

Cambio de conductas de salud: principios y contrastes entre ámbitos

El cambio de conductas de salud estudia y evalúa modificaciones de acciones relacionadas con la salud, atendiendo a sus condiciones personales, sociales y ambientales, a los procesos propuestos para producirlas y a sus resultados dentro de poblaciones y contextos definidos.

Autoría: EDUFISICA

Publicación: 2026-10-13

Versión del contenido: 2026-10-13

Módulo: Actividad física, ejercicio y adherencia

Nivel propuesto: Avanzado

Lectura estimada: 24 min · 5104 palabras de cuerpo

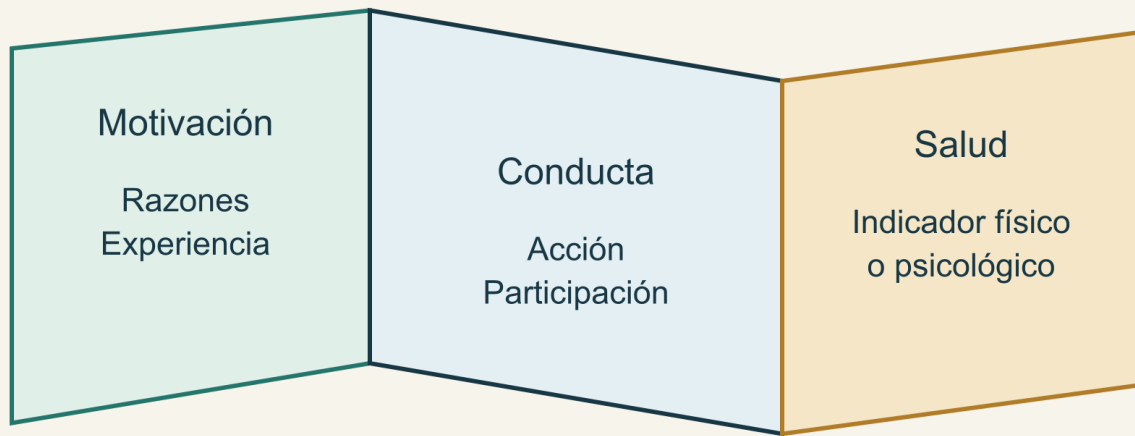
Resumen

Cambiar una conducta de salud exige precisar qué acción se busca, en qué condiciones ocurre y cómo se evaluará. Esta monografía relaciona los marcos de planificación de intervenciones de actividad física con la perspectiva de autodeterminación y un contraste explícito de higiene oral. Examina capacidad, oportunidad y motivación; distingue técnicas generales de cambio y técnicas orientadas a necesidades; y separa resultados motivacionales, conductuales y de salud. Las investigaciones reseñadas conservan sus poblaciones, fechas y diseños. La comparación dental muestra cómo una misma teoría organiza preguntas sobre acciones, asistencia y bienestar en otro ámbito, sin atribuir sus efectos al deporte. Se desarrollan fidelidad, dosis, alcance, mantenimiento y participación de los destinatarios como decisiones de diseño y seguimiento, junto con las preguntas todavía abiertas sobre herramientas digitales y adaptación.

Palabras clave: conductas de salud; diseño de intervenciones; autodeterminación; higiene oral; fidelidad; técnicas de cambio; implementación

<https://edufisica.com/enciclopedia/psicologia-deportiva/cambio-de-conductas-de-salud-principios-y-contrastes-entre-ambitos.html>

Tres objetos distintos del cambio



Una pregunta y una medida para cada objeto

[Inferencia] Pliegues conceptuales propios para separar variables motivacionales, conducta y salud. Las superficies no representan magnitudes o una secuencia causal. Basado en los objetos de evaluación descritos por Ntoumanis y Moller y en la planificación de Biddle, Mutrie y Gorely. Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Nikos Ntoumanis y Arlen C. Moller (2023); Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015).

Definir la acción y separar sus resultados

Una conducta de salud es una acción relacionada con la salud que puede describirse y observarse dentro de una situación. Ntoumanis y Moller comparan comportamientos infrecuentes con otros que exigen repetición prolongada o abstenerse de una acción durante mucho tiempo. El desafío de una intervención depende de esa forma de conducta. Acudir a un encuentro, sostener actividad física y realizar cuidados orales en casa presentan oportunidades, secuencias y exigencias diferentes, aunque una teoría motivacional pueda formular preguntas sobre todos ellos.^[1]

El cambio también necesita un resultado definido. En el capítulo general se distinguen variables motivacionales, conductas y resultados de salud físicos o psicológicos. Percibir apoyo, valorar personalmente una actividad, realizarla y experimentar un cambio de salud corresponden a objetos diferentes. Una intervención puede afectar a uno sin producir una diferencia detectable en otro. Esta separación organiza tanto el diseño como la interpretación: cada medida responde a una pregunta y tiene un momento de observación.^[1]

Biddle, Mutrie y Gorely sitúan el comportamiento objetivo dentro del contexto de entrega. Proponen examinar qué se conoce, qué falta conocer, qué explicación guía la intervención y qué recursos permitirían implementarla. Comprender una conducta incluye conocer quién la realiza, cuándo, dónde y cómo. El propósito amplio de promover salud debe transformarse en acciones suficientemente concretas para observarlas, sin reducir el problema a una característica individual.^[3]

[Inferencia] Ejemplo hipotético: un centro comunitario quiere facilitar participación en actividades elegidas por sus integrantes. Puede diferenciar las personas invitadas, quienes se incorporan y quienes continúan. También puede preguntar si perciben un trato comprensible y si la actividad les resulta personalmente valiosa. Esas observaciones no son equivalentes entre sí. Definirlas antes de empezar permite organizar recursos y seguimiento alrededor de preguntas que el centro realmente intenta responder. La comparación con cuidados orales añade otra acción y otro contexto profesional, con indicadores propios.

Capacidad, oportunidad y motivación en el diseño

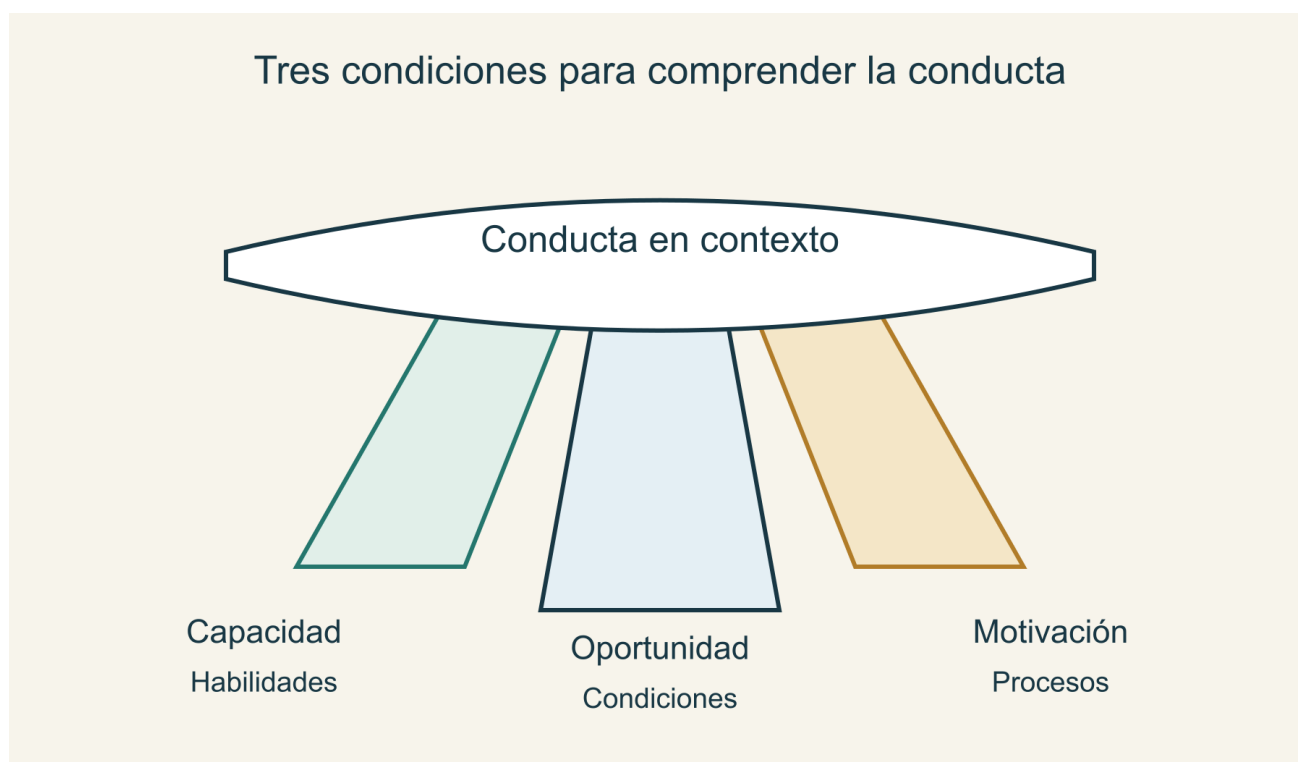
El modelo COM-B, presentado por Biddle y sus colaboradoras dentro de la rueda de cambio de conducta, propone comprender el comportamiento mediante la interacción de capacidad, oportunidad y motivación. Capacidad comprende conocimientos, habilidades y posibilidades físicas o psicológicas para realizar la acción. Oportunidad designa condiciones físicas y sociales que la permiten. Motivación incluye procesos reflexivos y automáticos que pueden facilitar o inhibirla. Así, el análisis no concede prioridad automática a la persona sobre el entorno o el grupo.^[3]

Esta distribución cambia la conversación de diseño. Antes de elegir una estrategia, el capítulo propone identificar qué necesita cambiar. Una dificultad de conocimiento puede orientar hacia información o entrenamiento; una dificultad de oportunidad puede requerir modificar condiciones o reducir barreras. La rueda distingue funciones amplias de intervención y categorías de política que podrían respaldarlas. Nombrar esas funciones ayuda a relacionar un problema con una respuesta, aunque la selección necesita evidencia y conocimiento del contexto.^[3]

La perspectiva de autodeterminación examina otra parte del problema: cómo se vive y regula la acción, y qué condiciones apoyan autonomía, competencia y vinculación. Ntoumanis y Moller consideran factores personales y sociales junto con políticas, normas culturales y ambiente físico. El interés por calidad motivacional puede acompañar el análisis de oportunidades. Una explicación centrada en necesidades resulta incompleta como descripción del diseño si deja sin identificar recursos o condiciones materiales que delimitan la acción posible.^[1]

[Inferencia] En el centro comunitario, conocer un ejercicio no resuelve que la actividad se ofrezca durante una obligación de cuidado. Una conversación respetuosa

puede recoger esa incompatibilidad y revisar horarios; una demostración puede responder a una dificultad diferente. Examinar capacidad, oportunidad y motivos sirve aquí para ordenar preguntas, no para clasificar a la participante como incapaz o poco motivada. La decisión se concreta cuando se identifica qué condición puede cambiar, quién puede hacerlo y cómo se observará su relación con la participación.



[Inferencia] Soportes esquemáticos originales para capacidad, oportunidad y motivación en COM-B. Su altura y anchura no indican fuerza relativa o una ponderación. La composición no reproduce la rueda de cambio de conducta del libro.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015).

Desarrollar y revisar una intervención compleja

Una intervención compleja combina partes que pueden depender de personas, recursos y organizaciones diferentes. En la exposición de Biddle, Mutrie y Gorely, el marco del Medical Research Council comienza con conocimiento previo y una explicación de cómo las estrategias podrían afectar a la conducta. Continúa con trabajo de factibilidad, pruebas piloto, evaluación y aplicación en condiciones menos controladas. El capítulo reseña la revisión del marco realizada en 2008, que reconoce que esos pasos pueden organizarse de manera no lineal.^[3]

La factibilidad pregunta si una propuesta puede realizarse y aceptarse en su entorno. Involucrar a posibles participantes y otros interesados permite conocer dificultades de incorporación, permanencia o uso de materiales. Las pruebas piloto también pueden revisar las medidas de resultados. Biddle y sus colaboradoras señalan la

utilidad de combinar métodos cualitativos y cuantitativos en esta preparación. Ajustar una propuesta a partir de lo encontrado forma parte de su desarrollo, en lugar de ser una improvisación oculta durante la entrega.^[3]

El mapeo de intervenciones ofrece otra organización del trabajo. Relaciona evaluación de necesidades, objetivos, teoría, estrategias prácticas, adopción, implementación y evaluación. Su carácter iterativo permite volver a una decisión cuando aparece información nueva. Por ejemplo, una estrategia inicialmente plausible puede resultar inaceptable o exigir recursos inexistentes. La revisión debe conservar la relación entre el problema identificado y el propósito de cada componente, para que una adaptación no convierta el programa en un conjunto de actividades sin explicación compartida.^[3]

[Inferencia] En una propuesta hipotética de actividad comunitaria, un piloto podría mostrar que las instrucciones son claras pero el lugar resulta difícil de alcanzar. Ese hallazgo invita a revisar entrega y acceso antes de evaluar resultados definitivos. También podría revelar que el registro elegido exige información que las personas no recuerdan con precisión. Revisar ambas cuestiones es parte del diseño. La secuencia permite aprender del funcionamiento de la propuesta y documentar por qué se conservó, modificó o retiró una parte.

Relacionar calidad motivacional, autorregulación y contexto

Una teoría proporciona conceptos y relaciones que permiten explicar por qué se espera un cambio. Biddle y sus colaboradoras distinguen mencionar una teoría de utilizarla explícitamente para elegir estrategias, medir sus conceptos y revisar sus predicciones. El vínculo entre concepto y técnica debe ser visible. Cuando una intervención reúne varias teorías, esa exigencia adquiere mayor relevancia: la suma de nombres no describe qué hace cada componente ni qué resultado pretende afectar.^[3]

Ntoumanis y Moller plantean que la motivación es una parte de la búsqueda de metas. Incluso con razones autónomas, una persona puede olvidar actuar, afrontar estados afectivos difíciles o distribuir tiempo y esfuerzo entre objetivos que compiten. Por eso consideran modelos de autorregulación complementarios. Su ejemplo de metas valiosas que rivalizan por recursos permite comprender una dificultad sin atribuirle automáticamente a falta de compromiso. También proponen estudiar flexibilidad cuando un objetivo apreciado se vuelve difícil de alcanzar.^[1]

El capítulo general reseña modelos que distinguen procesos motivacionales y volitivos. En su exposición, el modelo integrado de cambio para actividad física relaciona motivos autónomos con creencias e intenciones y plantea un papel para la planificación en el paso a la conducta. Reconoce asimismo mecanismos impulsivos y procesos que operan fuera de la deliberación consciente. Estas relaciones son

propuestas teóricas que orientan contrastes, no una secuencia obligatoria por la que toda persona deba pasar.^[1]

[Inferencia] Una participante puede valorar mucho la actividad y también una responsabilidad familiar que ocupa el mismo horario. Preguntar qué quiere y preguntar qué puede organizar responde a problemas distintos. Una comparación entre modelos puede conservar ambos: significado de la acción, posibilidades de realizarla y coordinación con otros objetivos. Al formular una intervención, conviene explicar qué relación se pretende examinar, qué información mostraría un cambio y qué alternativas ayudarían a interpretar un resultado distinto del esperado.

Técnicas generales y técnicas orientadas a necesidades

Una técnica de cambio de conducta es un componente identificable de una intervención destinado a influir en una acción. Biddle, Mutrie y Gorely muestran que etiquetas diferentes pueden describir la misma técnica, mientras una sola etiqueta puede reunir operaciones distintas. Esa ambigüedad dificulta comparar estudios y reproducir sus procedimientos. La taxonomía CALO-RE reseñada en el libro reúne cuarenta técnicas con definiciones; ofrece un lenguaje de descripción, no una clasificación de las más eficaces para todas las situaciones.^[3]

Las distinciones de la tabla ayudan a especificar decisiones. Registrar una conducta es diferente de registrar un resultado esperado de ella. Informar cuándo y dónde realizar una acción difiere de demostrar cómo se realiza. Fijar una meta conductual difiere de fijar una meta de resultado, y planificar una acción difiere de anticipar dificultades para conservar un cambio. Estas diferencias permiten reconocer qué se hizo en lugar de describir toda intervención como asesoramiento o educación.^[3]

Ntoumanis y Moller presentan una clasificación de técnicas de motivación y cambio desarrollada por Teixeira y colaboradores en 2020 mediante consenso experto iterativo. Las veintiuna técnicas se organizan por la necesidad psicológica que principalmente buscan apoyar, con siete por necesidad. Proporcionar razones significativas, escuchar con empatía o ayudar a identificar un desafío adecuado tienen funciones distintas. La clasificación reconoce que una técnica puede relacionarse con más de una necesidad, de modo que las categorías no describen compartimentos independientes.^[1]

El mismo capítulo señala que muchos ensayos comparan paquetes con varias técnicas. Clasificarlas puede mejorar descripción y seguimiento, pero no demuestra el efecto aislado de cada una. Además, el listado reseñado no incluía técnicas indiferentes o frustrantes para las necesidades. [Inferencia] En una propuesta de ejercicio, identificar una operación y su función facilitaría observarla: ofrecer alternativas viables puede registrarse como parte de la entrega, mientras

comprender cómo las vivieron las personas requiere información adicional. Contar alternativas no describe por sí solo la experiencia de autonomía.^[1]

Qué muestran las síntesis de intervenciones en salud

El capítulo de Ntoumanis y Moller, publicado en 2023, reseña investigaciones seleccionadas principalmente hasta finales de 2020 y tres síntesis experimentales recientes para su elaboración. Las revisiones de Gillison y colaboradores, Ntoumanis y colaboradores, y Sheeran y colaboradores difieren en criterios y preguntas. Por ello, sus resultados deben relacionarse con las variables que cada una estudió. Cambiar percepciones de apoyo o motivación no constituye la misma comparación que cambiar conductas o resultados de salud.^[1]

La revisión de Gillison y colaboradores de 2019 examinó variables de necesidades y motivación. El capítulo aclara que no evaluó efectos sobre conductas ni resultados de salud. La síntesis de Ntoumanis y colaboradores de 2021 amplió ese objeto y reseñó cambios en conductas, salud física y salud psicológica, tanto al terminar las intervenciones como en seguimientos. Sus autores describieron los efectos como modestos y heterogéneos. Esa heterogeneidad importa para interpretar el promedio: las condiciones y resultados de estudios diferentes no desaparecen al reunirlos.^[1]

La tabla del capítulo presenta tamaños de efecto, intervalos e indicadores de heterogeneidad después de retirar valores atípicos. Algunas estimaciones de seguimiento tienen intervalos que incluyen cero. Por ejemplo, las filas de vinculación, salud física y salud psicológica no aportan la misma precisión ni el mismo patrón que las de conducta de salud. El título de la tabla refiere la síntesis como 2020, mientras la narración y la bibliografía la citan como 2021. Esa diferencia interna no se utiliza para reconstruir un estudio original no consultado.^[1]

Sheeran y colaboradores examinaron efectos en el seguimiento y modelos con motivación autónoma y competencia percibida como mediadores. Según la reseña, efectos directos e indirectos fueron pequeños. Los autores del capítulo también diferencian cantidad de contacto de calidad y fidelidad de intervención al interpretar la ausencia de asociación entre duración y tamaño de efecto. [Inferencia] Para comparar propuestas, conviene preguntar qué variable cambió, en qué momento y bajo qué contraste; un promedio conjunto de salud no representa automáticamente un efecto deportivo específico.^[1]

Actividad física: resultados positivos y resultados nulos

La reseña de actividad física del capítulo general permite observar por qué el resultado necesita su contexto. Lonsdale y colaboradores, en 2019, estudiaron una intervención por conglomerados con estudiantes australianos de octavo curso. Incluyó formación docente, lenguaje de apoyo a necesidades, oportunidades de movimiento y desarrollo de habilidades, y reducción del tiempo de transición entre tareas. El capítulo informa mayor actividad moderada a vigorosa durante las clases y menor tiempo sedentario en ellas, junto con mejoras de conductas docentes.^[1]

Ese ensayo no mostró efectos sobre actividad física fuera de las clases ni sobre motivación del alumnado. El paquete combinaba comunicación y organización de oportunidades, por lo que la reseña no permite atribuir la diferencia conductual a una sola operación. El estudio de Jago y colaboradores de 2019, con escolares de ocho a diez años en Inglaterra y una actividad extraescolar dirigida por asistentes docentes, no encontró diferencias significativas en las variables de actividad física o motivación evaluadas. La explicación de la diferencia entre ensayos permanece abierta en el capítulo.^[1]

En el ámbito clínico, Fenton y colaboradores de 2021 incluyeron 115 pacientes británicos con artritis reumatoide. La intervención ofreció una consulta individual con un asesor de ejercicio formado en comunicación de apoyo a necesidades; el control no recibió esa consulta. Según la reseña, aumentó la motivación autónoma y disminuyó la controlada. El análisis vinculó los aumentos autónomos con actividad moderada a vigorosa y vitalidad, pero no identificó efectos directos significativos de la intervención sobre actividad física. El cambio motivacional y la comparación conductual requieren conservar esa diferencia.^[1]

[Inferencia] Estos contrastes orientan una pregunta de diseño: si se pretende modificar comunicación, oportunidades o ambas, habrá que describirlas y medir los resultados pertinentes. Un resultado nulo en una variable no borra cambios registrados en otra, y un resultado favorable dentro de una clase no establece continuidad fuera de ella. La población clínica del tercer ejemplo aporta un contraste sobre medición y procesos, sin convertir la consulta reseñada en un procedimiento para cualquier deportista o participante comunitario.

Higiene oral como comparación: intervención y conducta

El capítulo de Anne Elisabeth Münster Halvari y Hallgeir Halvari estudia salud oral. Su comparación resulta útil porque organiza necesidades, motivos y competencia alrededor de acciones distintas del ejercicio. Allí se separan cuidados en casa, asistencia a consultas, indicadores clínicos y bienestar relacionado con salud oral. Conservar esos objetos permite analizar una explicación compartida sin sustituir una conducta por otra. Los resultados dentales pertenecen a pacientes, profesionales y contextos de atención oral reseñados por ese capítulo.^[2]

Los autores describen una intervención de competencia oral ofrecida de manera favorable a la autonomía. Incluye información significativa sobre salud y enfermedad oral, razones para cuidados en casa, demostraciones y práctica de habilidades. La duración de cuarenta y cinco minutos corresponde a la intervención descrita, no a una dosis general para toda conducta de salud. Su diseño combina conocimiento, habilidades y forma de interacción profesional, de modo que la comparación con atención habitual evalúa ese conjunto.^[2]

Dos ensayos aleatorizados, reseñados como Halvari y Halvari de 2006 y Halvari y colaboradores de 2012, examinaron periodos de cinco meses y medio y siete meses. El capítulo informa aumentos de motivación autónoma, competencia dental percibida y conductas de higiene oral frente a atención habitual. Sus modelos relacionaron cambios motivacionales y de competencia con cambios conductuales. Los indicadores de cepillado, limpieza interdental o regularidad de comidas no son medidas de participación en actividad física.^[2]

La reseña general de Ntoumanis y Moller presenta además el ensayo dental de 2019 con 138 pacientes noruegos y formación de habilidades comunicativas para higienistas. Informa mayor apoyo a autonomía percibido y disminución de placa y gingivitis en cinco meses y medio. [Inferencia] Comparar estos estudios con actividad física permite formular preguntas sobre cómo describir un paquete, registrar la acción y examinar su proceso. Trasladar su duración, sus indicadores o sus efectos al entrenamiento requeriría investigación en ese ámbito; la analogía organiza preguntas de evaluación.^{[1][2]}

Asistencia, ansiedad y relación profesional en el ámbito oral

Acudir a una consulta y realizar cuidados en casa son conductas diferentes. Halvari y Halvari reseñan un ensayo de 2017 en el que la intervención de competencia dental con apoyo a autonomía aumentó asistencia frente a atención habitual. Señalan un patrón especialmente visible entre pacientes orientados hacia autonomía. La reseña relaciona esa orientación inicial con menor ansiedad dental y aumentos de competencia durante cinco meses, y esas variables con asistencia posterior. El significado del resultado depende de su conducta objetivo y del periodo observado.^[2]

El capítulo reúne también estudios transversales sobre asistencia y aplazamiento de citas. En ellos, apoyo profesional a autonomía, motivación y ansiedad aparecen vinculados mediante modelos indirectos. La orientación hacia control y los estilos profesionales controladores se relacionan con evitación a través de ansiedad dental. Esas asociaciones ayudan a formular explicaciones dentro de atención oral; al haber sido medidas transversalmente, no reconstruyen por sí solas la secuencia temporal entre relación, ansiedad y conducta.^[2]

Los autores distinguen satisfacción y frustración de necesidades. En una reseña de 2018, motivación autónoma medió la asociación negativa entre satisfacción y evitación, mientras frustración se relacionó con evitación mediante ansiedad dental. El capítulo señala que esta última ruta fue más fuerte. Presenta asimismo una asociación entre autenticidad, apoyo a autonomía y menor evitación mediante ansiedad, y propone estudiar regulación emocional en investigaciones futuras. Una propuesta posterior no debe confundirse con una intervención ya contrastada.^[2]

[Inferencia] El contraste con actividad física puede centrarse en la pregunta que hace la evaluación: incorporarse, permanecer, acudir a seguimiento o realizar una acción autónoma en casa. Una persona puede realizar una de esas conductas y posponer otra. Registrar ambas por separado ofrece una descripción más precisa que reducirlas a adherencia general. Sin embargo, los patrones de ansiedad dental no establecen cómo una participante de ejercicio responde a una clase o a su instructor. Para examinar esa relación se necesitarían variables y diseños situados en actividad física.

Mediación y resultados clínicos dentro del contraste oral

Mediación denomina una relación explicativa propuesta en la que una variable intermedia conecta una intervención con un resultado. Biddle y sus colaboradoras señalan que muchas intervenciones basadas en teorías no miden ni examinan sistemáticamente esos procesos. Medirlos permite contrastar si el cambio corresponde a la explicación elegida. Cuando la conducta cambia y las variables propuestas no explican ese cambio, el resultado invita a revisar la teoría o a considerar procesos adicionales.^[3]

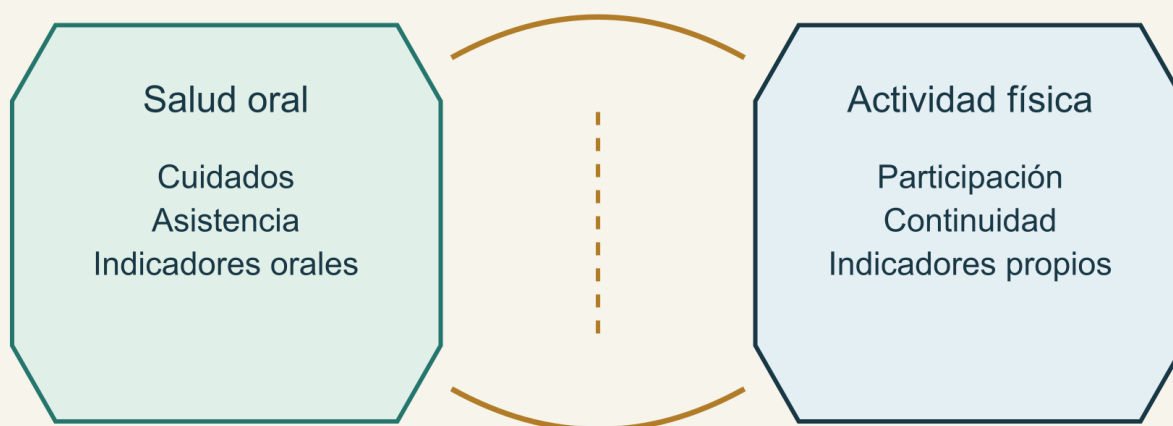
En salud oral, Halvari y Halvari describen modelos de los dos ensayos con seguimientos de cinco meses y medio y siete meses. Cambios en motivación autónoma y competencia percibida mediaron la relación de la intervención con conductas de higiene. Las conductas mediaron sus relaciones con placa dental, y la placa medió la relación entre conducta y gingivitis. Esta cadena explica qué variables se evaluaron y cómo fueron relacionadas en los modelos del ámbito dental.

[Inferencia] La asignación de la intervención no equivale a manipular de manera independiente cada mediador.^[2]

Los autores reseñan también estudios transversales de salud oral autovalorada. Allí, apoyo, satisfacción de necesidades, competencia y motivación autónoma se asociaron positivamente con la valoración, mientras estilos controladores y frustración se asociaron negativamente. Esa valoración pertenece a otro tipo de medida que placa o gingivitis. Comparar los estudios exige conservar tanto el diseño como el indicador: una autovaloración y una observación clínica no aportan información intercambiable sobre el mismo resultado.^[2]

[Inferencia] Para una propuesta de actividad física, el contraste sugiere dibujar antes de evaluar una ruta de cambio con variables observables: intervención, experiencia motivacional, conducta y resultado elegido. Dibujarla explicita una hipótesis; los datos y el diseño decidirán qué parte puede apoyarse. Una mayor percepción de apoyo y una mayor participación simultáneas no bastarían para establecer cuál precedió a cuál. La comparación dental aporta una forma de organizar la investigación, mientras conserva sus indicadores clínicos y sus efectos dentro de salud oral.

Comparación entre ámbitos con medidas propias



Comparar preguntas; conservar ámbito y medidas

[Inferencia] Dos espacios y una separación discontinua para conservar acciones e indicadores de salud oral y actividad física. Los arcos aluden a comparación conceptual, sin representar transferencia de efectos ni equivalencia causal entre conductas.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Anne Elisabeth Münster Halvari y Hallgeir Halvari (2023); Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015).

Educación, resultados y bienestar: preguntas complementarias

El capítulo de salud oral comienza reseñando revisiones de programas educativos con resultados mixtos y frecuentemente a corto plazo. Esa observación evita identificar educación con un efecto uniforme. Más adelante describe el programa Karlstad, que reunió atención profesional, educación, instrucciones, seguimiento y otros componentes. Sus resultados favorables prolongados corresponden a ese conjunto y a su historia de aplicación. Los autores reconocen que sus mecanismos psicológicos no se conocen exactamente y presentan la interpretación desde autodeterminación como una posible explicación.^[2]

El bienestar añade otra dimensión. Calidad de vida relacionada con salud oral designa cómo los problemas y experiencias de ese ámbito afectan a la vida de las personas, evaluado mediante instrumentos específicos. En un ensayo de 2019 reseñado por Halvari y Halvari, los pacientes mostraron aumentos de crecimiento personal y conducta con propósito vinculados a salud oral durante cinco meses y medio. El capítulo relaciona esos cambios con apoyo a autonomía percibido y resultados orales dentro de sus modelos.^[2]

Los estudios transversales reseñados vinculan calidad de vida oral con satisfacción de necesidades y competencia, y relacionan estilos controladores y frustración con peores valoraciones. El capítulo propone estudiar más la regulación de ansiedad dental y la relación profesional. Conviene conservar el bienestar como resultado propio: puede formar parte del propósito de una intervención y de cómo se vive la atención, además de integrarse en una explicación de conducta. Su instrumento específico delimita qué experiencia fue evaluada.^[2]

Otros ámbitos muestran separaciones comparables entre resultados. Ntoumanis y Moller reseñan una intervención familiar con 136 díadas de jóvenes estadounidenses con diabetes tipo I y sus progenitores. Mejoró calidad alimentaria sin diferencias entre grupos en control glucémico. La reseña sitúa una evaluación posterior a los dieciocho meses y señala que las sesiones combinaban principios de autodeterminación y otras teorías de autorregulación. Su resultado pertenece a esa intervención conjunta y a la población clínica juvenil que participó.^[1]

También describen una intervención con 115 pacientes con VIH en China que combinó mensajes y asesoramiento favorable a necesidades durante seis meses. Mejoró adherencia a medicación, medida mediante un contenedor inalámbrico, pero los constructos de autodeterminación medidos no mediaron el efecto. Los autores señalaron valores iniciales elevados en adherencia, competencia y regulación identificada, capaces de limitar el cambio observable. [Inferencia] Estas comparaciones ilustran por qué conducta, mecanismos y salud necesitan medidas diferenciadas; no atribuyen los resultados alimentarios o farmacológicos al ejercicio ni convierten una ausencia de mediación en inexistencia general del proceso.^[1]

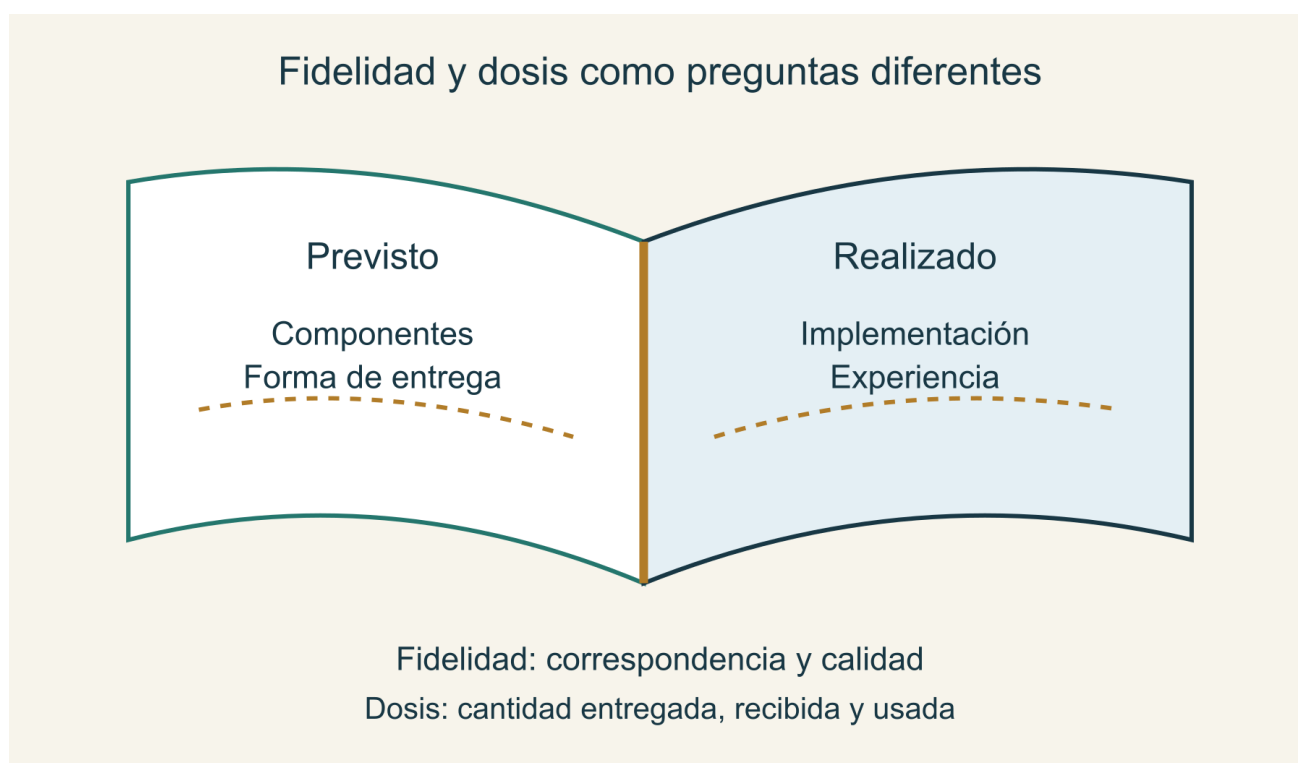
Entrega, dosis y fidelidad de la intervención

La dosis de intervención describe cantidad de exposición o entrega, como contacto, sesiones o duración. No debe confundirse con frecuencia o intensidad del ejercicio realizado. Biddle, Mutrie y Gorely incluyen cuánto se entregó, recibió y utilizó dentro de evaluación de proceso. Ntoumanis y Moller señalan amplia variación entre intervenciones favorables a necesidades y solicitan describir duración e intensidad con detalle. Dos programas de igual extensión pueden contener operaciones y experiencias distintas.^{[1][3]}

Fidelidad se refiere a la correspondencia entre lo previsto y lo realizado, incluyendo calidad y consistencia de entrega. En modelos de formación de formadores, el capítulo general distingue la preparación ofrecida por investigadores y la implementación realizada por profesionales. Variaciones en cualquiera de esos niveles pueden modificar cómo se concreta una intervención. La fidelidad necesita observar el procedimiento que se esperaba y registrar su entrega; no se deduce solamente de que una persona haya asistido a formación.^[1]

Ntoumanis y Moller reseñan una propuesta de evaluación que atiende menos al simple número de estrategias y más a su calidad o potencia percibida. Su ejemplo de un elogio genérico muestra que una comunicación positiva puede ofrecer poca información sobre qué se realizó adecuadamente. La evaluación puede preguntar por contenido, pertinencia y experiencia de quien lo recibe. También reúne entrevistas y diarios de instructores para conocer facilitadores y dificultades de implementación, así como beneficios que ellos mismos percibieron.^[1]

[Inferencia] En una actividad comunitaria, un registro podría mostrar cuántas sesiones se ofrecieron y cuántas se utilizaron. Una observación podría examinar si hubo alternativas reales y explicaciones comprensibles. Las entrevistas podrían explorar si los participantes percibieron presión o acompañamiento. Esos datos describen cantidad, entrega y experiencia desde perspectivas distintas. Si hubo una adaptación, documentar su motivo y su función ayuda a interpretar qué intervención se realizó. La calidad del proceso se examina junto con los resultados, sin convertir satisfacción con el encuentro en prueba de cambio conductual.



[Inferencia] Libro abierto original que contrapone contenido previsto y realizado. El pliegue central representa una comparación de entrega, mientras los rótulos distinguen calidad y cantidad. No se asignan valores ni se propone una escala validada.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Nikos Ntoumanis y Arlen C. Moller (2023); Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015).

Alcance, adopción y mantenimiento entre niveles

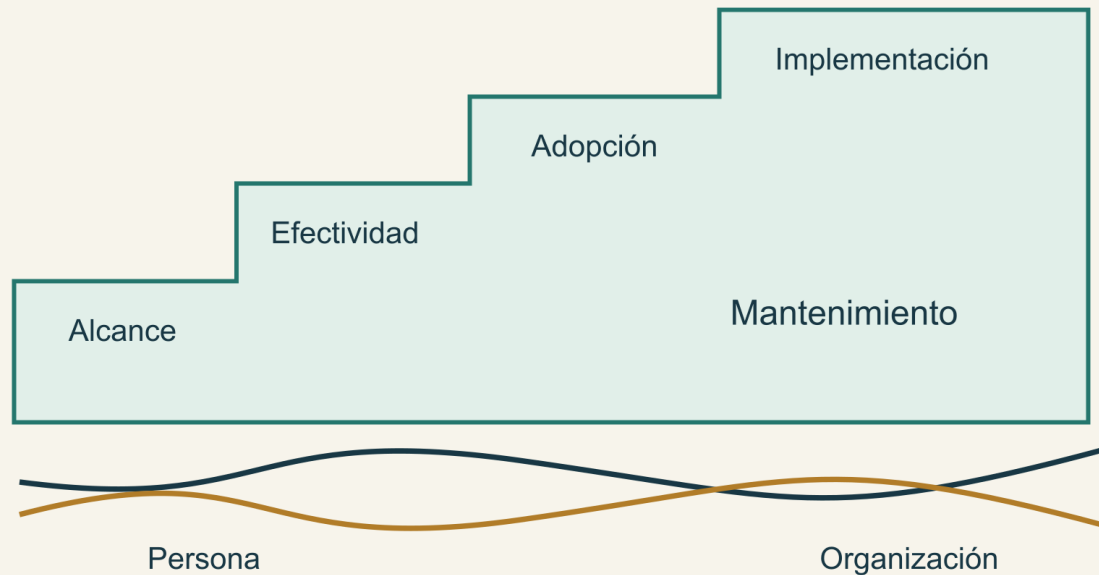
Alcance se refiere a quién participa y cómo esa participación representa a la población destinataria. En la exposición de RE-AIM de Biddle y sus colaboradoras, se diferencia de adopción, que atiende a entornos u organizaciones que incorporan la intervención. Efectividad considera resultados importantes, posibles efectos negativos y consecuencias económicas. Implementación examina entrega, consistencia, tiempo y coste. Mantenimiento observa continuidad de conducta y también de la actividad organizativa que respalda la propuesta.^[3]

La diferencia entre eficacia en condiciones controladas e implementación en contextos cotidianos es central. El capítulo señala que ensayos con poblaciones seleccionadas pueden mostrar cambios bajo condiciones que resultan difíciles de reproducir en otros entornos. RE-AIM invita a incluir estas preguntas desde el diseño, en lugar de agregarlas cuando un resultado ya se conoce. Alcance reducido o adopción desigual puede modificar qué significa el resultado para una comunidad, aun cuando quienes participaron hayan obtenido cambios favorables.^[3]

El ejemplo de Active Winners, reseñado en el libro de 2015, muestra la utilidad del proceso. La intervención reunió componentes escolares, familiares y comunitarios para niños estadounidenses de diez a once años durante dieciocho meses. No encontró diferencias de actividad física entre comunidades. Entre 255 estudiantes destinatarios, el 82 por ciento tuvo al menos una exposición, pero solo el 5 por ciento asistió a la mitad o más de las sesiones. La entrega también varió entre componentes y parte del personal no comprendió la filosofía prevista.^[3]

[Inferencia] El ejemplo permite distinguir haber llegado una vez a una persona de sostener su participación. En una nueva propuesta, registrar incorporación, exposición y continuidad puede mostrar dónde se interrumpe el proceso. La continuidad organizativa plantea además si el espacio, los responsables y los recursos siguen disponibles cuando termina una etapa del proyecto. Examinar esos niveles evita atribuir todo abandono a la motivación individual y aporta decisiones concretas sobre acceso, entrega y seguimiento. Active Winners conserva su población y su resultado; sus problemas no establecen los de cualquier iniciativa posterior.

Seguimiento de personas y organizaciones



[Inferencia] Perfil escalonado propio con las cinco dimensiones de RE-AIM y dos recorridos de seguimiento. El orden gráfico organiza la lectura; las dimensiones interactúan y no son etapas obligatorias ni una escala de progreso.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015).

Incentivos y herramientas digitales: función y condiciones

Los incentivos pueden formar parte de una intervención, pero su función debe especificarse. Ntoumanis y Moller reseñan resultados mixtos de recompensas y dificultades para conservar cambios cuando se retiran contingencias externas. Desde la teoría de evaluación cognitiva, plantean atender a su significado controlador o informativo y al contexto interpersonal en que se ofrecen. La propuesta de minimizar presión y apoyar competencia pertenece a ese análisis teórico; no establece que toda recompensa produzca el mismo efecto.^[1]

Las herramientas digitales añaden posibilidades de registro y entrega mediante mensajes, aplicaciones o agentes virtuales. El capítulo propone estudiar en qué medida apoyan o frustran necesidades, además de clasificar sus técnicas. Reconoce posibilidades metodológicas por la disponibilidad de registros digitales y nuevos diseños de optimización. También advierte que una ejecución programada puede ofrecer consistencia a costa de rigidez. La uniformidad del mensaje no describe necesariamente su pertinencia para cada persona o situación.^[1]

Razon y Sachs, en su agenda de 2021 sobre ejercicio, consideran mixta la evidencia sobre tecnologías que sostienen motivación y adherencia a largo plazo. Solicitan estudios con muestras mayores y conocimiento cualitativo de experiencias. Su pregunta distingue disponer de una herramienta diseñada para favorecer actividad de demostrar un cambio duradero. Esa distinción permite examinar una propuesta digital sin asumir que monitorizar equivale a motivar ni que el uso inicial predice continuidad.^[4]

[Inferencia] Un recordatorio hipotético podría ayudar a recordar una actividad acordada y resultar molesto cuando llega en un momento incompatible. Examinar su función requiere saber qué acción pretende facilitar, cómo se eligió y qué experiencia produjo. El seguimiento puede separar interacción con la herramienta, conducta física y valoración del apoyo. Si una recompensa acompaña el registro, también se puede preguntar por sus condiciones y por lo que ocurre después de retirarla. Estas preguntas son propuestas de evaluación, sin recomendar productos o atribuir eficacia a un formato por su novedad.

Participación de destinatarios y coordinación entre saberes

Biddle y sus colaboradoras sitúan a posibles participantes y otros interesados en el desarrollo y la evaluación. Su conocimiento puede mostrar condiciones que la revisión de investigaciones no describe con suficiente precisión: aceptabilidad, incorporación, comprensión de materiales y permanencia. Ntoumanis y Moller extienden ese interés a investigación participativa comunitaria e incluyen familiares, cuidadores, profesionales, organizaciones y responsables de políticas. La participación se propone durante distintas fases, con documentación de cómo influyó en las decisiones.^{[1][3]}

El capítulo general plantea colaboración entre especialistas en motivación y personas con conocimientos de epidemiología, implementación, economía de salud y otros campos. Normas culturales, políticas y ambiente físico delimitan posibilidades de cambio en varios niveles. Evaluar coste, viabilidad o adopción requiere saberes diferentes de los utilizados para medir motivación. La coordinación permite formular una intervención que atienda tanto a experiencia personal como a condiciones de entrega y continuidad.^[1]

Razon y Sachs proponen conocer preferencias, historia de participación y circunstancias de trabajo, familia, cuidados o recursos al estudiar adaptación de ejercicio. Mantienen abierta la pregunta de cómo combinar características personales en propuestas eficaces a corto y largo plazo. También subrayan retos de investigación aplicada en entornos menos controlados y piden validez de medidas, seguimientos, replicación y publicación de resultados triviales o no significativos. El

conocimiento situado y el rigor metodológico responden a exigencias complementarias.^[4]

[Inferencia] En el centro comunitario, participantes podrían identificar problemas de horario mientras responsables del espacio aclaran límites de acceso y presupuesto. Quien diseña la evaluación puede ayudar a distinguir qué datos necesita cada decisión. Documentar ese diálogo muestra cómo se eligieron las alternativas y qué posibilidades quedaron disponibles. La participación no convierte automáticamente una propuesta en eficaz, pero permite describir qué necesidades se escucharon y cómo fueron incorporadas. El contraste oral recuerda que otras profesiones aportan competencias e indicadores específicos que deben conservarse en su ámbito.

Comparar ámbitos y formular un seguimiento verificable

Los cuatro capítulos ofrecen preguntas compatibles sin describir una receta única. El diseño de actividad física aporta condiciones, funciones, planificación y evaluación. La perspectiva general de autodeterminación examina calidad motivacional, comunicación y refinamiento de intervenciones. El capítulo oral concreta acciones, relaciones y resultados en atención dental. La agenda de ejercicio pide contrastar tecnologías, estrategias cotidianas, adaptación y métodos. Una comparación conserva esas funciones y distingue dónde existe investigación reseñada y dónde se está proponiendo una aplicación.^{[1][2][3][4]}

Los contrastes también muestran por qué un paquete debe describirse antes de interpretarse. Demostración de habilidades, comunicación, oportunidades y seguimiento pueden actuar juntos. Las técnicas pueden influir en varias necesidades y una necesidad puede relacionarse con varios resultados. Los capítulos solicitan estudiar componentes, combinaciones y procesos, además de informar resultados finales. Esa investigación permite revisar explicaciones cuando el patrón observado difiere del previsto y evita identificar una etiqueta teórica con todos los procedimientos que podrían llevarla.^{[1][3]}

La autonomía tiene además un lugar en el propio propósito de la intervención. Ntoumanis y Moller señalan que satisfacción de necesidades y motivación autónoma son resultados relevantes en sí mismos. En su conclusión, sostienen que una decisión informada de no modificar una conducta debe respetarse. Conservar ese principio permite comprender la comunicación como apoyo a una decisión situada, junto con información, recursos y evaluación, en vez de valorar toda relación exclusivamente por obediencia a una meta externa.^[1]

[Inferencia] Un seguimiento hipotético puede comenzar con acción, destinatarios y contexto; explicitar después qué componente pretende modificar qué condición; y reunir información de entrega, experiencia, conducta y continuidad. La interpretación vuelve a cada pregunta: qué cambió, para quién y en qué periodo. Si se utilizan ideas

procedentes de salud oral, se declara la comparación y se eligen indicadores de actividad física para contrastarla. La analogía resulta útil como punto de diseño; sus beneficios concretos deben examinarse en la población y el ámbito a los que se dirige la nueva propuesta.

Referencias bibliográficas

1. Ntoumanis, N., & Moller, A. C. (2023). Facilitating health behavior change: A self-determination theory perspective. En R. M. Ryan (Ed.), *The Oxford handbook of self-determination theory* (pp. 777–800). Oxford University Press.

Capítulo 38. Facilitating health behavior change: A self-determination theory perspective

2. Halvari, A. E. M., & Halvari, H. (2023). Self-determined motivation, oral hygiene behavior, oral health, and oral health-related quality of life. En R. M. Ryan (Ed.), *The Oxford handbook of self-determination theory* (pp. 861–872). Oxford University Press.

Capítulo 42. Self-determined motivation, oral hygiene behavior, oral health, and oral health-related quality of life

3. Biddle, S. J. H., Mutrie, N., & Gorely, T. (2015). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions* (3rd ed.). Routledge.

Capítulo 12. Physical activity interventions: planning and design

4. Razon, S., & Sachs, M. (2021). Health Behavior and Exercise Adherence. In E. Filho & I. Basevitch (Eds.), *Sport, exercise and performance psychology: Research directions to advance the field*. Oxford University Press.

15. Health Behavior and Exercise Adherence

Fuentes y criterios editoriales: edufisica.com/enciclopedia/psicologia-deportiva/fuentes-y-metodo.html