

Bases para el desarrollo de la autoeficacia en programas para la promoción de la actividad física

Isabel María HERRERA SÁNCHEZ
Silvia MEDINA ANZANO
Thais FERNÁNDEZ CABRERA
Samuel RUEDA MÉNDEZ
Francisco J. CANTERO SÁNCHEZ
Universidad de Sevilla

Resumen

Las investigaciones muestran que reforzar la autoeficacia de las personas es una de las estrategias más eficaces para promocionar la práctica regular de actividad física. Considerando que la autoeficacia es un determinante de las conductas de salud, se pone en evidencia la necesidad de implementar planes para la promoción de la actividad física que contemplen la autoeficacia como objetivo de cambio. Estos programas persiguen no sólo la ejecución del comportamiento sino también su mantenimiento en el tiempo como hábito saludable. En este trabajo se quiere dar respuestas a tres cuestiones esenciales que plantean este tipo de intervención: cómo evaluar la autoeficacia para el ejercicio físico, cómo lograr que las personas que se inician en un programa de actividad física ganen mayor confianza en sus propias capacidades para mantenerse bajo las contingencias del mismo, y cómo guiar a los profesionales de la salud en todo este proceso.

Palabras clave: autoeficacia, actividad física, promoción de la salud, comunicación interpersonal.

Abstract

Research shows that reinforcing self-efficacy of individuals is one of the most effective strategies to promote physical activity as a regular practice. Whereas self-efficacy is a determinant of health behaviors, the need to implement plans for the promotion of physical activity covering self-efficacy as goal of change becomes evident. These programs seek not only behavioral performance but also its maintenance over time as a healthy habit. This paper wants to give answers to three key questions posed by this type of intervention: how to assess self-efficacy for physical exercise, how to get people who start a physical activity program to gain more confidence in their own capacities to initiate and maintain physical activity, and how to guide health professionals in this process.

Key words: Self-Efficacy; Physical Activity; Health Promotion; Interpersonal Communication.

La reciente Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía subraya en su exposición de motivos que los cambios sociales y económicos actuales fuerzan una nueva concepción de salud como “factor de inversión en la vida comunitaria óptima”. La salud pública tiene ahora como cometido “contribuir a generar en la sociedad las condiciones de vida más favorecedoras para la salud de la

población, promover conductas y estilos de vida más saludables, proteger la salud ante las amenazas y los riesgos, y no solo luchar contra las enfermedades y minimizar la pérdida de salud”. Desde este nuevo posicionamiento se defiende la importancia del empoderamiento de la ciudadanía, que supone el “traslado de poder en la toma de decisiones sobre su salud individual y colectiva a la ciudadanía”, convirtién-

dose los ciudadanos en agentes activos y protagonistas de su salud y comprometiéndose las Administraciones públicas a promover la educación en salud y capacitar a la ciudadanía para que desarrollen estilos de vida saludables. Se expone en esta ley el derecho del ciudadano a la promoción de la salud, que incluye entre otras acciones, “la información adecuada sobre la importancia de la actividad física y cómo llevarla a cabo sin riesgos y con el mejor aprovechamiento, y a disponer de planes de promoción de actividades físicas saludables” (artículo 12.i).

En efecto, la práctica moderada y regular de la actividad física proporciona numerosos beneficios adicionales a la salud, entre los que cabe mencionar la mejora del rendimiento físico, control de peso, la salud cardiovascular, la protección contra ciertos tipos de cáncer, la prevención de la pérdida de densidad ósea, el control de la diabetes y la mejora del sueño. Asimismo, la actividad física ofrece ciertos beneficios psicológicos, incluyendo una barrera contra la depresión, la reducción de ansiedad, la protección contra el estrés y mejora de la autoestima (Brannon & Feist, 2001; Sandín, 2010).

Cabe esperar que una persona preocupada por su salud trate de abandonar sus hábitos de riesgo y adoptar comportamientos protectores. No obstante, esto no ocurre, dada la inestabilidad y la relativa independencia de las conductas de salud (Taylor, 1999). Es por ello que en el ámbito de la Psicología de la Salud cobra un especial interés el desarrollo de teorías y modelos explicativos sobre las motivaciones y los determinantes de las conductas de salud (ver León & Medina, 2002). Entre todos aquellos factores que posibilitan la adopción de conductas favorecedoras de salud se ha visto cómo la autoeficacia percibida juega un rol fundamental no sólo por su influencia directa sino también por el impacto que ejerce sobre otros determinantes (Bandura, 1995, 1997, 2012).

La autoeficacia percibida es definida como “*las creencias que una persona tiene sobre sus propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir los resultados deseados*” (Bandura, 1995, p. 3). Por tanto representa la confianza de que uno es capaz de modificar las conductas arriesgadas para la salud mediante la acción personal, influyendo sobre la intención de modificar la conducta de riesgo, la cantidad de esfuerzo invertido para alcanzar una meta y la perseverancia para continuar luchando a pesar de las barreras y los reveses (Schwarzer & Fuchs, 1995). Las personas con alta eficacia tienden a mostrar sentimientos optimistas sobre sus capacidades, pueden tomar decisiones sobre sus vidas y se plantean retos personales con el propósito de alcanzarlos. La autoeficacia amortigua el estrés, de forma que las personas autoeficaces interpretan las demandas y los problemas como retos y no como amenazas; y afrontan los desafíos con perseverancia, incrementando su nivel de esfuerzo con la creencia de que podrán alcanzar los resultados que desean. En consecuencia, si se pretende

que las personas cambien sus hábitos sedentarios por otros más saludables, deben estar plenamente convencidas de que pueden lograrlo en caso contrario abandonarían atribuyendo los fracasos a su inseguridad.

En el caso de la actividad física, se ha demostrado que las personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con más frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellas que presentan niveles más bajos (McAuley & Jacobson 1991). Los individuos con alta autoeficacia tienen sentimientos más fuertes de efectividad para realizar ejercicio y comprometerse a incrementar su actividad física (Marcus, Eaton, Rossi & Harlow, 1994). Además se ha observado cómo los aumentos en autoeficacia contribuyen a mejorar la conducta de hacer ejercicio (Rimal, 2001). Por lo que se ha podido determinar que la autoeficacia funciona como variable mediadora entre las intenciones iniciales de realizar ejercicio y la actividad física realizada (Sniehotta, Scholz & Schwarzer, 2005).

Cabe mencionar el estudio prospectivo realizado por Rovniak, Anderson, Winett y Stephens (2002) para determinar la relación entre el Modelo Social Cognitivo y la actividad física en una muestra de estudiantes universitarios. El apoyo social, la autoeficacia, las expectativas de resultado y la autorregulación se midieron al inicio del estudio y se utilizaron para predecir la actividad física ocho semanas más tarde. Los resultados de los modelos de ecuaciones estructurales indicaron un buen ajuste del Modelo Social Cognitivo a los datos. Dentro del modelo, la autoeficacia tuvo el mayor efecto total sobre la actividad física, medida en gran parte por la autorregulación, que predice ésta de forma directa. El apoyo social indirectamente, predijo la actividad física a través de su efecto en la autoeficacia. El Modelo Social Cognitivo explicó el 55% de la varianza observada en la actividad física.

Estos estudios permiten concluir que si modificamos las creencias de eficacia personal percibida sobre la práctica de una conducta de salud específica, como la actividad física, entonces lograremos que las personas se comprometan a la iniciación y el mantenimiento de esta conducta. En esta línea, se ha constatado que la mera enseñanza de cómo llevar a cabo un plan diseñado para promover la actividad física no es eficiente, y en particular cuando las personas informan de baja autoeficacia percibida. Estas personas requieren ganar mayor confianza en sus propios recursos para poder iniciar y mantener la actividad física (Luszczynska, Schwarzer, Lippke & Mazurkiewicz, 2011).

El profesional de la salud tiene un papel relevante en este problema, dado su función como facilitador de consejo y asesoramiento a los usuarios que atiende. Por esta razón, una adecuada intervención para la promoción de la actividad física que contemple la autoeficacia también como objetivo de cambio debe dar respuesta a las tres cuestiones esenciales que están implícitas en los objetivos planteados y que abordaremos a continuación.

Cómo evaluar la autoeficacia para la actividad física

Se han desarrollado diversas escalas que miden la autoeficacia para el ejercicio físico (Everett, Salomonson & Davidson, 2009; Hong, Panuthai, Srisuphan & Wannarit, 2009; Kroll, Kehn, Ho & Groah, 2007; Ryckman, Robbins, Thorntony & Cantrell, 1982; Shin, Jang & Pender, 2001; Villamarín & Álvarez, 2003). Estas escalas cumplen los criterios de fiabilidad y validez, si bien presentan dos limitaciones principales: (a) la muestra utilizada, estudiantes universitarios y personas con patologías concretas como pacientes cardíacos, pacientes de enfermedades crónicas o pacientes con lesión medular; y, (b) el tratamiento unifactorial de la actividad física como dominio conductual. Es necesario señalar que la autoeficacia es un constructo específico a dominios conductuales, por lo que no se recomienda la construcción de instrumentos de medida generales o unifactoriales (Bandura 2001). Esto es de suma importancia para el caso de la actividad física, si la definimos como cualquier movimiento corporal producido por la musculatura esquelética que resulta en un gasto energético (Dubbert, 1992). Con este criterio se incluyen todas las actividades de las personas, ya sea la actividad física propia del día a día, la derivada de las profesiones, la realizada en el tiempo de ocio o el ejercicio físico voluntario. Habrá que considerar entonces los diferentes dominios implicados en la actividad física, para lo cual se requieren instrumentos con aceptables características psicométricas específicos para cada dominio conductual que se desee medir y adaptados a la población a la que van dirigidos.

Fernández, Medina, Herrera, Rueda & Fernández (2011) han desarrollado una escala de autoeficacia para la actividad física dirigida a personas adultas entre 18 y 65 años de edad, usuarios de los servicios de Atención Primaria de salud. Dicha escala se compone de tres factores o dominios conductuales: (a) autoeficacia para la realización de ejercicio físico programado 3 o más veces por semana al menos 20 minutos, donde se entiende por ejercicio programado una subcategoría de la actividad física que se lleva a cabo de forma planeada, estructurada, repetitiva y con el propósito de mejorar y mantener la forma física (Dubbert, 1992); (b) autoeficacia para realizar actividad física en la vida diaria, referida en este caso a la actividad física del día a día a un nivel primario de actividad que puede implicar muy diversos patrones de gasto energético, como subir escaleras o bien moverse frecuentemente (Gil, 2004); y (c) autoeficacia para caminar diariamente, considerada una actividad física que presenta muchas ventajas y que no tiene inconvenientes para la mayor parte de las personas (Sandín, 2010), por ello suele ser muy recomendada y prescrita por los profesionales para mantener y mejorar la salud.

La autoeficacia en cada uno de estos factores que incorpora este instrumento se valora en términos de confianza para realizar la conducta con escala de 0 a 10, donde

0 es “nada capaz” y 10 “muy capaz”. Esta escala presenta una consistencia interna superior a 0,9 en los tres factores analizados: ejercicio físico programado, actividad física en la vida diaria y caminar. De igual modo, presenta valores aceptables en la fiabilidad del test compuesto y datos favorables respecto a validez de contenido, concurrente y discriminante. Por tanto, se trata de un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas adaptado a la medición de los niveles de autoeficacia para la actividad física en poblaciones adultas usuarias de los Servicios de Salud de Atención Primaria.

El profesional de la salud puede identificar los niveles de autoeficacia para la actividad física en cada dominio conductual de la escala y determinar las barreras y obstáculos que sus pacientes presentan en cada conducta, de manera que se pueden emplear estos resultados en el diseño de planes personalizados para la promoción de la actividad física como un hábito de vida regular. De este modo, el profesional de la salud podrá potenciar los elementos que permiten al usuario realizar actividad física y dotarle de estrategias para hacer frente a las dificultades que inhiben el comportamiento saludable. Se persigue no sólo propiciar la realización del comportamiento sino también su mantenimiento en el tiempo cómo hábito saludable. Ahora bien, las acciones que el profesional de la salud lleve a cabo para incorporar estrategias de cambio para incrementar la autoeficacia para la práctica regular de actividad física en los usuarios de los servicios de salud deben estar fundamentadas en sólidas evidencias científicas que garanticen su eficacia y efectividad.

Cómo promover la autoeficacia para la actividad física

Bandura (1995, 1997) establece que las expectativas de eficacia personal se desarrollan a partir de cuatro fuentes de información: logros de ejecución, experiencia vicaria, persuasión verbal y los estados fisiológicos del individuo. También señala que estas estrategias pueden ser ordenadas de forma jerárquica considerando su influencia sobre la autoeficacia percibida, argumento que ha sido respaldado por investigaciones más recientes (Zinken, Cradock & Skinner, 2008).

En primer lugar, se identifican los *logros de ejecución* como la principal fuente de autoeficacia puesto que su información está basada en las experiencias personales de éxito o dominio de la conducta. Estas experiencias proporcionan información sobre la forma correcta de ejecución, al tiempo que fortalecen las creencias sobre la capacidad personal para llevar a cabo una conducta y lograr, con ello, unos determinados resultados. Los primeros logros en la ejecución de la conducta, como la iniciación de una actividad física, son fundamentales para la autoeficacia pero también el fracaso en las primeras fases puede suponer una desventaja. Por

ello, es importante organizar el diseño de la intervención de modo que se puedan establecer planes de acción con objetivos concretos, registrar los progresos y enseñar a los participantes a seguir de manera sistemática sus logros. A medida que se vayan logrando los objetivos que se proponen se tenderá a mantener la conducta saludable.

Como segunda fuente de información se considera la *experiencia vicaria* que se logra por la observación de la conducta de otras personas. Si una persona observa que otros con su esfuerzo y perseverancia pueden realizar con éxito una actividad puede pensar que él mismo también posee las capacidades necesarias para dominar una actividad similar, si se esfuerza también lo conseguirá. Esta fuente de información es muy útil en las ocasiones en que la persona: a) expresa un elevado grado de incertidumbre sobre sus capacidades, b) carece de criterios para evaluar su habilidad o, c) no dispone de información exterior clara sobre su rendimiento. La fuerza de esta fuente de información sobre la autoeficacia dependerá de la similitud de los modelos considerando las experiencias y características personales compartidas.

La *persuasión verbal* también puede fomentar la creencia de que se posee la capacidad suficiente para conseguir aquello que se propone. Las personas que se sienten seguras de sí mismas y cuentan con la opinión positiva de otras personas relevantes de su entorno que se lo reafirman, tenderán a esforzarse todo lo necesario para obtener los resultados esperados. No obstante, es necesario señalar que la persuasión verbal por sí sola tiene un poder limitado por ello Bandura sostiene que debe utilizarse en combinación con otras fuentes.

Finalmente, la información transmitida por los indicadores de activación somática y la interpretación cognitiva que el sujeto realiza de tales estados influyen también en las expectativas de autoeficacia. Niveles moderados de activación son necesarios para la ejecución exitosa de una acción, en cambio, cuando las personas se notan tensas o con niveles elevados de ansiedad puede interpretar estas señales como una prueba de su incompetencia o fracaso. Si se considera necesario reducir los estados de activación del usuario, se puede recomendar cualquier técnica de relajación o meditación.

Como vemos, el profesional de la salud puede fomentar las creencias personales de éxito de los usuarios proporcionándoles información basada en una de estas fuentes. Si bien, Bandura (1997) señala que es más efectiva la combinación de las cuatro fuentes. Así, dentro de un programa para la promoción de la actividad física basado en la autoeficacia, el profesional puede establecer junto con el usuario un plan de acción con metas realistas, poco exigentes y en plazos cortos de ejecución, asegurando las experiencias de éxito desde el principio para ir poco a poco aumentando el esfuerzo requerido. También puede invitarles a que observen en su entorno a personas similares a ella, que se fijen en las

acciones que realizan, cuándo, cómo las realiza y el impacto que produce en estas personas su ejecución. Puede contar con la colaboración de otras personas que puedan servir de modelo para que compartan sus experiencias de logro. También puede contar con modelos simbólicos, p.e. un vídeo en el que se muestra a un actor realizando las conductas que se desean aprender, o bien invitándoles a que se imaginen a ellos mismos realizando la acción. En ciertos casos, será necesario ayudarles a controlar aquellas situaciones en las que presentan un elevado grado de activación que interfieren sus propósitos, corrigiéndole las interpretaciones negativas que se derivan y ayudándoles a controlar su propio nivel de activación mediante la relajación y la respiración. Finalmente puede persuadirles verbalmente para que realicen la tarea de forma eficaz. Aspecto en el que nos detendremos, en particular, por el papel relevante que tiene el profesional de la salud en este componente.

La persuasión verbal, es una de las fuentes que se utiliza con mayor frecuencia al tratar de influir en la conducta humana debido a su facilidad y disponibilidad de empleo. El poder de la persuasión verbal en el fomento de las creencias de autoeficacia viene mediatizado por una correcta evaluación de las posibilidades reales de la persona a la que se desea persuadir, además influyen variables tales como la credibilidad del emisor y el grado de conocimiento de la actividad en concreto (Bandura, 1997). Cuando las personas son persuadidas para creer en sus propias capacidades, resultan más perseverantes para hacer frente a las dificultades, resolver situaciones difíciles y aumentar la probabilidad de éxito en el futuro. Los mensajes aportados por los familiares, amigos o profesionales de la salud del tipo “*confío en que lo lograrás*” o “*puedes hacerlo*”, pueden inducir en el sujeto la creencia de que posee la capacidad suficiente para conseguir aquello que desea. Incluso, una vez asentada la eficacia personal, estos mensajes persuasivos contribuyen a que las personas realicen un mayor esfuerzo y mantengan la conducta durante más tiempo. Es importante recordar que la persuasión verbal no basta para la creación y el mantenimiento de una sólida sensación de eficacia personal, su uso tiene mayor valor terapéutico cuando las expectativas sugeridas verbalmente se confirman con la experiencia personal de éxito. Al igual que también se recomienda que los individuos midan sus experiencias de éxitos de acuerdo a su propia experiencia, más que en comparación con los triunfos de los demás. Cuando la persona no consigue sus objetivos a pesar de su esfuerzo por lograrlo, la persuasión verbal no contribuirá a aumentar las expectativas de autoeficacia. En estos casos, es más probable que la persuasión verbal contribuya más a disminuir la autoeficacia que aumentarla, puesto que sólo logramos inducir falsas creencias sobre sus capacidades reales produciendo en el sujeto un desánimo al ver que no alcanza el objetivo deseado. Incluso puede favorecer la pérdida de credibilidad de quien ha tratado de persuadirle, aumentando, con ello, la resistencia ante cualquier otro intento de influencia.

En consecuencia, los mensajes persuasivos deben seguir al establecimiento de objetivos y planes de acción creando las condiciones óptimas para el logro de la conducta. Sólo de esta forma conseguiremos que las personas tengan algún motivo para pensar que en realidad pueden conseguir sus objetivos a través de sus actos, es decir cuando la persuasión verbal es realista. La comunicación persuasiva es un tipo de información que tiene por finalidad inducir un cambio en las creencias, actitudes o conductas del receptor que es quien decidirá, en último término, si acepta o rechaza el cambio que se le propone. Este cambio no es el resultado de una acción de obediencia, sino de una decisión propia. El usuario toma las decisiones sobre las conductas que se van a ejecutar de forma voluntaria. Las claves para lograr esta influencia de manera eficaz se encuentran en una serie de estrategias de comunicación persuasivas que basándonos en Verderber y Verderber (2005) se presentan en la tabla 1.

Es importante cuidar el contenido del mensaje que se transmite a los usuarios, aunque no menos importante es la manera en que se transmite esta información. Son muchos los problemas que se originan cuando la comunicación con los usuarios de los servicios sanitarios es deficiente: insatisfacción, falta de adhesión a las preinscripciones terapéuti-

cas, olvido de las instrucciones dadas por los profesionales de la salud, etc. (León, Medina, Cantero & Gil, 1998). Todo lo cual exige que el profesional de la salud, como agente de cambio, domine un conjunto de habilidades sociales y comunicativas que le permita crear una relación eficaz y satisfactoria con los usuarios. Estas habilidades sociales y comunicativas pueden ser definidas como la *capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva* (León & Medina, 1998, p. 15), como cualquier otro tipo de comportamiento, esta conducta puede ser susceptible de aprendizaje.

Cómo guiar a los profesionales de la salud en el proceso

La adquisición de habilidades sociales y comunicativas provee a los profesionales de la salud un recurso imprescindible para acometer de manera eficaz su objetivo de promoción de la actividad física como conducta de salud. No cabe duda de que este objetivo se desarrolle dentro de un proceso

Tabla 1. Estrategias de comunicación persuasiva orientadas a la autoeficacia para el ejercicio físico (basado en Verderber y Verderber, 2005).

1. Fomentar la credibilidad, atractivo y autoridad de la fuente del mensaje. Los profesionales de la salud deben ser una fuente de prestigio, confianza y autoridad. Estos atributos se los otorgará el receptor en la medida que sean percibidos como una fuente veraz de información.
2. Elaborar mensajes relevantes para la audiencia que los involucren de forma personal. Por medio de los mensajes persuasivos el profesional de la salud no sólo transmitirá información, sino que al mismo tiempo tratará de convencer al receptor para que cambie sus creencias sobre su capacidad en la adopción y mantenimiento de conductas de salud, logrando con ello que los usuarios pasen a la acción. Para ello es necesario tener en cuenta una serie de pasos:
 - a) Tener claro qué es lo que se quiere cambiar, si las creencias en las capacidades personales de éxito o bien trabajar directamente para que realicen actividad física con regularidad.
 - b) Adaptar el discurso a la disposición favorable o desfavorable la audiencia. Estas personas pueden tener opiniones y actitudes contrarias o incluso hostiles hacia su recomendación, puede que no tengan aún formada una opinión sobre el valor de las creencias personales de éxito en la adopción de las conductas de salud, no lo consideran aún importante o creíble, o bien estas personas pueden informar de un elevado grado de autoeficacia y se encuentran a favor de la adopción de conductas de salud.
 - c) Presentar las razones y evidencias que sustenten sus mensajes. Para que un mensaje sea creíble deben presentarse los argumentos lógicos que respalden su proposición y las evidencias que apoyen la veracidad de los argumentos.
 - d) Organizar las razones de acuerdo con las reacciones que espera de la audiencia. En función de la disposición favorable o desfavorable de la audiencia se aconseja utilizar distintas estrategias que ayuden a organizar su discurso persuasivo (declaración de razones lógicas, solución de problemas, etc.).
 - e) Utilizar un lenguaje que los motive. El mensaje racional será más motivador si utiliza una serie de incentivos que incrementen el interés por el comportamiento o bien si adapta su discurso apelando a las emociones y sentimientos. A través del reforzamiento, se facilita la motivación necesaria para que persistamos en el aprendizaje que hemos iniciado.
 - f) Eliminar o minimizar el efecto de los mensajes negativos transformando los pensamientos negativos en diálogos interiores positivos (León, Gil, Medina & Cantero, 1998; León *et al.*, 1997).

de interacción e influencia social. Se ha señalado que una comunicación deficiente entre el profesional de la salud y el usuario suele dar lugar a que éste olvide las instrucciones (Barriga, León, Ballesteros & Medina, 2004), por lo que no es extraño que se considere un tema a debatir la eficacia del consejo en la promoción de la actividad física (Herrera, Mansilla, Perdigón & Bermejo, 2006; Varo & Martínez, 2006). El organismo U.S. Preventive Services Task Force (2002), no deja claro el apoyo al consejo habitual de los usuarios de servicios de atención primaria sobre la práctica regular de actividad física, pues concluye que la evidencia acerca de la efectividad de este consejo es insuficiente para decantarse claramente a favor de éste. Se ha visto que, en la práctica, las recomendaciones preventivas sobre hábitos de vida no se administran con la frecuencia deseable, ya que a menudo los propios profesionales desconocen o infravaloran la eficacia de su consejo, tienen escasa formación en técnicas eficaces de comunicación y consejo o creen que el paciente no desea un consejo sobre el estilo de vida cuando es atendido por otros problemas, además del escaso tiempo disponible en la mayoría de situaciones (Córdoba & Nebot, 2005). Razones suficientes para considerar que la formación de los profesionales de la salud en habilidades sociales y comunicativas es una cuestión que debe abordarse.

Actualmente las tendencias formativas apuestan por una estrategia de acercamiento a los profesionales, potenciando la relación entre ellos e incorporando nuevas formas de aprendizaje, pasando del concepto de formación al concepto de aprendizaje colaborativo (Palacios, 2010). En este nuevo contexto, comienza a tener mayor relevancia las comunidades de práctica, donde el aprendizaje está ligado directamente a la práctica profesional, la experiencia compartida y el flujo libre del conocimiento (Wenger & Snyder, 2000). En este proceso, el profesional asume mayor protagonismo y responsabilidad tanto en su formación como en la de los demás. La incorporación de estas comunidades de práctica en el contexto organizacional favorece el desarrollo de nuevas estrategias para la organización que las promueve, la identificación de líneas de negocio, la resolución de los problemas, la difusión de las mejores prácticas, el desarrollo de habilidades profesionales y de aprendizaje e incluso la posibilidad de “reclutar y retener talento” (Wenger & Snyder, 2000).

Soubhi *et al.* (2010) ya plantean aplicar el modelo de comunidades de práctica de Wenger, McDermott y Snyder (2002) en Atención Primaria. Para estos autores el aprendizaje colaborativo puede ser eficaz en contextos con grandes demandas complejas como es la atención primaria donde se atienden a pacientes con múltiples patologías. Por ello, se resalta la importancia de las relaciones entre los médicos, la atención centrada en el paciente, la flexibilidad de un ambiente en constante reevaluación y un aprendizaje basado en casos prácticos.

De acuerdo con Salanova y Llorens (2007), a través de la formación es posible un cambio en los niveles de *enga-*

gement. Para ello la formación debe responder a los deseos y necesidades formativas de los participantes, y producir un incremento en las creencias de la propia eficacia profesional garantizando su transferencia al puesto de trabajo. En este sentido, las comunidades de aprendizaje basadas en la práctica profesional cumplen, a nuestro juicio, estos requisitos, ya que parten de los intereses y necesidades de los participantes, proporcionándoles experiencias de éxito repetido, aprendizaje vicario a través de otros modelos, y estados emocionales positivos.

Estas aportaciones revelan un interesante campo de investigación que puede estar orientado al desarrollo de un método integrado de enseñanza-aprendizaje que incorpore la metodología de aprendizaje colaborativo con el entrenamiento en habilidades sociales, que ya cuenta con evidencia de su eficacia en la formación de competencias sociales en profesionales de la salud (Arranz, Ulla, Ramos, del Rincón & López-Fando, 2005; León, Jarana & Blanco, 1991; Marín & León, 2001). Las investigaciones en esta línea tendrían que determinar el mejor ajuste de estos nuevos contextos de aprendizaje en función de los contextos de práctica profesional, al mismo tiempo que determinar su influencia en la consecución de los objetivos de los programas de promoción de salud.

Conclusión

Se parte de la premisa de que toda persona que se cree capaz de realizar el comportamiento que se propone, lo hará y lo mantendrá en el tiempo mediante la motivación, el esfuerzo y la perseverancia. De este modo, si modificamos las creencias de eficacia personal sobre la práctica de una conducta de salud, como la actividad física, lograremos que las personas se crean capaces de iniciar el comportamiento y de mantenerlo en el tiempo.

El propósito fundamental de este trabajo es sentar las bases para el desarrollo de programas orientados a motivar a las personas usuarias de los servicios sanitarios a tener una práctica regular de actividad física. Con este fin, el profesional de la salud debe utilizar escalas que identifiquen los niveles de autoeficacia para la actividad física considerando cada dominio conductual (p.e. ejercicio físico programado, actividad física en la vida diaria y caminar) así como las barreras y obstáculos que los sujetos presentan en cada conducta, de manera que emplee estos resultados en el diseño de planes personalizados para la promoción de la actividad física como un hábito de vida regular y saludable. En estos planes el profesional deberá facilitar todas las fuentes de información necesarias para desarrollar la autoeficacia e incorporar estas estrategias bien en el consejo médico para el cumplimiento de los planes terapéuticos o bien en las intervenciones orientadas a la promoción de la salud.

Para optimizar el asesoramiento que los profesionales de la salud prestan a los usuarios de estos servicios, se pue-

de promover el desarrollo de comunidades de práctica con programas incorporados de entrenamiento en habilidades sociales que favorezcan la adquisición de competencias sociales en un entorno de trabajo colaborativo entre profesionales dando como resultado experiencias compartidas de buenas prácticas profesionales. Esta formación repercutirá en una mayor efectividad de los mensajes de salud.

Referencias

- Arranz, P., Ulla, S.M., Ramos, J.L., del Rincón, C., & López-Fando, T. (2005). Evaluation of a counseling training program for nursing staff. *Patient education and counseling, 56*, 233-239.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Bandura A. (2001). *Guía para la construcción de escalas de auto-eficacia* (disponible en <http://www.des.emory.edu/mfp/SE-Guide2005>, consultado 06/06/2006).
- Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived Self-Efficacy revisited. *Journal of Management, 38*, 9-44.
- Barriga, S., León, J.M., Ballesteros, A.M., & Medina, S. (2004). El campo de acción de la Psicología de la Salud. En J.M. León, S. Medina, S. Barriga, A. Ballesteros & I.M. Herrera, *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida* (pp. 131-155). Barcelona: UOC.
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo
- Córdoba, R., & Nebot, M. (2005). Educación sanitaria del paciente en atención primaria. *Medicina Clínica, 125*, 154-157.
- Dubbert P. (1992). Exercise in Behavioral Medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 613-618.
- Everett, B., Salamonson, Y., & Davidson, P.M. (2009). Bandura's exercise self-efficacy scale: Validation in an Australian cardiac rehabilitation setting. *International Journal of Nursing Studies, 46*, 824-829.
- Fernández, T., Medina, S., Herrera, I.M., Rueda, S., & Fernández, A. (2011). Construcción y validación de una Escala de Autoeficacia para la Actividad Física. *Revista Española de Salud Pública, 85*, 405-417.
- Gil Roales-Nieto, J. (2004). *Psicología de la Salud*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Herrera, B., Mansilla, J.M., Perdígón, P., & Bernejo, C. (2006). Efectividad del consejo sanitario en la promoción de la actividad física. Estudio prospectivo aleatorizado. *Medicina Clínica, 126*, 361-363.
- Hong, G., Panuthai, S., Srisuphan, W. & Wannarit, T. (2009). Development of the Exercise Self-efficacy Scale for Chinese Older Adults. *Chiang Mai University Journal of Natural Sciences, 8*, 131- 142.
- Kroll, T., Kehn, M., Ho, P., & Groah, S. (2007). The SCI Exercise Self-Efficacy Scale (ESES): development and psychometric properties. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 4*, 34 (doi: 10.1186/1479-5868-4-34).
- León, J. M., Gil, F., Medina, S., & Cantero, F. (1998). La formación del profesional de la intervención social y comunitaria en habilidades sociales. En F. Gil & J.M. León Rubio (Eds.), *Habilidades Sociales: Teoría, investigación e intervención* (pp. 113-132). Madrid: Síntesis.
- León, J.M., Jarana, L., & Blanco, A. (1991). Entrenamiento en habilidades sociales al personal de enfermería: efectos sobre la comunicación con el usuario de los servicios de salud. *Clinica y Salud, 2*, 73-79.
- León, J.M., & Medina, S. (1998). Aproximación conceptual a las habilidades sociales. En F. Gil & J. M. León (Eds.), *Habilidades Sociales: Teoría, investigación e intervención* (pp. 13-23). Madrid: Síntesis.
- León, J.M., & Medina, S. (2002). *Psicología Social de la Salud: fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicación social.
- León, J.M., Medina, S., Cantero, F.J., & Gil, F. (1998). Entrenamiento en habilidades sociales para los profesionales de la salud. En J.M. León y C. Jiménez (Ed.), *Psicología de la salud: Asesoramiento al personal sanitario* (pp. 89-134). Sevilla: Secretariado de Recursos Audiovisuales. Universidad de Sevilla.
- León, J.M., Medina, S., Cantero, F.J., Gómez, T., Barriga, S., Gil, F., & Loscertales, F. (1997). *Habilidades de información y comunicación en la atención al usuario*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Ley 16/2011 de Salud Pública de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, Sevilla, 31 de diciembre de 2011.
- Luszczynska, A., Schwarzer, R., Lippke, S., & Mazurkiewicz, M. (2011). Self-efficacy as a moderator of the planning-behaviour relationship in interventions designed to promote physical activity. *Psychology & Health, 26*, 151-166.
- Marcus, B., Eaton, C., Rossi, J., & Harlow, L. (1994). Self-efficacy, decision making, and stages of change: An integrative model of physical exercise. *Journal of Applied Social Psychology, 24*, 489-508.
- Marín, M., & León, J.M. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema, 13*, 247-251.
- McAuley, E., & Jacobson, L. (1991). Self-efficacy and exercise participation in sedentary adult females. *American Journal of Health Promotion, 5*, 185-191.
- Palacios, C. (2010). Comunidades virtuales de aprendizaje. *Capital Humano, 243*, 40-43.
- Rimal, R. (2001). Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exercise behavior: Test of a mutual reinforcement model. *Journal of Health Psychology, 6*, 31-46.

- Rovniak, L., Anderson, E., Winett, R., & Stephens, R. S. (2002). Social Cognitive determinants of physical activity in young adults: a prospective structural equation analysis. *Annals of Behavioral Medicine, 24*, 149-156.
- Ryckman, R.M., Robbins, M.A, Thornton, B., & Cantrell, P. (1982). Development and validation of a Physical Self-Efficacy Scale. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 891-900
- Salanova, M., & Llorens, S. (2007). *Desarrollo de los Recursos Humanos a través del aprendizaje para el cambio*. Madrid: Parthenon.
- Sandín, B. (2010). *Ejercicio físico y salud*. Madrid: Klinik.
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1995). Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. En A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 259-288). Nueva York: Cambridge University Press.
- Shin, Y.H., Jang, H.J., & Pender, N.J. (2001). Psychometric evaluation of the exercise self-efficacy scale among Korean adults with chronic disease. *Research in Nursing and Health, 24*, 68-76.
- Sniehotta, R., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behaviour gap: planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology & Health, 20*, 143-160.
- Soubhi, H., Bayliss, E.A., Fortin, M., Hudon, C., Van den Akker, M., Thivierge, R., Posel, N., & Fleiszer, D. (2010). Learning and Caring in Communities of Practice: Using Relationships and Collective Learning to Improve Primary Care for Patients with Multimorbidity. *Annals of Family Medicine, 8*, 170-177.
- Taylor, S.E. (1999). *Health psychology (4ª Ed.)*. Nueva York: McGraw-Hill.
- U.S. Preventive Services Task Force. (2002). Behavioral counseling in primary care to promote physical activity: recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine, 137*, 205-207.
- Varo, J.J., & Martínez, M.A. (2006). El consejo sanitario en la promoción de la actividad física. *Medicina Clínica, 126*, 376-377.
- Verderber, R.F., & Verderber, K.S. (2005). *¡Comunicate! (11ª Ed.)*. México: International Thomsom.
- Villamarín, F., & Álvarez, M. (2003). Cuestionario de autoeficacia para el Ejercicio Físico. En T. Gutiérrez, R.M. Raich, D. Sánchez & J. Deus (Coords.), *Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud* (pp. 59-60). Madrid: Alianza.
- Wenger, E., McDermott, R., & Snyder, W.M. (2002). *Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge*. Boston: Harvard Business School Press.
- Wenger, E., & Snyder, W. (2000). Communities of Practice: the new organizational frontier. *Harvard Business Review, enero-febrero*, 139-145.
- Zinken, K.M., Cradock, S., & Skinner, C. (2008). Analysis System for Self-Efficacy Training (ASSET). Assessing treatment fidelity of self-management interventions. *Patient Education Counseling, 72*, 186-193.