



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 22 No. 3

Septiembre de 2019

INTRODUCCIÓN AL MODELO TRANSTEÓRICO: ROL DEL APOYO SOCIAL Y DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

José Eduardo Rondón Bernard¹ y Benjamín Reyes Fernández²
Universidad Central de Venezuela
Venezuela

RESUMEN

Marco teórico: El ajuste de muchos modelos psicológicos se encuentran alterados por variables psicosociales. Entre los modelos de cambios de conducta en salud, destaca el de James Prochaska pues compila una variedad de teorías psicológicas en 5 etapas. Método: A través de una investigación documental, se pretende realizar una descripción del Modelo Transteórico (MT), considerando el impacto del apoyo social, el género y el estatus socioeconómico en la aplicación del mismo. Conclusión: la aplicación del MT depende del tipo de conducta en estudio, del nivel socioeconómico y el género, siendo importante considerar en el modelo las distintas dimensiones del apoyo social por ser una variable protectora en salud. El MT ofrece insumos para la transformación de la realidad social.

Palabras claves: Psicología de la Salud, Modelos de cambio de conductas en salud, Género, Estatus Socioeconómico.

¹ Universidad Central de Venezuela- Instituto de Psicología. Correo Electrónico: bernard85@gmail.com

² Universidad de Costa Rica- Instituto de Investigaciones Psicológicas. Correo Electrónico: Benjamín.reyesfernandez@ucr.ac.cr

INTRODUCTION TO THE TRANSTHEORETICAL MODEL: ROLE OF SOCIAL SUPPORT AND SOCIOECONOMIC VARIABLES.

ABSTRACT

Theoretical Framework: The fit of many psychological models is altered by psychosocial variables. Among the models of health behavior change, the one postulated by James Prochaska stands out, because of the integration it makes of a variety of psychological theories into 5 stages. Methods: By means of a bibliographic research, a description of the Transtheoretical Model (TTM) is aimed, considering the impact of social support, gender, and socioeconomic status in its application. Conclusions: The application of the MT depends on the kind of behaviour studied, the socioeconomic level, and the gender, being important in the model to consider distinct dimensions of social support, given that it is a health protection variable. The TTM offers contributions for transforming the social reality.

Key words: Health Psychology, Health behaviour change models, Gender, Socioeconomic Status.

Modelo Transteórico: consideraciones iniciales

El Modelo Transteórico (MT), también conocido como el Modelo de Etapas de Cambio, ha sido identificado como el más frecuentemente usado para estudiar cambio de conductas de salud (Davis, Campbell, Hildon, Hobbs, y Michie, 2015). Su origen se remonta a hace poco más de 40 años, en 1977, cuando Prochaska, con la ayuda de sus estudiantes de posgrado, empezó una jornada de revisiones a través de varios sistemas de psicoterapia para buscar aspectos comunes entre las teorías psicoterapéuticas más populares (Norcross y Goldfried, 2005). Como resultado, se propondría la existencia de 10 procesos de cambio, que resumirían procesos propuestos en los sistemas de psicoterapia revisados (Prochaska y DiClemente, 1982; Prochaska y DiClemente, 1983). Además de estos procesos, se propuso la participación de variables resultado dentro del cambio de conductas; en específico, el denominado balance de decisión, la auto-eficacia, y las tentaciones (Velicer, Prochaska, Fava, Norman, y Redding, 1998). Estos procesos de cambio, y variables resultado, se presentarían dentro de una dimensión temporal, descrita en términos de etapas de cambio, y mediante ellos se

procuraría explicar el cambio, desde conductas no saludables a conductas saludables.

El MT ha sido utilizado para abordar un muy amplio rango de conductas, pasando por el cese del fumado, la actividad física, conductas alimentarias, uso del condón, conductas de viaje, entre otras, y ha sido vinculado con la Entrevista Motivacional (Terence Wilson y Schlam, 2004), propuesta originalmente, y de forma independiente, por Miller (1983).

Una posible malinterpretación de lectores no familiarizados con modelos socio-cognitivos de conductas de salud es que, si no se menciona una variable dentro del modelo, el modelo niega toda contribución de esta para entender el fenómeno estudiado. Como podrá corroborarse en este artículo, este no es el caso del MT, que ha sido aplicado en diversidad de muestras, y dentro del que el papel de variables adicionales, sociales, ha sido estudiado.

En el presente manuscrito a través de una investigación documental, se pretende realizar una descripción del MT, considerando el impacto del apoyo social, el género y el estatus socioeconómico en la aplicación del mismo. Para ello, primero se hace una revisión general del modelo, y luego se examinan los conceptos de apoyo social, género y estatus socioeconómico, y el rol esperado de estas variables dentro del MT.

Etapas de cambio: la dimensión temporal del Modelo Transteórico

El MT describe el cambio en términos de cinco etapas. Esta es una conceptualización clave del modelo, pues es a través de estas que se supone se presentan los procesos de cambio, y que tienen lugar una serie de transiciones. Las cinco etapas son descritas a continuación (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Velicer et al., 1998).

- **Precontemplación:** en esta primera etapa las personas no tienen intenciones de cambiar su conducta en un futuro previsible, si bien algunas de ellas podrían expresar un vago deseo de cambiar. Frecuentemente las personas no son conscientes de su problema, y podrían carecer de

información. Es por ello que, cuando las personas buscan ayuda en esta etapa es a menudo por presión de otros, quienes podrían tener más clara la necesidad de un cambio. Aunque los tiempos en los que alguien podría permanecer en cada etapa son variantes, por lo general preguntamos si él o ella tienen la intención de cambiar la conducta problema en los próximos seis meses.

- **Contemplación:** es la etapa en la cual las personas consideran el cambio. Tradicionalmente, para valorar si alguien está en esta etapa, se pregunta si las personas tienen la intención de cambiar en los próximos seis meses. En esta etapa las personas empiezan a percibir más ventajas de cambiar su conducta (pros), pero también siguen percibiendo fuertemente desventajas de hacerlo, por lo que, en el balance de ambos, pueden experimentar una profunda ambivalencia, la cual los puede atrapar en esta etapa por un periodo largo de tiempo. A menudo se caracteriza este fenómeno como procrastinación, o contemplación crónica.
- **Preparación:** en esta etapa las personas han tomado la decisión de cambiar, y tendrían la intención de hacerlo próximamente. Para valorar si alguien está en esta etapa usualmente se pregunta por la intención de actuar en el próximo mes. Típicamente, estas personas podrían ya tener un plan para la acción, y eventualmente podrían tener ya algunos intentos de acción fallidos.
- **Acción:** es la etapa en la que la gente ha hecho modificaciones evidentes específicas en sus estilos de vida dentro de los últimos seis meses. Como la acción es observable, el cambio de comportamiento a menudo se ha equiparado con ingreso a la etapa de acción. Pero en el MT, la acción es una de las cinco etapas. No todas las modificaciones de comportamiento cuentan como ingreso a la etapa de acción en este modelo. Las personas deben alcanzar un criterio con fundamentación científica y profesional, que sea considerado importante para la reducción de riesgos. Por ejemplo, en el tabaquismo el criterio para considerar que se estaba en etapa de acción solía ser la reducción en el número de cigarrillos o cambiar a cigarrillos con

bajo contenido de alquitrán y nicotina. Ahora el consenso es claro: solo cuenta la abstinencia total. En esta etapa la vigilancia contra las recaídas es crítica.

- **Mantenimiento:** en esta etapa el objetivo es consolidar ganancias y evitar recaídas. Para clasificar a alguien dentro de esta etapa tradicionalmente se pregunta si la persona se ha mantenido libre de la conducta problema durante más de seis meses. En este momento las personas estarían más confiadas de que pueden continuar con la conducta saludable, se sentirían más fuertes ante las tentaciones, y percibirían menos desventajas de la conducta de salud.

Originalmente se consideraba que la *recaída* era una etapa adicional del modelo (Prochaska y DiClemente, 1983). Sin embargo, en formulaciones más recientes del modelo, la recaída se considera más bien una transición de personas que, estando en etapas de acción o mantenimiento, regresan a etapas anteriores (Lipschitz et al., 2015).

Las etapas recién expuestas representan dos cosas: un periodo de tiempo y una serie de tareas necesarias para moverse de una a otra etapa (Prochaska y DiClemente, 2005). En ese tanto, las etapas se entrelazan con mecanismos de cambio o transición. Aunque el tiempo destinado a cada etapa puede variar, las tareas a ser cumplidas para alcanzar la siguiente etapa se asumen como invariantes. En los siguientes párrafos se exponen los procesos de cambio, y variables de resultado, que permiten describir más detalladamente el cambio.

Balance de decisión, autoeficacia, y procesos de cambio en el Modelo

Transteórico

Balance de decisión. El concepto de balance de decisión del MT refleja el pesaje relativo que el individuo hace de los pros y los contras de cambiar (Prochaska, Redding, y Evers, 2015). La conceptualización de la toma de decisiones en el MT proviene originalmente del modelo de Janis y Mann (1977). Como tal, se incluyeron cuatro categorías de pros o ventajas del cambio (ganancias

instrumentales para sí-mismo y otros, y aprobación para sí-mismo y otros) y cuatro categorías de contras o desventajas del cambio (costos instrumentales para sí-mismo y otros, y desaprobación para sí-mismo y otros). Sin embargo, en estudios sobre la dimensionalidad de los pros y los contras, el hallazgo más frecuente es una estructura de dos factores a través de diversas conductas (un factor de pros y otro factor de contras; Prochaska et al., 2015), aunque este hallazgo no es siempre consistente, siendo reportadas, entre otros, soluciones de tres, cuatro y cinco factores (Di Noia y Prochaska, 2010; Guo, Aveyard, Fielding, y Sutton, 2009b; Plummer et al., 2001).

Se ha descrito patrones predecibles sobre cómo se relacionan los pros y los contras con las etapas de cambio (Prochaska et al., 1992). Para el *cese de conductas no saludables*, como el fumado, los contras del cambio percibidos son inicialmente elevados, pero disminuyen a medida de que se avanza de etapa, siendo esta disminución más acentuada a partir de la etapa de preparación. Por otro lado, los pros del cambio percibidos, inicialmente incrementan y superan a los contras, pero luego disminuyen, aunque se mantienen por encima de los contras. La Figura 1, panel A, ilustra este patrón. Para el caso de la *adquisición de conductas saludables*, los contras percibidos también disminuyen a medida que se avanza de etapa y los pros siguen el patrón inverso, es decir, aumentan. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en el patrón de conductas no saludables, los pros luego de aumentar no disminuyen, sino que se mantienen relativamente estables. El panel B de la Figura 1 ilustra este patrón.

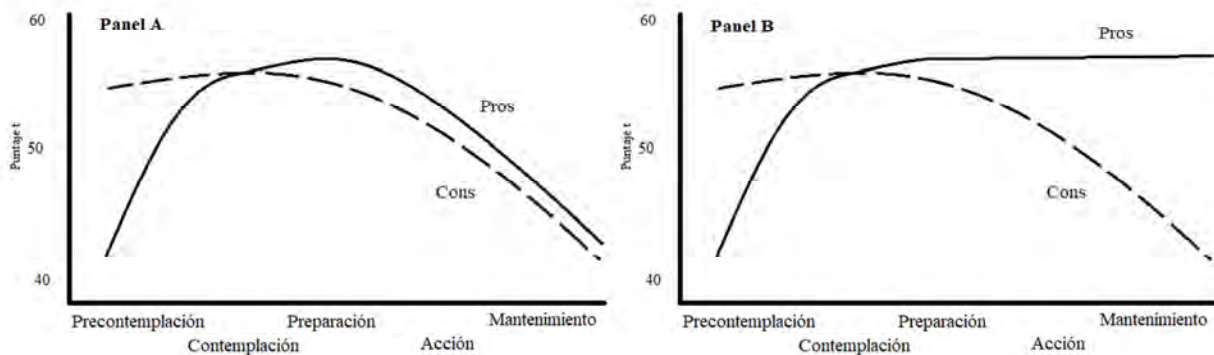


Figura 1. Patrones de pros y contras a través de las etapas de cambio. En el Panel A se representa el patrón de cese de una conducta no saludable. En el Panel B se representa el patrón de adquisición de una conducta saludable. Adaptado a partir de Velicer et al. (1998).

Las investigaciones, aunque en general muestran hallazgos coincidentes con esta formulación de patrones, no siempre lo confirman en todos sus aspectos (Di Noia y Prochaska, 2010).

Auto-eficacia. La autoeficacia es la confianza específica a una acción o tarea de que se puede afrontar la situación sin recaer en formas no saludables de conducta (Prochaska et al., 2015). El MT toma esta variable de la teoría de Bandura sobre auto-eficacia (Bandura, 1977, 1982).

Según lo describen Prochaska et al. (2015), la auto-eficacia tendría una contra cara en la *tentación*, definida como la intensidad de la urgencia experimentada por un individuo de participar en un comportamiento ante situaciones difíciles específicas. Prochaska et al. (2015) clasifican las situaciones en las que se dan las tentaciones en tres categorías o factores: situaciones de afecto negativo o malestar emocional, situaciones sociales positivas, y situaciones de ansias o anhelo. Estos tres factores, que son sub-dimensiones de un factor general de "tentación", se expresan en ítems usados para medir auto-eficacia situacional/situaciones tentadoras. Por ejemplo, para medir tentación de comer una dieta alta en grasa se pregunta, entre otros ítems, cuán tentado se está "cuando he tenido un mal día y me estoy sintiendo mal acerca de mí mismo" (situaciones de afecto negativo), "mientras estoy pasando un buen rato cuando

estoy afuera con mis amigos” (situaciones sociales positivas), “cuando otros a mi alrededor están comiendo comida alta en grasas” (situaciones de ansias o anhelo) (Rossi et al., 2001).

Conforme las personas avanzan de etapa la auto-eficacia sería mayor y, por ende, la tentación sería menor. Incluso se ha estimado que luego de cinco años de mantenimiento en la conducta de salud, las personas pasarían a una etapa de terminación, en la que se tiene cero tentación y un cien por ciento de autoeficacia (Prochaska, 2008).

Procesos de cambio. El MT propone diez procesos del cambio que, junto a las etapas, han sido considerados como las dos dimensiones o aspectos clave del modelo (Prochaska et al., 1992). En términos generales, se establecen dos categorías para estos procesos: procesos de cambio experienciales y procesos de cambio conductuales. Los *procesos de cambio experienciales* son descritos brevemente a continuación (Prochaska et al., 1992; Prochaska et al., 2015).

- Aumento de consciencia: incluye una mayor consciencia de las causas, consecuencias, y soluciones para una conducta problema específica. Para incrementar la consciencia se puede hacer uso de retroalimentaciones, confrontaciones, interpretaciones, biblioterapia, y campañas mediáticas. Un ítem de ejemplo para medir este proceso es “pienso sobre información de artículos y anuncios acerca de cómo dejar de fumar” (Prochaska, Velicer, DiClemente, y Fava, 1988).
- Alivio dramático: se trata de experiencias emocionales aumentadas inicialmente, seguidas por afecto reducido o alivio anticipado. Las técnicas que pueden mover a las personas emocionalmente son el juego de roles, testimonios personales, retroalimentación sobre riesgos contra la salud, y campañas mediáticas, entre otras. Un ítem ejemplo del alivio dramático es “las advertencias sobre los riesgos para la salud del fumado me mueven emocionalmente” (Prochaska et al., 1988).
- Re-evaluación del ambiente: consiste en una combinación de valoraciones cognoscitivas y afectivas de cómo la presencia o ausencia de una conducta

en el individuo afecta a su propio ambiente social, así como al de otros. También incluye la posibilidad de que la persona se de cuenta de que puede ser un modelo para otros. Documentales, testimonios, intervenciones familiares, entre otros, pueden promover la re-evaluación ambiental. Un ítem ejemplo de este proceso es “estoy considerando la idea de que el mundo a mi alrededor sería un mejor lugar sin mi fumado” (Prochaska et al., 1988).

- Liberación social: requiere de un incremento de alternativas y oportunidades sociales, en especial para la gente que está siendo oprimida o privada de lo que necesitan. Para facilitar la liberación social pueden ser útiles políticas para la promoción de la salud de minorías, abogacía por ellas, y medidas de salud pública (p. ej.: espacios libres de fumado, comedores escolares con fruta y vegetales, repartición de condones). Un ítem de liberación social es: “encuentro que la sociedad está cambiando en formas que hacen las cosas más fáciles para no fumadores” (Prochaska et al., 1988).
- Auto-evaluación: se trata de evaluaciones cognoscitivas y afectivas de la autoimagen del individuo, tomando como referencia sus conductas de salud o de riesgo, por ejemplo, percibirse como una persona sedentaria o activa. Las personas pueden ser estimuladas para tener una auto-evaluación mediante clarificación de valores, modelos de rol saludables, y técnicas de imaginación. Para medir esto, un ítem de ejemplo sería “Revaloro el hecho de que estar satisfecho conmigo mismo incluye cambiar el hábito de fumar” (Prochaska et al., 1988).

Los *procesos de cambio conductual*, por otro lado, son los siguientes.

- Control de estímulos: es un proceso o estrategia en el que se remueven señales para tener hábitos no saludables y se agregan señales para alternativas más saludables. El control de estímulos puede incluir evitación, reingeniería ambiental, y grupos de auto-ayuda que pueden proveer estímulos que apoyan el cambio y reducen los riesgos de recaída. Un ítem

de ejemplo es: “quito cosas de mi casa que me recuerdan fumar” (Prochaska et al., 1988).

- Relaciones de ayuda: consiste en relaciones de cuidado, confianza, apertura, y aceptación, así como apoyo para un cambio saludable de salud. Entre las fuentes de apoyo se encuentran las relaciones de alianza terapéutica, llamadas de consejería y las redes de amigos. Para medir este proceso, un ítem sería: “tengo a alguien que me escucha cuando necesito hablar acerca de mi fumado” (Prochaska et al., 1988).
- Contra-condicionamiento: es el aprendizaje de conductas saludables que substituyen conductas problemáticas. Un ejemplo de ítem sobre contracondicionamiento es: “hago algo más, en lugar de fumar, cuando necesito relajarme o lidiar con la tensión” (Prochaska et al., 1988).
- Administración de contingencias: trata de brindar consecuencias de tomar pasos en una dirección particular. Aunque la administración de contingencias puede incluir el uso de castigos, las personas que cambian descansan en la recompensa más que en sanciones. Se puede usar contratos de contingencias, reforzamiento evidente o encubierto, y reconocimiento grupal para aumentar la probabilidad de que las respuestas saludables sean repetidas. “Yo me premio cuando no fumo” es un ejemplo de ítem para medir esto (Prochaska et al., 1988).
- Auto-liberación: es un proceso de cambio que incluye tanto la creencia de que uno puede cambiar y el compromiso a que uno puede actuar basado en esa creencia. Las promesas de año nuevo, los testimonios públicos y las escogencias múltiples en vez de las sencillas o únicas pueden aumentar lo que comúnmente se conoce como fuerza de voluntad. Un ítem sobre auto-liberación es: “me digo a mi mismo de que puedo escoger si fumar o no” (Prochaska et al., 1988).

Originalmente se propuso que procesos específicos ayudan en la transición entre determinadas etapas, jugando un rol más relevante los procesos experienciales entre las primeras etapas, y entre las etapas posteriores los procesos

conductuales (Prochaska et al., 1992; Velicer et al., 1998); de esta manera, por ejemplo, para la transición desde la precontemplación a la contemplación, el aumento de la consciencia, el alivio dramático, y la re-evaluación ambiental serían importantes, mientras que para la transición entre acción y mantenimiento, el control de estímulos y las relaciones de ayuda, entre otros, serían relevantes. Los resultados, sin embargo, no siempre apoyan estos supuestos, por lo que los mecanismos de transición específicos entre etapas están en discusión (Guo, Aveyard, Fielding, y Sutton, 2009a).

Con respecto al patrón de estos procesos a lo largo de las etapas, tanto lo experienciales como los conductuales, los resultados de investigación señalan que el uso de estos se incrementa conforme se avanza de etapas, aunque el patrón tiene variaciones por conducta objetivo (Rosen, 2000).

El MT no hace mención explícita de una amplia cantidad de variables de carácter social o sociodemográfico. Sin embargo, esto no excluye la posibilidad de incluirlas para examinar su posible contribución para entender mejor el cambio de conductas en salud. En algunos casos, como el de la variable “apoyo social”, el MT incluye una conceptualización propia de esa variable, las relaciones de ayuda, mencionada dentro de los procesos de cambio de este modelo, excluyendo otras formas de conceptualización. En el caso de variables sociodemográficas, como el género y el estatus socioeconómico, el MT no las incluye. En los siguientes apartados se hará una breve exposición de los aspectos conceptuales del apoyo social, el estatus socioeconómico, y el género, así como de sus hallazgos dentro del MT.

Apoyo social: aspectos conceptuales y su rol dentro de Modelo Transteórico

El apoyo social ha sido definido de forma distinta por diversidad de autores. De esta manera, para Arteaga, Cogollo y Muñoz (2017) es la percepción de pertenecer a una red social por medio de la comunicación y obligaciones mutuas, en este sentido, es un proceso interactivo, considerado un factor protector ante enfermedades crónicas que afecta el bienestar de los pacientes e incentiva en ellos la adquisición de conductas favorables a su condición de salud.

Por su parte Clemente (2003) define al apoyo social como el grado en que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con el otro. Se entiende por necesidades sociales básicas la pertenencia, la afiliación, el afecto, la identidad, la seguridad y la aprobación. Estas necesidades se pueden cubrir por medio de la ayuda socioemocional (amor o empatía) o por la provisión de ayuda instrumental (material o tangible).

En cuanto a la caracterización de apoyo social, Sarason, Sarason y Pierce (1990) consideran que una teoría amplia de apoyo social debería considerar los siguientes factores: la cantidad de relaciones, su estructura formal, su densidad y reciprocidad, y el contenido de estas relaciones como reflejo de apoyo social. En tal sentido, existe poco consenso en cómo debería definirse apoyo social y por ende gran diversidad en sus medidas. A pesar de esta diversidad, se pueden distinguir tres acepciones en su definición: conexión social, apoyo social percibido y apoyo social recibido (Matud, Carballeira, López, Marrero y Ibáñez, 2002).

- La conexión social (inserción o integración social): se refiere a las relaciones que tienen las personas con otros seres significativos de su medio social, y se ha evaluado fundamentalmente a partir de lazos sociales, como la pareja, los familiares, la participación en organizaciones y el contacto con amigos. Uno de los principales problemas de esta perspectiva es que no todas las personas de la red social constituyen una fuente de apoyo.
- El apoyo social percibido disponible: se caracteriza por la valoración cognoscitiva de estar conectado de manera fiable con otros, y se evalúa preguntando a las personas en qué medida creen que disponen de apoyo social.
- El apoyo social recibido: Se evalúa por medio de la observación directa o preguntando a la persona si ha recibido determinadas conductas de apoyo, como el préstamo de dinero o ser escuchada por algún amigo.

El apoyo social percibido disponible y el recibido constituye lo que se denomina las funciones del apoyo social (Uchino, 2004).

Respecto a la evaluación del apoyo social y sus dimensiones Tardy, (1985) y Terol, López, Neipp, Rodríguez, Pastor, y Martín-Aragón (2004), presentan la siguiente clasificación de los instrumentos de evaluación:

- Dirección: hace referencia a la bidireccionalidad en el apoyo social, puede ser provisto o percibido. En esta dimensión se precisa desde dónde se evalúa el apoyo, bien desde quien lo provee o bien desde quien lo recibe.
- Disposición: se refiere, por un lado, a la evaluación del apoyo disponible accesible ante situaciones hipotéticas específicas, o en términos globales; y por otro lado la evaluación del apoyo real, el que se ha dado o se esté dando ante una situación específica, o en un determinado periodo de tiempo relacionado con la ocurrencia de un acontecimiento estresante. Ambas formas de evaluación son posibles e incluso complementarias permitiendo contrastar la disponibilidad del apoyo con la ocurrencia real del mismo.
- Descripción-Evaluación: el apoyo “descrito” especifica las acciones o categorías de apoyo. Por su parte, el apoyo “evaluado” refleja la adecuación del mismo en términos de satisfacción, valorado desde el receptor o desde quien lo provee.
- Contenido: se distinguen cuatro categorías de apoyo social: emocional, instrumental, informativo, y el evaluativo.
- Redes: se refiere a la característica transaccional e interpersonal del apoyo integrando términos más específicos que son mencionados en la literatura sobre apoyo social, como proveedores, fuentes, y relaciones íntimas. Tardy (1985) prefiere mantener el término redes en vez de “fuentes”, pues considera que representa mejor la dimensión social del apoyo y engloba las diferentes maneras en que se ha evaluado.

De acuerdo a las fuentes de apoyo social, Alonso, Menéndez y González (2013) señalan que se pueden clasificar en: naturales (familia, amigos, compañeros de trabajos) y organizadas (grupos de ayuda mutua o asociaciones, voluntariado institucional, ayuda profesional). También se han clasificado en redes informales, (aquellas más cercanas a la persona siendo la principal, la familia) y en redes formales (constituidas por las personas pertenecientes a la red de cuidadores de servicios sanitarios y sociales).

Por su parte Uchino (2004), distingue que existen dos estrategias principales de medición del constructo, la primera es preguntar sobre la ayuda recibida de algún miembro particular de la red (aproximación específica) o preguntar si ha recibido ayuda independientemente de la fuente (aproximación general). A continuación se resume en la siguiente figura la relación entre las distintas dimensiones del apoyo social.

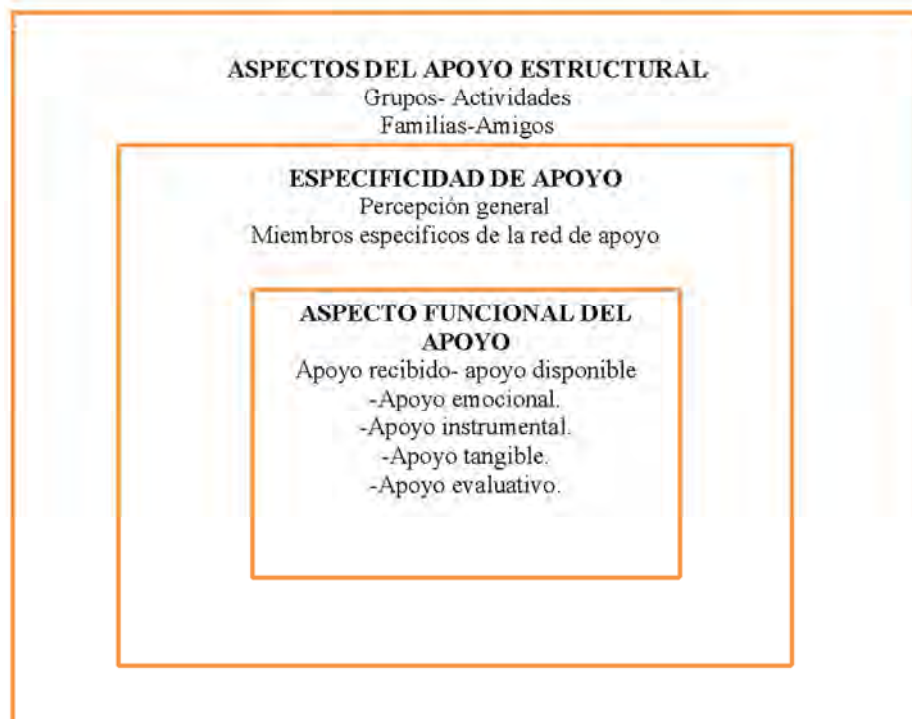


Figura 2. Relación entre apoyo funcional y estructural, asociado a la estrategia de medición. Adaptado a según Uchino (2004)

En el área de la salud, el apoyo social se relaciona positivamente con el estado de salud y con la recuperación de la enfermedad, algunas explicaciones sobre esta relación son: (1) el sentimiento de disponer de apoyo social (apoyo social percibido disponible) puede reducir el impacto negativo del estrés sobre diversos problemas de salud. (2) el apoyo social puede reforzar la autoestima, el sentido de control y la capacidad para afrontar más eficazmente la enfermedad, ayudando a reducir la cantidad requerida de medicamentos, acelerando la recuperación y facilitando la adherencia a las prescripciones médicas (Barra, 2004).

Dos modelos son los que generalmente se proponen para explicar la asociación entre la salud y el apoyo social. Por una parte, el modelo del “efecto directo”, que propone que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo y que resultan de focalizarlo como variable

antecedente o simultánea. El apoyo social conduce a una mejor salud y menos problemas psicológicos. Por otra parte, el modelo del “efecto amortiguador”, que postula que los acontecimientos estresantes tendrán un mayor impacto (negativo) en aquellos sujetos con menos redes de apoyo social, por tal motivo, el apoyo social protege a los sujetos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes y lo focaliza como una variable interviniente en la relación estrés-enfermedad (Strom y Egede, 2012). En este sentido, Alonso et al. (2013) plantean que existen dos explicaciones para demostrar el efecto amortiguador del apoyo social:

- El apoyo social permite a las personas que estuvieron expuestas al estresor, que sean capaces de redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o inhibir los procesos psicopatológicos que pueden desencadenarse en ausencia del apoyo social.
- El apoyo social evita que las personas, previo a la exposición, definan una situación como estresante mediante la seguridad que les ofrece tener la posesión de diversos recursos materiales y emocionales con los que poder enfrentarse a ella. En la actualidad, se desconoce en qué grado contribuye cada mecanismo sobre la acción global que el apoyo social ejerce sobre la salud.

Schwarzer, Knoll y Rieckman (2004), además del efecto directo y el efecto amortiguador, mencionan el efecto “indirecto” del apoyo social, cuándo una tercera variable media entre el apoyo social y el resultado de salud. Por ejemplo: pacientes adultos mayores son apoyados por sus esposas para que tomen sus medicamentos con regularidad, este medicamento, a su vez, alivia la enfermedad. Por otra parte, estos mismos autores clasifican las vías a través de las cuales el apoyo social impacta sobre la salud en:

- Vía fisiológica: ante situaciones de estrés, que pueden tener efectos sobre el organismo (por ejemplo, afectando el sistema inmunológico), se ha encontrado que el apoyo social puede servir como protector (Herbert y

Cohen, 1993). La vía fisiológica es una amplia área de estudio (Uchino, 2006; Schwarzer y Rieckman, 2002).

- Vía conductual: se ha encontrado que los grupos de referencia pueden tanto promover conductas saludables (Murray, Johnston, Dolce, Lee, y O'Hara, 1995), como conductas de riesgo (Schwarzer, Jerusalem, y Kleine, 1990). A menudo esta vía es examinada en conjunto con variables psicosociales con las que el apoyo interactúa para producir la conducta (por ejemplo, ver Reyes Fernández, Warner, Knoll, Montenegro Montenegro y Schwarzer, 2015).
- Vía psicológica: el apoyo social puede impactar una amplia variedad de procesos o variables psicológicas, tal y cómo sentimientos de malestar, depresión, estados emocionales, bienestar, entre otros. Estas variables, ya de por sí, pueden ser indicadores de salud o padecimientos psicológicos, pero también podrían impactar sobre procesos fisiológicos ('salud física'). Esta vía es también una amplia área de investigación (Chen y Feeley; Schwarzer y Rieckman, 2002)

Dentro del MT el apoyo social tiene su lugar. De acuerdo a Prochaska (1999) el apoyo social es un proceso de cambio conductual importante a considerar, especialmente en las etapas de "acción y mantenimiento". Denominado en el modelo "relaciones interpersonales de ayuda" abarca el cuidado, la apertura, la confianza, así como también los apoyos para que sea más probable el cambio. La construcción del rapport, la alianza terapéutica, los sistemas de amigos, los grupos de autoayuda, entre otras fuentes de apoyo, son de gran relevancia para que se origine el cambio conductual que se desea obtener. Sin embargo, es importante que la persona no se vuelva dependiente de estos tipos de apoyo para mantener el cambio, puesto que sino la recaída será inevitable.

El apoyo social que recibe la persona se va incrementando a medida que va avanzando en las etapas del modelo, aunque este no necesariamente coincide con el apoyo que la persona percibe. Se puede diferenciar entre apoyo social positivo y negativo. El positivo facilita la adquisición de estrategias de

afrontamiento efectivas, mientras que el negativo tales como las críticas y la expresión de mucha emocionalidad puede llevar a la recaída. El apoyo positivo tiene su máxima expresión en la etapa de acción, posteriormente va disminuyendo; por su parte el apoyo negativo va en aumento llegando a ser muy importante en la fase de mantenimiento (ayuda a consolidar la conducta); sin embargo, una reducción progresiva del apoyo tipo negativo se asocia con mayor probabilidad de cambio (Shruthi, Niveditha, Shetty, Chaitanya y Khargekar, 2017). En los estudios de actividad física, el apoyo social específicamente de familiares y amigos se asocia positivamente con el cambio conductual, esto probablemente se pudiera explicar por medio de la autoeficacia, es decir, las personas que reciben mayor apoyo probablemente tienen mayor seguridad de sí misma, y esto incrementa la posibilidad de que realicen mayor actividad física (Hwang y Kim, 2017).

Rosen (2000) plantea que el impacto del apoyo social dependerá de la etapa del cambio y del problema de salud, siendo su uso mayor en la etapas de acción y de mantenimiento, y teniendo realmente una ponderación mayor solo en los problemas psicológicos abordados en psicoterapia, puesto que en tópicos tales como cesación tabáquica, abuso de sustancia, realización de dieta y ejercicios, su relevancia es poca. En este sentido Rosen (2000), afirma que este poco impacto del apoyo social se pudiera deber a que en muchas ocasiones el apoyo no se encuentra asociado con el uso de otros procesos relevantes en una determinada problemática, por ejemplo, en caso de personas con abuso de sustancia, la red de esta persona generalmente se ve disminuida, porque en ella es que generalmente reside gran parte del problema, mientras que otros procesos como control de estímulo y aumento de consciencia adquiere un papel más relevante para el cambio comportamental, y estos procesos no necesariamente implican algún soporte social. Por su parte, en el abordaje de “problemas psicológicos” la ayuda del psicoterapeuta es indispensable para lograr el cambio. En este mismo sentido, Scholz, Ochsner, Hornung y Knoll (2013) sostienen que lo que el MT denomina como relaciones de ayuda corresponde a lo que en otra literatura se denomina apoyo social percibido.

Como puede corroborarse en el breve repaso que se ha hecho sobre lo que es apoyo social, y sus vínculos con la salud, este es un fenómeno complejo, en el que hay que considerar muchas distinciones o tipos de apoyo. Aunque el MT conceptualice apoyo social como “relaciones de ayuda”, sin lugar a duda mucho puede ser estudiado considerando distinciones específicas de apoyo, como por ejemplo, medidas de conexión o integración social, apoyo social efectivamente recibido, apoyo social percibido disponible, funciones del apoyo social (emocional, instrumental, tangible, evaluativo), la dirección de apoyo, entre otros. Se retomará el tema de la integración del apoyo social en el MT en la sección de discusión y conclusiones.

El Género y su rol dentro del Modelo Transteórico

La OMS (2013) ha usado, como definición de género, “roles sociales construidos, comportamientos, actividades, y atributos que una sociedad dada considera apropiados para los hombres y para las mujeres”. Más que proponer una definición de lo que debe entenderse por “género”, en este apartado se desea ejemplificar cómo diversidad de temas, usualmente categorizados como “de género”, pueden estudiarse dentro del MT.

Está claro que el MT no es en sí una teoría sobre la socialización o construcción del género. No obstante, puede proveer un marco útil para estudiar fenómenos en los que se visibilice diferencias de género y, en relación con esto, puede reflejar aspectos del género presentes en subgrupos específicos, como población lgtb, hombres y mujeres. Igualmente, puede usarse para promover el cambio cultural en esta materia.

Dentro de los estudios que entremezclan el MT con el género se encuentran aquellos que abordan *diferencias de género, en particular entre masculinos y femeninas (en adelante se usan “hombres” y “mujeres”, como sinónimos respectivos), en conductas de salud* desde el MT. Por ejemplo, como reportan O’Hea, Wood, y Brantley (2003), para conductas como el ejercicio físico, reducción dietética del consumo de grasa, y el cese del fumado, se ha comparado a hombres y mujeres, adultos, consultantes en clínicas de cuidado primario, en sus

puntuaciones de auto-eficacia, balance de decisión, y en su distribución por etapas de cambio. Se encontraron diferencias en la distribución por etapas entre hombres y mujeres para el cese de fumado (mayor porcentaje de hombres en mantenimiento, y mayor porcentaje de mujeres en precontemplación) y el ejercicio (mayor porcentaje de hombres en mantenimiento, y mayor porcentaje de mujeres en contemplación), pero no para la dieta. Los hombres presentaron puntajes más altos en autoeficacia para cese de fumado y ejercicio que las mujeres, pero tanto los pros como los contras percibidos por las mujeres fueron más altos para cese de fumado y ejercicio, en comparación con los hombres. Para la conducta dietética no hubo diferencias en autoeficacia ni tampoco en pros y contras percibidos. La distribución por etapas en ejercicio físico, junto con la mayor autoeficacia para actividad física en hombres, son consistentes con lo reportado en otros estudios que muestran que los hombres tienen una tendencia a practicar más actividad física que las mujeres (Azevedo et al., 2007). Otros trabajos han reportado mayor práctica de conductas de riesgo por parte de hombres, y la existencia de una relación entre socialización de género y las conductas de salud y riesgo (Courtenay, 2000). En ese caso, la socialización de género se vería reflejada en variables del MT aunque, como ya se mencionó, éste no es una teoría de socialización de género.

Desde el MT también se realizan *estudios con poblaciones específicas*, ya sea minorías y grupos vulnerables, así como eventuales victimarios. Por ejemplo, y en relación con personas con distintas identidades y orientaciones sexuales, Baskerville et al., (2017), en un trabajo de revisión, mencionan que la tasa de fumado entre personas lesbianas, gays, transexuales, bisexuales, y queer (LGTBQ) es más elevada que entre personas que no lo son, y reportan seis estudios de intervención para el cese del fumado llevados a cabo con población LGBTQ, de los cuales señalan una serie de debilidades metodológicas, e indican necesidad de realizar más investigación en estas poblaciones.

El MT también ha sido utilizado como marco para promover cambios en materia de género. De esta forma, el marco provisto por el MT se ha usado para plantear un modelo psicoterapéutico para hombres, promoviendo que se comprometan con

el cambio dentro de la terapia (Brooks, 2010). Dentro de este planteamiento terapéutico se considera que un porcentaje considerable de los problemas de los hombres son el resultado de la imposibilidad de cumplir con las demandas extremas de la ideología masculina. De forma semejante, el marco general del MT ha sido utilizado para diseñar intervenciones para incrementar la consciencia y cambiar actitudes de consejeros y otros profesionales hacia las necesidades de individuos lgb, y promover mayor preparación para el cambio (Tyler, Jackman-Wheitner, Strader, y Lenox, 1997).

Los párrafos anteriores ilustran cómo, aunque el MT no es una teoría sobre la socialización o construcción del género, permite integrar distintas temáticas relacionadas con el constructo, y a su vez, brinda un marco desde el cual se pueden promover cambios relacionados a éste.

Estatus socioeconómico en el modelo transteórico

El estatus socioeconómico es una variable que está asociada a las situaciones que permiten a las personas tener capacidades y recursos para lograr llevar a cabo la predisposición existente de determinadas conductas, positivas o negativas. En este sentido, se plantea que las personas con menos nivel socioeconómico tendrían un estilo de vida en general menos saludable. La mayoría de los factores protectores tales como consumo de frutas y verduras o realización de actividad física, son menos frecuentes en las personas de baja posición socioeconómica, al tiempo que con menos frecuencia reciben atención médica o tienen menos acceso a medidas preventivas como el uso de condón o al diagnóstico y tratamiento de enfermedades como hipertensión u obesidad, sin embargo, se debe destacar que existen otras conductas de riesgos en salud, donde el estatus socioeconómico no ejerce un efecto determinante como por ejemplo consumo de alcohol y conducta tabáquica (Ortiz, Pérez y Tamez, 2015; Vidal et al., 2014).

Chia-Huei et al. (2017) sugieren que el nivel socioeconómico, especialmente en mujeres se encuentra estrechamente ligado al cambio conductual en el área de actividad física, en este sentido plantean que las mujeres con bajo ingreso

generalmente tienen poco acceso a actividades deportivas, son más dependientes, poseen menos poder en la toma de decisiones, y por ende perciben mayores barreras para realizar actividades físicas. Sin embargo, Gómez-Ramírez, García-Molina, Wagner-Lozano, Calvo-Soto y Ordoñez-Mora (2016) establecen que en población colombiana no existe relación entre las etapas del cambio y el estatus socioeconómico, puesto que independientemente del estatus la mayoría de la población estudiada (193 estudiantes que evaluaba realizar alguna actividad física) se encontraba en las etapas de pre y contemplación.

En este mismo sentido, Gokbayrak, Paiva, Blissmer y Prochaska (2014) afirman que no existe relación entre algunas variables sociodemográficas tales como el estatus marital y el nivel educativo (este último, íntimamente ligado al nivel socioeconómico) con las recaídas o el mantenimiento de cesación de conducta tabáquica.

La posible asociación existente entre el estatus socioeconómico y las etapas del cambio, puede estar moderada por otras variables sociodemográficas y psicosociales tales como la edad, el género, el nivel educativo y las interacciones sociales de las personas. Kanna y Boutin-Foster (2016) afirman que un menor nivel educativo y un mayor número de interacciones con personas con hábitos alimentarios inadecuados, obstaculiza la adquisición de una dieta saludable independientemente del estatus socioeconómico de la persona. Por su parte, Hyung-Joon y Hong-Gwan (2006) sostienen que la relación entre las etapas del cambio y el estatus socioeconómico (mayor nivel de ingreso, mayor avance en etapas para dejar de fumar) se puede ver en los hombres más no en mujeres cuando se estratifica por edad, por lo que recomiendan continuar estudiando la influencia directa e interacciones de las variables sociodemográficas sobre las etapas del cambio de cualquier cambio comportamental.

Discusión y conclusiones

A lo largo de este manuscrito se ha introducido conceptos básicos del MT, y se ha expuesto una pequeña porción de los estudios empíricos que sustentan el modelo. En realidad, según refiere Davis et al. (2015), alrededor del 33% de las

publicaciones científicas sobre modelos de cambio de conductas en salud tienen al MT como marco de referencia. Por esto, cabría esperar que exista una amplia variedad de estudios desde el MT que cubran diversidad de temas. Sin embargo, pese a las expectativas que el volumen de investigación pueda generar, los resultados de investigación no son siempre consistentes, y no siempre apoyan al modelo, dejando preguntas abiertas, por ejemplo, sobre los mecanismos de transición entre etapas (Guo et al., 2009a), la descripción del cambio en término de etapas en vez de un proceso continuo (Littell y Girvin, 2002), entre otras.

Además, hay temas relativamente poco investigados dentro del marco de la MT. Como refieren Sallis, Owen y Fisher (2015) muchos modelos psicológicos de conductas en salud enfatizan en variables individuales, relegando a un lugar secundario, u omitiendo mencionar variables contextuales. El MT no es la excepción. En este manuscrito se ha hecho una breve exposición sobre qué es el apoyo social, y cómo se aborda éste en el MT. Igualmente se ha hecho una breve revisión de investigaciones que examinan cuál podría ser el rol de variables sociodemográficas como estatus socioeconómico y género dentro del modelo.

El apoyo social es una de las pocas variables en psicología de la salud donde, en general, se obtienen resultados consistentes acerca de su papel protector en salud, independientemente de la acepción que se tenga del mismo o su forma de medición, aunque si el grupo de referencia promueve conductas de riesgo, los resultados del “apoyo” podrían ser opuestos a los deseados. La consistencia en los hallazgos no deja soslayado el problema de medición que se tiene con esta variable, es decir, por ser un constructo multidimensional tener una medición válida, objetiva y exhaustiva del mismo, es un poco complicado, repercutiendo en que los resultados de las distintas investigaciones donde se haya estudiado realmente no sean equiparables, como señala Rondón (2011).

Otra crítica en cuanto su forma de medición es en relación al tema de la “objetividad”. Al medir el constructo a través de una escala o un cuestionario estandarizado realmente lo que se está midiendo es “percepción de apoyo” independientemente de la redacción del ítem, destacando que no debe confundirse “percepción de apoyo” con “apoyo disponible percibido”, al que la

literatura con frecuencia se refiere como “apoyo percibido” (Schwarzer, Knoll y Rieckmann, 2004; Uchino, 2009). En este caso, lo que se refiere es a una limitación de las medidas de auto-reporte del apoyo (disponible, recibido, etc.), que dependen de la percepción, y pueden ser, por ende, sesgadas. En este sentido, evaluar apoyo como red de apoyo social es la aproximación más objetiva al constructo, sin embargo, no permite realmente conocer si esas personas que constituyen la red realmente brindan algún tipo de ayuda. En este mismo orden de ideas, se recomienda crear formas de evaluaciones para medir el apoyo “real”; una de las propuestas es a través de registros anecdóticos (Casalta y Penfold, 1982), sin embargo en estudios con gran tamaño muestral y longitudinal resulta una tarea muy compleja. Por otra parte, también se señala la posibilidad de medir “apoyo real” como “apoyo recibido” distinguiendo por el tipo de contenido, es decir, se considera más factible evaluar de forma objetiva el apoyo real considerando el contenido instrumental e informativo, que el emocional y el valorativo por ser estos últimos más subjetivos. Una idea es realizar preguntas cerradas, especificando el tipo de apoyo, tiempo, finalidad y fuente, por ejemplo ¿recibió usted hoy alguna información escrita o verbal de cómo preparar sus alimentos? ¿por quién?; ¿recibió usted durante esta semana algún apoyo económico para continuar en el gimnasio? ¿por quién?.

En relación al papel del apoyo social en el MT, se identifica igualmente como un apoyo social percibido, donde son en las etapas de acción y de mantenimiento cuando adquiere sus mayores niveles de uso, sin embargo, es necesario preguntarse si en el área de la salud, el apoyo social es tan importante, ¿por qué en el MT se percibe más disponibilidad de relaciones de ayuda sólo en las últimas etapas? Una posible hipótesis a la anterior interrogante es que las personas al estar en etapas más avanzada en el modelo presentan mayores desafíos para el desarrollo y mantenimiento de tales cambios, y por ende se incrementa la necesidad de ayuda, en este sentido aumentaría el apoyo social disponible percibido, correlacionando de forma positiva con el apoyo social recibido como plantean Melrose, Brown y Wood (2015). Resulta necesario realizar estudios para

comprobar esta posible hipótesis o cualquier otra para dar cuenta del aumento de las relaciones de ayuda reportadas.

Por otra parte, se evidencia a través de los resultados de distintas investigaciones, que no en todo los comportamientos, el apoyo social adquiere un papel notorio (Rosen, 2000), lo que pone en relevancia “la especificidad de la naturaleza de la conducta”, es decir, aunque todo comportamiento se rige por los mismos principios del aprendizaje, algunas conductas son más susceptibles a la influencia social que otras. Por ejemplo el usar condón, el realizar actividad física, el dejar de fumar o el cambiar conducta de abuso de drogas no recibe -al menos en la sociedad occidental- la misma importancia o censura, por lo que la “norma social” como se denominaría en Teoría del Comportamiento Planificado de Ajzen (1991) es un importante factor a considerar, en este sentido, se invita a ver el impacto de lo social, concebido como apoyo recibido, red y norma, a través de las distintas etapa del cambio del MT.

Derivado de lo anterior, se desprende la idea de la relevancia de continuar realizando investigaciones psicológicas donde se aborde de la manera más próxima posible la realidad en su forma compleja, por lo que los estudios multivariados, donde se expongan relaciones de mediación y moderación, es decir, cómo se da el cambio, y entre quienes o en qué condiciones surge, son de gran utilidad. En este mismo orden de ideas, se evidencia como la descripción de resultados que se obtienen a través de la aplicación del MT dependen del tipo de conducta en estudio y de ciertas variables sociodemográficas tales como el nivel socioeconómico y el género (Hyung-Joon y Hong-Gwan, 2006; O’Hea et al., 2003). En lo que respecta al género, orientación e identidad sexual, los estudios presentados representan un área de investigación incipiente. Como bien se mencionó, el MT no es en sí una teoría sobre socialización de género o construcción de identidad. Sin embargo, la identidad y el género pueden incidir en conductas de salud, de tal forma que, como lo muestra el estudio de O’Hea, Wood, y Brantley (2003), hombres y mujeres pueden mostrar diferencias en términos de su distribución en etapas de cambio para conductas diversas, o, como muestran Baskerville et al (2017), la distribución en etapas de cambio puede variar

en personas de minorías LGTBQ, cuando son comparadas con el resto de la población. En estos fenómenos, el apoyo social, y más en específico, los grupos de referencia, a través de las creencias normativas que promueven (Ajzen, 1991), podrían estar incidiendo en la forma en la que las distintas personas se aproximan a las conductas de salud, lo que se refleja en su distribución en etapas. Ciertamente, distintos grupos tendrán distintas normas, y por ende, las expectativas de lo que es ser “hombre”, “mujer”, “lesbiana” o “trans” variarían de una cultura a otra, con la consecuente influencia sobre el apoyo brindado y sobre el proceso de cambio de conductas en salud para subgrupos específicos. En ese tanto, particularmente interesantes resultarán los estudios que combinen el MT con apoyo social y género o identidad sexual.

Pero el proceso de cambio de conductas en salud, tal y como lo describe el MT, no tiene que limitarse a ser un “recipiente” de la socialización de género e identidad sexual. Como se mencionó en la sección correspondiente, existen propuestas en la literatura para usar el MT como marco para promover transformaciones en la forma en la que se experimenta y se actúa el género (Brooks, 2010; Tyler, Jackman-Wheitner, Strader, y Lenox, 1997). Ciertamente la realidad social puede ser transformada, y no solamente entendida. El MT brinda insumos para esa transformación.

Con respecto a la presentación que se hizo de investigación integrando estatus socioeconómico con el MT, es menester acotar lo siguiente. Los resultados encontrados al abordar la relación entre el nivel socioeconómico y las etapas del cambio en el MT son muy variados y en ocasiones contradictorios (Chia-Huei et al., 2017; Gómez-Ramírez et al., 2016), esto puede responder a diversos factores como por ejemplo su “medición”, es decir, la manera de estratificar a la población en estudio siguiendo a múltiples criterios, como por ejemplo ingreso en dólares u otras monedas, tipo de vivienda, profesión de jefe de familia, entre otros. Aunque se considera que el nivel socioeconómico es una variable muy importante en los estudios psicológicos, es innegable que existen casi que criterios únicos para su definición en cada investigación, por lo que sus resultados no son equiparables. Además surge también un factor socio cultural, en el sentido de que es diferente

pertenecer a una determinada clase socioeconómica en algún país desarrollado a pertenecer a una de estas mismas clases en un país en vías de desarrollo. Además el nivel socioeconómico es una variable tan amplia que pudiera ser realmente una variable que enmascara u oculta el efecto de otras tales como nivel educativo, alfabetización en salud, calidad de vida, entre otras. En este sentido, se debe continuar estudiando el rol de esta variable pero dejando explicito los criterios de su definición, y la realidad socio-histórica donde se está llevando a cabo el estudio.

A lo largo de este manuscrito se ha introducido el MT, describiendo no sólo las etapas de cambio, sino también otros conceptos claves, pero a menudo desconocidos por profesionales de la salud de habla hispana, como son los procesos de cambio, el balance de decisión, la autoeficacia y las tentaciones. También se ha examinado la posibilidad de integración y desarrollo del modelo a partir de variables contextuales, como el apoyo social, el género y el estatus económico, Para cada una de ellas, el reto es distinto, pasando por aspectos de definición conceptual, medición, y diseño de los estudios. Sin embargo, se espera que la breve exposición que se ha hecho sobre los mismos funcione como aperitivo, y los lectores de este manuscrito se sientan invitados a seguir aprendiendo sobre este modelo, así como a realizar investigación que contribuya a ampliar los horizontes del MT. Con ello se estará ampliando el conocimiento sobre cómo transformar la sociedad y promover la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Alonso, A., Menéndez, M. y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos de Atención Primaria*, 19, 118-123.
- Arteaga, A., Cogollo, R. y Muñoz, D. (2017). Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista CUIDARTE*, 8 (2), 1668-1676.
doi:10.15649/cuidarte.v8i2.405

- Azevedo, M. R., Araújo, C. L. P., Reichert, F. F., Siqueira, F. V., da Silva, M. C. y Hallal, P. C. (2007). Gender differences in leisure-time physical activity. *International Journal of Public Health*, 52(1), 8–15. doi:10.1007/s00038-006-5062-1
- Bandura, A. (1977). Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147. doi: 037/0003-066X.37.2.122
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14 (2), 237-243.
- Baskerville, N. B., Dash, D., Shuh, A., Wong, K., Abramowicz, A., Yessis, J. y Kennedy, R. D. (2017). Tobacco use cessation interventions for lesbian, gay, bisexual, transgender and queer youth and young adults: A scoping review. *Preventive Medicine Reports*, 6, 53–62.
- Brooks, G. R. (2010). *Beyond the crisis of masculinity: A transtheoretical model for male-friendly therapy*. Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/12073-000
- Casalta, H. y Penfold, J. (1982). *Modificación de Conducta* (Tácticas de observación e intervención). Caracas: Ediciones de la Facultad de Humanidades y Educación.
- Chen, Y. y Feeley, T. H. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(2), 141-161. doi: 10.1177/0265407513488728
- Chia-Huei, L., Shang-Lin, Ch., Patsy, Y., Wen-Chii, T., Meei-Shyuan., L. y Li-Chi, Ch. (2017). Influence of Socioeconomic Status and Perceived Barriers on Physical Activity Among Taiwanese Middle-Aged and Older Women, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(4), 321-330. doi: 10.1097/JCN.0000000000000354.
- Clemente, M. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria*, 20 (1), 31-60.
- Courtenay, W. H. (2000). Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. *Psychology of Men y Masculinity*, 1(1), 4–15. doi:10.1037//1524-9220.1.1.4

- Davis, R., Campbell, R., Hildon, Z., Hobbs, L. y Michie, S. (2015). Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychology Review, 9*(3), 323–344. doi:10.1080/17437199.2014.941722
- Di Noia, J. y Prochaska, J. O. (2010). Dietary stages of change and decisional balance: A meta-analytic review. *American Journal of Health Behavior, 34*(5), 618–632. doi: [10.5993/AJHB.34.5.11](https://doi.org/10.5993/AJHB.34.5.11)
- Gokbayrak, N., Paiva, A., Blissmer, B. y Prochaska, J. (2014). Predictors of relapse among smokers: Transtheoretical effort variables, demographics, and smoking severity. *Addictive Behaviors, 42*(2015), 176-179. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.11.022
- Gómez-Ramírez, E., García-Molina, J., Wagner-Lozano, L., Calvo-Soto, A. y Ordoñez-Mora, L. (2016). Etapas de cambio y actividad física regular en un grupo de universitarios. Cali, Colombia. *Revista Duazary, 13* (2), 111-118. doi:10.21676/2389783X.1716
- Guo, B., Aveyard, P., Fielding, A. y Sutton, S. (2009a). Do the Transtheoretical Model processes of change, decisional balance and temptation predict stage movement? Evidence from smoking cessation in adolescents. *Addiction, 104*(5), 828–838. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02519.x
- Guo, B., Aveyard, P., Fielding, A. y Sutton, S. (2009b). The factor structure and factorial invariance for the decisional balance scale for adolescent smoking. *International Journal of Behavioral Medicine, 16*(2), 158–163. doi:[10.1007/s12529-008-9021-5](https://doi.org/10.1007/s12529-008-9021-5)
- Hyung-Joon, J. y Hong-Gwan, S. (2006). The Stages of Change in Smoking Cessation in a Representative Sample of Korean Adult Smokers. *Journal of Korean Medical Science, 21*(5), 843-848. doi:10.3346/jkms.2006.21.5.843
- Hwang, J. y Kim, Y. (2017). Psychological, Social Environmental, and Physical Environmental Variables in Explaining Physical Activity in Korean Older Adults. *Revista de Psicología del Deporte, 26*(1), 83-92.
- Janis, I. L. y Mann, L. (1977). A conflict model of decision making. In *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment* (pp. 45–80).
- Kannna, B. y Boutin-Foster, C. (2016). Demographic and Behavioral Factors Linked to Obesity Among Inner-City Latino New Yorkers in the Bronx Community. *Journal Community Health, 41*, 1062-1068. doi: 10.1007/s10900-016-0190-x.

- Littell, J. H. y Girvin, H. (2002). Stages of change: A critique. *Behavior Modification*, 26(2), 223-273.
- Lipschitz, J. M., Yusufov, M., Paiva, A., Redding, C. A., Rossi, J. S., Johnson, S., ... y Prochaska, J. O. (2015). Transtheoretical principles and processes for adopting physical activity: A longitudinal 24-month comparison of maintainers, relapsers, and nonchangers. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 37(6), 592-606.
- Matud, P., Caballeira, M., López, M., Marrero, R. y Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25 (2), 32-37.
- Miller, W. R. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11(2), 147–172. doi:[10.1017/S0141347300006583](https://doi.org/10.1017/S0141347300006583)
- Melrose, K. L., Brown, G. D. y Wood, A. M. (2015). When is received social support related to perceived support and well-being? When it is needed. *Personality and Individual Differences*, 77, 97-105. doi:[10.1016/j.paid.2014.12.047](https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.047)
- Murray, R. P., Johnston, J. J., Dolce, J. J., Lee, W. W. y O'Hara, P. (1995). Social support for smoking cessation and abstinence: The lung health study. *Addictive Behaviors*, 20, 159-170. doi:[10.1016/S0306-4603\(99\)80001-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(99)80001-X)
- Norcross, J. C. y Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration*. *Handbook of Psychotherapy Integration*. doi:[10.1093/med:psych/9780195165791.001.0001](https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.001.0001)
- O'Hea, E. L., Wood, K. B. y Brantley, P. J. (2003). The Transtheoretical Model: Gender Differences Across 3 Health Behaviors. *American Journal of Health Behavior*, 27(6), 645–656. doi:[10.5993/AJHB.27.6.7](https://doi.org/10.5993/AJHB.27.6.7)
- Ortiz, L., Pérez, D. y Tamez, S. (2015). Desigualdad socioeconómica y salud en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(3), 336-347.
- Plummer, B. A., Velicer, W. F., Redding, C. A., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., Pallonen, U. E. y Meier, K. S. (2001). Stage of change, decisional balance, and temptations for smoking: Measurement and validation in a large, school-based population of adolescents. *Addictive Behaviors*, 26(4), 551–571. doi:[10.1016/S0306-4603\(00\)00144-1](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00144-1)
- Prochaska, O. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people?. En M, Hubble, B, Duncan. y S, Miller (1999). *The Heart*

and Soul of Change: What Works in Therapy. (227-255). Washington, DC: American Psychological Association.

- Prochaska, J. (2008). Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Medical Decision Making*. doi:10.1177/0272989X08327068
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. - ProQuest. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 19(3), 276–288. doi:10.1037/h0088437
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (2005). The Transtheoretical Approach. In J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed., pp. 147–171). Oxford University Press.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. doi:10.1037/0022-006X.51.3.390
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
- Prochaska, J., Redding, C. y Evers, K. (2015). The transtheoretical model and stages of change. In *Behavior and health education: theory, research, and practice* (pp. 125–148).
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., y Fava, J.L. (1988). Measuring the processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528
- Reyes Fernández, B., Warner, L. M., Knoll, N., Montenegro Montenegro, E. y Schwarzer, R. (2015). Synergistic effects of social support and self-efficacy on dietary motivation predicting fruit and vegetable intake. *Appetite*, 87, 330-335. doi: [10.1016/j.appet.2014.12.223](https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.12.223)
- Rondón, J. (2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: investigaciones y hallazgos. *Revista Electrónica de Psicología - Iztacala*, 14 (2), 126-161.
- Rosen, C. S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology*, 19(6), 593–604. doi:[10.1037/0278-6133.19.6.593](https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.593)
- Sallis, J. F., Owen, N. y Fisher, E. (2015). Ecological models of health behavior. *Health behavior: Theory, research, and practice*, 5, 43-64.

- Sarason, B., Sarason, I. y Pierce, G. (1990). Theoretical and practical implications of defining and assessing social support. En B. Sarason, I. Sarason. y G. Pierce (Eds.). *Social Support an Interactional View* (pp. 7-25). USA: John Wiley y Son.
- Scholz, U., Ochsner, S. Hornung, R. y Knoll, N. (2013). Does social support really help to eat a low-fat diet? Main effects and gender differences of received social support within the health action process approach. *Applied Psychology: Health and Wellbeing*, 5(2), 270-290. doi: 10.1111/aphw.12010
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. y Kleine, D. (1990). Predicting adolescent health complaints by personality and behaviors. *Psychology and Health*, 4, 233-244. doi:[10.1080/08870449008400393](https://doi.org/10.1080/08870449008400393)
- Schwarzer, R., Knoll, N. y Rieckmann, N. (2004). Social support. In A. Kaptein y J. Weinman (Eds.), *Health Psychology* (pp. 158-181). Oxford; Blackwell
- Schwarzer R. y Rieckmann, N. (2002). Social support, cardiovascular disease, and mortality. In: G. Weidner, M.S. Kopp, y M. Kristenson (Eds.) *Heart disease: Environment, stress, and gender*. NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences (Vol. 32., pp. 185-197). Amsterdam: IOS Press.
- Shruthi, P., Niveditha, B., Shetty, P., Chaitanya, K. y Khargekar, N (2017). Role of social support in tobacco cessation. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 4(11),3942-3947. doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20174802>
- Strom, J. L. y Egede, L. E. (2012). The Impact of Social Support on Outcomes in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Current Diabetes Reports*, 12(6), 769–781. doi:10.1007/s11892-012-0317-0
- Tardy, C. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13 (2), 187-202. doi:10.1007/BF00905728
- Terence Wilson, G. y Schlam, T. R. (2004). The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clinical Psychology Review*. doi:[10.1016/j.cpr.2004.03.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.03.003)
- Terol, M., López, S., Neipp, M., Rodríguez, J., Pastor, M. y Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: Revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35 (1), 23-45.
- Tyler, J. M., Jackman-Wheitner, L., Strader, S. y Lenox, R. (1997). A change-model approach to raising awareness of gay, lesbian, and bisexual issues

- among graduate students in counseling. *Journal of Sex Education and Therapy*, 22(2), 37–43. doi:[10.1080/01614576.1997.11074183](https://doi.org/10.1080/01614576.1997.11074183)
- Uchino, B. (2004). *Social support y physical health: Understanding the health consequences of relationships*. EEUU: Yale University Press.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377-387. doi:[10.1007/s10865-006-9056-5](https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5)
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on psychological science*, 4(3), 236-255. doi:[10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x)
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J. y Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the transtheoretical model of behavior change. *Homeostasis in Health and Disease*, 38(5–6), 216–233.
- Vidal, D., Chamblas, I., Zavala, M., Muller, R., Rodriguez, M. y Chavez, A. (2014). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería*, XX (1), 61-74. doi:[10.4067/S0717-95532014000100006](https://doi.org/10.4067/S0717-95532014000100006)
- WHO. (2013). Gender, women and health. Retrieved from <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/>