

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

GUÍA DE USO de la escala de AUTOEFICACIA para la ACTIVIDAD FÍSICA

FERNÁNDEZ CABRERA, Thais
Guía de uso de la escala de autoeficacia
para la actividad física [Recurso electrónico]
/autores, Thais Fernández Cabrera ... [et al.].
-- [Sevilla] : Consejería de Salud y
Bienestar Social, 2012
Texto electrónico (pdf), 79 p. : Tablas
Tít. tomado de la cub.
1. Ejercicio 2. Promoción de la salud
I. Fernández Cabrera, Thais II. Andalucía.
Consejería de Salud y Bienestar Social
WA 590

AUTORES:

Thais Fernández Cabrera
Silvia Medina Anzano
Isabel María Herrera Sánchez
Samuel Rueda Méndez
José Ordóñez García
José María León Rubio
Francisco Javier Cantero Sánchez

La elaboración de esta guía ha sido posible gracias a la financiación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y a la colaboración de todos los Centros de Salud de la provincia de Sevilla a los que se les solicitó su participación en el estudio y, a la colaboración de los profesionales de la Red de Consejo Dietético de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. 2012

Maquetación: Mónica Padial Espinosa. Subdirección de Promoción de la Salud y Participación. Secretaría General de Salud Pública, Inclusión Social y Calidad de Vida.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
1. GUÍA DE USO DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA (EAF) ..	8
1.1. ¿Qué es la guía?	9
1.2. ¿A quién va dirigida?.....	9
1.3. ¿Para qué sirve?.....	10
1.4. ¿Cuándo utilizarla?	11
1.5. ¿Cómo utilizarla?	13
1.5.1. Requerimientos del examinador y los examinados.....	13
1.5.2. Instrucciones de aplicación.....	13
1.5.3. Descripción del instrumento.....	14
1.5.4. Precaución con las respuestas omitidas.....	17
1.5.5. Obtención de las puntuaciones.	17
1.5.6. ¿Cómo utilizar los resultados?.....	18
2. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	20
2. 1. La persuasión verbal.	24
2.1.1. Fomentando la credibilidad, atractivo y autoridad de la fuente del mensaje.....	25
2.1.2. Elaborando mensajes relevantes para la audiencia que los involucren de forma personal.....	26
2.1.2.1. Establezca un objetivo específico.	27
2.1.2.2. Adapte su discurso a la disposición favorable o desfavorable la audiencia.....	27
2.1.2.3. Presente las razones y evidencias que sustenten sus mensajes.	28
2.1.2.4. Organice las razones de acuerdo con las reacciones que espera de la audiencia.	29
2.1.2.5. Utilice un lenguaje que los motive: El reforzamiento.	33
2. 2. Comunicación intrapersonal.....	37
2. 3. Estilos comunicativos del profesional de la salud.	42

3.- ANÁLISIS DE CASOS.	49
3. 1. Hombre joven de ciudad con altos niveles de autoeficacia para la actividad física.	50
3. 2. Hombre de edad media, de ámbito urbano con niveles bajos de autoeficacia para la actividad física.	56
3.3. Mujer de edad avanzada, de ámbito rural con niveles bajos de autoeficacia para la actividad física.....	60
4. ANEXOS	66
Anexo I. ESCALA SOBRE ACTIVIDAD FISICA (EAF).....	66
Anexo II. Hoja de Respuesta	70
Anexo III. Datos sociodemográficos	75
Anexo IV. Tabla baremo.....	76
Anexo V. Tabla baremo subescala 2	77
Anexo VI. Tabla baremo subescala 3	78
Anexo VII. Tabla baremo puntuación total.....	79

NOTA DE LOS AUTORES: Durante el desarrollo de esta guía se ha utilizado el género masculino para dirigirse al lector, por razones de claridad lingüística. Téngase en cuenta que estas expresiones engloban tanto al género masculino como al femenino.

PRESENTACIÓN

La *Escala de Autoeficacia para la Actividad Física (EAF)* que presentamos ha sido realizada por los miembros del Grupo de Investigación “Comportamientos sociales y salud” (Código PAIDI: SEJ458), del Departamento de Psicología Social de la Universidad de Sevilla¹⁻²⁻³ con el fin de conocer las creencias que tienen las personas sobre su capacidad para realizar actividad física de forma regular.

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 creen capaces de iniciar el comportamiento y de mantenerlo en el tiempo.

El propósito fundamental de esta guía es facilitar el uso de la EAF y orientar a los profesionales que desarrollan el Consejo Dietético para que puedan 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 podrá identificar los niveles de autoeficacia para la actividad física en cada dominio conductual (ejercicio físico programado, actividad física en la vida diaria y caminar), 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 actividad física como un hábito de vida regular y saludable.

¹ Fernández-Cabrera T, Medina-Anzano S, Herrera-Sánchez IM, Rueda-Méndez S, Fernández-Del Olmo A. Construcción y validación de una Escala de Autoeficacia para la Actividad Física. *Rev Esp Salud Pública*. 2011; 85: 405-417. Disponible en http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol85/vol85_4/RS854C_405.pdf.

² Fernández Cabrera T, Medina Anzano S, Herrera Sánchez I, Rueda Méndez S, Fernández Del Olmo, A. Construcción and Validation of Self-Efficacy Scale for Physical Activity. En: 12th European Congress of Psychology Oral Abstracts. Estambul; 2011. p. 654.

³ Fernández Cabrera T, Medina Anzano S, Herrera Sánchez I, Fernández Del Olmo A, Rueda Méndez S. Depuración Escala de Autoeficacia para la Actividad Física mediante Análisis Factorial Confirmatorio. En: XIII Congreso Andaluz Psicología de la Actividad Física y el Deporte. Sevilla; 2011.

Esta guía pretende ser una herramienta útil para promocionar la actividad física en distintos estratos de la población andaluza adulta, usuaria de los servicios de atención primaria de esta comunidad.

La elaboración de esta guía se ha desarrollado considerando que para realizar buenas prácticas profesionales es necesario disponer de herramientas adecuadas. Por este motivo, próximamente se desarrollaran nuevas herramientas e instrumentos destinados a facilitar su utilización por otros colectivos profesionales y por la ciudadanía, a través de los medios tecnológicos mas avanzados.

Este proyecto se ha realizado en el marco del Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (PAFAE), a través del convenio firmado entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la Fundación de Investigación de la Universidad de Sevilla, con el propósito de diseñar la *Escala de Autoeficacia para la Actividad Física*.

Por último, agradecer a los autores de este proyecto el trabajo que han realizado, y desear que este instrumento sea útil a los profesionales de la salud que vienen desarrollando el Consejo Dietético en los centros de Atención Primaria.

Josefa Ruiz Fernández

Secretaria General de Salud Pública, Inclusión Social y Calidad de Vida.

Consejería de Salud y Bienestar Social

El siguiente documento se estructura en cuatro grandes apartados:

1. **Guía de uso de la Escala de Autoeficacia para la Actividad Física (EAF):** en este apartado el lector conocerá el objetivo de la guía, las condiciones de uso de la EAF y su aplicación en la práctica clínica.
2. **Recomendaciones generales para implementar la EAF:** se proponen una serie de estrategias de comunicación orientadas a la promoción de la autoeficacia para la actividad física de los usuarios de los servicios de salud (creencias en la capacidad para realizar actividad física). El profesional de la salud puede incorporar estas recomendaciones en el consejo médico para el cumplimiento del plan terapéutico o en las intervenciones específicas orientadas al cambio de conductas de salud.
3. **Casos prácticos que ejemplifican cómo promocionar la actividad física** en función de los datos que nos proporcionen los usuarios en la EAF.
4. **Anexos** que incluyen los materiales necesarios para poner en práctica la intervención propuesta.

1. Guía de uso de la Escala de Autoeficacia para la Actividad Física (EAF)

1. GUÍA DE USO DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA (EAF)

1.1. ¿Qué es la guía?

Un conjunto de recomendaciones generales y específicas que van a permitir la planificación de intervenciones eficaces e individualizadas dirigidas a fomentar la práctica regular de actividad física, basadas en las puntuaciones obtenidas por cada usuario en la EAF.

La EAF es un instrumento validado con el que se determina la creencia que tiene la persona sobre su propia capacidad para realizar actividad física (autoeficacia para la actividad física). Además, nos permite conocer las barreras y limitaciones que impiden al usuario la práctica de esta conducta y las fortalezas que tiene para realizar actividad física con regularidad. 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.

En definitiva, presentamos una escala que mide la autoeficacia de los usuarios adultos de los Servicios de Salud, económica respecto a su aplicación y con adecuadas propiedades psicométricas que incluye una guía que facilita su uso e implementación práctica. Su manejo posibilita el diseño de programas individualizados para los usuarios de los servicios, adaptados a las características personales y a las situaciones reales de la población. Las recomendaciones que se ofrecen en esta guía están fundadas en sólidas evidencias científicas que garantizan su eficacia y efectividad.

1.2. ¿A quién va dirigida?

A cualquier profesional que trabaje en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, que persiga promover la actividad física en los usuarios adultos de los servicios de salud.

1.3. ¿Para qué sirve?

Para fomentar las creencias de capacidad que la persona tiene para poder realizar actividad física de forma regular. Antes de hacer una actividad, p.e. *ir caminando al trabajo*, tenemos que sentirnos seguros de poder hacerlo. El profesional de la salud tendrá que utilizar estrategias que aumenten las creencias de eficacia personal de un usuario cuando manifiesta tener poco tiempo para ir al trabajo caminando. Una posible forma de actuar es planteando metas realistas que promuevan las experiencias de éxito, p.e. se elabora con el usuario una planificación del tiempo semanal donde se contraste lo que consumiría en ir en coche al trabajo y después acudir a un gimnasio, con el tiempo que gastaría a la semana si acudiese al trabajo caminando; quizás la primera opción presente el inconveniente del coste económico y esfuerzo adicional de ir al gimnasio, incluso puede que le consuma más tiempo. Si conseguimos que acuda caminando a trabajar, tomará conciencia de que es capaz de lograrlo (experiencia de éxito) y, por tanto, es más probable que persista en el comportamiento, a pesar de posibles dificultades que le puedan surgir, p.e. *aunque haga mal tiempo*.

Las investigaciones muestran que reforzar la autoeficacia de las personas es una de las estrategias más efectivas para promocionar la práctica de actividad física⁴⁻⁵. Considerando que la autoeficacia es un determinante de las conductas de salud⁶ y, la actividad física es una conducta protectora de la salud⁷⁻⁸⁻⁹, se pone en evidencia la necesidad de construir instrumentos que nos ayuden a medir qué niveles de eficacia personal tienen las personas respecto a la realización de esta conducta.

⁴ Luszczynska A, Mazurkiewicz M, Ziegelman JP, Schwarzer R. Recovery self-efficacy and intention as predictors of running or jogging behavior: A cross-lagged panel analysis over a two-year period. *Psychol Sport Exerc.* 2007; 8: 247-260.

⁵ Luszczynska A, Schwarzer R, Lippke S, Mazurkiewicz M. Self-efficacy as a moderator of the planning-behaviour relationship in interventions designed to promote physical activity. *Psych & Hlth.* 2011; 26 (2): 151-166.

⁶ León Rubio JM, Medina Anzano S. *Psicología Social de la Salud: Fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicaciones Sociales Ediciones y Publicaciones; 2002.

⁷ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2002. «Reducir los riesgos y promover una vida sana». Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 [consultado 15-07-2010]. Disponible en http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf.

⁸ Brannon L, Feist J. *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo; 2001.

⁹ Sandín B. *Ejercicio físico y salud*. Madrid: Klinik; 2010.

La Escala que se presenta en el Anexo I permite al agente de salud conocer:

- El tipo de actividad física que el usuario cree tener más posibilidades de poder practicar: a) ejercicio físico programado (p.e. *ir al gimnasio*); b) actividad física en la vida diaria (p.e. *subir por las escaleras en lugar de utilizar el ascensor*); c) caminar (p.e. *60 minutos al día*).
- Cuáles son las barreras o circunstancias que limitan a la persona realizar aquella actividad física que haya destacado como preferida y cuáles son las situaciones que facilitan su realización.

Con estos datos, el profesional podrá realizar una intervención individualizada teniendo en cuenta las fortalezas de cada usuario y sus limitaciones. A medida que el usuario vaya consolidando la práctica de la actividad, el profesional podrá volver a utilizar el cuestionario, tantas veces crea necesario, para ir reajustando la intervención a los cambios que vaya experimentando el usuario (p.e. *tres meses, seis meses, nueve meses*).

1.4. ¿Cuándo utilizarla?

Puede ser utilizada en cualquier acción dirigida a mantener y/o mejorar la salud de la población adulta. Esta guía y la escala de autoeficacia para la actividad física que proponemos, son instrumentos útiles para el diseño de cualquier intervención que pretenda promocionar la salud y/o prevenir la enfermedad.

La aplicación e inclusión de esta guía para profesionales se encuentra enmarcada como una estrategia de educación para la salud, entendida ésta como *“cualquier combinación de actividades de información y de formación dirigidas a evaluar de forma integral los problemas de salud, informar, motivar y ayudar a las personas y a los grupos a adoptar prácticas y estilos de vida saludables, propugnar los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirigir la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos”*¹⁰.

¹⁰ León Rubio JM, Medina Anzano S, Barriga Jiménez S, Ballesteros Regaña A, Herrera Sánchez IM. Psicología de la salud y de la Calidad de vida. Barcelona: Editorial UOC; 2004.

En general, promocionar la salud y prevenir las enfermedades y discapacidades resulta mucho más rentable que curar estos trastornos después de su aparición⁹; si bien ha de utilizarse en todos los marcos posibles que tengan la prevención con foco de atención (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad

Promoción de la salud	Esta guía pretende ayudar a los profesionales a que motiven, instruyan o doten de recursos a los usuarios de los servicios de salud, para la práctica regular de actividad física.
Prevención primaria	Medidas que evitan las causas o factores de riesgo para la salud (<i>p.e. falta de actividad física</i>) y promoción de conductas protectoras de la salud (<i>p.e. práctica regular de actividad física</i>).
Prevención secundaria	Detección y tratamiento precoz de la enfermedad (<i>p.e. prevenir la obesidad</i>). Prevención de problemas asociados a las enfermedades (<i>p.e. prevenir infartos de miocardio asociados a la obesidad</i>).
Prevención terciaria	Reducción o eliminación de las discapacidades resultantes de la enfermedad (<i>p.e. la práctica regular de actividad física mejora la interrupción del flujo sanguíneo</i>).
Prevención cuaternaria	Conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario (<i>p.e. cuando a un paciente que tiene dolor de espalda le indicamos que es buena la natación, probablemente causemos más daño que beneficio, si antes no nos aseguramos de que sabe nadar correctamente, no solo flotar y desplazarse. Está demostrado que en estas personas al llevar siempre la cabeza fuera del agua, aumenta el dolor de cuello y región dorsal</i>).

1.5. ¿Cómo utilizarla?

Las normas de aplicación y puntuación de la EAF son las siguientes:

1.5.1. *Requerimientos del examinador y los examinados.*

Puede ser aplicada de forma individual o colectiva. Los examinados deben tener capacidad para leer y entender el contenido de los elementos. La mayoría de las personas pueden completar la Escala de Autoeficacia para la Actividad Física en 15-20 minutos. Acorde a las características de la escala, puede ser aplicada por profesionales de la salud con formación básica en la aplicación de escalas.

1.5.2. *Instrucciones de aplicación.*

El instrumento está diseñado para ser autoadministrado. La persona dispone al inicio del mismo de las instrucciones necesarias para su cumplimentación, aunque es recomendable que el evaluador lea junto con el usuario las instrucciones, y completen el ejemplo que en ellas aparecen aclarando cualquier duda que pueda surgir.

Las instrucciones que se proporcionan son las siguientes:

“A continuación aparecen una serie de preguntas relacionadas con la práctica de actividad física y ejercicio físico. Responda a ellas con la mayor sinceridad posible.

Al contestar, tenga en cuenta que se le está preguntando por el nivel de confianza que usted cree tener en realizar la conducta en la actualidad, no el que creía tener en un pasado o el que piensa tendrá en el futuro.

Por favor, responda a las preguntas con la siguiente escala, tal y como le indicamos en el ejemplo que aparece a continuación”

ESCALA										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada capaz			Relativamente capaz				Muy capaz			
ME SIENTO CAPAZ DE SEGUIR LA DIETA QUE ME PRESCRIBA EL MÉDICO, AUNQUE...										
Sienta mucha hambre			__4__							
Esté en una fiesta			__6__							
Me sienta nervioso/a			__3__							
Esté solo/a			__5__							

El evaluador debe asegurarse que los sujetos entienden las instrucciones y el modo de responder. Se les pide que valoren su nivel de confianza en su capacidad actual para practicar la conducta indicada, en una escala de 11 puntos, siendo 0 “Nada capaz”, 5 “Relativamente capaz” y 10 “Muy capaz”.

Se debe recordar a los examinados que traten de contestar a todos los ítems y dar una respuesta única a cada uno de ellos. Si alguien desea cambiar una respuesta, debe tachar la incorrecta y elegir una nueva. Es importante que el lugar del examen sea tranquilo para que los examinados puedan concentrarse en la tarea. El examinador debe acompañarles estando disponible para cualquier duda.

1.5.3. Descripción del instrumento.

El instrumento se compone de tres subescalas. Cada subescala proporcionará una puntuación factorial. Además, con la suma de las puntuaciones obtenidas en las tres subescalas conseguiremos una puntuación global de autoeficacia para la actividad física.

Las subescalas son:

- *Autoeficacia para la realización de ejercicio físico programado 3 o más veces por semana, al menos 20 minutos* (15 ítems)¹¹.

Ejercicio físico programado: entendido como 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 física¹².

- *Autoeficacia para realizar actividad física en la vida diaria* (9 ítems)

Actividad física realizada en las actividades cotidianas: referida a la actividad física del día a día, a un nivel primario de actividad que puede implicar muy diversos patrones de gasto energético, p.e. subir escaleras o bien tomar ascensores, pasar mucho tiempo sentado o bien moverse frecuentemente, etc¹³.

- *Autoeficacia para caminar diariamente* (3 ítems).

Caminar: es una actividad física o ejercicio físico que presenta muchas ventajas y que no tiene inconvenientes para la mayor parte de las personas⁹; por ello suele ser muy recomendada y/o prescrita por los profesionales para mantener y/o mejorar la salud.¹⁴

¹¹ Al determinar los tiempos de realización de actividad física en todos los dominios se ha seguido un criterio de baja exigencia. La finalidad de este trabajo es fomentar la práctica regular de actividad física en cualquiera de sus formas (programada, en la vida diaria y caminar). De este modo, si logramos que los usuarios se sientan capaces de realizar actividad física durante poco tiempo pero de forma regular, podremos ir aumentando de forma progresiva el tiempo dedicado a la práctica de actividad física, hasta llegar a las recomendaciones que establece la OMS.

¹² Dubbert P. Exercise in Behavioral Medicine. J Consult Clin Psychol. 1992; 60: 613-618.

¹³ Gil Roales-Nieto J. Psicología de la Salud. Madrid: Psicología Pirámide; 2004.

¹⁴ En la depuración del cuestionario a partir de los resultados estadísticos se eliminaron aquellos ítems que recibieron la misma puntuación por parte de la mayoría de las personas, ya que tales ítems no discriminan entre los sujetos. Del mismo modo, se decidió eliminar aquellos ítems en los que la gran mayoría de los sujetos señalaron la categoría correspondiente a la máxima eficacia. Se consideró que éstos carecían de suficiente dificultad, desafío o impedimento para discriminar los niveles de eficacia entre los sujetos (p.e. *caminar todos los días 30 minutos*), lo que llevó al incremento del nivel de dificultad elevando el grado de desafío que el ítem representa.

Ficha técnica del instrumento

Nombre: Escala de Autoeficacia para la Actividad Física (EAF)

Autores (dirección): Grupo de investigación SEJ458: “*Comportamientos Sociales y salud*”.

Departamento de Psicología Social. Universidad de Sevilla. C/. Camilo José Cela, s/n – 41018 Sevilla. Tfno. 954 55 77 35. Fax 954 55 77 11. E-mail: silvia@us.es.

Descripción/Tipo de evaluación: Escala autoadministrada.

Objetivos: Evalúa las creencias de eficacia personal percibida para la realización de actividad física.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: Valora las creencias de autoeficacia para la realización de ejercicio físico programado, actividad física en la vida diaria y caminar diariamente. Se compone de tres escalas de medición que proporcionan puntuaciones factoriales y en su conjunto una puntuación global sobre autoeficacia para la actividad física.

Población: Adultos, entre 18 y 65 años, usuarios de los Servicios de Salud de Atención Primaria.

Tiempo de Administración: Aproximadamente, 15-20 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: En la fase inicial, de mantenimiento, final y seguimiento de la intervención.

Procedimiento de puntuación: Escala continua de 0 a 10.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Profesionales de la salud, especialistas en la promoción de actividad física.

Datos psicométricos: La escala presenta adecuada validez de contenido y una alta fiabilidad ($\alpha \geq 0,87$ en todos los factores y $\beta = 0,95$). El análisis factorial confirmatorio revela una prueba compuesta de 27 ítems, con un ajuste apropiado al modelo (SRMR = 0,509), (RMSEA = 0,058), (GFI = 0,876), (AGFI = 0,852), ($\chi^2 (26) = 721,8$ $p < 0,001$). La escala es sensible a los niveles de actividad evaluados por el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), validez concurrente, ($F(1) = 4,546$; $p < 0,05$) y correlaciona negativamente con el Inventario De Depresión de Beck (BDI), validez discriminante, ($r = -0,128$; $p < 0,05$).

1.5.4. Precaución con las respuestas omitidas.

Los encuestadores deben revisar las hojas de respuesta una vez entregadas para comprobar que no hay elementos sin contestar. Si no se hubiera contestado a algún elemento, se pide al examinado que lo haga y compruebe que no ha habido desplazamiento en el orden de respuesta.

1.5.5. Obtención de las puntuaciones.

Las puntuaciones directas se obtienen en la Hoja de Respuesta del cuestionario (Anexo II) realizando un sumatorio de los valores señalados por los sujetos en cada uno de los ítems de cada subescala:

- Subescala 1: Ejercicio Físico Programado (EFP), ítems 1-15.
- Subescala 2: Actividad Física en la vida diaria (AVD), ítems 16-24.
- Subescala 3: Caminar (C), ítems 25-27.

Sume las puntuaciones factoriales para obtener la puntuación general en Autoeficacia para la Actividad Física (AF).

Aunque el instrumento facilita una puntuación global de Autoeficacia para la Actividad Física, resulta mucho más interesante tener en cuenta las puntuaciones de las subescalas y la información sociodemográfica (Anexo III) para diseñar la posterior intervención con base en los resultados obtenidos.

Coteje las puntuaciones directas con los baremos pertinentes según esté interpretando la puntuación global de autoeficacia para la actividad física, o las puntuaciones de las subescalas (Anexos IV, V, VI y VII). Fíjese también en el rango de edad al que pertenece el sujeto, así como su ámbito de residencia (urbano > 50.000 habitantes o rural ≤ 50.000 habitantes) y nivel educativo (Nivel educativo básico: FP I, Ciclos Medios o inferiores y Nivel educativo superior: FP II, Ciclos Superiores, BUP, LOGSE, COU o superiores).

Las variables relevantes que se exponen en los baremos son resultado de un análisis de regresión múltiple jerárquico para cada factor o subescala del cuestionario, mediante el cual se determinaron las variables influyentes y sus interacciones. Este análisis reveló que la subescala EFP, fue explicada por la interacción de las variables densidad del municipio (rural o urbano) y edad (56-65 años), $F(3) = 2.92$, $p < .05$. La subescala AVD, por la edad (56-65 años), densidad municipio (rural o urbano) y las interacciones entre niveles de educación (básica o superior) y edad (18-25, 26-35 y 46-55 años); $F(9) = 3.39$, $p < .001$. En la subescala C, las variables explicativas fueron la edad 26-35 años y la interacción densidad del municipio con la edad 46-55 años; $F(4) = 3.68$, $p < .01$. Las variables que explican las puntuaciones totales de la prueba son la interacción entre densidad del municipio y edad 56-65 años $F(3) = 2.94$, $p < .05$ ³.

En los baremos podrá obtener la correspondencia entre las puntuaciones directas y las centiles. La puntuación centil representa los niveles de autoeficacia que tiene la persona para cada subescala evaluada (EFP, AVD y C). Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la autoeficacia en esa subescala. Según sea la puntuación centil del usuario, sabrá si éste se encuentra por encima o debajo de la media poblacional (centil 50). Los valores que sobrepasen el centil 75, o que sean inferiores al centil 25 se considerarán como extremos y estadísticamente significativos, por lo que se les prestará una especial atención en la planificación de la intervención.

1.5.6. ¿Cómo utilizar los resultados?

En primer lugar, tendremos que determinar la subescala en la que el usuario se siente más eficaz (ejercicio físico programado, actividad física en la vida diaria o caminar). Una vez conocida, examinaremos cuáles son las fortalezas de la persona en ese comportamiento (p.e. *aunque tenga mucho trabajo; tenga que desplazarme, etc.*). Con ellas podremos motivar al usuario en la práctica de actividad física (p.e. *le invitaremos a que camine a pesar de tener mucho trabajo o tenga que ir a un parque*). Si nos encontramos ante un usuario que no posee niveles de capacidad altos en ninguna subescala y que presenta muchas limitaciones a la hora de practicar cualquier tipo de actividad física, nuestro trabajo consistirá en dotar al usuario de recursos para la práctica de cualquier tipo de actividad física.

En este caso, más complejo que el anterior, si queremos recomendar que acuda a un gimnasio de forma regular podremos sugerirle que visite los gimnasios de su zona, pregunte precios, actividades que realizan, horarios, etc; de forma que la persona vaya acercándose al objetivo perseguido, si él no quiere acudir solo invitaremos a su pareja o hijos a que vayan con él. Aumentaremos su motivación a practicar su conducta si, además, le proporcionamos información acerca de todos los beneficios que en su caso puede conllevar la práctica de actividad física, y los posibles recursos del entorno que están disponibles.

En segundo lugar, podrá registrar la autoeficacia de sus usuarios para la práctica de actividad física en diferentes momentos de la intervención: al inicio, durante el seguimiento, que puede ser a los 6, 12 o 18 meses y al final de la intervención, obteniendo información válida y fiable sobre el desarrollo de la autoeficacia y la práctica real de actividad física. De esta manera, podrá observar cómo la autoeficacia para la realización de actividad física del usuario evoluciona en la medida en que vaya adquiriendo la conducta objeto de intervención. Siguiendo con el ejemplo anterior, el usuario que fue motivado a asistir de manera regular al gimnasio y así lo logró, registrará un aumento de sus niveles de autoeficacia pasados unos meses.

El registro de toda esta información le puede resultar útil para conocer cómo evoluciona la conducta, y así comprobar la eficacia de la intervención que usted está realizando. Con esta información podremos ir reforzando cada uno de los logros alcanzados por el usuario hasta llegar al objetivo final.

2. Recomendaciones generales para implementar la EAF

2. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

La autoeficacia, componente central de la Teoría Social Cognitiva, se define como las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para obtener determinados logros¹⁵⁻¹⁶. Son juicios sobre la competencia personal para lograr los objetivos que nos planteamos. 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 (p.e. *me siento capaz de subir las escaleras aunque tenga ascensor*), en caso contrario abandonarán atribuyendo los fracasos a su inseguridad. Los mensajes de salud sólo permiten a los usuarios conocer los efectos del sedentarismo (p.e. *si no hago ejercicio físico mi salud se deteriorará*), Ahora bien, si la persona no confía en que podrá hacerlo, no lo hará.

Si queremos que la persona actúe tendremos que tener en cuenta las siguientes fuentes de información:

1. Los logros de ejecución, hacen referencia a las experiencias personales de éxito o dominio de la conducta. 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. Mediante las experiencias de logro aumentaremos la autoeficacia de los pacientes, a medida que vayan logrando los objetivos que se proponen se tenderá a mantener la conducta

¹⁵ Bandura A. Pensamiento y Acción. Barcelona: Martínez Roca; 1987.

¹⁶ Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co; 1997.

saludable. Por ello, es importante organizar el diseño de la intervención con la información que nos facilita la EAF.

p.e.. si vemos que una persona se siente capaz de ir al gimnasio dos días a la semana durante una hora, éste será nuestro primer objetivo, si comienza por él probablemente lo alcanzará. A medida que vaya cumpliendo con el mismo aumentaremos su dificultad. De este modo, pasadas dos semanas podremos incrementar la dificultad y le pediremos que acuda al gimnasio tres días a la semana, durante una hora, así se irá incrementando la actividad hasta lograr el objetivo deseado.

Registre los progresos de sus usuarios y enséñeles al mismo tiempo a registrarlos: indique las dimensiones en la que ha aumentado su confianza y las barreras que está superando. De esta manera usted podrá saber qué conductas puede reforzar al usuario.

p.e. “Cuando comenzamos, usted no se sentía capaz de realizar actividad física en su vida diaria, ahora ha dejado de usar el ascensor en la mayoría de las ocasiones para subir por la escalera. Le felicito por ello. Muy bien hecho.”

2. La experiencia vicaria, hace referencia a la observación de la conducta de otras personas con características similares. 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.

3. La persuasión verbal. Mediante la comunicación persuasiva se puede fomentar en el usuario la creencia de que 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.

4. Los estados fisiológicos del individuo. La información transmitida mediante 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 considera necesario reducir los estados de activación del usuario, puede recomendar cualquier técnica de relajación o de meditación. Por ejemplo, en la web de Christopher Germer, traducidos al castellano por el profesor Simón ¹⁷ puede consultar diversos ejercicios de una técnica denominada *mindfulness* (atención plena). Este constructo teórico, con tradición oriental, es definido por el profesor Vicente Simón como “la capacidad humana universal y básica de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento” ¹⁸.

En definitiva, el profesional de la salud puede fomentar las creencias personales de éxito de los usuarios proporcionándoles información basada en estos cuatro componentes. Puede sugerirles al inicio de un plan de acción que se fijen 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

Fuentes de información:

1. Logros de ejecución
2. Experiencia vicaria
3. Persuasión verbal
4. Activación fisiológica

¹⁷ Meditaciones de auto-compasión de Christopher Germer traducidas al castellano. 2010. Disponible en http://www.mindfulnessselfcompassion.org/meditations_selfcompassion_sp.php

¹⁸ Simón, V. M. *Mindfulness y Neurobiología*. Revista de Psicoterapia. 2007, XVII (65); 5-30.

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.

2. 1. La persuasión verbal.

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 señalar 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. 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 quién 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 se encuentran en una serie de pautas generales que señalamos y describimos a continuación¹⁹.

2.1.1. Fomentando la credibilidad, atractivo y autoridad de la fuente del mensaje.

Los usuarios desarrollarán una actitud más favorable al mensaje de salud, cuando perciban que la persona que los transmite es digna de confianza. 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.

Persuasión verbal:

• Fuente:

- **Creíble**
- **Atractiva**
- **Autoridad**

• Mensaje:

- **Relevante**
- **Involucrar a la persona persuadida.**

El receptor aceptará al emisor como una autoridad en la medida que crea que tiene conocimiento y experiencia. A veces, las presiones del tiempo a las que están sometidos los profesionales contribuyen a que se ofrezca poca información que fundamente los mensajes de salud. Pero es importante mostrarle todos los datos posibles sobre los beneficios de la actividad física e incluso compartir con ellos experiencias personales de logro para aumentar en el receptor la percepción de su conocimiento en la materia. Puede apoyar sus informaciones verbales facilitándole folletos, revistas, manuales, o mediante la colocación de carteles visibles en su consulta.

También es importante que el receptor se sienta atraído por lo que dice el emisor. El atractivo del emisor aumenta a medida que es percibido como más semejante y familiar. A veces, esa semejanza es más difícil de alcanzar cuando nuestros oyentes pertenecen, por ejemplo, a otras generaciones. En estos casos es importante que el receptor perciba que el emisor transmite el mensaje de forma honesta, coherente y sólida. Acepte que el usuario desde su perspectiva puede ver las

¹⁹ Verderber RF, Verderber KS. ¡Comunicate!. 11ª ed. México: International Thomsom; 2005.

cosas de manera diferente con verbalizaciones del tipo *“a nuestra edad, no nos vamos a poner un chándal”*. Es importante mostrarle que lo escucha y comprende su realidad ofreciéndole alternativas más acordes a su situación. En todo momento debe apoyar sus declaraciones con hechos y datos que muestren los beneficios que le pueden aportar la práctica habitual de ejercicio físico, lo que contribuirá a que el usuario perciba que usted tiene un interés sincero por su bienestar.

La atención aumentará también, si las personas que transmiten mensajes de salud muestran entusiasmo, calidez y cordialidad. Se ha demostrado que los receptores se encuentran menos a la defensiva cuando los mensajes persuasivos se transmiten con la mayor transparencia posible y en un espacio de comunicación natural y abierta. P.e. *utilice frases personales que involucren al paciente, dirigiéndose a ellos por su nombre.*

“Manolo, si camina todos los días de la semana al menos 30 minutos en bloques de 10 minutos podrá mejorar sus funciones cardiorrespiratorias y musculares”.

2.1.2. Elaborando 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. Siguiendo a Rudolph Verderber y Kathleen Verderber ¹⁹, es necesario tener en cuenta una serie de elementos para que el discurso persuasivo sea eficaz.

2.1.2.1. Establezca un objetivo específico.

Es fundamental tener claro qué es lo que queremos cambiar mediante la comunicación persuasiva; podemos querer cambiar las creencias en las capacidades personales de éxito o bien se les puede estimular directamente a que realicen actividad física con regularidad. La EAF puede orientarnos a identificar el objetivo.

Si detectamos que una persona no posee niveles altos de capacidad en ninguna de las subescalas evaluadas, presentando muchas limitaciones a la hora de practicar cualquier tipo de actividad física, nuestro mensaje habrá que orientarlo a modificar sus creencias; siempre incidiendo en aquellas conductas que en la EAF haya señalado mayores niveles de capacidad (*p.e. Carmen, seguro que eres capaz de ir al trabajo, dos días a la semana, caminando*).

En cambio, puede encontrarse con personas que se perciben autoeficaces y que encuentran pocas barreras para mantener un comportamiento de salud. Ya pueden decidir qué cursos de acción deben tomar y comprometerse con ello. En estos casos, su tarea consiste en manifestarles directamente lo que han de hacer y pactar el tipo de actividad que decidan iniciar, su frecuencia e intensidad (*p.e. Carmen, así que usted puede acudir todos los días al trabajo caminando, entonces espero que durante toda la semana próxima, lo haga y venga a contarme qué tal se siente*).

2.1.2.2. Adapte su discurso a la disposición favorable o desfavorable la audiencia.

Un mensaje persuasivo será más eficaz si previamente podemos anticipar cómo la audiencia reaccionará hacia su objetivo.

Un mensaje relevante tiene que:

1. Tener un objetivo.
2. Adaptarse a la audiencia.
3. Mostrar razones y evidencias a su favor.
4. Organizarse según la reacción esperada en la audiencia.
5. Utilizar un lenguaje motivador

Una persona que plantea muchas barreras para la actividad física puede adoptar un punto de vista diferente a lo que usted le pueda plantear sobre cómo superar esas barreras. Estas personas pueden tener opiniones y actitudes contrarias o incluso hostiles hacia su recomendación.

En estos casos no espere o intente de manera manifiesta un cambio total de actitud o que pasen directamente a la acción. Exponga sus propuestas para que “entiendan” cuál es su recomendación o que consideren otras vías por las que superar esas barreras desde su punto de vista. De este modo, puede hacerles ver el valor de su mensaje sin esperar un cambio total de su actitud. En otras ocasiones, puede encontrarse con una audiencia que no tiene 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. Entonces, resalte las ventajas que supone la autoeficacia para iniciar o mantener una conducta de salud. Una tercera posibilidad es que se presenten personas que informan de un elevado grado de autoeficacia y que se encuentran a favor de la adopción de conductas de salud, ante personas con estas características conviene ofrecerles de manera directa sugerencias prácticas para la adopción de un curso específico de acción que, al mismo tiempo, reforzarán las creencias de autoeficacia.

2.1.2.3. Presente 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.

El principal argumento que puede acompañar a los mensajes de salud tiene su fundamento en la producción científica que evidencia las relaciones entre las creencias de autoeficacia y la realización de actividad física como hábito de vida saludable.

Evidencia

Las investigaciones han demostrado que las personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con más frecuencia en un programa regular de actividad física²⁰, del mismo modo, los individuos con alta autoeficacia tienen sentimientos más fuertes de efectividad para realizar ejercicio y para comprometerse a realizar más actividad física²¹. Se ha demostrado que la autoeficacia funciona como variable mediadora entre las intenciones iniciales de realizar ejercicio y la actividad física realizada²², de este modo, los aumentos en autoeficacia contribuyen a mejorar la conducta de hacer ejercicio²³.

El Modelo Social Cognitivo explica el 55% de la varianza observada en la actividad física²⁴, existiendo asociaciones significativas entre la actividad física y autoeficacia²⁵.

2.1.2.4. Organice las razones de acuerdo con las reacciones que espera de la audiencia.

La audiencia puede reaccionar de forma más o menos favorable a su discurso.

Organización discurso persuasivo:

- a. Patrón de declaración de razones lógicas** → audiencia sin opinión ni a favor ni en contra
- b. Patrón de solución de problemas** → audiencia que no tiene consciencia del problema o con opinión leve.
- c. Patrón de motivación** → completa patrón de solución de problemas incluyendo visualización y planificación
- d. Patrón comparativo de ventajas** → audiencias que están de acuerdo en que hay un problema que solucionar
- e. Patrón que satisface un criterio** → audiencias con bajos niveles de autoeficacia y que identifican un gran número de barreras

²⁰ McAuley E, Jacobson L. Self-efficacy and exercise participation in sedentary adult females. *A J Health Promot.* 1991; 5(3): 185-191.

²¹ Marcus B, Eaton C, Rossi J, Harlow L. Self-efficacy, decision making, and stages of change: An integrative model of physical exercise. *J Appl Soc Psychol.* 1994; 24: 489-508.

²² Sniehotta R, Scholz U, Schwarzer R. Bridging the intention-behaviour gap: planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psych & Hlth.* 2005; 20 (2): 143-160.

²³ Rimal R. Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exercise behavior: Test of a mutual reinforcement model. *J Health Psychol.* 2001; 6(1): 31-46.

²⁴ Rovniak L, Anderson E, Winett R. Social Cognitive determinants of physical activity in young adults: a prospective structural equation analysis. *Annals Behav Med.* 2002; 24 (2): 149-156.

²⁵ Astudillo García CI, Rojas Russell ME. Autoeficacia y disposición al cambio para la realización de actividad física en estudiantes universitarios. *Act Colom Psicol.* 2006; 9 (1): 41-49.

En función de las actitudes de la audiencia se aconseja utilizar distintas estrategias o patrones que ayuden a organizar su discurso persuasivo:

a. Patrón de la declaración de razones lógicas. Cuando las personas que lo escuchan no muestran ninguna opinión a favor o en contra sobre la materia o bien cuando sus opiniones aún no se presentan de forma muy sólida puede presentar las razones siguiendo un orden de manera que presente las razones más firmes al principio y al final del mensaje, las otras razones en la mitad del discurso.

Ejemplo:

Señora García, para controlar su sobrepeso es necesario que combine la dieta con alguna actividad física. La acumulación de 150 minutos semanales de actividad física puede ser suficiente para mejorar la salud cardiorrespiratoria, metabólica y ósea. Si nada tres veces por semana durante 30 minutos y lo combina con la dieta que está siguiendo podrá controlar su peso”.

b. Patrón para la solución de problemas. Este patrón es adecuado para una audiencia que no tiene conciencia de que existe un problema, carece de una opinión particular o bien está levemente a favor o en contra. En estos casos las razones se presentan con la siguiente secuencia: 1) Existe un problema que exige actuar. 2) La propuesta solucionará el problema. Se establece un tipo de actividad física y su frecuencia e intensidad adaptada a la patología del usuario. 3) La propuesta es la mejor solución para el problema puesto que tendrá consecuencias positivas y deseables.

Ejemplo:

1. Usted tiene dolores y un estado de ánimo deprimido que no facilitan el realizar ejercicio físico.

2. Ahora bien, pienso que practicar natación le puede ayudar a superar su problema y puede intentar nadar 3 veces por semana durante 30 minutos.

3. Se ha demostrado que la práctica regular de natación produce mejoras cardiorrespiratorias, musculares y óseas, además de aliviar la sintomatología asociada a la depresión.

c. Patrón de la motivación. Se sigue la misma secuencia que en el patrón de solución de problemas, incluyendo una serie de recomendaciones específicas orientadas a motivar. 1) Centrar la atención en el problema. 2) Declarar el problema para dar cuenta de su naturaleza. 3) Explicar cómo resolver el problema de forma satisfactoria. 4) Visualizar la propuesta. 5) Dirigir la acción que deben tomar los receptores del mensaje.

Ejemplo:

1. Tenemos que hablar de los dolores constantes que usted padece y de su estado de ánimo deprimido.

2. Esto es un problema importante y conocemos prácticas que le pueden ayudar a solucionarlo.

3. Se ha demostrado que practicar natación de forma regular le puede ayudar a disminuir el dolor y elevar su estado de ánimo

4. Imagínese usted en la piscina relajándose a medida que avanza por el agua, y va sintiéndose cada vez más tranquila y sin experimentar dolor.

5 Podría comenzar nadando en la piscina más cercana a su casa tres veces por semana durante media hora, su marido podría acompañarle hasta que se sintiese segura, posteriormente intentaría alargar el tiempo y los días que dedica a nadar. ¿le parece bien?.

d. Patrón comparativo de ventajas. En este caso presente su propuesta sobre la base de las ventajas que ofrece iniciar un curso de acción frente a la inacción. Este patrón funciona cuando la audiencia está de acuerdo en que hay un problema que debe ser resuelto. El balance decisional se podrá usar como estrategia de persuasión.

El objetivo es promover la motivación del usuario observando las ventajas e inconvenientes de cambiar su patrón de conducta, así como ayudarlo a establecer una meta para que aumente la actividad física. En concreto, consiste en elaborar un cuadro (ver Cuadro 2) donde el usuario indique las ventajas y desventajas de cambiar y no cambiar su conducta. Es decir, las consecuencias tanto positivas como negativas de realizar una actividad física o de no realizarla.

Después de que el usuario haya rellenado el cuadro se pasará a compararlas haciendo hincapié en las consecuencias negativas de no cambiar. Tras ello, se puede preguntar al usuario qué objetivos a corto plazo se va a plantear para incrementar su actividad física.

La técnica de balance decisional es una técnica recomendada en el patrón comparativo de ventajas cuando la audiencia está de acuerdo en que existe un problema que solucionar

Cuadro 2. Técnica de Balance Decisional

TU BALANCE DECISIONAL		
	CAMBIAR	NO CAMBIAR
VENTAJAS		
DESVENTAJAS		

e. Patrón que satisface un criterio. Una vez que ha determinado el nivel de autoeficacia, puede encontrarse con personas que identifican un gran número de barreras y que se manifiestan en contra de su propuesta. Será necesario que perciban que no existen esas barreras para tomar un curso de acción. En estos casos, antes de presentar su propuesta y las razones que la sustenten, puede:

- 1) Proponer un criterio
- 2) Acordar el criterio con el usuario.
- 3) Analizar en qué medida su propuesta satisface ese criterio

Ejemplo:

1) *Cuando una persona no se siente capaz de realizar una actividad física es muy poco probable que lo haga.*

2) *Estamos de acuerdo en que la confianza en las propias capacidades es una de las variables indispensables para el comienzo de la acción, aunque no es la única.*

3) *Yo le propongo un programa de fortalecimiento de sus creencias para realizar actividad física, de manera que en la medida que se vaya sintiendo capaz de ser una persona activa, podrá ir practicando actividad física de forma progresiva y regular, de esta manera iremos instaurando y reforzando su confianza en si mismo.*

2.1.2.5. Utilice un lenguaje que los motive: El reforzamiento.

Las razones o argumentos que sustentan sus propuestas pueden no ser suficientes para convencer a una audiencia. 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. En su discurso conviene mostrar que las recompensas son mayores que los costos.

Los adultos sedentarios mejoran su salud pasando de la categoría de “inactivas” a personas que tienen un “nivel bajo de actividad”²⁶

Puede hacerle ver que su propuesta tiene que ver con una necesidad

Detecte las necesidades manifiestas del usuario, control de peso, aumento de autoestima, fortalecimiento muscular, socialización,...

Finalmente, puede destacar las experiencias subjetivas que acompañan al comportamiento que le propone.

Sentirse mejor, activación, bienestar, alegría, satisfacción personal,....

²⁶ Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 [consultado 03-11-2011]. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf.

En otras ocasiones puede inducir en el usuario una sensación de amenaza o miedo con el fin de hacerles ver las graves consecuencias que se derivarían si no mantiene algún tipo de actividad física diaria. Se ha sugerido que la probabilidad de que una persona tenga la intención de adoptar comportamientos de salud puede incrementarse haciendo que ésta perciba que su salud está seriamente amenazada^{27, 28}. Conviene señalar que el mensaje que incorpora apelaciones al miedo será más eficaz si promueve:

- 1) La percepción de la gravedad, proporcionando argumentos sólidos sobre los efectos perjudiciales en caso de que no se adopte la conducta de salud,
- 2) las expectativas de vulnerabilidad, al tratar de convencerle que aumentará la probabilidad de ocurrencia de las consecuencias negativas si no se adoptan las recomendaciones sugeridas,
- 3) la creencia en la eficacia de la respuesta, proporcionándole información sobre la eficacia de la conducta de salud recomendada en la evitación de las consecuencias negativas señaladas,
- 4) la autoeficacia, proporcionándole información para que se perciban a sí mismos capaces de modificar la conducta problemática.

A través del reforzamiento, se facilita la motivación necesaria para que persistamos en el aprendizaje que hemos iniciado. Para motivar a una persona se asocia aquello que hacemos (*p.e. jugar al fútbol tres veces por semana una hora*) con algo que nos agrada (*p.e. compartir el tiempo con los amigos*) o eliminar algo que nos desagrada (*p.e. pasar el tiempo sentado en el sofá viendo la televisión*).

Probablemente el mayor de los refuerzos que una persona puede recibir es el refuerzo social; que las personas importantes del entorno del usuario le feliciten o le reconozcan sus acciones es un gran motivador para continuar con la conducta. Por ello, el reconocimiento, el afecto, la aprobación o las felicitaciones del profesional

²⁷ Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *J Psychol.* 1975; 91: 93-114.

²⁸ Rogers RW. Cognitive and psychological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. En: Cacioppo J, Petty R. (ed.). *Social Psychophysiology.* New York, NY, US: Guilford Press; 1983. p. 153-176.

sanitario puede convertirse en un gran aliciente para que el usuario continúe realizando la actividad física prescrita.

¿Cómo puede usted reforzar al usuario? La técnica de comunicación utilizada para este fin es conocida como “*autorrevelación*”. Con esta técnica usted puede estimular a sus pacientes a que se comporten adecuadamente y se sientan receptivos hacia usted, convirtiéndose en una persona significativa y digna de confianza. Para ello le aconsejamos que siga estas indicaciones:

- Dígale a su interlocutor, de manera sincera e inequívoca, que es lo que a usted le gusta de lo que ha hecho.
- Emplee expresiones tales como:
 - *Me ha gustado...*
 - *Me agrada...*
 - *Te felicito...*
 - *Es estupendo que hayas...*
- Sonría sinceramente y mantenga una postura abierta.

“Manolo es estupendo que esta semana hayas cumplido el plan de ejercicio que elaboramos, te felicito por ello”

“Encarna, me agrada mucho que este mes haya salido a caminar diariamente con su esposo”

También resulta muy interesante que el usuario aprenda a reforzarse a sí mismo (autorrecompensa): que se diga y/o haga algo agradable para él.

Algunas autoverbalizaciones reforzantes serían: *¡Muy bien!, ¡Lo hice!, ¡Funcionó!, ¡Me siento muy bien!, ¡No estuvo tan mal!, ¡Cuanto más lo hago, más fácil me resulta!*

Y algunos ejemplos de autorrecompensas conductuales serían: disfrutar de una actividad satisfactoria como ir al cine, una comida especial, visitar un lugar agradable, comprarse un regalo,...

En términos generales es aconsejable que los refuerzos cumplan las siguientes condiciones:

- Debe aplicarse de forma inmediata y contingente al comportamiento objetivo. Sólo por la ejecución de dicha conducta.
- Sea específico para la conducta que quiere reforzar

“María te felicito por salir a caminar todos los días durante 20 minutos, este hábito está mejorando notablemente tu salud, estás desarrollando la musculatura de tus piernas”

- Los refuerzos que se apliquen han de ser funcionalmente válidos, esto es, que sean importantes y deseables para los sujetos. Del mismo modo han de ser adecuados a la situación.

Destaque las consecuencias positivas de la práctica de actividad física en sus pacientes.

“Adolfo hace un mes que está nadando y ha perdido dos kilos”

- Es necesario establecer y aplicar programas de reforzamiento específicos: paso progresivo de refuerzos continuos a intermitentes, programas de reforzamiento ambiental (en contexto natural) y autorrefuerzo fundamentalmente.

Al inicio de la intervención debemos reforzar continuamente a los pacientes, para poco a poco ir retirando el refuerzo externo y que sean ellos mismos quienes valoren sus comportamientos.

“Me siento muy bien cuando salgo con la bicicleta”

“Me agrada la sensación de relajación que me queda al salir del gimnasio”

- Los primeros comportamientos a entrenar y practicar en situaciones reales han de tener una alta probabilidad de ser reforzados. Se debe empezar marcando

objetivos fáciles de alcanzar y que sepamos que van a retribuirle beneficios, para después aumentar la exigencia de los objetivos paulatinamente. Ello lo podemos estructurar según la información obtenida en la escala, que nos aporta datos sobre aquellos comportamientos más accesibles y las barreras menos costosas de superar para los usuarios.

2. 2. Comunicación intrapersonal

Teoría A-B-C

Un acontecimiento (A) →
Es interpretado a nivel cognitivo (B) →
y este pensamiento desencadena una
respuesta emocional (C).

Como ya se ha comentado, las personas con autoeficacia tienen la convicción de que pueden realizar con éxito una conducta y, con ello, conseguir los resultados deseados. El individuo que se considera eficaz afronta las tareas

potencialmente amenazadoras sin sentir ansiedad y no experimenta estrés en situaciones difíciles. Aquellas personas que se consideran ineficaces piensan que no poseen las habilidades necesarias para afrontar las dificultades que les impone el medio que les rodea.

Tales pensamientos (“*todo lo que hago me sale mal*”, “*soy un desastre*”, “*no hay nada que pueda hacer*”) suelen generar emociones negativas como la depresión, ansiedad y el estrés. Estas emociones negativas distraen la atención de lo que debería ser el comportamiento adecuado para solventar los posibles fallos personales y contratiempos lo que provoca un nivel de sobre-activación que dificulta el aprendizaje y la ejecución. Por ello, como profesionales de la salud podemos ayudarles a eliminar o minimizar el efecto de tales mensajes negativos. Una estrategia adecuada consiste en transformar sus pensamientos negativos en otros que se adapten a la situación, es decir, tener diálogos interiores positivos²⁹.

²⁹ León Rubio JM, Gil Rodríguez F, Medina Anzano S, Cantero Sánchez F. La formación del profesional de la intervención social y comunitaria en habilidades sociales. En: Gil Rodríguez F, León Rubio JM. (Eds.). *Habilidades Sociales: Teoría, investigación e intervención*. Madrid: Síntesis; 1998. p. 113-132.

A continuación, se sugieren una serie de pasos que ayudarán a los usuarios a hacer más controlables los acontecimientos³⁰.

1. Captación de pensamientos automáticos.

Los pensamientos automáticos son pensamientos específicos que se producen con mucha rapidez y proporcionan una interpretación de los acontecimientos que con frecuencia incluyen predicciones sobre las situaciones. Dichos pensamientos pueden

Técnicas de reestructuración cognitiva:

1. **Detecte los pensamientos automáticos**
2. **Compruebe su veracidad**
3. **Elimine o minimice los estados emocionales negativos**

producirse al margen de la conciencia. Cuando ocurre así, estas ideas o pensamientos suelen ser considerados como axiomas, es decir, tienen carácter de verdades indiscutibles. Por tanto, la primera tarea para el control del estrés es el reconocimiento de estos pensamientos. Puede proponerle que lleve un diario de pensamientos molestos, reconstruyendo al mismo tiempo la situación problemática en términos de emoción, situación y pensamiento: P.e. *después de un día duro de trabajo que se afronta con resignación y desánimo (emoción) y en un día lluvioso (situación) emergen pensamientos como “hacer cualquier cosa cuesta demasiado esfuerzo”*.

2. Comprobación de la veracidad de dicho pensamiento.

Convirtiendo estos pensamientos en hipótesis, es decir, en relaciones causales que deben ser sometidas a contrastación empírica.

El pensamiento “cualquier cosa lleva demasiado esfuerzo”

¿Es verdadero en el 100 por cien de los casos?

¿Qué situaciones las he superado con éxito que invalidan este pensamiento? etc.

³⁰ León JM, Medina S, Cantero FJ, Gómez T, Barriga S, Gil F, Loscertales F. Habilidades de información y comunicación en la atención al usuario. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 1997.

3. Eliminación o minimizar estados emocionales negativos.

Transformando estos pensamientos negativos en pensamientos que no generen malestar, es decir tener diálogos interiores positivos. Algunos ejemplos:

- Eliminar el “no soy capaz”.

Este pensamiento refleja inseguridad. Hay que enseñar a los usuarios a sustituir los pensamientos que generen incapacidad por otros que le permitan sentirse seguros. Para ello, le puede proponer que sean específicos.

Paciente que expresa: *“Yo no soy capaz de ir al gimnasio con regularidad”.*

Ante tal afirmación se buscarán otras conductas o actividades como caminar, ir a comprar andando... (La escala nos proporciona información acerca de aquellas actividades que le resultan más fáciles de realizar a la persona).

Por lo tanto el paciente aprende a dirigirse mensajes específicos sobre su capacidad, yo no soy capaz de ir al gimnasio todos los días, sin embargo si me siento capaz de ir al trabajo andando.

“Yo soy capaz de caminar diariamente”.

- No caer en el pesimismo.

Las personas con baja autoeficacia anticipan el futuro negativamente, las profecías negativas suelen convertirse en realidad, porque nosotros mismos nos encargamos de que se cumplan. Los pensamientos negativos hacen que veamos las cosas por el lado oscuro, sin solución, lo que nos incapacita y desmotiva para la acción.

“Para qué voy a hacer ejercicio, si total estoy muy gorda”

“Yo ya no tengo edad para eso” “

No tengo tiempo, ni ganas para eso”

“Me saldrá mal”

“Eso no sirve de nada”

“Ya no hay esperanza para mí”.

Indique a sus pacientes que no exageren y que relativicen. *¿Has intentado hacer ejercicio? ¿Qué es lo que falla? ¿Cómo puede superar esta limitación?*

Incluir la conducta que le es más accesible al paciente según la escala:

“Voy a caminar todos los días un cuarto de hora”.

“Hay actividades físicas que si puedo hacer como nadar”.

“Puedo incluir en mi vida algunas prácticas saludables como subir por la escalera en vez del ascensor, ir andando a hacer los recados,...”

“Es posible que las cosas no siempre salgan como a mí me gustaría, sin embargo voy a hacerlas lo mejor que sé...”

- No ser fatalista.

Cada individuo es el responsable de su futuro y tiene el poder de modificar las cosas. *Si cambias aquí y ahora, contribuyes de manera significativa en tu destino.*

“Y si me canso al segundo día”

“Y si mi familia no lo entiende”

“Y si tengo que hacerlo solo/a”

“Y si me lesiono o me sienta mal”

“No se puede hacer gran cosa para cambiar mis hábitos”

“Es catastrófico, es terrible...”

Entrene la capacidad de los usuarios para ser pacientes, esperar para hacer juicios de valor, interpretar las situaciones cuando ya hayan sucedido y no antes (p.e. *si no lo haces nunca lo sabrás*). En la acción pueden aparecer problemas, no obstante estos no los conocemos hasta que no actuamos y cuando suceden podemos hacer algo para superarlos.

Para neutralizar emociones negativas:

- Elimine el *“no soy capaz”*
- No sea pesimista
- No sea fatalista
- Sea realista
- Evite anclarse en recuerdos negativos

“Yo puedo cambiar las cosas”.

- Ser realista.

Entrene a sus pacientes para que sean objetivos con sus éxitos, aceptándolos y reconociéndolos, al tiempo que se responsabilizan de sus fracasos.

Indique a los usuarios que premien sus logros con expresiones motivadoras.

Estos son algunos ejemplos de autoverbalizaciones reforzantes:

¡Muy bien!, ¡Lo hice!, ¡Funcionó!, ¡Me siento muy bien!,

¡No estuvo tan mal!,

¡Cuanto más lo hago, más fácil me resulta! ¡Lo he hecho estupendamente!

Del mismo modo indique a sus pacientes la adquisición de responsabilidad en los fracasos, asumiendo que en todo proceso terapéutico hay momentos de recaída, en nuestro caso abandonar la práctica de actividad física durante un tiempo determinado y/o recesión, reducir su frecuencia; lo que no significa el abandono pues el proceso es más amplio, que un pequeño desliz.

“Aunque recaiga, otras veces lo he hecho y puedo volver a hacerlo”.

“No he ido al gimnasio en días, aunque no por eso voy a abandonar, voy a ir el viernes”.

“Soy responsable de lo que hago y es por ello que puedo cambiar si lo deseo”.

- Evitar el anclaje en los recuerdos negativos.

Enseñe a los pacientes a activar su memoria positiva. Por ejemplo anotando sus éxitos pasados, puede mantenerlos activos y presentes.

Ante la verbalización “Es que ya lo intenté una vez y no duré ni un mes”, cámbielo por “Ya lo hice en el pasado y lo conseguí durante tres semanas”.

2. 3. Estilos comunicativos del profesional de la salud.

Es importante cuidar el contenido del mensaje que le transmitimos a nuestros usuarios, aunque no menos importante es la manera en la que lo hacemos.

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 terapéuticas, olvido de las instrucciones dadas por los profesionales de la salud, etc.³¹. Todo ello, avala la importancia que tiene la relación comunicativa entre el profesional de la salud y el usuario durante sus interacciones.

Existen tres estilos comunicativos característicos. Imaginemos una situación: en consulta tenemos un usuario que se niega rotundamente a adscribirse a nuestras recomendaciones de practicar alguna actividad física como caminar. Ante esta situación es probable que el profesional manifieste uno de los estilos comunicativos que se ejemplifican a continuación:

Estilo comunicativo pasivo: “Bueno, venga, si usted lo dice, yo ya no sé, esto es todo lo que yo puedo hacer.”

Estilo comunicativo agresivo: “¡No diga tonterías! ¡Es usted un inconsciente! ¡Muy mal, esto está fatal!”

Estilo comunicativo asertivo: “Comprendo los problemas que tiene, sin embargo yo opino que podría caminar todos los días al menos media hora, así que si le parece bien, me gustaría que esta semana lo hiciera y en la próxima visita me cuenta qué tal le ha ido.”

³¹ Leon Rubio, J.M; Medina Anzano, S.; Cantero Sanchez, J.M. y Gil Rodríguez, F. Entrenamiento en habilidades sociales para los profesionales de la salud. En J.M. León y C. Jiménez (1998) Psicología de la salud : Asesoramiento al personal sanitario. Sevilla: Secretariado de Recursos Audiovisuales. Universidad de Sevilla. pp. 89 - 134.

El estilo comunicativo asertivo le resultará útil para conseguir aquello que usted desea o evitar algo que no desea, le proporcionará mayor autoestima y satisfacción consigo mismo, será más eficaz y competente en sus relaciones con los demás, manteniendo y mejorando el contacto con sus usuarios. Además de ello, una comunicación asertiva le ayudará a reducir el estrés, dado que le permitirá controlar situaciones interpersonales conflictivas. Dentro de la organización, le facilita estrategias para el trabajo cooperativo y de grupo.

En términos generales, hay que evitar verbos como “intentar”, “tratar”, “probar”, “tantear”, “procurar”, ya que en el caso de que el usuario no logre el objetivo propuesto, éste podría interpretarlo como una falta de su capacidad para realizar esa conducta.

A la hora de comunicarnos de manera asertiva le pueden ser de utilidad tener en cuenta los pasos o fases que a continuación se describen:

1. Escuchar de forma activa.

Este paso tiene por finalidad dar a entender a nuestro interlocutor que lo hemos escuchado, atendido y entendido. Para ello debemos no interrumpir al usuario cuando hable, mirarlo y apoyar

lo que dice utilizando expresiones tales como: *sí, entiendo, desde luego, estoy de acuerdo con lo que has dicho, comprendo tu punto de vista, es posible que usted piense que,* etc. Además, es necesario respetar el punto de vista del usuario, mostrándole empatía y comprensión por lo que dice.

Una de las ventajas de realizar este paso consiste en que si a continuación va a confrontar la opinión del usuario porque no la comparte, éste estará mucho más receptivo a su opinión, consejo o prescripción.

2. Decir lo que piensa u opina.

En este momento, usted comunicará al usuario/a su opinión sobre lo que acaba de escuchar. Para ello es conveniente que hable en primera persona para indicar su

Pasos hacia la asertividad:

1. Escuche de forma activa
2. Diga lo que piensa u opina
3. Exprese lo que desearía que pasara

implicación personal en lo que dice. Dichas frases pueden comenzar con expresiones tales como: *“Sin embargo, yo pienso...”* *“No obstante, yo opino...”* *“A pesar de ello, yo creo...”* *“Además, yo considero...”*

3. Expresar lo que desearía.

Esta fase tiene como finalidad comunicarle al usuario/a qué es lo que desea que ocurra en un futuro más o menos inmediato. Consiste en darle a nuestro interlocutor/a una alternativa a lo que él/ella expuso, plantearle un acuerdo que resulte válido para ambas partes o simplemente expresarle lo que considera más recomendable para su salud. Para realizar esto, le recomendamos que utilice frases que comiencen con expresiones tales como: *“Por tanto, me gustaría que...”*; *“Es por ello que quiero que...”*; *“Así que desearía que...”*; *“Por eso considero que lo más conveniente es que...”*.

De manera complementaria al esquema de comunicación asertiva arriba descrito, también le puede resultar útil el uso de otras técnicas de comunicación asertiva. La finalidad de estas técnicas es potenciar y mejorar la calidad de su comunicación con los usuarios. De esta manera conseguirá crear una relación terapéutica de confianza que le permita influir y persuadir más y mejor en los usuarios. Estas técnicas asertivas son:

Técnicas asertivas:

- Disco rayado
- Decir No
- Afrontar críticas
- Solicitar cambios de conducta
- Acuerdo viable

Disco rayado

- *Esta técnica debe emplearse cuando su interlocutor trate de manipularle.*
- *Consiste en repetir una y otra vez el mensaje hasta que ya no pueda ser ignorado por su interlocutor.*

- Es muy importante que la repetición del mensaje se haga de forma serena y evitando emplear siempre las mismas palabras.

Profesional: “Antonia, usted necesita hacer ejercicio para controlar su peso”

Paciente: “Pero es que yo ya no tengo ánimo para eso”

Profesional: “Entiendo lo que dice Antonia, no obstante veo que usted se siente capaz de caminar diariamente, por tanto lo que vamos a hacer es planificar cuándo y en qué momento de la semana va a salir a caminar al menos media hora”

Paciente: “No si yo capaz soy, lo que pasa es que luego no lo hago, no tengo ganas”

Profesional: “Comprendo, sin embargo Antonia es importante que lo haga, a mí me gustaría saber cuándo lo va hacer esta semana”

Paciente: “Bueno, doctor si usted lo cree conveniente, lo haré al menos un día de esta semana”

Decir no asertivamente

- Dígalo lo más directamente posible, sin dar excusas ni ofrecer explicaciones y siempre que pueda dé alternativas.

- Recuerde los tres pasos básicos hacia la asertividad, e introduzca el NO en el segundo de ellos.

Profesional: “Comprendo lo que me está diciendo, no obstante yo NO voy a recetarle este medicamento ya que no lo encuentro necesario. Si quiere podemos buscar otras alternativas menos invasivas como la realización de alguna actividad física”

Afrontar las críticas

- Pida detalles.

- Coincida con la crítica, total o parcialmente.

- En caso de no coincidir, respete el derecho del crítico a tener su propia opinión.

Paciente: “Es usted un impresentable, los médicos de la seguridad social sois todos unos inútiles”

Profesional: “¿Por qué dice eso señor?”

Paciente: “Pues porque llevo haciendo todo lo que me dice durante meses y esto no sirve de nada, la culpa es suya que no sabe hacer su trabajo”

Profesional: “Estoy seguro que usted está haciendo todo lo que le indicamos, y es cierto que resulta frustrante no obtener resultados inmediatos, no obstante estas cuestiones son así, requieren un tiempo para disfrutar de los beneficios”

Profesional: “Comprendo su opinión, a pesar de ello no la comparto”

Solicitar cambios de conducta

- *Asuma el problema.*
- *Describa la conducta que desea cambiar.*
- *Enuncie las consecuencias.*
- *Expresé cómo se siente por ello.*
- *Finalice solicitando el cambio de forma clara, concisa y directa.*

Profesional: “Tengo un problema, llevamos ya varias semanas en las que acordamos una serie de objetivos en su plan terapéutico, como la semana pasada por ejemplo que hablamos de su compromiso para ir al gimnasio al menos tres veces en semana”

Paciente: “Sí, es cierto”

Profesional: “La cuestión es que en estas dos últimas semanas vuelve usted aquí y no ha hecho nada de lo que dijimos, así no puedo ayudarle además de la frustración profesional que ello me supone. Por lo que me gustaría que habláramos de ello y llegar a un acuerdo, de tal manera que nos planteemos una solución”

El acuerdo viable

- *Cuando desee o necesite la colaboración de su interlocutor emplee esta técnica.*
- *Plantee el problema de forma clara, concisa y directa.*
- *Escuche activamente para comprender o entender las razones u objetivos del otro.*
- *Póngase en el lugar del otro.*
- *Busque alternativas.*
- *Seleccione la mejor para ambos y sugiera una solución.*
- *Logre el compromiso del interlocutor con la solución elegida.*

Profesional: “José, con su patología es necesario trabajar la capacidad cardiaca mediante algún ejercicio”

Paciente: “Que me dice doctor, que me tengo que poner a hacer ejercicio”

Profesional: “Sí exactamente”

Paciente: “Pues es que yo no soy capaz, antes si usaba la bicicleta, echaba algún partidito pero ya no tengo tiempo para eso”

Profesional: “Comprendo las dificultades que puede tener con respecto al tiempo, no obstante es muy importante esta medida en su tratamiento. Me dice que le gusta el futbol ¿sería posible jugar con amigos, un par de días en semana?”

Paciente: “No, no imposible el trabajo me ocupa todo mi tiempo”

Profesional: “Bueno, otra opción es introducir la práctica de actividad física en sus rutinas, por ejemplo ir al trabajo en bicicleta o andando ¿Qué le parece?”

Paciente: “Hombre, eso ya es otra cosa, creo que si podría hacerlo. Puedo coger una bicicleta que tengo en casa e irme al trabajo en ella”

Profesional: “Estupendo, entonces esta semana va a ir al trabajo en bicicleta en lugar de usar su coche, ¿cierto?”

Paciente: “Si creo que lo podré hacer”

En definitiva, los profesionales deben poseer habilidades de comunicación que les permitan relacionarse con los usuarios. Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones generales:

- Póngase en el lugar del paciente, empleando palabras como *le entiendo, comprendo, me pongo en su lugar...* o parafrasee, esto es, repita con otras palabras el mensaje central que le ha dado el usuario para garantizarse que ha entendido lo que le quería decir y mostrarle escucha activa: *entonces, lo que le ocurre es que le cuesta salir de casa por los dolores que padece.*
- Solicite información útil para la elección y puesta en práctica del tratamiento *¿Qué actividades le gusta? ¿De qué tiempo dispone en su rutina? ¿Puede pedirle ayuda a alguien?*
- Simplifique las percepciones

“Necesita salir a caminar todos los días, durante una hora”

- Ajustese a la rutina diaria del paciente

Hágalo como parte de su rutina, por ejemplo cuando recoja a sus hijas vaya andando.

- Explíquese con claridad

La actividad física puede ayudar a mejorar sus problemas, aliviando sus dolores.

- Logre la participación de las personas allegadas y establezca red de apoyo

Hágalo con sus hijas, con su pareja,...

- Realice un seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones dadas al paciente

3. Casos prácticos

3.- ANÁLISIS DE CASOS.

El objeto de este apartado es ejemplificar cómo desarrollar la intervención con los usuarios basándonos en los resultados obtenidos en la EAF y, en las recomendaciones generales, antes expuestas. Se exponen diferentes casos que combinan variables relevantes a la hora de planificar la acción: sexo, municipio residencia, edad y niveles de autoeficacia para la actividad física.

3. 1. Hombre joven de ciudad con altos niveles de autoeficacia para la actividad física.

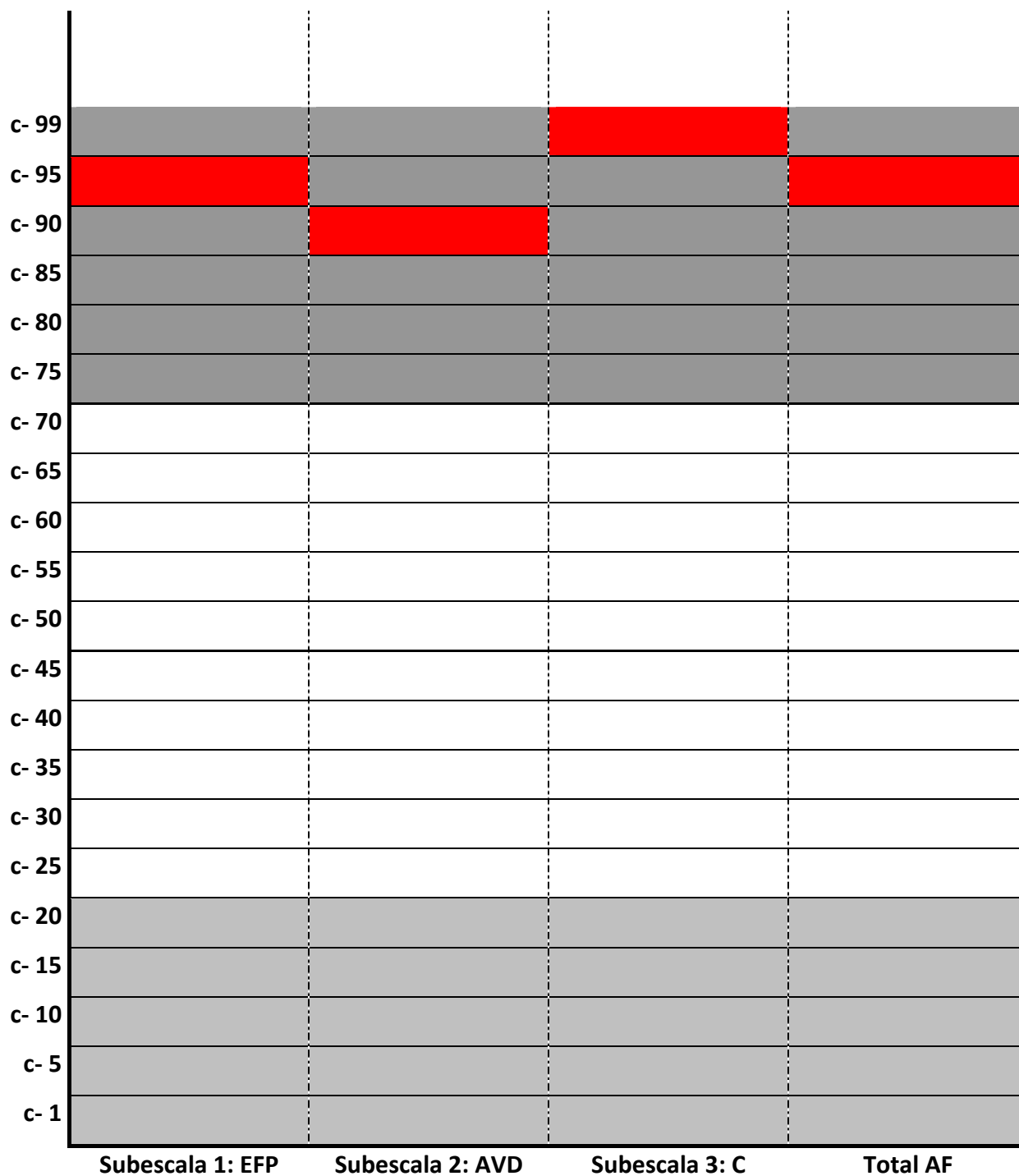
Un hombre de 23 años, español, residente en el núcleo urbano de Sevilla, con nivel educativo básico, auto-cumplimenta la EAF. Sumamos los valores directos que marca la persona en cada ítem, obteniendo tres puntuaciones factoriales y una total. Estas puntuaciones se transforman en puntuaciones baremadas para establecer el perfil del sujeto.

En nuestro caso, buscamos las puntuaciones directas en el baremo correspondiente a hombre de ciudad, entre 18 y 25 años. De este modo establecemos la puntuación centil de la persona que nos permite observar los niveles de autoeficacia del usuario en una muestra normativa y determinar si éstos se sitúan por debajo o por encima de la media poblacional.

En este caso, comprobamos como los niveles de autoeficacia del sujeto están por encima de la media en todos los factores y en la puntuación total. En el factor uno, de cada 100 personas, 95 tendrían menos autoeficacia que ella para practicar ejercicio físico programado; en el dos, de cada 100 personas 85 tendrían menos autoeficacia para practicar ejercicio físico en la vida diaria y, 99 de cada 100 personas menos eficacia percibida para caminar. Por ello, la puntuación global establece que de cada cien personas, 95 se sienten menos capaces de practicar actividad física que la persona que estamos evaluando.

	Subescala 1: EFP	Subescala 2: AVD	Subescala 3: C	Total AF
Puntuaciones directas Σ	120	76	30	226
Puntuaciones centiles	95	90	99	95

Represente aquí las puntuaciones centiles:



Dentro de cada factor analizamos las situaciones que más limitan a la persona y aquellas en las que el usuario se siente más fuerte, con mayor capacidad de superación, facilitamos una hoja de respuesta que clasifica las puntuaciones obtenidas en cada ítem:

	Conf 0	Conf 1-3	Conf 4-6	Conf 7-8	Conf 9-10
Autoeficacia para el Ejercicio Físico Programado (EFP)					
Tenga mucho trabajo				x	
Tenga que desplazarme				x	
Tenga que hacerlo solo/a					x
Esto implique un cambio en mi forma de vivir					x
Tenga problemas económicos					x
No pierda peso					x
Esté deprimido/a				x	
No disponga de medio de transporte				x	
No me guste					x
Me sienta estresado/a				x	
Haga mal tiempo			x		
Tenga problemas en el trabajo				x	
Me apetezca hacer otras cosas				x	
Tenga problemas de salud			x		
Tenga un mal día				x	
Autoeficacia para realizar actividad física en la vida diaria (AVD)					
Me suponga perder más tiempo					x
Tenga ascensor					x

	Conf 0	Conf 1-3	Conf 4-6	Conf 7-8	Conf 9-10
Haga mal tiempo				x	
No tenga tiempo				x	
Los demás no me ayuden					x
Padezca alguna molestia física				x	
Esté de vacaciones					x
Llegue sudado/a a trabajar					x
Disponga de coche u otro medio de transporte con motor					x
Autoeficacia para caminar diariamente (Caminar)					
60 minutos					x
90 minutos					x
120 minutos					x

En toda la escala la persona obtiene muy altas puntuaciones, de este modo podríamos reforzar sus capacidades en cualquiera de los factores. En el factor caminar obtiene las más altas puntuaciones posibles, por ello, nos interesa reforzar sus creencias de capacidad en este factor. Siempre es importante escuchar cuáles son sus preferencias y resaltar los ítems donde el sujeto muestre los valores más bajos para prevenir la recaída ante estas situaciones; p.e. en el factor Actividad Física Programada las puntuaciones más bajas obtenidas en la Escala están en los ítems “aunque haga mal tiempo” y “aunque tenga problemas de salud”. Con esta información podemos establecer el plan de acción.

1.- Reforzar las creencias de capacidad.

Muy bien Fernando, ha obtenido una puntuación muy alta.

Se siente muy capaz de realizar actividad física y puede superar la mayoría de las dificultades con las que se pueda encontrar.

2. Establecer metas conductuales.

En concreto, ¿qué tipo de actividad es la que más le gusta practicar?

Fernando responde que juega al fútbol con sus amigos todas las semanas, en dos ocasiones, durante una hora y media. Que por ello, lo que más le dificulta su practica es encontrarse mal o que haga mal tiempo. Le encanta caminar por la ciudad; que a veces acude al trabajo andando, pero que no lo hace porque le supone salir con 45 minutos de antelación. Nos dice que también coge una bicicleta estática que tiene en casa para fortalecer sus piernas.

3. Adelantarnos a las dificultades.

Le respondemos que es normal que cuando llueve no pueda jugar al fútbol, pero que sería bueno practicar otro tipo de actividad física y durante todos los días de la semana para mejorar su salud. Si le gusta caminar, sería bueno que acudiese todos los días caminando al trabajo, que sólo pierde 20 minutos más porque acudir en autobús también le consume tiempo y, que si hace mal tiempo podría coger la bicicleta estática que tiene en casa.

Fernando nos responde que piensa que son buenas alternativas en su caso.

4. Establecer un acuerdo con el usuario.

Así, Fernando quedamos en que va a intentar ir caminando al trabajo, lo que le supone unos 90 minutos diarios de actividad física, y que va a seguir jugando al fútbol con sus amigos o haciendo ejercicio con la bicicleta estática que tiene en casa.

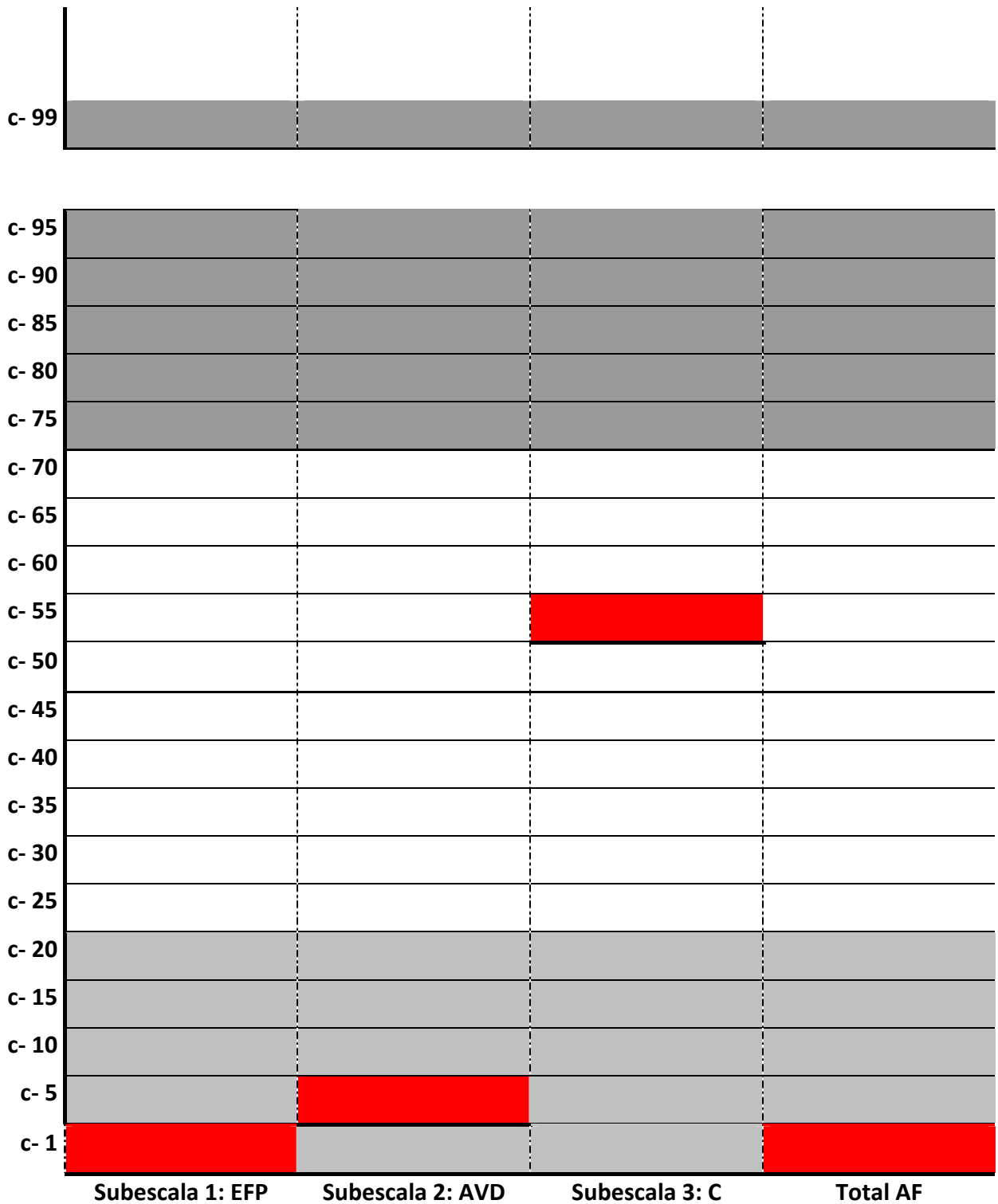
¿De acuerdo?, Lo realiza durante dos semanas y después establecemos una cita para que me cuente cómo se siente.

3. 2. Hombre de mediana edad, de ámbito urbano con niveles bajos de autoeficacia para la actividad física.

Un hombre de 46 años, español, residente en el núcleo urbano de Sevilla, con nivel educativo superior, cumplimenta la EAF. Con sus puntuaciones establecemos el sumatorio de los valores directos marcados por la persona en cada ítem, obtenido así el cómputo en cada factor y la puntuación directa global de autoeficacia. Estas puntuaciones directas factoriales y la global se comparan en el baremo que corresponde al perfil del sujeto, en nuestro caso hombre de ciudad, entre 46 y 55 años, para obtener la puntuación centil que nos permite observar los niveles de autoeficacia del usuario, en una muestra normativa, y determinar si estos están por debajo o por encima de la media. En este caso, los niveles de autoeficacia están por debajo de la media en los factores Ejercicio Físico Programa y Actividad Física en la Vida Diaria. En el factor Caminar obtiene puntuaciones cercanas a la media. Por tanto, su puntuación global es baja.

	Subescala 1: EFP	Subescala 2: AVD	Subescala 3: C	Total AF
Puntuaciones directas Σ	10	24	24	58
Puntuaciones centiles	2	5	55	4

Represente aquí las puntuaciones centiles:



Dentro de cada factor analizamos las situaciones más limitantes y aquellas en las que el usuario se siente con mayor capacidad para superar.

	Conf 0	Conf 1-3	Conf 4-6	Conf 7-8	Conf 9-10
Autoeficacia para el Ejercicio Físico Programado (EFP)					
Tenga mucho trabajo	x				
Tenga que desplazarme		x			
Tenga que hacerlo solo/a		x			
Esto implique un cambio en mi forma de vivir		x			
Tenga problemas económicos	x				
No pierda peso		x			
Esté deprimido/a		x			
No disponga de medio de transporte	x				
No me guste	x				
Me sienta estresado/a		x			
Haga mal tiempo		x			
Tenga problemas en el trabajo	x				
Me apetezca hacer otras cosas	x				
Tenga problemas de salud	x				
Tenga un mal día		x			
Autoeficacia para realizar actividad física en la vida diaria (AVD)					
Me suponga perder más tiempo			x		
Tenga ascensor			x		
Haga mal tiempo			x		
No tenga tiempo	x				
Los demás no me ayuden			x		
Padezca alguna molestia física	x				

	Conf 0	Conf 1-3	Conf 4-6	Conf 7-8	Conf 9-10
Esté de vacaciones			x		
Llegue sudado/a a trabajar		x			
Disponga de coche u otro medio de transporte con motor		x			
Autoeficacia para caminar diariamente (Caminar)					
60 minutos					x
90 minutos				x	
120 minutos				x	

En el primer factor de la escala, Ejercicio Físico Programado, el usuario obtiene las puntuaciones más bajas de la escala, por lo que es en esta conducta en la que el sujeto se siente con menos capacidad. Respecto al segundo factor, Actividad Física en la Vida Diaria, la persona obtiene también puntuaciones muy bajas, aunque parece tener algunas fortalezas en los ítems: “me suponga perder más tiempo”, “tenga ascensor”, “los demás no me ayuden” y “esté de vacaciones”. Si deseamos fortalecer este ámbito, porque así nos lo diga el paciente, la estrategia de intervención se centraría en fortalecer estos puntos.

La conducta que más fácil resulta de fortalecer es caminar; se siente muy capaz de caminar 60 minutos, comenzaremos estableciendo un plan de acción para que realice esta actividad que parece resultarle fácil de practicar; cuando ejecute esta conducta diariamente durante 60 minutos podremos ir incrementando de forma progresiva el tiempo dedicado a caminar. Si va obteniendo éxitos será más fácil que mantenga este comportamiento en el tiempo y que comience a realizar actividad física en la vida diaria: subir por la escalera, ir caminando a trabajar; o cualquier otra actividad que nos proponga el usuario.

Fortalecer las creencias y planificar la actividad.

“José, veo que usted se siente capaz de caminar durante una hora todos los días, es una actividad muy saludable y que no le supone un gasto económico; además si la

combina con sus rutinas diarias, p.e. ir caminando a trabajar o subir las escaleras, le puede suponer muy poco tiempo al día”

“¿Qué le parece si estudiamos las ventajas de caminar?”

Comparar las ventajas: balance decisional

Una forma de implicar al usuario en la toma de decisiones es elaborar un esquema que indique las ventajas de caminar y las desventajas de no caminar. Se comenzará por evaluar las consecuencias negativas de no practicar actividad física. Los objetivos a lograr se organizarán de forma jerárquica para que la persona vaya experimentando experiencias de logro. En el Anexo II aparece una plantilla que le puede facilitar la realización de la planificación de la acción con el usuario.

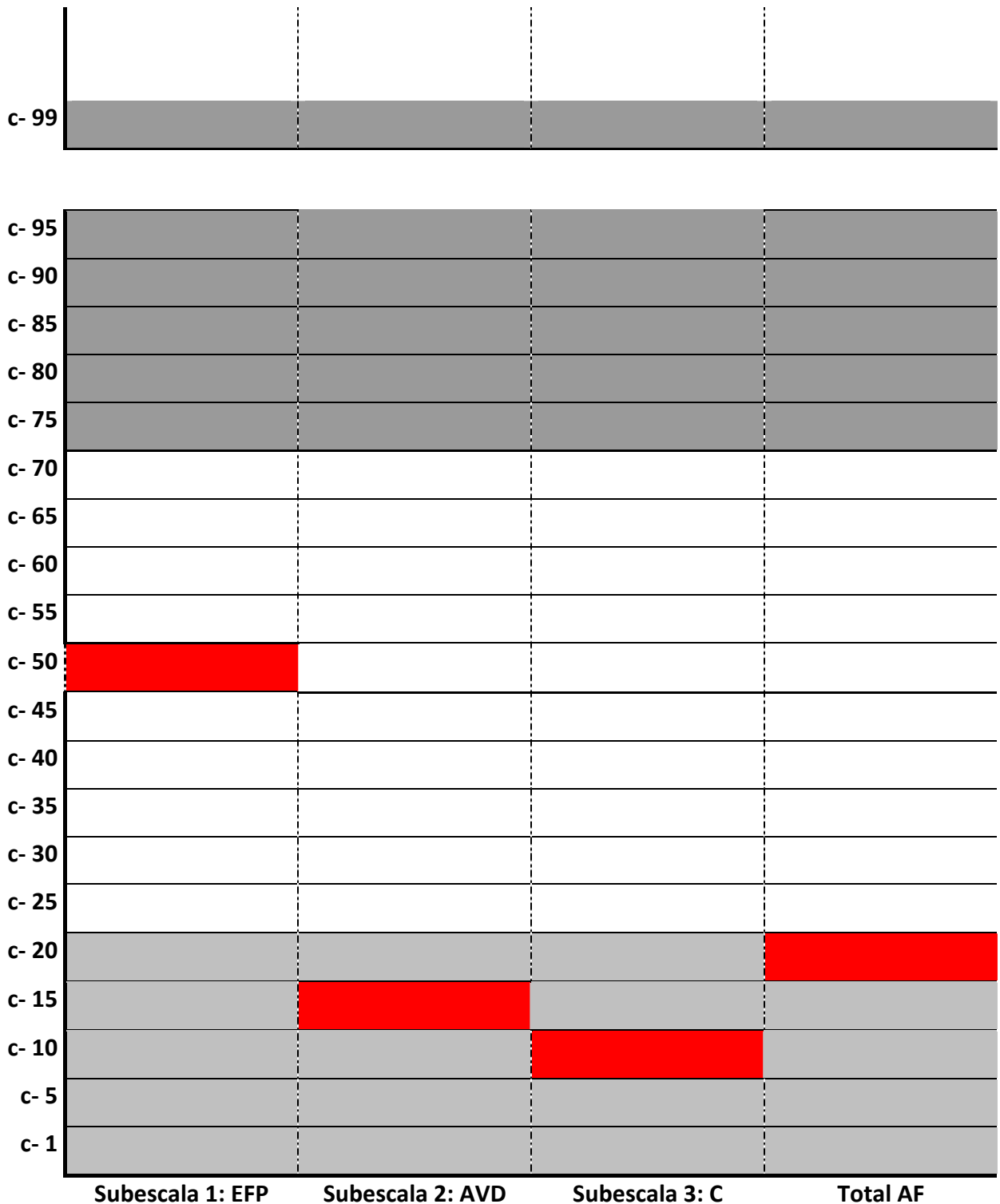
3.3. Mujer de edad avanzada, de ámbito rural con niveles bajos de autoeficacia para la actividad física.

La EAF fue autocumplimentada por una mujer de 59 años, española, residente en un núcleo rural de la provincia de Sevilla, con nivel educativo básico.

Se procede igual que en los casos anteriores obteniendo el sumatorio de los valores directos marcados por la persona en cada ítem en cada factor y en la puntuación directa global de autoeficacia. Estas puntuaciones directas factoriales y la global se comparan en el baremo que corresponde al perfil del sujeto: mujer de ámbito rural, con edad comprendida entre 56 y 65 años. Se obtiene la puntuación centil que nos permite observar los niveles de autoeficacia de la usuaria en una muestra normativa y determinar si estos están por debajo o por encima de la media. En este ejemplo comprobamos cómo los niveles de autoeficacia del sujeto están en la media en el factor Ejercicio Físico Programado. Sin embargo, en las subescalas Actividad Física en la Vida Diaria y Caminar obtiene bajas puntuaciones. En consecuencia su autoeficacia global se sitúa por debajo del centil 25, obteniendo resultados significativamente más bajos que la media.

	Subescala 1: EFP	Subescala 2: AVD	Subescala 3: C	Total AF
Puntuaciones directas Σ	77	32	7	116
Puntuaciones centiles	50	15	10	20

Represente aquí las puntuaciones centiles:



Dentro de cada factor analizamos las situaciones más limitantes y aquellas en las que la usuaria se siente más fuerte, con mayor capacidad de superación.

Las mejores puntuaciones las obtiene en la subescala Ejercicio Físico programado; los ítems en los que muestra más nivel de capacidad son: se siente capaz de realizar la actividad a pesar de “hacerlo sola”, “implique cambios en su forma de vivir”, “tenga problemas económicos”, “no pierda peso” o “tenga problemas de salud”. Por tanto, procedemos igual que en el caso anterior, reforzando las creencias en las que la persona ha señalado creer tener más capacidad dentro de la subescala Ejercicio Físico programado. Para ella, parece ser adecuado apuntarse a alguna actividad programada. Le preguntaríamos qué deportes le gustan, adaptados a su edad, y en su localidad qué tipo de opciones deportivas tienen. Nos puede contestar que existen talleres de pilates en las actividades que programa el ayuntamiento, entonces estableceríamos con ella el plan de acción, sirviéndonos de la plantilla que aparece en el Anexo II; sin olvidar que hemos de jerarquizar los niveles de dificultad para obtener logros a corto plazo.

	Conf 0	Conf 1-3	Conf 4-6	Conf 7-8	Conf 9-10
Autoeficacia para el Ejercicio Físico Programado (EFP)					
Tenga mucho trabajo		x			
Tenga que desplazarme			x		
Tenga que hacerlo solo/a				x	
Esto implique un cambio en mi forma de vivir				x	
Tenga problemas económicos				x	
No pierda peso				x	
Esté deprimido/a		x			
No disponga de medio de transporte			x		
No me guste	x				
Me sienta estresado/a		x			
Haga mal tiempo			x		
Tenga problemas en el trabajo			x		
Me apetezca hacer otras cosas			x		

	Conf 0	Conf 1-3	Conf 4-6	Conf 7-8	Conf 9-10
Tenga problemas de salud				x	
Tenga un mal día			x		
Autoeficacia para realizar actividad física en la vida diaria (AVD)					
Me suponga perder más tiempo		x			
Tenga ascensor	x				
Haga mal tiempo			x		
No tenga tiempo			x		
Los demás no me ayuden			x		
Padezca alguna molestia física			x		
Esté de vacaciones	x				
Llegue sudado/a a trabajar			x		
Disponga de coche u otro medio de transporte con motor		x			
Autoeficacia para caminar diariamente (Caminar)					
60 minutos			x		
90 minutos		x			
120 minutos	x				

4. Anexos



Anexo I. ESCALA SOBRE ACTIVIDAD FISICA (EAF)

Tiempo	_____
Fecha	_____
Sesión	_____

A continuación aparecen una serie de preguntas relacionadas con la práctica de actividad física y ejercicio físico. Le pedimos que responda a ellas con la mayor sinceridad posible. Los resultados que obtengamos son absolutamente confidenciales y serán utilizados en su beneficio y en el diseño de programas de ayuda a otras personas.

Al contestar, tenga en cuenta que le estamos preguntando por el nivel de confianza que usted cree tener en realizar la conducta en la actualidad, no el que creía tener en un pasado o el que piensa tendrá en el futuro.

Por favor, responda a las preguntas con la siguiente escala, tal y como le indicamos en el ejemplo que aparece a continuación:

ESCALA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada capaz

Relativamente
capaz

Muy capaz

ME SIENTO CAPAZ DE SEGUIR LA DIETA QUE ME PRESCRIBA EL MÉDICO, AUNQUE...

- Sienta mucha hambre 4
- Esté en una fiesta 6
- Me sienta nervioso/a 3
- Esté solo/a 5

¡Gracias por su colaboración!



1. ME SIENTO CAPAZ DE PRACTICAR EJERCICIO FÍSICO PROGRAMADO (IR AL GIMNASIO, DEPORTES DE EQUIPO, CORRER, MONTAR EN BICICLETA...) TRES O MÁS VECES POR SEMANA DURANTE AL MENOS 20 MINUTOS, AUNQUE...

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada capaz

Relativamente Capaz

Muy capaz

	CONFIANZA (0-10)										
Tenga mucho trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tenga que desplazarme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tenga que hacerlo solo/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Esto implique un cambio en mi forma de vivir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tenga problemas económicos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No pierda peso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Esté deprimido/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No disponga de medio de transporte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me guste	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me sienta estresado/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Haga mal tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tenga problemas en el trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me apetezca hacer otras cosas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tenga problemas de salud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tenga un mal día	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sumatorio puntuaciones subescala 1 EFP:



2. ME SIENTO CAPAZ DE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA EN MI VIDA DIARIA (IR AL TRABAJO ANDANDO O EN BICICLETA, SUBIR POR LAS ESCALERAS...), AUNQUE...

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada capaz

Relativamente
capaz

Muy capaz

	CONFIANZA (0-10)										
Me suponga perder más tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tenga ascensor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Haga mal tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No tenga tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Los demás no me ayuden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Padezca alguna molestia física	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Esté de vacaciones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Llegue sudado/a a trabajar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disponga de coche u otro medio de transporte con motor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sumatorio puntuaciones
subescala 2 AVD:



3. ME SIENTO CAPAZ DE CAMINAR TODOS LOS DIAS...

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada capaz

Relativamente
capaz

Muy capaz

	CONFIANZA (0-10)										
60 minutos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
90 minutos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
120 minutos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sumatorio puntuaciones
subescala 3 C:



Anexo II. Hoja de Respuesta

	Subescala 1: EFP	Subescala 2: AVD	Subescala 3: C	Total AF
Puntuaciones directas Σ				
Puntuaciones centiles				



	Subescala 1: EFP	Subescala 2: AVD	Subescala 3: C	Total AF
c- 99				
c- 75				
c- 50				
c- 25				
c- 1				



Clasifique cada una de las barreras, de acuerdo a la puntuación obtenida en ellas.

	Conf 0	Conf 1-3	Conf 4-6	Conf 7-8	Conf 9-10
Autoeficacia para el Ejercicio Físico Programado (EFP)					
Tenga mucho trabajo					
Tenga que desplazarme					
Tenga que hacerlo solo/a					
Esto implique un cambio en mi forma de vivir					
Tenga problemas económicos					
No pierda peso					
Esté deprimido/a					
No disponga de medio de transporte					
No me guste					
Me sienta estresado/a					
Haga mal tiempo					
Tenga problemas en el trabajo					
Me apetezca hacer otras cosas					
Tenga problemas de salud					
Tenga un mal día					
Autoeficacia para realizar actividad física en la vida diaria (AVD)					
Me suponga perder más tiempo					
Tenga ascensor					
Haga mal tiempo					
No tenga tiempo					

Los demás no me ayuden					
Padezca alguna molestia física					
Esté de vacaciones					
Llegue sudado/a a trabajar					
Disponga de coche u otro medio de transporte con motor					
Autoeficacia para caminar diariamente (C)					
60 minutos					
90 minutos					
120 minutos					



Indique aquí su planificación para realizar actividad física 3 o más veces por semana, al menos 20 minutos:

Ya tengo planes concretos:

Qué actividades voy a realizar

Qué días voy a estar físicamente activo

Cuánto tiempo diario voy a estar físicamente activo

Dónde

Con quién

Objetivos semanales

Objetivo mensual

¿Qué puedo hacer en situaciones difíciles con el fin de mantener mis intenciones?

Escriba tres barreras en las que haya puntuado 0 a menos de 4, intente plantear al menos una alternativa para su superación

¿Cómo me las arreglo para mantenerme activo incluso si ocurre algo inesperado?

Escriba tres eventos inesperados que crea puedan paralizar su propósito de llevar una vida físicamente activa, anticipe soluciones.



Anexo III. Datos sociodemográficos

SEXO: H ___ M___ **EDAD:** _____ **NACIONALIDAD:** _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A _____ CASADO/A -PAREJA DE HECHO _____
 VIUDO/A _____ DIVORCIADO/A -SEPARADO/A _____

ESTUDIOS REALIZADOS:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No sabe leer o escribir | <input type="checkbox"/> FP II, FP Grado superior, Maestría Industrial |
| <input type="checkbox"/> Menos de 5 años de escolarización | <input type="checkbox"/> Diplomatura, Arquitectura, Ingeniería Técnica |
| <input type="checkbox"/> Sin completar Bachiller elemental ESO o EGB | <input type="checkbox"/> Licenciatura, Arquitectura, Ingeniería Superior |
| <input type="checkbox"/> Bachillerato elemental ESO o EGB | <input type="checkbox"/> Doctorado |
| <input type="checkbox"/> Bachillerato superior, BUP, LOGSE, COU, PREU | |
| <input type="checkbox"/> FP I, FP Grado medio, Oficialía industrial | |

ACTIVIDAD:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amo/a de casa | <input type="checkbox"/> Jubilado/a |
| <input type="checkbox"/> Trabajo remunerado | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Desempleado/a | <input type="checkbox"/> ¿En su trabajo realiza actividad física? SI / NO |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | |

TAMAÑO DEL MUNICIPIO DONDE RESIDE (Nº de habitantes):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 101 | <input type="checkbox"/> De 10.001 a 20.000 |
| <input type="checkbox"/> De 101 a 1000 | <input type="checkbox"/> De 20.001 a 50.000 |
| <input type="checkbox"/> De 1001 a 2000 | <input type="checkbox"/> De 50.001 a 100.000 |
| <input type="checkbox"/> De 2001 a 5000 | <input type="checkbox"/> De 100.001 a 500.000 |
| <input type="checkbox"/> De 5001 a 10.000 | <input type="checkbox"/> Más de 500.000 |

PESO _____ Kg. **ALTURA** _____ Cm.

Anexo IV. Tabla baremo

Subescala 1: Ejercicio Físico Programado (EFP)

Subescala 1: Ejercicio Físico Programado (puntuaciones directas)

Pc	Ámbito Urbano		Ámbito Rural	
	18 a 55 años	56 a 65 años	18 a 55 años	56 a 65 años
99	139,1	145	141,4	135
98	134	145	134,6	135
97	132,1	145	132,04	135
96	126,6	144,44	130,36	134,8
95	122,75	143,8	125	134,1
90	117	134,8	120,8	130,8
85	113	124,4	114,1	122,8
80	107	121	108	116
75	103	114	102	112
70	98	109,4	99	103,2
65	93,25	107,6	96	94,4
60	90	106	92	79,6
55	87	102	87	78,3
50	83	100	85	77
45	80	97,6	81	73,4
40	76	91,8	75	63,8
35	71,75	88,6	69,1	60,3
30	66,5	85,2	66,8	50,8
25	61	79	61,5	47,5
20	56	64,2	57,2	40,2
15	51	60	51	31,6
10	42	60	44,6	6
5	25,75	46,2	30,2	0
4	23,2	37,5	22,56	0
3	18,9	30	19,9	0
2	13,5	30	14,64	0
1	6,5	30	6,6	0
N	164	31	165	25
Med	81,1	96,2	82,1	74,6
D.t.	28,9	27,5	29,2	40

Anexo V. Tabla baremo subescala 2

Actividad Física en la vida diaria (AVD)

Subescala 2: Actividad Física en la vida diaria (puntuaciones directas)

Pc	Nivel educativo básico				Nivel educativo superior			
	18 a 25 años	26 a 35 años	46 a 55 años	36 a 45 y 56 a 65 años	18 a 25 años	26 a 35 años	46 a 55 años	36 a 45 y 56 a 65 años
99	88	88	90	90	67	85	74	90
98	88	88	90	90	67	84,84	74	89,22
97	87,2	87,3	89,42	87,180	67	84,26	74	87,3
96	83,6	86,4	88,56	83,32	67	83,04	73,72	86,48
95	80	85,5	87,55	82,1	67	81,3	73,4	85,7
90	76,8	80,5	81	79	62,2	71,6	69,6	78
85	64,2	78,25	80	76	59,6	67,6	68	74
80	63	72	78,4	71,4	57,2	65,4	67,6	73,4
75	63	68,5	75,25	69	55	62,5	66	72
70	55	65,5	73,1	63	53,6	59,6	65,4	70
65	55	62	68,75	61,7	52,7	56,7	63,8	67,95
60	52,2	58	62,8	58,8	52	55	62,2	66,8
55	50,8	57,5	60,65	55,9	51,5	55	60,8	65
50	49	53,5	58,5	54	47	54	58	63,5
45	46,2	50,25	54,04	52	39,8	52,2	54,2	60,05
40	46	50	51,2	50	38,2	49,2	51,6	57,2
35	42,8	48,75	50	47,6	36,6	48	48,4	56
30	40,4	43,5	47	46	35,4	47,4	47,2	55
25	38	40,75	45	43	33,5	46	45	48,75
20	29,8	37	40,6	37,6	30,8	39,8	44,4	44,6
15	24,6	34	40	31,7	23,6	35,7	42,6	41,31
10	22,6	29	35,2	28,6	10,6	33,6	34,6	36,3
5	13,8	22,75	28,6	21,9	9	18,7	20	30,15
4	11,64	22	23,8	21	9	16,96	16,8	28,56
3	9,48	22	17,35	20,4	9	12,8	14	25,35
2	9	22	13	10,9	9	5,9	14	15,9
1	9	22	13	9	9	4	14	12
N	35	44	42	97	17	57	31	62
Med	48	54,7	58,4	54	43	52,4	54,6	59,9
D.t.	18,4	18,11	18,3	18,4	16,5	16	14,3	16,2

Anexo VI. Tabla baremo subescala 3

Caminar (C)

Subescala 3: Caminar (puntuaciones directas)						
Pc	Ámbito Urbano			Ámbito Rural		
	26 a 35 años	46 a 55 años	18 a 25, 36 a 45 y 56 a 65 años	26 a 35 años	46 a 55 años	18 a 25, 36 a 45 y 56 a 65 años
99	30	30	30	30	30	30
98	30	30	30	30	30	30
97	30	30	30	30	30	30
96	30	30	30	30	30	30
95	30	30	30	30	30	30
90	30	30	30	30	30	30
85	27	29,6	30	29,3	27,45	30
80	24,2	28,8	28	27	27	29
75	22,5	28	27	26,75	25,5	28
70	20	27,2	25	25	23,3	27
65	19	27	23	23,85	21,3	25,25
60	18	25,2	21	23	21	24
55	15	24	20	22	18,9	23
50	14	24	18	20,5	16,5	21
45	12	21	17	18,1	15	21
40	10,6	18,4	16	16,6	12,6	19
35	9,9	17,6	15	14,15	11	18
30	8,2	17	14	13,7	10,7	17
25	6	16	12	12	9,7	15
20	4	8,6	9	9	9	12
15	3	6	7	6,7	7,8	9
10	3	4	3,8	1	4	7
5	0	0,8	2	0	2,8	3
4	0	0,44	1,3	0	1,6	3
3	0	0,08	0,24	0	0,51	0,45
2	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0
N	53	35	107	48	38	104
Med	14,5	20	18	18,1	17	20
D.t.	9,5	9,5	9	9,5	8,9	8,6

Anexo VII. Tabla baremo puntuación total

Total autoeficacia para la actividad física (AF)

Total Autoeficacia para la Actividad Física (puntuaciones directas)				
Pc	Ámbito Urbano		Ámbito Rural	
	18 a 55 años	56 a 65 años	18 a 55 años	56 a 65 años
99	244	257	259,4	246
98	241,2	257	240,36	246
97	233,2	257	234,1	246
96	230	253,08	232,36	245,6
95	225,75	248,6	228,1	243
90	215,5	232,8	215,4	225,8
85	202	222,4	205	211,8
80	196	215,2	200	208
75	184,75	209	190	200,5
70	177	203,4	182,2	190,6
65	168	201	176	184,1
60	161	197	169	164,6
55	154,5	175,4	162,3	156,1
50	152	172	156	153
45	144,25	169	148,7	143,1
40	136	165,8	143,4	133,4
35	133,75	159,4	137,3	123,1
30	126	156	131	121,4
25	118	153	126	119
20	109	136	117,4	116,6
15	101	120,4	105,9	107
10	89,5	118	94,6	97
5	64	106,2	80,90	51,2
4	58,6	102,36	75,84	39,76
3	50,8	99	65,74	38
2	42,8	99	52,32	38
1	34,5	99	44,28	38
N	164	31	165	25
Med	149	176,7	165	155
D.T.	47,5	41,4	45,8	51



JUNTA DE ANDALUCIA