grado de persistencia demostrado para no fallar. La auto eficacia se enfoca en el rol del auto referente y provee un mecanismo común mediante el cual las personas demuestran control sobre sus propias motivaciones y comportamiento. De esto es importante tener en cuenta que en la medida que una persona sienta que cuenta con las capacidades, físicas, mentales y personales, ésta estará dispuesta a realizar un cambio, sí por el contrario considera que no las posee es muy probable que se cierre a ésta posibilidad.

Por otro lado, cuando las personas comienzan un cambio, y empiezan a ver los resultados de éste, su auto eficacia cambia en la medida en que se están demostrando a ellos mismos logros que no pensaban poder cumplir, y cada vez se sentirán más capaces de comprometerse con nuevos retos personales.

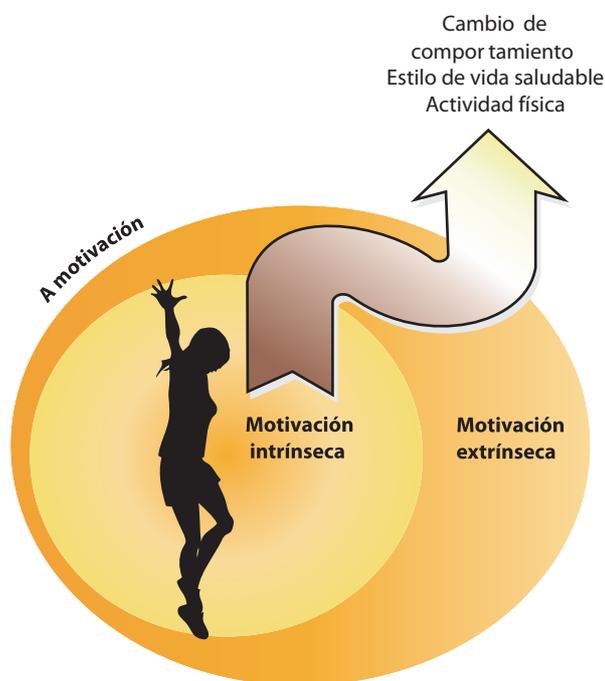
Escala multidimensional de la motivación (Li 1999)

La motivación es un concepto que es clave a tener en cuenta, ya que es considerada como esa fuerza que mueve a las personas a realizar un comportamiento. De ahí la importancia de revisar como está la motivación de alguien al momento de considerar hacer un cambio comportamental. Por lo general se habla de tres conceptos básicos:

- La a-motivación: es la ausencia de motivación. Las personas no están interesadas en un cambio de comportamiento.
- La motivación extrínseca: es cuando las personas realizan un comportamiento por contingencias externas (premios, recompensas, reconocimiento), afirmando que el comportamiento se mantendrá en la medida en que estas contingencias estén presentes.
- La motivación intrínseca: es cuando las personas realizan un comportamiento por factores internos, de esta manera independiente a lo que pase con el exterior o las contingencias externas, las personas mantendrán su comportamiento.

El ideal es lograr una motivación intrínseca, ya que con esta puede asegurar la permanencia del comportamiento. Sin embargo muchas veces, sobre todo en la adquisición o cesación de hábitos, esto se comporta como un continuo; es decir, las personas pasan de la a-motivación a una motivación extrínseca y posteriormente, si logra los procesos de cambio, llega a obtener una motivación intrínseca (Gráfico I-4).

Gráfico I-4 Motivación en el proceso del cambio



Li en 1999, diseño una escala que sub divide en etapas más específicas la motivación extrínseca y la intrínseca, aclarando aún más por cual tipo de etapas motivacionales puede estar pasando cada persona. La escala quedó diseñada de la siguiente forma:

A-motivación: ausencia completa de motivación.

Motivación extrínseca:

- Regulación externa: asociada con el condicionamiento operante que conduce a realizar un comportamiento para ganar la aprobación de otros.
- Regulación introducida: un poco más internalizada, pero más comprometida por la evitación de la culpa.
- Regulación identificada: da valor al comportamiento en relación al bienestar, por lo tanto el comportamiento es un instrumento.
- Regulación integrada: lo integra con los valores, metas y necesidades de la persona.

Motivación intrínseca:

- Motivación de aprendizaje: interés en aprender y entender algún tipo de actividad.

- Motivación de sensación: lo realiza por las sensaciones que por ejemplo la actividad física en sí le genera.

Al ser una escala o continuo, se considera que a medida que la persona avance, cada vez estará más cerca de lograr el cambio.

Modelo ecológico

Aproximaciones ecológicas sobre las ciencias del comportamiento y la salud pública han sido propuestas durante las últimas décadas y se han enfocado en la interacción entre individuos y sus entornos socio-culturales (McLory, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988) (Stokols, 1992). De acuerdo al modelo ecológico, la salud va más allá de las acciones individuales y trasciende a cambios y características estructurales que influyen el comportamiento y su decisión de adoptar hábitos de vida saludable (Emmons, 2000). Como lo define McLeroy et al. "El propósito de un modelo ecológico es enfocar la atención en las causas ambientales del comportamiento e identificar intervenciones ambientales" (McLory, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988). McLeroy et al. identificaron múltiples niveles que influyen el comportamiento individual, incluyendo "factores intrapersonales, procesos interpersonales y grupos primarios, institucionales, factores de la comunidad y política pública" (McLory, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988). Stokols justificó luego la necesidad de incluir un nivel social al modelo ecológico, este nuevo nivel incluye la influencia de los ambientes físicos y sociales en los comportamientos en salud (Stokols, 1992). Trabajo más reciente de Sallis et al, enfatizaron la inclusión de otro nivel que incluye el ambiente físico y que es muy relevante para la promoción de hábitos de vida saludable (Sallis, Cervero, Ascher, Henderson, Kraft & Kerr, 2006). McLeroy, Stokols, y Sallis desarrollaron modelos aplicados que son basados en trabajo anterior de autores como Bandura, Bronfenbrenner y Moos. El constructor del determinismo recíproco de Bandura, que hace parte de su teoría cognitiva social, enfatiza la importancia del ambiente físico y social en determinar el comportamiento humano (Bandura, 2001). Similarmente, el trabajo de Bronfenbrenner y Moos toman una visión más ecológica de la salud y ponen una gran importancia en distintos entornos y niveles de influencia que van desde lo social al ambiente físico (Bronfenbrenner, 1979) (Moos, 1976).

Ya que los individuos no viven dentro de burbujas aisladas sino que por el contrario están inmersos en un gran número de factores que influyen el comportamiento, que varían desde el ambiente del hogar hasta el ambiente político y económico global, el uso de modelos ecológicos es necesario. Estudios e intervenciones que tratan con los distintos determinantes de los comportamientos no saludables deben incluir variables en distintos niveles incluyendo el nivel individual, familiar, comunitario, nacional e internacional (Gráfico I-5).

Los modelos presentados pueden servir de herramientas para entender los procesos por los cuales pasa una persona cuando decide realizar un cambio, así mismo pueden ser útiles como para lograr diseñar intervenciones idóneas dependiendo de la población objetivo y por lo tanto obtener un mayor impacto de las mismas.

