# Modelos explicativos de la psicología de la salud

José María León Rubio
Silvia Medina Anzano

P04/80040/00348

UOC
www.uoc.edu

# Índice

**Introducción** ..... 5

**Objetivos** ..... 7

**1. Modelos y teorías de la expectativa-valor** ..... 9
1.1. Modelo de creencias sobre la salud ..... 9
1.1.1. Elementos constituyentes ..... 9
1.1.2. Hipótesis del modelo ..... 10
1.1.3. Valoración del modelo ..... 12
1.2. Teoría de la acción razonada y la conducta planificada ..... 14
1.3. Teoría de la motivación protectora ..... 18

**2. Modelos y teorías de la autorregulación del comportamiento** ..... 21
2.1. El modelo del proceso de la adopción de precaucaciones ..... 21
2.2. El proceso de acción a favor de la salud ..... 23
2.3. Teoría de la acción social ..... 27

**3. Balance final sobre los determinantes del comportamiento de salud** ..... 30

**Resumen** ..... 33

**Actividades** ..... 35

**Ejercicios de autoevaluación** ..... 35

**Solucionario** ..... 37

**Glosario** ..... 41

**Bibliografía** ..... 41

**Anexos** ..... 43

# Introducción

Son múltiples y muy distintos los modelos explicativos acerca de por qué las personas ponen en práctica determinadas conductas de salud y sobre cómo desarrollar de manera eficaz hábitos de salud. Esta multiplicidad y diversidad nos obliga a establecer algún criterio restrictivo si lo que pretendemos es dar una visión global e introductoria al campo de la psicología de la salud. En nuestro caso, hemos optado por incluir sólo aquellos modelos y teorías cuya estructura conceptual puede ser aplicada a cualquier problema relacionado con la salud, con independencia de la intención de su autor al formularlo.

En primer lugar, os expondremos aquellos modelos que parten de la suposición de que las actitudes y las creencias son los principales determinantes del comportamiento, a partir de los cuales podemos efectuar previsiones bastante fiables acerca del curso de acción probable de una persona bajo determinadas circunstancias. Estos modelos son los modelos de creencias de salud, la teoría de la acción razonada y del comportamiento planificado y las teorías de la motivación protectora. Todas estas perspectivas pertenecen a lo que se ha dado en denominar *teorías de la expectativa-valor*, que asumen que la opción por un diferente curso de acción se basa en dos tipos de cogniciones:

**1)** Probabilidad subjetiva de que un determinado comportamiento conducirá a un conjunto de resultados esperados.

**2)** Valoración de los resultados de la acción.

Las personas elegirán, de entre varios cursos de acción alternativos, aquel que tenga más posibilidades de resultar en consecuencias positivas o de evitar las negativas. Los modelos mencionados parten de un esquema básico, y especifican los tipos de creencias y actitudes que deben ser utilizados para prever una clase particular de comportamiento e incorporan variables adicionales, tales como las normas subjetivas o la percepción de control, para aumentar la calidad de las predicciones sobre el comportamiento en determinadas situaciones.

En segundo lugar, centraremos vuestra atención sobre aquellos modelos que ponen el acento en la autorregulación del comportamiento. En estos modelos, el elemento central es el de autoeficacia percibida de Albert Bandura. Este autor sostiene que la percepción de eficacia personal para llevar a cabo una acción genera expectativas que nos permiten anticipar los resultados esperados, mecanismo mediante el cual el organismo regula su propio comportamiento (selección del curso de acción adecuado para el logro de los resultados esperados, persistencia en el esfuerzo en pos de éstos, etc.).

Desde esta perspectiva, el principal determinante de los comportamientos relacionados con la salud es esta motivación intrínseca o necesidad subyacente

en el individuo de competencia y autodeterminación, que nace de las satisfacciones derivadas de cumplir criterios internos y de una percepción de la eficacia personal obtenida por medio del propio rendimiento y de la interacción recíproca con el medio, en la que intervienen mecanismos tales como la persuasión, la comparación social o el modelado (Bandura, 1969).

En opinión de Bandura (2000), los determinantes de los modelos de expectativa-valor son distintas clases de expectativas de resultado, por lo que considera que la autoeficacia tiene un mayor valor predictivo. La evidencia empírica parece darle la razón y su teoría ha servido de base a otros modelos que parten del supuesto de que la autorregulación del comportamiento de salud es un proceso divisible en distintos estadios o etapas, en cada una de las cuales las interacciones entre los determinantes del comportamiento serían distintas. Nos referimos al modelo del proceso de la adopción de precauciones, el modelo del proceso de acción a favor de la salud y la teoría de la acción social.

# Objetivos

Con el estudio de este módulo, debéis alcanzar los objetivos siguientes:

1. Exponer las tesis que fundamentan los modelos explicativos de las conductas relacionadas con la salud y la enfermedad.

2. Analizar y discutir la evidencia empírica favorable a estos modelos.

3. Aplicar los principios de estos modelos a la explicación de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad.

4. Enjuiciar la aplicación de estos modelos en torno a la solución de los problemas de salud en la actualidad.

# 1. Modelos y teorías de la expectativa-valor

## 1.1. Modelo de creencias sobre la salud

Formulado primero por Hochbaum (1958) y reformulado con posterioridad, entre otros, por Rosenstock (1966) y Rosenstock y Kirsch (1982), es el modelo que ha tenido más eco entre los psicólogos de la salud, y se ha aplicado con más o menos éxito a la explicación y predicción de una gama amplia de comportamientos de salud:

- Para evitar o disminuir comportamientos de riesgo, tales como fumar, beber alcohol y consumir drogas como la cocaína o la heroína.

- Para instaurar o aumentar comportamientos protectores de la salud tales como utilizar equipos de seguridad y protección en el trabajo; realizar ejercicio físico de manera regular; alimentarse de manera saludable; mantener relaciones sexuales seguras; promover un uso saludable del ordenador; someterse a exámenes médicos periódicos para la detección precoz del cáncer; usar correctamente los servicios de urgencia; y favorecer la adhesión al tratamiento.

Se fundamenta en la teoría del valor esperado y en las teorías acerca de la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre.

El modelo de creencias sobre la salud sugiere que una persona adoptará o no una acción de salud en función de su grado de interés respecto a la problemática de la salud (motivación de salud) y de las percepciones sobre susceptibilidad o vulnerabilidad a la enfermedad, gravedad percibida de las consecuencias en caso de contraerla, beneficios potenciales de la acción respecto a la prevención o reducción de la amenaza y de la gravedad percibidas y los costes o barreras físicas, psicológicas, económicas, etc. de llevar a cabo la acción.

Asimismo, sostiene que es necesario que existan claves para la acción que desencadenen el proceso de comportamiento de salud apropiado. Además, hay que tener en cuenta una serie de factores modificadores (culturales, sociodemográficos, psicológicos, etc.) que pueden influir en el proceso, pero que no están relacionados en términos causales con éste. Analicemos con más detenimiento cada uno de estos elementos constituyentes del modelo y sus hipótesis.

### 1.1.1. Elementos constituyentes

**1) Susceptibilidad percibida**

La susceptibilidad percibida se refiere a la probabilidad o vulnerabilidad percibida de padecer una enfermedad.

Hay grandes diferencias individuales a este respecto; algunas personas niegan la posibilidad de contraerla, otras creen que tienen un alto riesgo de padecerla, y en la posición intermedia estarían las que consideran la probabilidad estadística. En definitiva, se trata del riesgo subjetivo, tal y como lo percibe la persona.

**2) Gravedad percibida**

La gravedad percibida es la probabilidad de verse afectado por la enfermedad o de no recibir tratamiento.

Esta variable incluye distintas dimensiones: gravedad clínica, interferencia con las actividades cotidianas, impacto sobre la propia apariencia, efectos sobre el trabajo, la vida familiar, las relaciones sociales, etc., y se ha sugerido la conveniencia de estudiar de manera independiente cada una de estas dimensiones.

**3) Costes y beneficios percibidos**

La variable costes y beneficios percibidos hace referencia a la estimación que la persona hace de los beneficios que obtendría realizando la acción saludable frente a los costes o barreras implicados en esto, tales como los gastos económicos que supone o sus posibles efectos secundarios.

Sentirse susceptible de contraer una enfermedad que es percibida como grave produce una fuerza que lleva a la acción, pero no especifica el curso de acción que se tomará. La dirección de la acción está influida por las creencias sobre la efectividad de las alternativas existentes para reducir la amenaza. Por tanto, se evalúan los beneficios y los costes de las distintas alternativas, y se considera que una alternativa es beneficiosa si se relaciona, subjetivamente, con una disminución de la susceptibilidad o gravedad percibida.

En caso de que los costes sean elevados y los beneficios mínimos, no se adoptará la conducta de salud apropiada. Por el contrario, si los costes son bajos y los beneficios altos, entonces sí se adopta la conducta de salud. Por último, en el caso de que los dos, beneficios y costes, sean elevados, lo más probable es que la personas e implique en conductas que no reduzcan la amenaza. Podéis ver respecto a esto el modelo de conflicto de toma de decisiones personales que se expone más adelante.

**Unos ejemplos de...**

... beneficios y costes elevados son pensamientos del tipo "mañana empiezo", "peor que el tabaco es la polución atmosférica", "de algo hay que morirse", etc.

**4) Claves para la acción**

Algo debe ocurrir para disparar las percepciones de susceptibilidad y gravedad, y para que éstas acaben en una acción de salud; es decir, el modelo requiere el concurso de eventos que desencadenen el proceso hasta llegar a la acción de salud. Estos acontecimientos pueden ser internos o externos.

**Las campañas de salud...**

... en los medios de comunicación social son un ejemplo de acontecimiento externo, como los síntomas lo son de los acontecimientos internos.

El modelo predice que cuando la susceptibilidad y gravedad percibidas sean bajas, será necesario que la clave para la acción sea intensa. En cambio, si la vulnerabilidad y gravedad percibidas son elevadas, una clave para la acción poco intensa puede ser suficiente para disparar la acción de salud.

**5) Factores modificadores**

Este modelo considera que los factores culturales, sociodemográficos, psicológicos, etc. pueden influir sobre las conductas de salud; sin embargo, se entiende que estas variables trabajan mediante sus efectos sobre las motivaciones y percepciones subjetivas que acerca de la salud tiene el individuo, más que como causas directas de las acciones saludables.

### 1.1.2. Hipótesis del modelo

Estos elementos que acabamos de exponer, incluyendo la motivación de salud o grado de interés de una persona respecto a la problemática de la salud, se organizan en las siguientes hipótesis:

**1)** La probabilidad de llevar a cabo la acción de salud apropiada es función del estado subjetivo de disponibilidad del individuo o intención para realizarla.

**2)** La intención del individuo para llevar a cabo la acción está determinada por la amenaza que representa la enfermedad para él.

**3)** La amenaza subjetiva que representa la enfermedad está determinada por:

**a)** La probabilidad percibida por la persona de ser susceptible de contraer la enfermedad.

**b)** Las percepciones de ésta acerca de la probable gravedad de las consecuencias orgánicas, psicológicas y sociales de la enfermedad.

**El estado corporal...**

... como fuente interna y las interacciones personales o informaciones distribuidas por los medios de comunicación social como fuentes externas son otros ejemplos de acontecimientos que pueden desencadenar el proceso para llegar a la acción de salud.

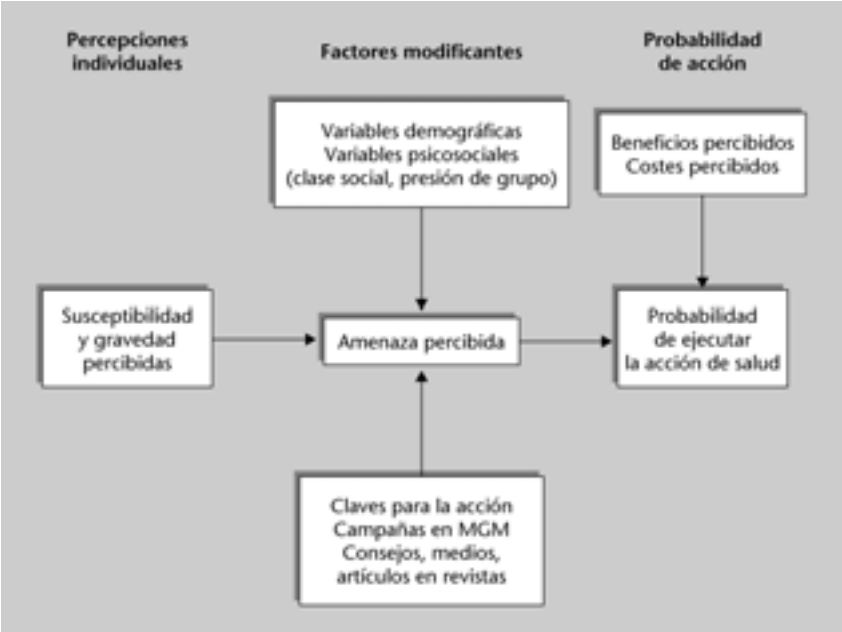
**c)** Las claves para la acción que desencadenan el proceso que lleva a la realización del comportamiento de salud apropiado pueden provenir, como ya se ha mencionado, de fuentes internas (por ejemplo, estado corporal) o externas (por ejemplo, interacciones interpersonales o informaciones distribuidas por los medios de comunicación social).

**4)** La probabilidad de que una persona realice la conducta de salud apropiada está determinada también por la evaluación que ésta hace acerca de la viabili-

dad y eficacia de la misma o, lo que es lo mismo, la estimación subjetiva de los beneficios potenciales de dicho comportamiento para reducir la susceptibilidad percibida de contraer la enfermedad y la gravedad percibida de ésta, contrapesada con las percepciones de los costes físicos, económicos y de cualquier otro tipo implicados en la acción (barreras y obstáculos para la acción).

En el cuadro que aparece en la siguiente página hemos esquematizado las relaciones entre los elementos constituyentes de este modelo.

Figura 1. Representación del modelo de creencias de salud.




### 1.1.3. Valoración del modelo

La evidencia empírica acumulada acerca de la capacidad del modelo para explicar la participación en campañas preventivas, la búsqueda de atención médica y el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas es muy amplia. Pese a ello, no todos los estudios confirman el modelo; por ejemplo, los resultados encontrados respecto a la relación entre la gravedad percibida y la conducta de salud preventiva no han sido muy concluyentes, y se ha puesto de relieve que la probabilidad de llevar a cabo la acción es muy baja cuando la percepción de gravedad es muy baja o muy alta. Es decir, muy poco miedo no desencadena el proceso de comportamiento, y mucho miedo lo inhibe.

**Un resultado frecuente...**

... en los estudios sobre la participación de las personas en campañas de detección precoz del cáncer es que a menudo el miedo a obtener un resultado positivo es la principal causa de que la gente evite el *screening* o exploración médica y no practique el autoexamen; sobre todo aquellas personas que no presentan ningún síntoma de cualquier tipo de enfermedad.

En fin, en muchos casos la realización de las conductas preventivas no puede predecirse sólo sobre la base de la vulnerabilidad o de la gravedad percibidas, tal y como propone el modelo. Son muchas las ocasiones en las que las personas se ven a sí mismas como muy vulnerables a contraer una enfermedad y reconocen que las consecuencias serían muy graves, pero no siguen los comportamientos apropiados porque los costes para realizarlos son demasiado altos.

Los costes percibidos han sido medidos de muy diferentes maneras: la seguridad de la eficacia del medicamento prescrito, la satisfacción del paciente respecto a la comunicación con el médico o con algunos aspectos de la manera en la que la organización sanitaria proporciona la asistencia, etc.

Uno de los beneficios percibidos con más frecuencia de la acción de salud es la eficacia del comportamiento preventivo o del tratamiento médico, como se ha demostrado en algunos estudios sobre el autoexamen de mama (Champion y Scott, 1997).

**La probabilidad...**

... de que las mujeres realicen el autoexamen de mama se incrementa cuando sus creencias en la eficacia del mismo son muy firmes y por la creencia de que la detección precoz puede conducir a un pronóstico más favorable.

Por último, como también propone el modelo, algo debe activar la percepción de la amenaza antes de que pueda conducir a un comportamiento saludable. Nos referimos a las claves para la acción que aunque no son, en sí mismas, procesos psicológicos, sí son disparadores de tales procesos, o responsables de la traducción de una creencia en una acción.

**El cáncer de mama**

Si una mujer está convencida de la amenaza potencial de padecer cáncer, la invitación a participar en una campaña de detección precoz puede significar el disparador o la clave para que esta mujer explore sus mamas o se someta a una mamografía.

Naturalmente, la investigación acerca del modelo de creencias sobre la salud plantea, por distintos motivos, tanto teóricos como metodológicos, más preguntas que las que resuelve, por lo cual señala las limitaciones y el futuro de la investigación en esta área. Entre tales insuficiencias, destacamos las siguientes:

**1)** Para que el modelo sea útil, deben considerarse todos los factores y sobre todo la interacción entre los mismos, lo que aún no está investigado con suficiencia. En casi todos los estudios realizados hasta el momento se ha aplicado el modelo para explicar o predecir el comportamiento de una manera absoluta; es decir, si éste se pone en práctica o no. Son muy pocos los trabajos en los que se ha tratado de predecir distintas dimensiones del comportamiento, y podría ser que las relaciones entre sus elementos constituyentes predijesen distintas dimensiones de la conducta.

**El estudio de Durá, Galdón y Andreu (1993)**

En su estudio sobre la influencia de las creencias de salud en la práctica de la autoexploración de mama, la variable beneficios/costes percibidos fue útil para predecir la práctica o no de la autoexploración, pero no su periodicidad, que fue discriminada por la vulnerabilidad percibida.

**2)** Lo anterior pone en evidencia que es necesario realizar más estudios sobre la estabilidad, a lo largo del tiempo, de las principales variables del modelo.

**3)** Tampoco aclara el modelo, y la investigación al respecto es escasa, las condiciones bajo las cuales se adquieren las creencias de salud: ¿cuáles son los determinantes de las creencias de salud? ¿Por qué una persona se ve a sí misma como más vulnerable a padecer una enfermedad que otra? ¿Cómo llega a creer el individuo que una acción preventiva específica es eficaz? ¿Por medio de qué procesos

el individuo se ve a sí mismo como susceptible de padecer una enfermedad?. ¿Qué determina el deseo de disfrutar de un determinado nivel de salud?, etc.

**4)** La mayoría de los estudios sobre este modelo son de carácter retrospectivo no experimental. Por consiguiente, no permiten establecer inferencias causales ni determinar si la creencia de salud existía antes o se generó después de la realización del comportamiento saludable estudiado.

**5)** A todo lo anterior, hay que añadir el hecho de que algunos hallazgos son inconsistentes con el modelo; por ejemplo, Páez et al. (1991), al comparar el modelo de creencias de salud y la teoría de la acción razonada, respecto a su capacidad para predecir los comportamientos preventivos del sida, confirmaron que ni la gravedad, ni la susceptibilidad, ni el riesgo se asociaron, como se pensaba, con tales conductas.

**Lectura recomendada**

D. Páez, S. Ubillos, M. Pizarro y M. León (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada,* 47 (2), 141-149.

La investigación futura debe orientarse a la resolución de estos problemas que plantea el modelo. No obstante, conviene destacar que su aplicación ha sido muy útil para la planificación de las intervenciones de carácter preventivo, toda vez que permite centrar la atención sobre variables relevantes en la adopción de comportamientos protectores de la salud, aunque el modelo no explique de manera completa ni el origen de estas variables, ni el modo en el que interaccionan con otros factores explicativos incluidos en su esquema conceptual.

### 1.2. Teoría de la acción razonada y la conducta planificada

Originalmente, estas teorías, la de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) y la de la acción planificada (Ajzen, 1985; Ajzen y Maden, 1986) fueron desarrolladas con el objetivo de explicar el comportamiento social, y se aplicaron más tarde al ámbito de la salud, con el propósito de explicar por qué las personas ponen en práctica determinadas conductas de salud.

**Ejemplos de conductas de salud**

Realizar ejercicio de forma regular, llevar una dieta equilibrada, utilizar los servicios de salud, donar sangre, conservar el ecosistema, promover un estilo de vida sin tabaco, prevenir el consumo de drogas y de alcohol, someterse periódicamente a pruebas médicas orientadas a la prevención precoz del cáncer, adoptar comportamientos de seguridad en el trabajo, llevar a cabo prácticas sexuales preventivas del contagio de enfermedades de trasmisión sexual (sobre todo el sida), conducir de manera segura vehículos de motor, proveer cuidados de salud y promover conductas de salud relacionadas con la interacción con el ordenador.

Estas teorías consideran que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes, estén o no relacionados con la salud, están bajo control volitivo de la persona, y el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano es la intención de llevarlo o no a cabo. Ahora bien, esto no significa que siempre se dé una perfecta correspondencia entre la intención y el comportamiento, sino simplemente que una persona actúa por lo general de acuerdo con su intención, salvo que se presenten acontecimientos imprevistos.

La intención de realizar o no una conducta está determinada, según la teoría de la acción razonada, por dos factores, uno personal y otro de carácter social o cultural.

**1)** El factor personal es la actitud hacia la conducta, es decir, la evaluación positiva o negativa que el individuo hace sobre la realización del comportamiento y los resultados obtenidos. Se refiere al juicio que la persona emite sobre si considera bueno o malo llevar a cabo la acción.

**2)** El segundo determinante de la intención es la percepción que tiene la persona acerca de las presiones sociales que se ejercen sobre ella para que realice o no la acción en cuestión. Dado que se trata de prescripciones percibidas, este factor se denomina *norma subjetiva*. Se supone que las personas intentan hacer algo cuando creen que otras personas importantes para ellas piensan que deberían hacerlo.

Ahora bien, dado que para algunas intenciones las consideraciones personales pueden ser más importantes que las normativas, o a la inversa, la teoría asume que cada uno de los factores tiene un peso relativo que hay que determinar, y que dichos pesos dependen de la intención que estemos estudiando y de la persona en cuestión.

La actitud hacia la propia conducta es estimada, por una parte, por las creencias que posee la persona acerca de la probabilidad de que la realización de un determinado comportamiento da como resultado una serie de consecuencias específicas y, por otra parte, por la evaluación subjetiva de dichas consecuencias o resultados. En términos generales, esta actitud es favorable cuando la mayoría de las creencias sobre el propio comportamiento se basan en las consecuencias positivas, y será desfavorable cuando la mayoría de dichas creencias se fundamenten en los efectos negativos.

La norma subjetiva del individuo indica su percepción acerca de la presión social que se ejerce sobre él para que realice o no una determinada conducta. Esta norma subjetiva es estimada, por una parte, por las creencias normativas de la persona acerca de la probabilidad de que determinadas personas o grupos significativos esperen que desempeñe o no la conducta en cuestión y, por otra parte, por la motivación individual para cumplir con dichas expectativas percibidas.

En términos generales, un individuo percibe la presión del medio social que lo llevará a ejecutar una determinada conducta cuando cree que la mayoría de los referentes sociales relevantes con quienes está motivado para cumplir piensan que él debería llevar a cabo dicho comportamiento.

A la inversa, la norma subjetiva de una persona presionará para que ésta evite ejecutar una conducta dada cuando crea que la mayoría de las personas o grupos significativos con los que está motivada para cumplir piensan que ella no debería desempeñar dicho comportamiento.

En opinión de Fishbein y Ajzen (1975), las siguientes variables contribuyen a que haya una mayor correspondencia entre la intención de llevar a cabo un comportamiento y su ejecución:

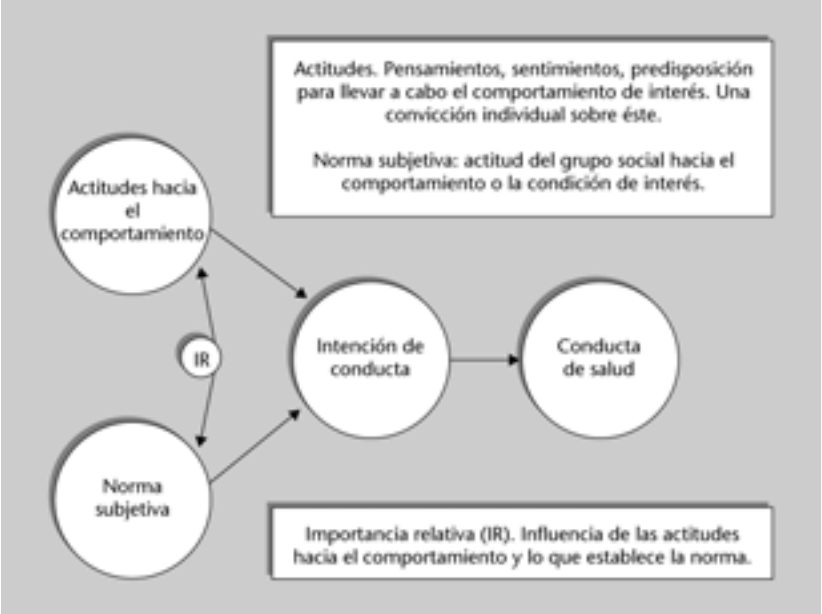
**1)** Grado de correspondencia entre la medición de la intención y la conducta observada.

**2)** Intervalo de tiempo que transcurre entre la medición de la intención y la ejecución de la conducta.

**3)** Grado en el que la persona es capaz de actuar de acuerdo con su propia intención sin necesitar la ayuda de los demás.

Según Fishbein (1990), esta teoría sostiene que una persona tendrá la intención de realizar una conducta dada cuando posea una actitud positiva hacia su propio desempeño en la misma y cuando crea que sus referentes sociales significativos piensan que debería llevarla a cabo.

Figura 2. Teoría de la acción razonada.




Simbólicamente la ecuación central de este modelo podría expresarse del siguiente modo, tal y como ha propuesto Stefani (1993, p. 207):

$$C.I = \left[\sum_{i=1}^{n} C_r.C_i.E_i\right] W_0 + \left[\sum_{i=1}^{n} C_r.N_i.MC_i\right] W_1$$

-----AC-------- -----NS-----

**Lectura recomendada**

D. Stefani (1993). Teoría de la acción razonada: una aplicación a la problemática de la internación geriátrica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25 (2), 205-223.

Donde:

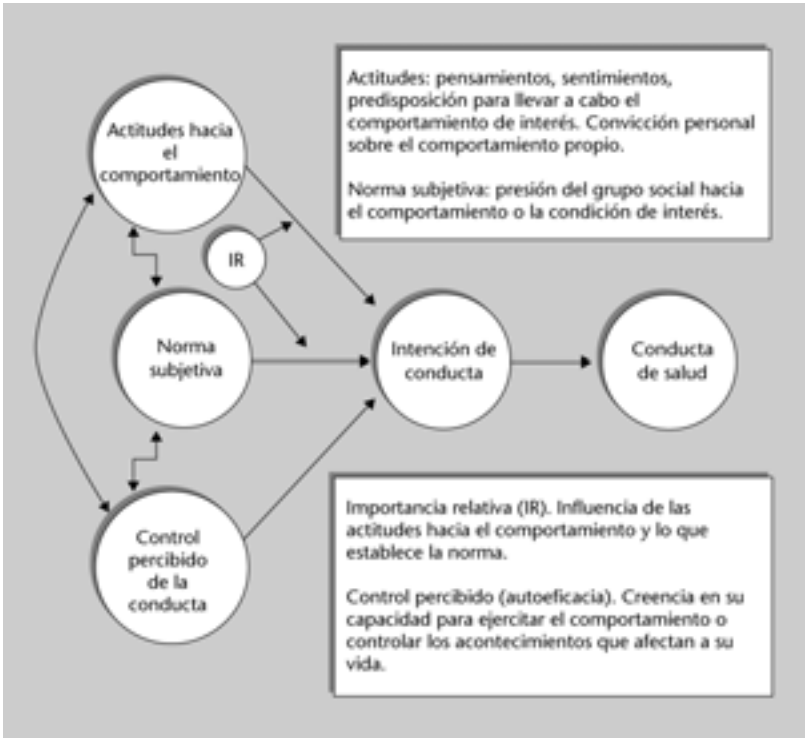
- $C$ es igual a conducta.
- $I$ es igual a intención de llevar a cabo la conducta.
- $AC$ es igual a la actitud hacia la propia conducta.
- $C_r\ C_i$ son las creencias sobre la conducta.
- $E_i$ son las evaluaciones sobre las consecuencias o los resultados.
- $n$ sobre $AC$ es el número de creencias conductuales.
- $NS$ es la norma subjetiva.
- $C_r\ N_i$ son las creencias normativas.
- $MC_i$ es la motivación individual para cumplir con las expectativas percibidas.
- $n$ sobre $NS$ es el número de creencias normativas.
- $W_0$ y $W_1$ son los pesajes respectivos de la actitud hacia el propio comportamiento y de las normas subjetivas, determinados de manera empírica.

Se conoce con el nombre de *teoría de la conducta planificada* la reformulación que Ajzen (1985) hizo de esta teoría, añadiendo a la estructura conceptual de la misma como factor determinante el grado de control percibido por la persona sobre su propia conducta. Se trata de un concepto relacionado con el de autoeficacia percibida de Bandura, que veremos más adelante. La persona, además de tener la intención de realizar la conducta de salud, debe sentirse capaz de llevarla a cabo y asegurarse de que va a obtener el resultado deseado.

**La teoría de la conducta planificada...**

... sostiene que para que una persona desarrolle la intención de llevar a cabo una conducta saludable es necesario, además de una actitud positiva y de la presión social, que se sienta capaz de llevarla a cabo y que tenga garantías de que dicho comportamiento le ayudará a obtener el resultado deseado.

Figura 3. Teoría del comportamiento planificado.




Estas teorías consideran que factores tales como las actitudes hacia los objetivos, las características de personalidad, las variables demográficas, el estatus, la inteligencia, etc., están relacionados con los comportamientos de salud, pero no constituyen una parte integrante de la teoría, sino que deben considerarse variables externas al modelo. Conviene insistir en la idea de que tales variables externas pueden, sin duda, influir sobre la conducta de salud, pero no hay una relación necesaria entre cualquiera de éstas y el comportamiento. Incluso cuando tal relación empírica aparece, ésta puede cambiar con el tiempo y de una población a otra.

Según estas teorías, su efecto sobre el comportamiento sólo puede producirse cuando influyen sobre los determinantes del mismo. En cualquier caso, la validez de este modelo no depende del apoyo que se obtenga para las hipótesis referentes a los efectos de estas variables externas, sino del apoyo empírico que se obtenga a favor de las relaciones entre sus elementos constituyentes.

En opinión de Fishbein y Ajzen, su modelo identifica un conjunto de conceptos que se supone que explican las relaciones o la falta de las mismas entre cualquier variable externa y cualquier clase de conducta que esté bajo el control voluntario de una persona.

Estas teorías se han aplicado con éxito para predecir un gran número de conductas de salud, y han mejorado y completado algunos aspectos del modelo de creencias sobre la salud. En concreto, la teoría de la acción razonada y planificada facilita el análisis en la toma de decisiones en materia de salud, al separar las creencias de las actitudes y subrayar la importancia que tiene la influencia de los otros significativos sobre la intención de actuar del individuo.

Además, reconoce la laguna entre la intención de actuar y la actuación misma, y permite expresar en términos matemáticos la relación entre creencias, actitudes, factores normativos, intención y conducta de salud. No obstante, esta mayor complejidad dificulta su operacionalización, lo que en nuestra opinión constituye su principal limitación.

Otros autores argumentan que estas teorías, incluyendo el modelo de creencias sobre la salud, son útiles tan sólo para explicar conductas de salud que requieren acciones conscientes y voluntarias, pero no para el caso de comportamientos sobre los que la persona tiene poco o limitado control, razón por la cual, tal vez, Ajzen introdujo en la teoría de la acción razonada el factor control percibido del propio comportamiento. Para estos autores, una gran parte de las conductas de salud puede ser comprendida mejor en términos de hábitos que se han convertido en automáticos y que son controlados por claves contextuales y circunstanciales de las que no es consciente la persona, por ejemplo fumar en ciertos lugares, situaciones o momentos.

En esta misma línea, nosotros consideramos que otra importante limitación de esta teoría es la escasa atención que presta a las variables emocionales a la hora de explicar las conductas de salud, cuando es sabido que éstas pueden jugar un importante papel como determinantes del comportamiento saludable. Este problema lo resuelve la teoría de la motivación protectora, de la que nos ocupamos a continuación, y que incluye en su esquema conceptual el miedo como un determinante del comportamiento de salud.

**Dejar de fumar es...**

... mucho más difícil cuando la persona está sometida a situaciones que le generan tensión psicológica, y ciertas conductas de riesgo como el consumo de drogas o una dieta desequilibrada se incrementan cuando se está sometido a estrés.

### 1.3. Teoría de la motivación protectora

El miedo que se les infunde a las personas al hacerles ver las graves consecuencias que se derivarían de hacer o no determinadas conductas relacionadas con

la salud ha sido propuesto por Rogers (1975; 1983) y Harris y Middleton (1975) como uno de los factores determinantes de la motivación que lleva a las personas a protegerse de cualquier daño.

**La teoría de la motivación protectora**

Sostiene que la probabilidad de que una persona tenga la intención de adoptar comportamientos de salud puede aumentarse haciendo que ésta perciba que su salud está seriamente amenazada, pero que puede hacer muchas cosas eficaces y a un costo muy bajo para reducir su riesgo de enfermar.

Una vez establecida esta motivación protectora, actuaría para prevenir la enfermedad, y promovería la práctica de distintos comportamientos relacionados con la salud, como se puede observar en la figura 4, de la siguiente página, en la que hemos tratado de esquematizar el modelo.

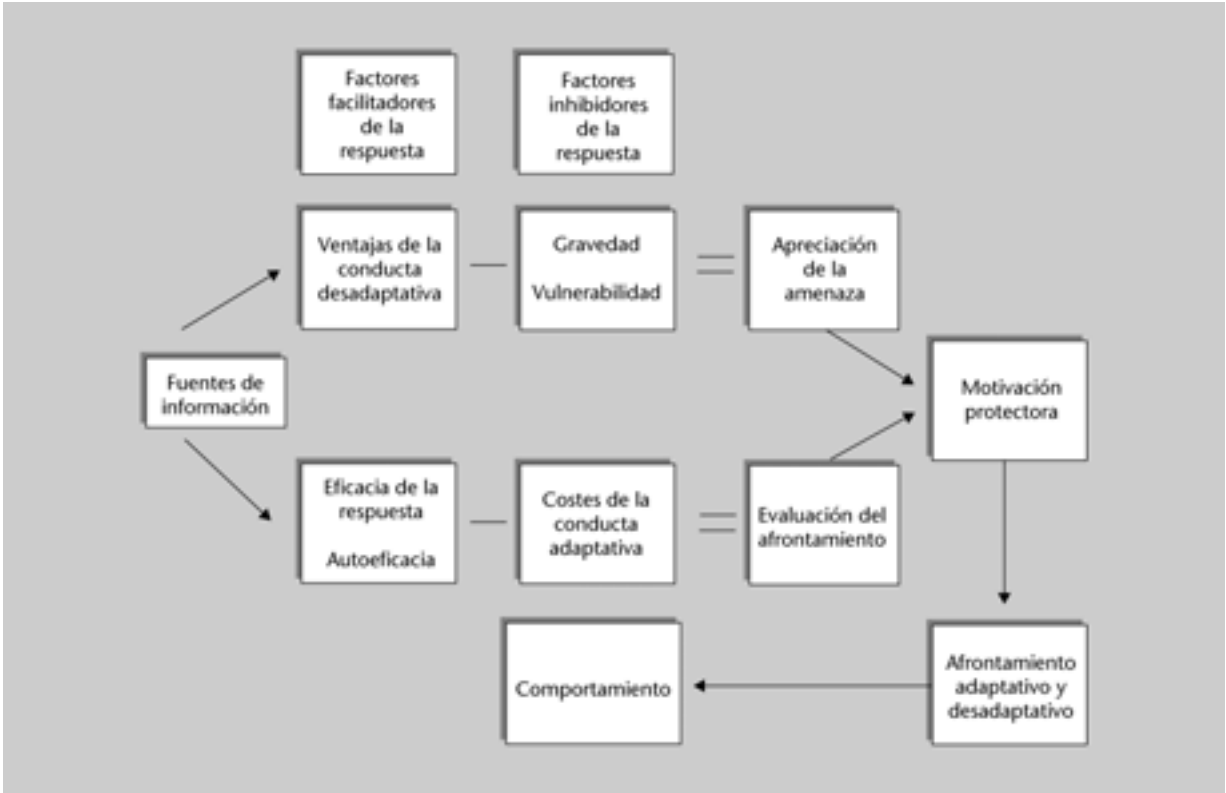
Sus componentes se dividen en dos clases de variables que interaccionan entre sí, de manera aditiva, para determinar la fuerza de la motivación de protección. Dichas variables son:

**1)** La apreciación de la amenaza. Esta variable resulta de restar a las ventajas de la respuesta desadaptativa el miedo a enfermar (gravedad de la amenaza y vulnerabilidad de la persona a caer enferma).

**2)** La evaluación de la respuesta de afrontamiento. Es el resultado de restar a la eficacia de la respuesta y de la persona (autoeficacia) los costes de dicha respuesta adaptativa.

Sin duda alguna, esta formulación tiene importantes implicaciones para la intervención. La más importante es que, en determinadas circunstancias, enfatizar el riesgo puede ser tan eficaz como facilitarle a los individuos información que aumente su autoeficacia.

Figura 4. Teoría de la motivación protectora.



Los modelos de la expectativa-valor sostienen que la probabilidad de que una persona tenga la intención de adoptar comportamientos de protección de la salud puede aumentarse haciendo que ésta perciba que su salud está seriamente amenazada, pero que puede hacer muchas cosas eficaces y a un coste muy bajo para reducir el riesgo de enfermar.

Ahora bien, aunque la intención sea un determinante importante del comportamiento, estas teorías reconocen que sobre el desempeño efectivo no sólo influye ésta, sino que hay otros factores que es necesario considerar, por ejemplo la información, la oportunidad, la "fuerza de voluntad" o la capacidad de mantener la motivación durante la ejecución de una intención, etc. El concepto de percepción de control sintetiza todos estos factores, por lo que no debe extrañarnos que sea la teoría del comportamiento planificado la que haya obtenido más apoyo empírico.

# 2. Modelos y teorías de la autorregulación del comportamiento

El concepto de autoeficacia percibida de Bandura, al que ya hemos hecho referencia en la introducción a este módulo y al examinar los modelos de la expectativa-valor, sobresale como uno de los principales factores cognitivos que regulan la adopción de conductas favorecedoras de la salud y la eliminación de conductas perjudiciales para la misma. De hecho, este concepto forma parte de los modelos más recientes sobre los comportamientos relacionados con la salud.

Estos modelos tratan de integrar en una sola ecuación aquellos factores que pueden predecir la probabilidad de que una persona realice, o no, un determinado comportamiento de salud, y plantean la relación entre estos determinantes como un proceso dinámico que se sucede mediante una serie de etapas, cada una de las cuales representa un modo distinto de relación entre éstos, es decir, una manera diferente de enfrentarse el sujeto, a lo largo de su historia, a los problemas de salud. Entre tales modelos incluimos los siguientes:

**Lectura recomendada**

A. Bandura (1999). *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: DDB.

- El modelo del proceso de la adopción de precauciones (Weinstein, 1988).
- El proceso de acción en favor de la salud (Schwarzer, 1992).
- La teoría de la acción social (Ewart, 1991).

## 2.1. El modelo del proceso de la adopción de precauciones

Fue enunciado por Weinstein en 1988. Este autor sostiene que el modelo de creencias sobre la salud, la teoría de la acción razonada y planificada, se limitan a identificar aquellas variables que pueden influir en la adopción de comportamientos relacionados con la salud, pero no profundizan en el modo en el que éstas se pueden combinar para predecir la probabilidad de que una persona realice un comportamiento particular. Y éste es, precisamente, el propósito de su modelo.

Dicho modelo supone que cuando las personas se enfrentan a la necesidad de adoptar comportamientos protectores de la salud atraviesan siete etapas de creencias en su propia susceptibilidad. Cada una de estas etapas representa una ecuación combinatoria particular de las variables que pueden influir en las acciones de cada individuo. La travesía de una etapa a otra no tiene un sentido evolutivo, es decir, las personas no atraviesan etapas de forma inevitable e incluso pueden desplazarse de una a otra en sentido inverso, como ocurre por ejemplo con aquellas que, después de considerar la posibilidad de dejar de fumar, abandonan esta idea.

Las siete etapas que las personas atraviesan en su disposición de adoptar un comportamiento orientado a la salud son las siguientes (éstas han sido ilustradas con un ejemplo extraído de los trabajos de Weinstein):

**1)** Las personas no tienen información acerca de que su comportamiento sea peligroso para la salud y, por lo tanto, no son concientes del riesgo ("no tengo conocimiento de que los niveles elevados de colesterol sean peligrosos").

**2)** Adquieren conciencia del riesgo y creen que otros también corren dicho riesgo, pero mantienen un sesgo optimista; es decir, creen que si bien ciertos comportamientos son peligrosos, el peligro sólo acecha a los demás ("mi nivel de colesterol es elevado y esto se relaciona con una enfermedad cardíaca, pero esto no me va a ocurrir a mí").

**3)** Reconocen su propia susceptibilidad y aceptan la idea de que la precaución podría ser eficaz en su caso, pero aún no se han decidido a entrar en acción ("es probable que corra el riesgo de sufrir un ataque cardíaco, pese a lo cual no pienso modificar mi dieta").

**4)** Deciden pasar a la acción ("reduciré mi nivel de colesterol cambiando de dieta").

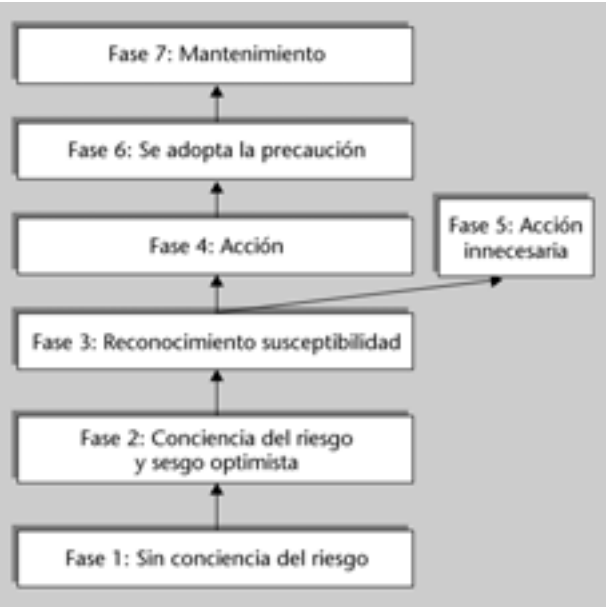
**5)** Sin embargo, paralelamente deciden que dicha acción es innecesaria ("el colesterol alto es un riesgo para la salud del corazón, pero tengo claro que no cambiaré de dieta ni tomaré ninguna pastilla").

**6)** Adoptan las precauciones destinadas a reducir el riesgo ("tengo el propósito de controlar mi colesterol, por esto he empezado a cambiar de dieta").

**7)** Mantienen la precaución en caso de resultar necesario ("voy a seguir con mi dieta anticolesterol").

Antes de entrar en acción, las personas deben superar el sesgo optimista y tener la percepción de que los beneficios relativos de las precauciones son muy superiores a los costes asociados a las mismas. Este modelo puede ser esquematizado del siguiente modo:

Figura 5. Modelo de adopción de precauciones.



Se le puede criticar a este modelo su incapacidad para valorar con precisión los factores sociales, étnicos y demográficos que también afectan al comportamiento de las personas que desean promover la salud. Además, ha suscitado muy pocos trabajos empíricos, al margen de los desarrollados por el propio Weinstein, más centrados en su concepto del sesgo optimista que en la contrastación del modelo (Weinstein, 1980, 1983, 1984).

### 2.2. El proceso de acción a favor de la salud

Schwarzer (1992) considera que la adopción de precauciones o el cambio de hábitos de riesgo para la salud deben ser vistos como un proceso de autorregulación divisible en varios estadios; uno de motivación, en el que se forma la intención de cambio, y otro de acción o mantenimiento.

La formación de una meta o intención de conducta está influida por tres grupos de variables cognoscitivas:

**a)** las percepciones de riesgo,
**b)** las expectativas de resultados, y
**c)** la autoeficacia percebida.

Las percepciones de riesgo incluyen las propias percepciones de vulnerabilidad y la gravedad percibida de una enfermedad o de un suceso crítico. En ocasiones, estas percepciones de riesgo están distorsionadas y reflejan un sesgo optimista que conduce a subestimar el riesgo objetivo. A pesar de esto, cierto grado de amenaza puede tener un valor motivacional en el proceso de toma de decisiones. En términos causales, estas percepciones de riesgo influyen tan sólo en la instauración o inicio del estadio, y su efecto es indirecto más que directo.

Una vez se han formado las expectativas de resultado y la autoeficacia, el valor motivacional de las percepciones de riesgo es inapreciable; si una persona cree que existen medios que le conducen a un resultado o solución del problema, y que está capacitada para encontrar o desarrollar dicho medio, ¿para qué le iba a servir percibir el riesgo del problema?

Las expectativas de resultados representan el conocimiento de que un determinado comportamiento conduce a unos determinados resultados, es decir, son las creencias específicas acerca de la contingencia conducta-resultados. Dicha contingencia está mediada por la amenaza, de manera que ésta puede estimular la adquisición del conocimiento específico de la contingencia. Las personas aprenden a considerar las acciones como causa de los sucesos y confían en la posibilidad de cambiar las conductas de riesgo, pero la confianza en las consecuencias dependientes de la acción no supone necesariamente que las personas se consideren a sí mismas como agentes de cambio.

**El proceso de acción a favor de la salud...**

sugiere que la formación de la intención de llevar a cabo una conducta de salud está influida por las percepciones de riesgo, las expectativas de resultados y la autoeficacia percibida.

Es posible diferenciar las creencias de autoeficacia de las creencias medios-fines (expectativas de resultados); mientras que las primeras se refieren a una

atribución causal interna de las acciones, las segundas hacen referencia a las consecuencias más probables que producirán las acciones.

Por ejemplo, una persona puede estar convencida de que abandonar el tabaco daría como resultado un mayor nivel de salud y la neutralización del riesgo de padecer un cáncer de garganta (expectativa de resultado), y esta misma persona cree que no es capaz de llevar a cabo las acciones oportunas para ello (expectativa de eficacia o autoeficacia).

Por tanto, las expectativas de resultados determinan la intención, bien directamente, o bien indirectamente, mediante la autoeficacia percibida. Ahora bien, la formación de una intención de conducta no garantiza que la persona adopte esta última. Las buenas intenciones no garantizan las correspondientes acciones; las correlaciones entre la intención y el comportamiento varían de manera sustancial de un caso a otro. En la fase anterior de motivación, se describía lo que la persona ha decidido hacer; en el segundo estadio del modelo, se describe el esfuerzo que la persona invierte en llevar a cabo la acción y cuánto tiempo persiste en ello. Tres son los factores determinantes en esta fase:

**1)** uno de carácter conductual (plan de actuación);

**2)** otro de carácter cognitivo (autoeficacia o control de la acción),

**3)** y un tercero de carácter situacional que hace referencia a las barreras y recursos externos.

El factor central es el cognitivo, que instiga y controla la acción; se trata, pues, de un proceso de autorregulación que se subdivide en dos etapas: planes de acción y control de la acción.

En la primera etapa, la intención de llevar a cabo una conducta saludable y particular es transformada en instrucciones precisas sobre el modo de ejecutarla.

**La pérdida de peso**

Por ejemplo, la intención de perder peso debe transformarse en un plan de cómo hacerlo, es decir, qué alimentos comprar, cuándo y con qué frecuencia comer qué cantidades, cuándo y dónde hacer ejercicio, etc.

Este proceso se verá facilitado por las creencias de autoeficacia que ayudarán a la persona a generar diferentes maneras de llevar a cabo la acción deseada (estrategias), y acrecentará su capacidad para evaluar cuál de las diferentes alternativas dará mejor resultado.

Una vez se ha iniciado la acción, hay que mantenerla, por lo que el segundo paso de esta etapa es el control de la acción, que también está vinculado al sentido de la autoeficacia. Será esta variable la que determine la cantidad de esfuerzo y el tiempo que la persona deberá invertir para superar los obstáculos, hasta alcanzar la meta deseada. La autoeficacia puede aumentarse si en la fase

de planificación se ha previsto el logro de sus metas proximas al objetivo final, y de esta manera se favorecerá el manejo de situaciones más difíciles o críticas.

En este sentido, el modelo asume que la clave para un exitoso control de la acción es el autorreforzamiento. La adopción de conductas de salud presenta un serio problema que tiene que ver con el gradiente de reforzamiento: cuando optamos por practicar una conducta saludable, tenemos que renunciar a las recompensas inmediatas, tangibles y seguras que proporcionan los malos hábitos (por ejemplo, fumar) mientras que debemos esperar largo tiempo para recibir las recompensas del comportamiento sano y que nos parecen menos tangibles y seguras (por ejemplo, no contraer cáncer de garganta).

Si la persona centra su atención en recompensas a corto plazo derivadas del cambio mismo (por ejemplo, sentirse a gusto con uno mismo por actuar según su propia intención), es más probable que el cambio sea duradero.

**El caso de los fumadores**

En este punto conviene señalar que los fumadores, por ejemplo, cuando dejan el tabaco se forman impresiones negativas, cada vez más fuertes, acerca del típico fumador, al que ven como si fuera alguien cada vez más diferente a ellos mismos.

Este proceso cognitivo tiene un doble efecto para el ex fumador:

**1)** Desaprobar la conducta de fumar.
**2)** Recompensar el hecho de no fumar.

Por último, al adoptar una determinada conducta de salud hay que considerar también otras variables situacionales como son las barreras y el contexto social. Entre las primeras, y siguiendo a Amigo et al. (1998), podemos citar las siguientes:

**1)** Barreras culturales y actitudinales. Un valor cultural como la belleza puede estar reñido con seguir una dieta sana.

**Belleza y salud**

Por ejemplo, en ciertas tribus de Samoa el patrón de belleza es la obesidad, por lo que sus miembros suelen hacer comidas pantagruélicas que atentan contra la salud. Otro ejemplo lo podemos extraer del sentido fatalista de la vida característico de la cultura andaluza (“*pa tres días que vamos a estar aquí*”), que lleva a equiparar la “buena vida” con hábitos poco saludables (abusar del alcohol, comer en exceso, etc.). También cabría citar aquí los intereses económicos que se esconden tras la publicidad sobre el poder de la tecnología médica que nos lleva a transferir la responsabilidad de nuestra salud a los médicos.

**2)** Barreras provenientes de la naturaleza de los hábitos de salud. Como ya se indicó antes, la probabilidad de ocurrencia de los hábitos de salud es mucho menor que la de los patógenos, dado que son poco gratificantes a corto plazo. Además, los hábitos de vida saludables a menudo requieren bastante disciplina, algún esfuerzo, ciertas incomodidades y renunciar a las satisfacciones inmediatas asociadas a los comportamientos de riesgo para la salud.

**3)** Barreras provenientes de la estructura del sistema sanitario. Orientado fundamentalmente, bajo los auspicios del modelo biomédico, a lo asistencial (tratamiento y curación de la enfermedad), aboga por un tipo de usuario pasivo, más confiado en la tecnología médica que en sus propias capacidades para desarrollar hábitos saludables.

El contexto social en el que transcurre la vida personal puede ser también un obstáculo para la adopción de un comportamiento saludable.

**Una red social que...**

... ignore el proceso de manejo de la conducta de dejar de fumar al consumir cigarrillos en presencia del ex fumador crea una situación estresante y difícil de superar que pone a prueba la fuerza de voluntad de éste. Por otra parte, si alguien cercano al ex fumador, por ejemplo su cónyuge, decide también dejar de fumar, entonces se crea una situación de apoyo social que permite a éste mantener su abstinencia pese a que pueda tener poca voluntad.

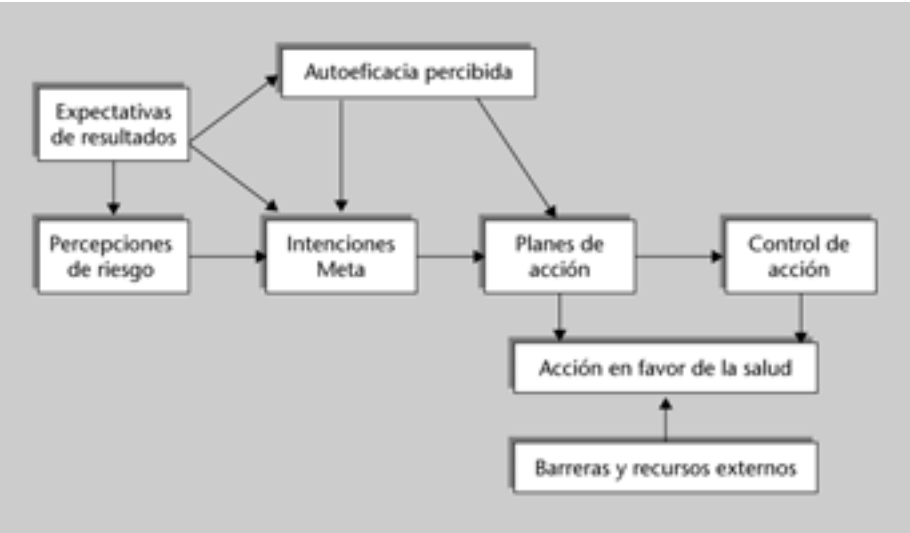
Cabe recordar aquí el concepto de autoeficacia interactiva propuesto por Taylor, Bandura, Ewart y Miller (1985), en su estudio sobre autoeficacia y rehabilitación con pacientes postinfartados, para hacer referencia tanto a la autoeficacia del paciente como a la de su esposa sobre la capacidad física del marido. Las dos correlacionaron de manera significativa con la capacidad cardiovascular de este último; es decir, las personas que han sufrido infartos leves pueden mejorar sus capacidades físicas en función no sólo de su autoeficacia, sino también de las percepciones que de dichas capacidades tienen sus allegados, lo que juega un papel crucial en la recuperación del ritmo de vida normal de este tipo de pacientes.

Tanto la consideración de las barreras con las que puede tropezar una persona en su intención de llevar a cabo una conducta de salud, como el concepto de autoeficacia interactiva, vienen a demostrar una de las tesis que a nuestro juicio justifica la aplicación de la orientación psicosocial al dominio de la psicología de la salud, y que, parafraseando a Costa y López (1986, pág. 17), podríamos formular del siguiente modo:

> "La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal, [...], sino que acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal."

A modo de resumen, presentamos el esquema que hacen del modelo Schwarzer y Fuchs (1999).

Figura 6. Modelo de acción en favor de la salud.



### 2.3. Teoría de la acción social

Esta teoría fue propuesta por Ewart (1991) para dar cuenta de lo que él consideraba los problemas más acuciantes de la salud pública: la falta de adherencia a los tratamientos y regímenes médicos, y sobre todo, a las campañas de carácter preventivo. Para abordar esta problemática, Ewart centró su propuesta teórica en los procesos de interacción social y en las capacidades generativas del pensamiento. Por tanto, podríamos considerar esta teoría como un intento más de integración conceptual.

En su formulación más simple (podéis ver el esquema que se incluye más adelante), el modelo está representado por tres dimensiones: el proceso de autocambio (la autorregulación como una acción deseada), las influencias contextuales y los hábitos o acción-estado.

> La teoría de la acción social plantea que los procesos de cambio del comportamiento y el mantenimiento de unos determinados hábitos de salud están mediados por el contexto social, que proporciona la estructura causal que une los procesos de cambio personal a los ambientes interpersonales, y especifica las influencias organizacionales y de relaciones sociales que permiten o constriñen el cambio personal.

Para esta teoría, las intervenciones de carácter preventivo implican, casi siempre, la creación de hábitos protectores o secuencias de comportamientos o rutinas que disminuyen el riesgo personal de padecer una enfermedad. En esta teoría, los hábitos saludables pueden ser representados como un bucle de control acción-resultado en el que la autorregulación es la condición de su propio mantenimiento; es decir, un equilibrio dinámico entre las actividades autoprotectoras y la experimentación de sus consecuencias biológicas, emocionales y sociales. De esta manera las acciones son guiadas por sus consecuencias, sobre cuya base la persona realiza ajustes de comportamiento compensatorios, y el resultado es una acción-estado. Por tanto, el punto de partida para cualquier intervención, según este modelo, será el análisis de las relaciones entre las conductas peligrosas o valiosas para la salud y sus efectos, tanto experimentados como posibles.

En este punto, conviene recordar que este modelo supone la existencia de mecanismos que capacitan a la persona para llevar a cabo transiciones de un hábito a otro, de uno viejo y peligroso para la salud a uno nuevo y beneficioso para la salud. Entre tales mecanismos de transición, Ewart destaca la valoración motivacional que hace la persona en términos de posibles resultados (expectativas de resultados), evaluación de sus capacidades (autoeficacia percibida) y generación de metas que guían y dinamizan la solución de los problemas (establecimiento de metas).

Por otro lado, este modelo subraya que los guiones de acción personal están conectados con los de otros miembros del contexto sociofamiliar, y esta interde-

pendencia social es uno de los determinantes fundamentales del cambio de comportamiento y de su mantenimiento. En los términos propuestos por Ewart, una relación social estrecha es aquélla en la cual los guiones de acción de cada persona implicada están interconectados o son interdependientes, y el número de guiones interconectados y de propósitos al que sirven tales conexiones lo define la densidad de la relación; cuanto más densa es una relación social, tanto mayor es la probabilidad de que el intento de una persona de alterar una simple rutina de comportamiento trastorne las rutinas y metas de los otros, y se socave su compromiso con nuevas pautas de comportamiento de salud.

**La teoría de la acción social...**

plantea que el cambio en los comportamientos de salud y enfermedad está mediado por el contexto social, que engloba las influencias de las organizaciones y relaciones sociales.

Por último, el contexto modifica las capacidades personales y las relaciones sociales y afecta al establecimiento de metas, la consideración de oportunidades para la acción y el diseño y ejecución de estrategias de salud relevantes. Estas influencias contextuales son analizadas en términos de:

- Escenarios, entendidos como características físicas de nuestro ambiente, de tareas rutinarias y del medio social inmediato. Éstos influyen sobre las metas y estrategias de comportamiento al determinar el acceso a los recursos materiales necesarios.

- Relaciones sociales o conjunto de beneficios, expectativas y obligaciones que influyen en el establecimiento de metas y en la elección de estrategias en pro de la salud. Además, las relaciones sociales proporcionan modelos cuyo comportamiento facilita o inhibe las pautas de acción.

- Estructuras organizacionales que canalizan las metas, expectativas y estrategias personales de diferentes maneras.

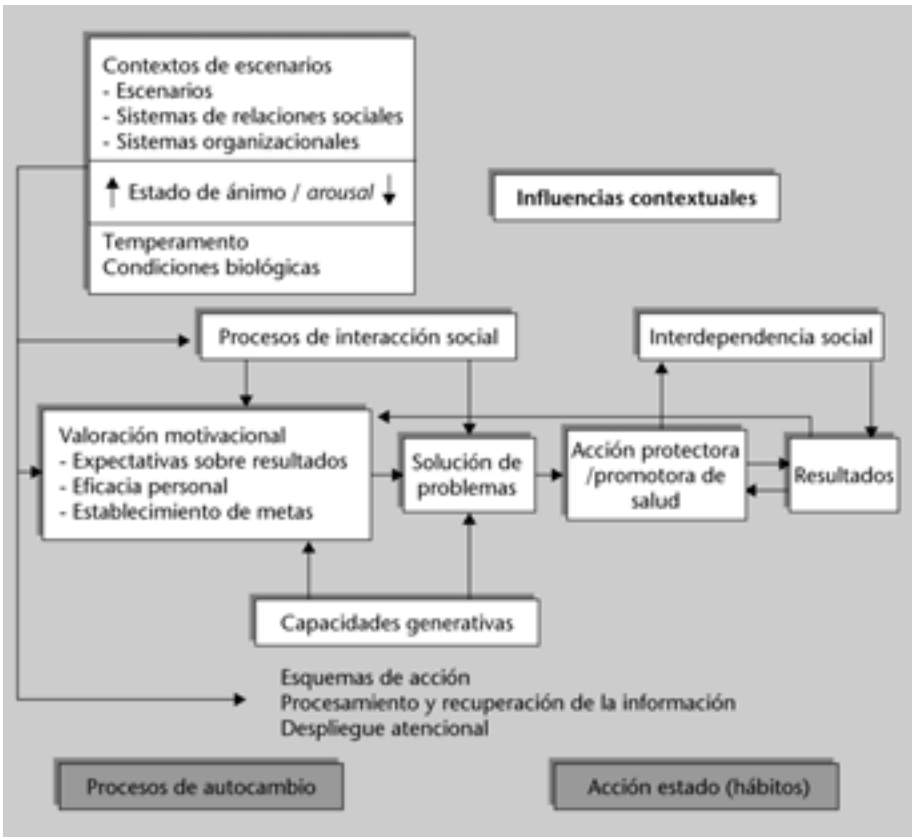
Estas influencias sociales se combinan con los condicionantes biológicos para generar estados de ánimo o de activación que influyen sobre la atención, el tipo de información de salud codificada en la memoria, el grado en el que se procesa dicha información y la capacidad para recuperarla.

En el siguiente esquema representamos este modelo que, en nuestra opinión, por su complejidad ha suscitado poco interés entre los investigadores. De hecho, nosotros sólo conocemos una aplicación del mismo para predecir y explicar el cambio de comportamiento y la promoción del bienestar después de un ataque cardíaco. Las personas que sobreviven a un ataque cardíaco tienen numerosas dificultades, tanto de comportamiento como psicológicas, para seguir los consejos médicos respecto a los cuidados rutinarios que deben llevar a cabo; por ejemplo, sus miedos infundados dificultan la adopción de cambios en sus estilos de vida como desempeñar un trabajo normal, participar en actividades recreativas, adherirse a un programa de ejercicio físico, etc.

En opinión de Ewart y Fitzgerald (1994), la teoría de la acción social sobre el cambio de comportamiento de salud sugiere técnicas para incrementar el bien-

estar y modificar los factores comportamentales de riesgo; en concreto, fueron efectivas la modificación de las evaluaciones de autoeficacia junto con la implicación de los miembros de la familia del paciente para que éste aplicase una rutina de cuidado médico y de visitas clínicas, así como un seguimiento mediante el teléfono. Esto, a su vez, tuvo consecuencias positivas en el bienestar y en la calidad de vida del paciente.

Figura 7. Teoría de la acción social (Ewart, 1991).



# 3. Balance final sobre los determinantes del comportamiento de salud

Los modelos examinados demuestran que es posible responder a algunas de las cuestiones centrales de la psicología de la salud:

¿Por qué adoptan las personas comportamientos protectores de la salud? ¿De qué manera podemos ayudar a las personas a la adopción de comportamientos de salud y al abandono de hábitos de riesgo? ¿Qué factores permiten predecir su cumplimiento y por qué algunas personas no siguen el consejo del médico? ¿Cómo se puede mejorar su cumplimiento?

A la luz de los modelos expuestos, podríamos decir que para que una persona adopte comportamientos de salud es necesario:

**1)** Percibir que su salud está amenazada.

**2)** Considerar que dicha amenaza representa, en su caso, un riesgo serio para la salud; lo que implica que ha superado el sesgo optimista.

**3)** Optar por efectuar alguna acción al respecto y sienta que es capaz de llevarla a cabo, que está bajo su control.

**4)** Estimar que dicha acción es aceptada e incluso modelada y recompensada por su entorno social.

**5)** Considerar que ésta tiene una alta probabilidad de reducir el riesgo a un coste aceptable.

Según esto, el entorno social del sujeto es un determinante principal de la adopción de comportamientos de salud. Mediante la presión de los otros, el individuo establece una norma con la que se siente comprometido y cuyo cumplimiento es recompensante en sí mismo, entre otras cosas por lo que supone de coherencia y equilibrio personal. Nunca será suficiente el énfasis que pongamos en el papel del entorno social respecto a la salud de los sujetos, pues como hemos visto antes, aun en el caso de que el sujeto perciba un riesgo para su salud, esto no será suficiente para adoptar una acción protectora si los otros no presionan en dicha dirección.

Por otra parte, aunque no todos los modelos expuestos establecen de manera explícita el modo como podemos actuar para ayudar a las personas a realizar comportamientos de salud y abandonar hábitos de riesgo, sí que señalan qué factores predicen o explican tales cursos de acción, lo que nos permite deducir algunas líneas maestras de cara a la modificación del comportamiento.

Estos modelos subrayan la idea de que la adopción de un comportamiento de salud es un proceso y no un estado, y es posible que recaigamos en nuestros hábitos de riesgo, sobre todo porque nuestra conducta se define en interacción con las situaciones sociales y no siempre nos enfrentamos a situaciones de bajo riesgo, en las que el medio presiona a favor de la salud, sino que también nos enfrentamos a situaciones de alto riesgo en las que el entorno social presiona en contra de la adopción de comportamientos saludables.

En cuanto a los factores que permiten predecir y explicar por qué algunas personas son resistentes a seguir el consejo del médico, la investigación ha acumulado un cuerpo importante de evidencia empírica que pone de manifiesto que estos determinantes son:

**1)** La percepción de los pacientes sobre la gravedad de su enfermedad.

**2)** La creencia del paciente de que su comportamiento no le beneficiará.

**3)** Una pobre y deficiente comunicación con el profesional de la salud.

**4)** La falta de apoyo social.

La interacción con el profesional de la salud es un factor determinante de primera magnitud en este caso, como ha puesto de manifiesto la teoría de la acción social, ya que la resistencia de algunas personas para no seguir los consejos del médico está relacionada con una comunicación deficiente entre éste y el paciente. Para mejorarla, León, Jarana y Blanco (1991) proponen al profesional de la salud las siguientes medidas:

**1)** Que se ponga en el lugar del paciente. Que le solicite información útil para la elección y puesta en práctica del tratamiento.

**2)** Que simplifique las prescripciones todo lo que le sea posible.

**3)** Que las ajuste a la rutina diaria del paciente.

**4)** Que se las explique claramente.

**5)** Que consiga la participación de las personas del entorno del paciente y que establezca una red de apoyo.

**6)** Que realice un seguimiento del cumplimiento por parte del paciente.

Todo esto supone desarrollar entrenamientos en habilidades sociales como una herramienta fundamental en la formación de los profesionales de la salud. Y a su vez, esto redunda en su nivel de salud laboral, pues evita la frustración y el distrés asociados a su función asistencial (León Rubio et al., 1997).

Dichos entrenamientos estarían orientados, de acuerdo con lo expresado antes, a que el profesional de la salud mantenga una interacción satisfactoria y eficaz con los pacientes, y les dote de las capacidades necesarias para que cumplan con las prescripciones que se les proporciona.

Para terminar, podríamos decir que los modelos examinados constituyen herramientas útiles y necesarias para el desarrollo de nuestra disciplina, ya que han generado una serie de investigaciones que han aumentado nuestro conocimiento sobre el comportamiento de las personas relacionado con la salud, nos han permitido organizar y explicar las observaciones que a este respecto habíamos acumulado y nos facilitan una guía para la acción, de cara a que podamos prestar un servicio a aquellas personas que necesitan modificar sus comportamientos de riesgo.

Sin duda alguna, estos modelos representan tan sólo un número limitado de los múltiples factores que pueden actuar como determinantes del comportamiento de salud en un momento dado. Aún más, ni siquiera agotan los determinantes y procesos del comportamiento social que pueden ser útiles para explicar los problemas relacionados con la salud.

Por tanto, queda mucho para llegar a predecir el comportamiento relacionado con la salud con total precisión y fiabilidad. Estos modelos pueden ayudarnos a que nos formulemos las preguntas relevantes; aunque esto no será suficiente, también deberemos transformar tales preguntas en procedimientos metodológicos que garanticen la validez y fiabilidad de las observaciones que efectuemos. Por todo esto, en el siguiente modulo nos ocupamos de la forma en la que procedemos para construir nuestro conocimiento en este ámbito. Ahora bien, en el mismo sólo haremos referencia a las estrategias metodológicas que son peculiares a la psicología de la salud, por entender que los diseños de investigación utilizados en este campo son comunes a los empleados por la psicología y objeto de otras materias de esta licenciatura.

## Resumen

Hemos expuesto los modelos teóricos que conforman la estructura de análisis de la psicología de la salud, y los hemos agrupado en dos categorías:

**1)** Las teorías de la expectativa-valor que sostienen la tesis de que las actitudes y las creencias son los principales determinantes del comportamiento. En esta categoría hemos incluido los modelos de creencias de salud, la teoría de la acción razonada y del comportamiento planificado y las teorías de la motivación protectora, propuestas teóricas que sostienen que la opción por un diferente curso de acción se basa en dos tipos de cogniciones:

**a)** la probabilidad subjetiva de que un determinado comportamiento conducirá a un conjunto de resultados esperados, y

**b)** la valoración de los resultados de la acción.

Estas teorías predicen que una persona elegirá, entre varios cursos de acción alternativos, aquel que tenga más posibilidades de resultar en consecuencias positivas o de evitar las negativas.

**2)** Los modelos sobre la autorregulación del comportamiento (el modelo del proceso de la adopción de precauciones, el del proceso de acción a favor de la salud y la teoría de la acción social), que parten de dos ideas básicas:

**a)** Una, que el principal determinante de los comportamientos relacionados con la salud es la motivación intrínseca o necesidad subyacente en el individuo de competencia y autodeterminación, que nace de las satisfacciones derivadas de cumplir criterios internos y de una percepción de la eficacia personal obtenida mediante el propio rendimiento y de la interacción recíproca con el medio, en la que intervienen mecanismos tales como la persuasión, la comparación social o el modelado.

**b)** Dos, que la autorregulación del comportamiento de salud es un proceso divisible en distintos estadios o etapas, en cada uno de los cuales las interacciones entre los determinantes del comportamiento serían distintas.

# Actividades

**1.** Estableced predicciones sobre el siguiente caso práctico, fundamentadas en los principios del modelo de creencias sobre la salud, de la teoría de la acción razonada y de la conducta planificada, y de la teoría de la motivación protectora.

María, una mujer de 35 años, con antecedentes familiares de cáncer de mama, sentía preocupación por este tema. Hojeando una revista, leyó un artículo que describía el procedimiento de autoexploración mamaria. Su preocupación le llevó a poner en práctica dicho procedimiento, y se descubrió un pequeño bulto en una de sus mamas. El miedo que le causó le incapacitaba para acudir sola al especialista, motivo por el que fue a contar su problema a unas amigas. Algunas trataron de quitarle el miedo restándole en importancia y comentándole que muchas mujeres tienen bultos en los pechos, pero que esto no significa que sean malignos, y otras le recomendaron hacerse una mamografía para salir de dudas. Sin embargo, las presiones de la vida diaria hicieron que no acudiese inmediatamente a la consulta del especialista. La semana siguiente, mientras cenaba, pudo ver en un programa de televisión una serie de mujeres mastectomizadas que daban sus testimonios y resaltaban la importancia de las revisiones periódicas. ¿Acudirá al especialista para hacerse la mamografía?

**2.** Estableced predicciones sobre el siguiente caso práctico, fundamentadas en los principios establecidos por el modelo del proceso de adopción de precauciones, el modelo de acción a favor de la salud y la teoría de la acción social.

Francisco, un hombre de 55 años, obeso, con elevado nivel de colesterol, y presión arterial alta, sufrió un infarto de miocardio hace dos meses, del que parece recuperarse favorablemente. Las prescripciones médicas establecían la necesidad de un cambio en su estilo de vida (entre otros aspectos, dejar de fumar, controlar su peso, llevar una dieta baja en grasas y sales, seguir un programa de ejercicio físico y tomar la medicación de manera regular). El médico se ocupó de informarle acerca de la gravedad de lo ocurrido, y de la importancia de la adherencia al tratamiento para tener calidad de vida. Francisco, preocupado por su problema, hizo el firme propósito de adherirse al tratamiento, se informó acerca de los alimentos que debía consumir, acudió a pedir ayuda para dejar de fumar a la unidad del tabaco del hospital donde estuvo ingresado tras el infarto, etc. Sabe que no es fácil, pero ha tomado conciencia de lo grave que sería tener otro infarto, y se considera capaz de seguir el tratamiento. Su esposa también lo considera capaz y lo apoya en todo momento. ¿Lo conseguirá?

**3.** Elegid un problema de salud y aplicad los principios establecidos por los modelos anteriores a su resolución.

# Ejercicios de autoevaluación

### De elección múltiple

**1.** El modelo de creencias sobre la salud…
**a)** se ha aplicado para evitar o disminuir comportamientos de riesgo como el tabaquismo.
**b)** se ha aplicado con el fin de instaurar o aumentar comportamientos protectores de la salud como favorecer la adhesión al tratamiento.
**c)** se basa en la teoría del valor esperado y las teorías acerca de la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre.
**d)** Todas las anteriores son correctas.
**e)** Todas las anteriores son falsas.

**2.** Entre los elementos constituyentes del modelo de creencias de salud se encuentran…
**a)** la norma subjetiva.
**b)** la intención de tener la conducta de salud.
**c)** la actitud hacia la conducta de salud.
**d)** Todas las anteriores son correctas.
**e)** Todas las anteriores son falsas.

**3.** La teoría de la acción razonada…
**a)** parte de la idea de que siempre se da una perfecta correspondencia entre la intención y el comportamiento.
**b)** señala que la conducta está determinada por dos factores, los sociales y los culturales.
**c)** apunta que la "norma subjetiva" refleja cómo las personas perciben la presión social que se ejerce sobre ellas para que se realice o no una determinada conducta.
**d)** Todas las anteriores son correctas.
**e)** Todas las anteriores son falsas.

**4.** La teoría de la conducta planificada sostiene que…
**a)** el factor determinante de la conducta, además de la intención, es el control percibido por la persona sobre la conducta.
**b)** las actitudes hacia objetivos son una parte integrante de esta teoría.
**c)** las variables externas (por ejemplo, las variables demográficas) influyen de manera directa sobre la conducta de salud.
**d)** Todas las anteriores son correctas.
**e)** Todas las anteriores son falsas.

**5.** La teoría de la motivación protectora se encuadra dentro de los modelos de…
**a)** la autorregulación del comportamiento.
**b)** la expectativa–valor.
**c)** el balance decisional.
**d)** Todas las anteriores son correctas.
**e)** Todas las anteriores son falsas.

**6.** El modelo del proceso de adopción de precauciones…
**a)** identifica aquellas variables que pueden influir en la adopción de precauciones, pero no establece el modo en el que lo hacen.
**b)** señala que la travesía de una etapa de creencias sobre susceptibilidad a otra tiene un sentido evolutivo.
**c)** suele ser criticado por su incapacidad para valorar con precisión los factores sociales, étnicos y demográficos que afectan a las conductas de salud de las personas.
**d)** Todas las anteriores son correctas.
**e)** Todas las anteriores son falsas.

**7.** En el modelo de acción en favor de la salud, la formación de una intención de conducta está influida por…
**a)** las percepciones de riesgo y la autoeficacia percibida.
**b)** la autoeficacia, pero no por las expectativas de resultado.
**c)** las expectativas de resultado, pero no por las de riesgo.
**d)** Todas las anteriores son correctas.
**e)** Todas las anteriores son falsas.

**8.** La teoría de la acción social sostiene que…
**a)** los hábitos saludables se representan como un bucle de control acción-resultado que es mantenido por las influencias contextuales.
**b)** los cambios de conducta y el mantenimiento de hábitos de salud están mediados por el contexto social.
**c)** las influencias sociales generan determinados estados de ánimo o de activación al margen de los condicionantes biológicos.
**d)** Todas las anteriores son correctas.
**e)** Todas las anteriores son falsas.

**9.** En la adopción de una conducta de salud, según Amigo, Fernández y Pérez (1998), pueden influir variables situacionales como…
**a)** las barreras culturales y actitudinales.
**b)** el contexto social en el que transcurre la vida personal.
**c)** la autoeficacia interactiva.
**d)** Todas las anteriores son correctas.
**e)** Todas las anteriores son falsas.

**10.** El proceso de acción a favor de la salud sostiene que…
**a)** la confianza en las consecuencias dependientes de la acción supone que la persona se considere a sí misma como agente de cambio.
**b)** la formación de una intención de conducta garantiza que la persona adopte esta última.
**c)** una vez iniciada la conducta de salud, el mantenimiento de ésta depende del control de dicha acción, es decir, del sentido de autoeficacia de la persona.
**d)** Todas las anteriores son correctas.
**e)** Todas las anteriores son falsas.

**Cuestiones breves**

**1.** Explicad a qué hace referencia el concepto de "norma subjetiva" en la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975).

**2.** Definid los conceptos de *actitud optimista* y *autoeficacia interactiva*.

**Desarrollo del tema**

¿Qué papel juegan las actitudes en la adopción de conductas de salud?

# Solucionario

## Actividades

Las soluciones que proponemos a continuación son orientativas.

### Actividad 1

**Modelo de creencias sobre la salud**

María muestra interés por su salud (motivación de salud), y esto le lleva a adoptar una conducta preventiva de autoexploración. Sus antecedentes familiares hacen que se sienta vulnerable (susceptibilidad percibida), y sabe que las consecuencias de padecer cáncer de mama son graves, mastectomía o incluso metástasis y muerte (gravedad percibida), y que los beneficios percibidos de una revisión a tiempo son altos. Sin embargo, los costes percibidos también son altos, puesto que aunque la prueba sea gratuita, tiene efectos secundarios (radiaciones), María no dispone de mucho tiempo para ir al especialista, y es una prueba incómoda y dolorosa. Por otro lado, el medio social le proporciona claves que desencadenan la acción (el artículo de la revista, y el programa de televisión). También pueden influir en estas percepciones subjetivas ciertas variables culturales (miedo al cáncer), sociodemográficas (sexo y edad) y psicosociales (influencia de sus amigas). Todos estos factores nos indican que la amenaza percibida es alta y, por tanto, existe una probabilidad elevada de que María ejecute la conducta de salud.

**Teoría de la acción razonada**

María desarrollará la intención de acudir al especialista si tiene una actitud positiva hacia la conducta, es decir, si considera que la mamografía puede ser útil para solucionar su problema de salud, y si cree que sus referentes sociales significativos (en nuestro caso las amigas a quienes pide consejo) piensan que debería llevarla a cabo (presión social o norma subjetiva). Ahora bien, este modelo también plantea que la intención no siempre se actualiza (el infierno está lleno de personas con buenas intenciones), y dado que ha transcurrido ya una semana desde que tuvo la intención de acudir al especialista, y además buscó la ayuda y el consejo de sus amigas, es probable que no se haga la mamografía.

**Teoría de la conducta planificada**

A los factores considerados por la anterior teoría, hemos de añadir la percepción de control que tiene la persona sobre su comportamiento. María, además de tener la intención de acudir al especialista (aspecto que está mediado por su actitud hacia la conducta y la presión social), deberá sentirse capaz de llevarla a cabo (disponer de cierto tiempo para ir al médico y sentirse con los recursos necesarios de manera que el miedo no la paralice) y asegurarse de que va a obtener el resultado deseado, es decir, disminuir la incertidumbre acerca de lo maligno que pudiese ser el tumor. Además, María no se siente capaz de acudir al especialista sola, por lo que no tiene control sobre la ejecución de la conducta, lo que disminuirá la probabilidad de que ejecute la conducta de salud.

**Teoría de la motivación protectora**

Desde esta teoría, el miedo que le causa a María padecer cáncer es uno de los factores determinantes de la motivación que lleva a las personas a protegerse de cualquier daño. Ahora bien, esta motivación depende de dos factores: la apreciación de la amenaza y la evaluación de la respuesta de afrontamiento. Por tanto, María acudirá al especialista a realizarse la mamografía si percibe que su salud está seriamente amenazada (el bulto le causa preocupación de padecer cáncer de mama, y se siente vulnerable por sus antecedentes familiares). Sin embargo, no se considera eficaz para acudir al especialista y hacer frente a la amenaza. Por otro lado, la conducta de salud implica unos costes, puesto que tiene efectos secundarios, pero ha aprendido en la televisión que su detección precoz ayudará a su control y curación sin correr el riesgo de que, en caso de que el tumor exista, éste se desarrolle y pueda llevar a la necesidad de practicarle una mastectomía o incluso derivar en una metástasis.

En definitiva, aunque María está motivada para proteger su salud, y sienta que su problema puede ser grave, no dispone de estrategias de afrontamiento adecuadas, puesto que no se considera eficaz para llevar a cabo la conducta de salud; por tanto, no tenemos la seguridad de que busque ayuda médica.

**Actividad 2**

**Modelo del proceso de adopción de precauciones**

Desde este modelo se predice que cuando Francisco se disponga a poner en práctica las prescripciones médicas y, por tanto, adoptar comportamientos protectores de salud, deberá atravesar siete etapas de creencias en su propia susceptibilidad:

- Antes de sufrir el infarto, podía ocurrir que Francisco desconociera que, por ejemplo sus niveles de colesterol y presión arterial fueran anormalmente elevados, por lo que no era consciente de que su conducta alimentaria fuese peligrosa para su salud.

- Francisco podía ser consciente de sus niveles elevados de colesterol y presión arterial y de su relación con las enfermedades cardíacas; sin embargo, podía pensar también que desarrollar una enfermedad de este tipo o sufrir un infarto no le fuese a ocurrir a él, sólo a los demás (sesgo optimista).

- Es posible que incluso reconociera el riesgo de sufrir un ataque cardíaco, pero no se mostrase dispuesto a modificar su dieta.

- Tras el infarto, es muy probable que Francisco decida reducir sus niveles de colesterol y presión arterial y opte por cambiar su estilo de vida, y que intente mantener dicho cambio a lo largo del tiempo.

**Modelo de acción en favor de la salud**

Para que Francisco consiga adherirse a las prescripciones médicas y cambiar los hábitos que suponen un riesgo para su salud, deberá implicarse en un proceso de autorregulación que consiste en varios estadios:

- Motivación para la acción e intención de cambio. Francisco estará dispuesto a cambiar su estilo de vida, puesto que:

– Percibe que es vulnerable a sufrir un nuevo infarto de miocardio y que éste suele ser más grave que el primero e implica un mayor riesgo de muerte (percepción de riesgo).

– Es consciente de que no adherirse a las prescripciones médicas y continuar fumando, llevando una dieta inadecuada, no tomar la medicación, etc. puede conducirle a sufrir un nuevo infarto e incluso a la muerte (expectativas de resultado).

– Se percibe capaz de incorporar dichos cambios a su estilo de vida (expectativas de autoeficacia).

- Puesta en práctica de la acción y mantenimiento. Para que Francisco se esfuerce en introducir cambios en su estilo de vida, incorpore al mismo las prescripciones médicas y persista en esto será necesario que:

– Establezca un plan de actuación sobre cómo serán esos cambios: qué alimentos comprar, cuándo y con qué frecuencia comer, qué cantidades, cuándo y dónde hacer ejercicio físico, cuándo tomar la medicación, etc.

– Se perciba autoeficaz para superar obstáculos. Por ejemplo, al tener que dejar de fumar debe considerarse capaz de renunciar a las recompensas inmediatas de fumarse un cigarrillo y esperar largo tiempo para recibir las recompensas del comportamiento sano como evitar un nuevo infarto o desarrollar un cáncer de garganta.

– Sea capaz de hacer frente a barreras culturales y actitudinales (como la de equiparar la "buena vida" con hábitos poco saludables como fumar o comer en exceso), barreras provenientes de la naturaleza de los hábitos de salud (como renunciar a las satisfacciones inmediatas de una buena comilona y de fumar), barreras de sistema sanitario (que potencia un usuario pasivo) y provenientes del contexto social (puede que los amigos de Francisco fumen en su presencia y pongan a prueba su fuerza de voluntad).

Además, su esposa también lo considera capaz de cambiar, lo que es fundamental para que Francisco cambie de comportamiento y mantenga dichos cambios en el tiempo (autoeficacia interactiva).

**Teoría de la acción social**

Desde esta teoría, se predice que Francisco conseguirá adherirse a las prescripciones médicas y abandonar hábitos peligrosos para su salud en favor de otros beneficiosos, dado que:

- Es consciente de que no adherirse a las prescripciones médicas puede conducirle a sufrir un nuevo infarto e incluso a la muerte (expectativas de resultado).
- Se percibe capaz de incorporar dichos cambios a su estilo de vida (expectativas de autoeficacia), y de persistir en su esfuerzo.
- Es capaz de establecer una meta u objetivo claro y desarrollar un plan de acción para conseguirlo.
- Dispone de apoyo social para lograr el proceso de autocambio.
- La interacción médico-paciente parece haber sido satisfactoria para él, puesto que le ha proporcionado información relevante para su salud.
- Existen estructuras organizacionales que canalizan el cambio (unidad del tabaco).

**Actividad 3**

Nosotros hemos elegido como problema de salud relevante la hipertensión arterial. Es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo, su distribución es mundial y afecta a todas las razas, principalmente a la población que se encuentra entre la cuarta y la quinta décadas de la vida. La mayoría de las personas que sufren hipertensión no presentan ningún síntoma, por lo que no suelen ser conscientes de los riesgos que supone su enfermedad, por ejemplo, sufrir un infarto. La falta de adherencia a los regímenes médicos en pacientes con hipertensión arterial es un problema de primera magnitud que, por lo general, no es debido a olvido, ignorancia o falta de voluntad, sino a que supone cambios importantes en su estilo de vida. A esto hay que sumarle el hecho de que los tratamientos para este tipo de enfermedades apenas muestran resultados favorables y, en cambio, sí sus efectos secundarios indeseables. Sólo cuando la interrupción del tratamiento provoca una crisis, el paciente es consciente de la relación existente entre dicho tratamiento y el control de la enfermedad.

Una propuesta de solución del problema con base en los principios establecidos por los modelos explicativos de las conductas relacionadas con la salud y la enfermedad podría ser la siguiente:

**1)** Desarrollar en la persona un mayor interés por la evaluación y el cuidado de su salud (motivación de salud). Para despertar este interés y, consecuentemente, la intención de poner en práctica las recomendaciones médicas, es fundamental ofrecer información sobre su enfermedad al propio paciente e incrementar su conocimiento acerca de los riesgos que supone, aún más en este caso, dado que al tratarse de una enfermedad asintomática se incrementa el riesgo.

**2)** Se debe proporcionar información que permita:

**a)** Incrementar el conocimiento que tiene el paciente sobre la enfermedad y los riesgos asociados a su padecimiento para incrementar la gravedad percibida por el paciente. Se pueden utilizar ciertos desencadenantes (claves para la acción) que disparen las percepciones de susceptibilidad y gravedad como, por ejemplo, escuchar a otros enfermos con problemas similares o ver vídeos donde se expongan casos parecidos al del enfermo que resalten la importancia del seguimiento de las prescripciones médicas (norma subjetiva). Al sentirse vulnerable, éste podrá ir avanzando por una serie de etapas que van desde no tener conciencia del riesgo que supone su problema de salud hasta el mantenimiento de la conducta de salud (recordad el modelo del proceso de adopción de precauciones).

**b)** Proporcionar información acerca de las medidas terapéuticas que se suelen emplear en el tratamiento de la hipertensión, resaltando los beneficios asociados a la adherencia al tratamiento y los riesgos que implica la no adherencia.

En definitiva, se pretende hacer sentir al sujeto vulnerable, que adquiera conciencia de la gravedad de su enfermedad, y que establezca un balance costes/beneficios a favor del cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. De este modo, se pretende desencadenar:

– una actitud positiva hacia la importancia de dicho cumplimiento, y

– una motivación protectora que le haga percibir que su salud está seriamente amenazada (puede sufrir un infarto o un accidente cerebrovascular), pero que puede hacer muchas cosas eficaces y a un coste muy bajo para reducir el riesgo de complicaciones (seguimiento de medidas médicas farmacológicas y cambios en su estilo de vida).

Además, para que estos pacientes estén dispuestos a esforzarse en seguir dichas prescripciones y persistir en esto, deben considerarse capaces de llevarlas a cabo (expectativas de autoeficacia), es decir, debemos promover en ellos la creencia de que son capaces de adherirse al tratamiento, y que esto les va a permitir lograr los resultados deseados (protegerse de un infarto o accidente cerebrovascular).

Para facilitar la puesta en práctica de estas prescripciones por parte de los pacientes hipertensos y la adherencia a las mismas durante largos periodos de tiempo (ya que nos encontramos ante una enfermedad crónica), es conveniente que establezcamos objetivos y metas de actuación claros y específicos que vayan aumentando progresivamente en complejidad, e irlos incorporando a los patrones de comportamiento y estilos de vida de estos pacientes.

En esta tarea es muy recomendable que pongamos a disposición de los pacientes un plan de actuación pormenorizado y que se corresponda con la consecución de dichos objetivos. Es conveniente, por tanto, que el paciente sepa con claridad qué debe hacer, cuándo, cómo y con qué barreras u obstáculos (culturales y actitudinales, provenientes de los hábitos de salud, del sistema sanitario o del contexto social) puede encontrarse y con qué recursos cuenta para hacerles frente.

## Ejercicios de autoevaluación

### De elección múltiple

**1.** d; **2.** e; **3.** c; **4.** a; **5.** b; **6.** c; **7.** a; **8.** b; **9.** d; **10.** c.

### Cuestiones breves

**1.** Percepción que tiene la persona acerca de las presiones sociales que ejercen sobre ella para que realice una determinada conducta de salud. Parte de la idea de que las personas intentan hacer algo cuando creen que otras personas importantes para ellas piensan que deberían hacerlo. Esta norma subjetiva es estimada, por una parte, por las creencias normativas del sujeto acerca de la probabilidad de que determinadas personas o grupos significativos esperen que desempeñe o no la conducta en cuestión y, por otra parte, por la motivación individual para cumplir con dichas expectativas percibidas.

**2.** El concepto *sesgo optimista* hace referencia a la creencia de que determinados comportamientos de riesgo para la salud sólo son peligrosos para los demás (por ejemplo, fumar provoca cáncer pero esto no me va a ocurrir a mí).

Esta creencia se mantiene por la dificultad que implica el cambio de comportamiento.

El término *autoeficacia interactiva* puede ser definido como las percepciones que tienen nuestros allegados acerca de nuestras capacidades para llevar a cabo ciertas conductas preventivas y de salud.

Juegan un papel crucial en la adopción de conductas de salud; si es importante que yo me considere capaz de llevar a cabo comportamientos de salud, también lo es que las personas relevantes para mí crean que soy capaz de hacerlo.

### Desarrollo del tema

Las actitudes tienen un peso importante a la hora de disponer a la persona a poner en marcha diferentes conductas encaminadas a la promoción de su salud (por ejemplo, llevar una dieta sana, hacer ejercicio físico con regularidad, no fumar, no beber en exceso, dormir siete-ocho horas al día), ya que se refieren a los pensamientos y sentimientos que nos predisponen para llevar a cabo dichas conductas de salud.

Estas actitudes están basadas en los juicios que la persona emite sobre lo bueno o malo de llevar a cabo una acción determinada; esto depende de sus creencias acerca de la probabilidad de que la realización de un determinado comportamiento dé como resultado una serie de consecuencias específicas, y por la evaluación subjetiva de dichas consecuencias o resultados. En términos generales, esta actitud es favorable cuando la mayoría de las creencias sobre el

propio comportamiento se basan en las consecuencias positivas, y será desfavorable cuando la mayoría de dichas creencias se fundamenten en los efectos negativos.

A pesar de la importancia de las actitudes en su capacidad para movilizar a la persona a la puesta en práctica de conductas de salud, debemos tener en cuenta que el desarrollo de la "intención" de poner en marcha estas conductas también va a estar condicionado por otros factores que en ocasiones son infravalorados, como pueden ser las emociones, los condicionantes sociales (por ejemplo, las influencias de determinados grupos sociales y del modelo de asistencia sanitaria), las condiciones y estilos de vida de la persona, etc. Asimismo, existen una serie de barreras que pueden influir en la adopción de dichas conductas de salud y que deberemos tener en cuenta, como son las barreras culturales y actitudinales, las provenientes de la naturaleza de los hábitos de salud y las asociadas al sistema sanitario y el contexto social en el que transcurre la vida personal.

## Glosario

**actitud** *f* Disposición interna duradera que mantiene las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o una clase de objetos del mundo social.

**autoeficacia** *f* Juicios de cada individuo sobre sus capacidades, sobre la base de los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado.

**autorregulación** *f* Proceso mediante el cual la ejecución de ciertas conductas por parte del sujeto está controlada por la recompensa que resulta en sí la realización de tales comportamientos, basándose en un proceso evaluativo que se impone el sujeto a sí mismo.

**creencias** *f pl* Opinión que se mantiene acerca de un objeto de actitud, es decir, pensamiento o conocimiento que se posee acerca de alguna persona, objeto o problema.

**mastectomía** *f* Eliminación quirúrgica de las mamas. Se practica para eliminar un tumor canceroso mamario, en raras ocasiones se recomienda para un tumor benigno y otras enfermedades de la mama.

## Bibliografía

### Bibliografía básica

Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud.* Madrid: Paraninfo.

León Rubio, J. M. y Medina Anzano, S. (2002). *Psicología Social de la Salud: fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicación Social.

Páez, D., Ubillos, S., Pizarro, M., y León, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de acción razonada aplicados al caso del SIDA. *Revista de Psicología General y aplicada,* 47 (2), 141-149.

Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud.* Madrid: Síntesis.

Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1999). Modificación de las conductas de riesgo y adopción de las conductas saludables: el rol de las creencias de autoeficacia. En A. Bandura (Ed.), *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*, 223-244. Bilbao: DDB.

### Bibliografía complementaria

Ajzen, I. (1985). From intentions to action: A theory of planned behavior. En J. Khul y J. Beckmann (Eds.). *Action-control: from cognition to behavior*, 11-39. Heidelberg: Springer.

Ewart, C. K. (1991). Social action theory for a public health psychology. *American Psychologist,* 46 (9), 931-946.

Fishbein, M. (1990). Aids and behavior change: An analysis based on the theory of reasoned action. *Revista Interamericana de Psicología*, 24, 39-55.

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. MA, US: Wesley, Reading: Addison.

Schwarzer, R. (1995). Modelling health behavior change: the health action process approach. *The Canadian health Psychologist*, 3 (2), 49-51.

Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1996). Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models. En M. Conner y P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models*, 163-196. New York, NY, US: Cambridge University Press.

Taylor, S. E. (1999). Health behaviors. *Health Psychology* (4.ª ed.). New York, NY, US: McGraw-Hill.

Tedesco, L. A., Keffer, M. A., y Fleckkandath, C. (1991). Self-Efficacy, Reasoned Action, and Oral Health Behavior Reports: A Social Cognitive Approach to Compliance. *Journal of Behavioral Medicine* 14 (4), 341-355.

Terry, D. J. (1994). *The Theory of Reasoned Action: Its Application to AIDS-Preventive Behavior.* Oxford, England, UK: Pergamon Open Learning.

## Bibliografía citada en el texto

Ajzen, I. y Madden, T. J. (1986). Prediction of oal-directed behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychlology,* 22, 253.

Amigo Vázquez, I., Fernández Álvarez, C., y Pérez Álvarez, M. (1998*). Manual de psicología de la salud.* Madrid: Pirámide.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Bandura A. (Ed.) (1999). *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Bandura, A. (2000). Mejora de la salud a través de mecanismos sociocognitivos. *Conferencia Inaugural del curso 2000-2001 de la Universidad de Salamanca* (mimeografiado). Salamanca.

Champion, V. L. y Scott, C. R. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research*, 46 (6), 331-337.

Costa Cabanillas, M. y López Méndez, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.

Durá Ferrandis, E., Galdón Garrido, M. J., y Andreu Vaillo, Y. (1993). Un estudio exploratorio sobre la influencia de las creencias de salud en la autoexploración de la mama. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19 (65), 385-404.

Ewart, C. K. y Fitzgerald, S. T. (1994). Changing Behaviour and Promoting well-Being after Heart Attack: A Social Action Theory Approach. *Irish Journal of Psychology*, 15 (1), 219-241.

Harris, P. y Middleton, W. (1995). Social Cognition and health behavior. En D. Mener y C. Meldrom (Eds.), P*sychology for nurses and health care professionals*, 107-130. London, England, UK: Prentice-Hall.

Hochbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs: a sociopsychological study*. Washington, D.C., US: Governement Printing Office.

León Rubio, J. M., Medina Anzano, S., Cantero Sánchez, F. J., Gómez Delgado, T., Barriga Jiménez, S., Gil Rodríguez, F., y Loscertales Abril, F. (1997). *Sistema de instrucción personalizada multimedia, en habilidades de información y comunicación en la atención al usuario. Personal Facultativo* (vídeo VHS/PAL). Sevilla: Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud.

León Rubio, J.M., Jarana Expósito, L., y Blanco Abarca, A. (1991). Entrenamiento en habilidades sociales al personal de enfermería: efectos sobre la comunicación con el usuario de los servicios de salud. *Clínica y Salud*, 2 (1), 73-80.

Páez, D., Ubillos, S., Pizarro, M., y León, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada,* 47 (2), 141-149.

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and acctitude change. *Journal of Psychology,* 91, 93-114.

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

Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Mem Fund Quart*, 44 (supl 3), 94-127.

Rosenstock, I. M. y Kirscht, J. (1982). Why people use health services. En A. Stone, F. Cohen, y N. Adler (Eds.), *Health Psychology,* 161-189. San Francisco: Jossey Bass.

Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. En R. Schwarzer (Eds.), *Self-efficacy: Thougth control of action*, 217-243. Washington, DC: Hemisphere.

Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1999). Modificación de las conductas de riesgo y adopción de conductas saludables: el rol de las creencias de autoeficacia. En A. Bandura, (Ed.), *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*, 223-244. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Stefani, D. (1993). Teoría de la acción razonada: una aplicación a la problemática de la internación geriátrica. *Revista Latinoamericana de Psicología,* 25 (2), 205-223.

Taylor, C. B., Bandura, A., Ewart, C. K., Miller, N. H., y Debusk, R. F. (1985). Raising spouse's and patient's perception of his cardiac capabilities after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology,* 55, 635-638.

Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about illness susceptibility. *Health Psychology*, 39, 806-820.

Weinstein, N. D. (1983). Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. *Health Psychology*, 2, 11-20.

Weinstein, N. D. (1984). Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457.

Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 355-386.

## Anexos

### Anexo 1

Rev. de Psicol. Gral. y Aplic., 1994, 47(2), 141-149

# Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del sida

***D. Páez Rovira; S. Ubillos Landa; M. Pizarro Pacheco***
*Universidad del País Vasco*

***M. León Canelón***
*Universidad de los Andes (Venezuela)*

**Resumen**

En este artículo se pretende presentar el estado de la discusión sobre el contenido y la estructura de las actitudes, y su relación con la conducta preventiva en el caso del sida. Las investigaciones han mostrado que algunas de las variables del modelo de creencias de salud no se asocian sistemáticamente con la conducta preventiva (uso de preservativo). El modelo de la acción razonada explica más varianza de la conducta preventiva que el anterior. El uso previo, la norma personal, la autoeficacia, el control percibido y la norma social o subjetiva son las variables de mayor capacidad predictiva. Las campañas de educación sanitaria deben centrarse en cambiar la ilusión de invulnerabilidad, disminuir la ilusión de control, incrementar la autoeficacia, reforzar la norma personal y crear normas sociales positivas. Los programas focalizados en la transmisión de habilidades pueden ser más efectivos porque refuerzan los factores previos.

**Palabras clave:** Actitudes, Normas, Comportamientos preventivos, sida.

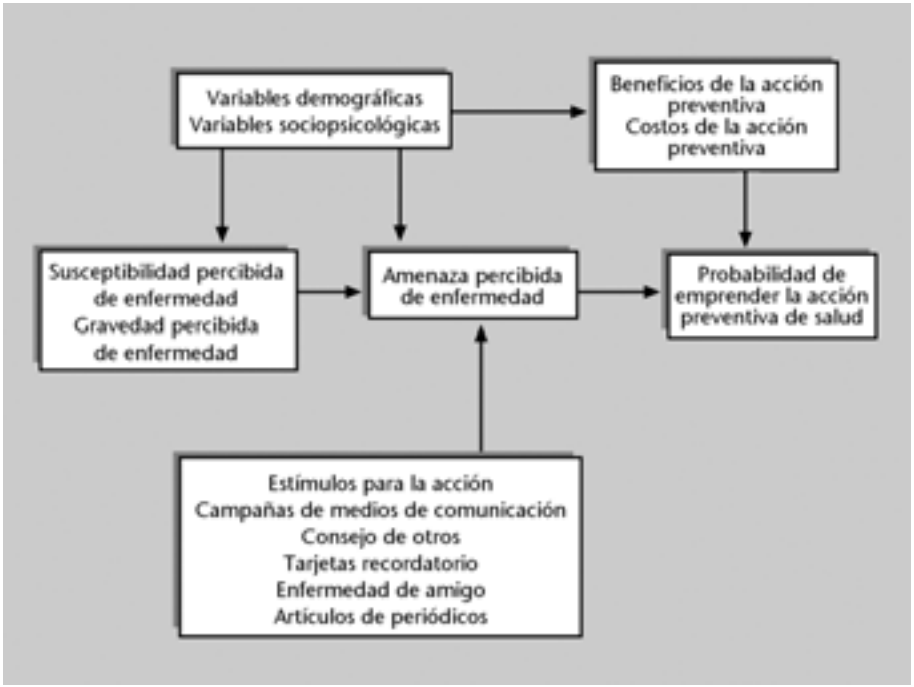
**El modelo de creencias de salud**

Las teorías de utilidad esperada postulan que el sujeto racional trata de maximizar los beneficios y minimizar los costos o riesgos de su comportamiento. Uno de estos modelos racionalistas se aplicó a la enfermedad con la denominación de modelo de creencias de salud. Este Modelo surgió en los años cincuenta, a partir de los trabajos realizados por algunos psicólogos sociales en el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (Becker, 1974).

En la tabla 1 se esquematiza el modelo de creencias de salud de Becker y colaboradores (Páez, San Juan, Romo y Vergara, 1991).

Aplicando la lógica de costes –beneficios a la conducta preventiva en salud–, el modelo de creencias de salud supone que las acciones preventivas son función de: *a)* la preocupación general del sujeto por la salud; *b)* el riesgo percibido de adquirir la enfermedad; *c)* la seriedad percibida de la enfermedad; *d)* el resultado de la comparación de los beneficios percibidos por realizar la conducta preventiva con los costes de ésta, también denominados barreras y facilitadores psico-sociológicos y *e)* los indicadores o señales de información-acción que focalizan la atención del sujeto en conductas preventivas específicas. Hay bastante evidencia empírica que confirma este modelo lógico-económico de la conducta preventiva en salud (Kaplan, Jonson, Bailey y Simon, 1987).

Tabla 1




**Riesgo percibido, severidad de la enfermedad, costes/beneficios, y conducta preventiva**

En general, la relación entre el riesgo o susceptibilidad percibida de adquirir la enfermedad y las conductas preventivas es más fuerte que la relación entre la severidad percibida de la enfermedad y la conducta preventiva (Stone, 1982). También se ha encontrado que no hay una relación simple y positiva entre informar a los sujetos de una amenaza sanitaria o riesgo y conducta preventiva, así como tampoco la hay entre nivel de conocimiento de la amenaza sanitaria y conducta preventiva (Stone, 1982). Por su parte, la investigación en sociología médica ha mostrado que no hay relación, o si la hay es negativa, entre la gravedad de la enfermedad evaluada por los médicos y el cumplimiento del tratamiento (Coe, 1979). Además, el modelo no explica el retraso con que consultan al médico personas con síntomas de cáncer o de problemas cardíacos, aspecto que se puede explicar mejor a través de una lógica afectiva de control de la ansiedad, por la denegación de indicadores amenazantes (Rodin, 1985).

En relación a la conducta preventiva de salud, y para los individuos sin síntomas, se ha encontrado que niveles bajos de severidad percibida de la enfermedad no son suficientes para motivar la conducta, mientras que niveles de severidad y miedo muy altos son inhibidores (Stone, 1982).

Retomando el enfoque del Valor Esperado, Rogers (Stroebe y Jonas, 1988) Demostró, en una serie de experiencias, que para cambiar una conducta en un sentido preventivo era necesario que la persona aumentara su percepción de la severidad (consecuencias negativas) y de la susceptibilidad o probabilidad que le afectara la enfermedad. También debía darse cuenta y aceptar que la recomendación hecha en el mensaje persuasivo era efectivo para prevenir las consecuencias severas (Stroebe y Jonas, 1988).

Por otro lado, los beneficios y costes percibidos, asociados al uso de contraceptivos, se han asociado de forma inconsistente con la conducta preventiva. Loewenstein y Furstenberg (1991) mencionan tres investigaciones que encontraron asociaciones positivas y tres que hallaron asociaciones negativas o neutras.

**Análisis empírico y crítica a las premisas del modelo de creencias de salud aplicado al caso del sida: gravedad, susceptibilidad percibida y conducta preventiva.**

Los elementos planteados por el modelo son que los sujetos deberían: creer que el sida es grave; que ellos están en riesgo o son susceptibles de adquirirlo; tener indicadores salientes y/o recordatorios del riesgo potencial del sida; conocer los mecanismos de prevención del VIH; estar motivados para hacer los esfuerzos necesarios; y tener recursos para implementar las conductas.

La seriedad o gravedad percibida del sida, en general, es homogéneamente alta. En una muestra local esta enfermedad fue evaluada tan grave como el cáncer y era percibida como la segunda enfermedad más grave (Páez y cols., 1991). La baja variabilidad de la seriedad o gravedad percibida del sida hacen que esta variable tenga baja capacidad explicativa y predictiva (Fisher y Fisher, 1992).

Según las revisiones narrativas de Fisher y Fisher (1992) y Maticka-Tyndale (1991), la susceptibilidad o riesgo percibido ante el sida se ha asociado, positivamente, a conductas preventivas en siete investigaciones, mientras que en otras siente no se ha encontrado asociado. En este mismo sentido, las encuestas KAPB y ACSF en Francia confirman que se está progresando en la utilización del preservativo, principalmente en los grupos más expuestos al riesgo de transmisión sexual del VIH (Spira y Bajos, 1993). Entre los sujetos de riesgo que declararon haber tenido más de una sola pareja durante un año escolar (13,8 por 100), las evoluciones son significativas (de 42,6 por 100 en 1990 a 56,4 por 100 en 1992), tanto en los hombres (de 53,2 por 100 a 61,5 por 100) como en las mujeres (del 25,6 al 42,8 por 100). Además, el porcentaje de personas con multiparejas que declararon uso sistemático de preservativo en las relaciones con otras parejas diferentes a su pareja principal, pasó del 24,2 por 100 en 1990 al 35,4 por 100 en 1992 (Spira y Bajos, 1993).

Por otro lado, en general las personas se consideran de bajo riesgo ante el sida, y es más, se consideran de menos riesgo que una persona normal (Hansen, Ginger y Wolkenstein, 1990). Este fenómeno, bastante común, y denominado *primus inter*

*pares,* se refiere al hecho de que hay una tendencia en las personas a declararse superior a sus pares en atributos deseables socialmente. También se ha observado que la gente subestima la probabilidad de que le afecten hechos negativos, incluyendo todo tipo de enfermedades (Rodin y Salovey, 1989). En una de nuestras investigaciones sobre el sida con muestras locales (N = 156 sujetos de la CAV) esto fue confirmado al encontrar que el riesgo medio autoatribuido (rango 1 = nada; 5 = mucho) o riesgo de contagio personal es menor (X = 2,3) y la diferencia es significativa (t = 2,2, p < 0,05 a 154 gl). El sujeto se percibe como más igual entre los iguales, de ahí la denominación *primus inter pares* (el primero entre los pares). Sin embargo, también funciona el sesgo del falso consenso: el riesgo atribuido a la persona normal, aunque sea superior, es una proyección del riesgo personal. La correlación entre ambas variables es de 0,66 (significativa, 0,001). Es decir, los sujetos asignan riesgos similares a sí mismos y al «normal» (Páez y cols., 1991).

La conducta preventiva del sida se ha encontrado asociada a los costes y beneficios percibidos, de forma coherente, en ocho investigaciones y con resultados negativos en dos (Fisher y Fisher, 1992). Asimismo, se ha encontrado asociada a la saliencia de indicadores como «tener un amigo con sida», en cinco investigaciones de forma positiva y en dos de forma negativa (Fisher y Fisher, 1992; Maticka-Tundale, 1991).

**Contraste del modelo de creencias de salud en nuestro contexto**

Los resultados de una investigación realizada en nuestro contexto (Páez y cols., 1991) muestran que la susceptibilidad percibida de la enfermedad y la silencia del grupo de pertenencia eran las variables relevantes. Además, la relación entre susceptibilidad y conducta preventiva se presenta a la inversa de la postulada por el modelo de creencias de salud; mientras más se cree que la enfermedad es fácilmente contagiable, menos número de conductas preventivas correctas se tienen. También se encontró relación inversa entre gravedad percibida de la enfermedad y conducta preventiva. Por otro lado, la relación entre riesgo percibido y conducta preventiva. Por otro lado, la relación entre riesgo percibido y conducta preventiva fue baja y no significativa.

Aunque las operacionalizaciones son *ad hoc* y algunas de ellas limitadas, estos hallazgos confirman las limitaciones del modelo de creencias de salud. Según se observó, ni la gravedad, ni la susceptibilidad, ni el riesgo se asocian, como se pensaba, con la conducta preventiva. Los resultados contradictorios hacen dudar de la «utilidad» del modelo para explicar la relación entre creencias y conducta preventiva.

**Afectividad, invulnerabilidad percibida e ilusión de control en el caso de la conducta sexual juvenil**

El modelo de creencias de salud afirma que la difusión de conductas preventivas, a nivel individual, seria una función de la preocupación por la salud. Hay que recordar que entre los jóvenes, sexualmente activos, y por tanto población de riesgo, se dan bajos niveles de preocupación por la salud y un buen estado de ánimo, lo que disminuye la accesibilidad de las informaciones amenazantes y negativas (Salovey y Birnbaum, 1991). Un buen estado de ánimo está a asociado a una menor accesibilidad y preocupación por temas negativos, como los problemas de salud, y aumenta la creencia del control interno del medio. Es decir, alimenta una sensación de ilusión de control. Por otra parte, una alta afectividad positiva se ha asociado a una mayor creencia en la eficacia de las conductas preventivas (Salovey y Birnbaum, 1991).

En la misma línea con lo encontrado en las investigaciones referidas, otro estudios han mostrado que la inducción experimental de un estado de ánimo negativo aumenta el riesgo o susceptibilidad percibida de problemas y enfermedades, mientras que un estado de ánimo positivo los inhibe (Robin y Salovey, 1989). Estos hallazgos sugieren que el buen estado de ánimo juvenil se asociaría a una inhibición de la percepción del riesgo ante el sida. Además de esta influencia de la afectividad sobre la percepción de riesgos, hay que agregar que la alta valoración del riesgo es una norma social de los adolescentes, así como es común presentar fuertes creencias de sentirse invulnerables ante los hechos negativos (Fisher, 1988).

**Condiciones para la aplicación de la lógica costes-beneficios y su ausencia en el caso de la conducta sexual juvenil**

En el caso de los jóvenes que se inician sexualmente, las condiciones necesarias para aplicar la lógica racional (información y tiempo de evaluación) parecen estar ausentes. Primero, la conducta sexual juvenil tiene un carácter impulsivo; no hay control del acto, sino que se improvisa. Loewenstein y Furtenberg (1991) encontraron entre mil sujetos norteamericanos que el 65 por 100 señalaban no haber planificado su primera experiencia sexual. Segundo, la conducta sexual, entre otras, presenta el problema de la inconsistencia temporal del consumidor o actor, es decir, las personas fracasan en seguir los planes elaborados. La misma investigación antes citada encontró que el 39 por 100 de las personas que estaban de acuerdo con la frase «lo mejor para los adolescentes es no tener experiencias sexuales» las habían tenido, lo que sugiere una disonancia entre su creencia normativa y su conducta real (Loewnstein y Furtenberg, 1991).

Tercero, desde el punto de vista de la racionalidad de maximización de beneficios, la conducta sexual juvenil las características de las conductas «adictivas no racionales» o posee las características asociadas con las conductas subóptimas. Los beneficios de la conducta preventiva son a largo o medio plazo (uso de contratiempo, prevención de ETS) y son probabilísticos. Por otro lado, el coste es inmediato y cierto. La introducción del preservativo va en contra de la atmósfera de juego romántico y de «contacto natural» y limita el contacto sexual (Loewenstein y Furstenberg, 1991; Bayes, 1992). Sin embargo, si aplicamos una lógica más afectiva y menos racional, los beneficios de no llevar a cabo la conducta preventiva (mayor sensibilidad, si no se usa preservativo; no tener que acudir al ginecólogo, si no se utiliza anovulatorios, DIU o diafragma, etc.) son a corto plazo; mientras que sus costos (embarazos, sida, ETS) serían a medio o largo plazo.

Cuarto, la lógica de costes-beneficios se ha encontrado que es aplicable a situaciones en las que el estrés no es muy alto, en que la información está disponible, hay esperanza de encontrar una solución mejor y hay tiempo para planificar la respuesta (Feathher, 1982). Sólo el 36 por 100 de la muestra antes citada confirmó que su primera experiencia sexual era planificada o más o menos prevista y esperable (Loewenstein y Furstenberg, 1991). Por el contrario, en el típico escenario de las relaciones sexuales juveniles, la situación es de alto estrés relativo y la decisión debe tomarse rápidamente, por lo cual podría no reforzarse el uso de lógicas racionales.

**Críticas al modelo racionalista**

Este modelo ha sido criticado por diferentes razones: Primero, se ha encontrado que muchas veces el sujeto no se comporta de forma consistente con sus creencias (Ajzen, 1988; Loewenstein y Furstenberg, 1991). Segundo, enfatiza elementos subjetivos e individuales en función de sus percepciones y preferencias, y la relación entre el riesgo perci-

bido y el riesgo conductal «objeto» es baja o inexistente (Hanse, Hahn y Wolkenstein, 1990). Tercero, no considera los elementos sociales más «objeto», así como los ambientales en los que el sujeto está inmerso. Otra limitación es que no tema en cuenta los elementos afectivos, ni las normas o prescripciones sociales. Por último, no contempla las representaciones sociales diferenciales existentes sobra la salud, la enfermedad, la muerte y las conductas normativas (King, 1983). Aun así, como dijimos, hay evidencia que confirma en parte lo postulado por este modelo.

**El modelo de la acción razonada**

Ajzen y Fishbein (1980) plantean un modelo de actitud basado en la teoría de la acción razonada utilizando modelos estructurales de valor esperado. En el modelo estructural de actitudes, el sujeto es visto como un tomador racional de decisiones, el cual se comportará en función de la Valoración de los resultados de su comportamiento y de las expectativas que tiene sobre ese comportamiento en relación a lograr dichos resultados.

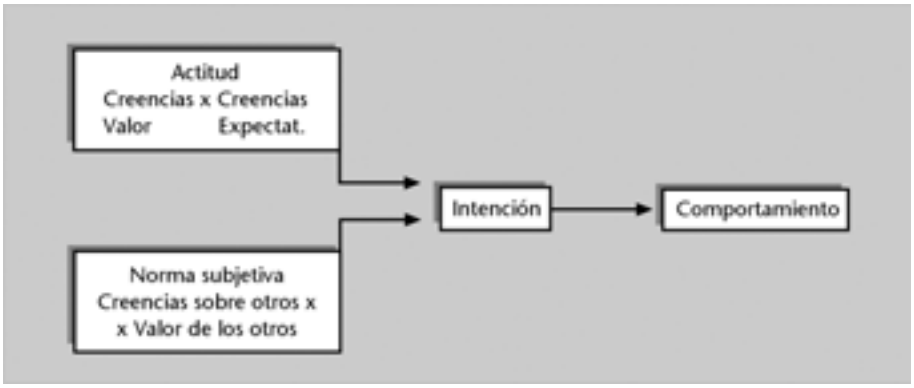
Además de esta racionalidad instrumental, el modelo integra la racionalidad cultural o normativa mediante una medida de la opinión favorable/desfavorable de los otros significados ante la conducta específica y se cuestiona también sobre la motivación a seguir esta opinión (Boyd y Wandersman, 1991). La multiplicación del valor del atributo con la expectativa que se asocie a la conducta y la suma de todos estos atributos, compone la dimensión actitudinal. La multiplicación de la opinión de los otros por la motivación a hacerles caso, sumando el total, compone la norma subjetiva. Se postula que el modelo tiene una buena capacidad predictiva (Ajzen, 1988).

La revisión meta-analítica de Sheppard, Hartwick y Warshaw (1988) encontró que había una correlación media de 0,53 entre la intención de conducta y la conducta real. La correlación media entre la actitud y la norma subjetiva con la conducta era de 0,66. Ambas resultaron significativas y están basadas en 87 estudios diferentes, con un total de, aproximadamente, 12.000 sujetos y con conductas variadas (Sheppard, Hartwick y Warshaw, 1988). La correlación media entre intención de conducta y uso de preservativo era de 0,76 cuando la conducta era controlable por el sujeto. Ésta descendía a 0,62 cuando la conducta era un objeto, es decir, cuando la colaboración de otros y habilidades, había obstáculos y era a una meta a alcanzar (por ejemplo, mujeres solteras adolescentes que debían imponer el uso del condón a sus parejas). La correlación media entre una norma subjetiva y actitud, con la intención de conducta de uso de preservativo era de 0,65. Globalmente, el modelo parece tener una utilidad predictiva superior para conductas que para objetivos, lo que es coherente con el modelo, ya que éste pretendía explicar sólo las conductas voluntarias.

Pagel y Davidson (1984) encontraron que el modelo de Fishbein y Ajzen predice, aproximadamente, el 38 por 100 de las conductas de contracepción. Este hallazgo fue confirmado por la investigación longitudinal de Boyd y Wandersman (1991), quienes demostraron que las variables del modelo de Fishbein y Ajzen predecían tres meses después el 38 por 100 de la intención de uso de preservativo muy similar 42 por 100 de la varianza explicada en la revisión meta-analítica de Sheppard, Hartwick y Warshaw (1988). La intención de uso explicaba el 27 por 100 de la varianza de la conducta de uso de preservativo, más bajo que el 38 por 100 explicado como media en la revisión meta-analítica. Podemos concluir que el modelo de la acción razonada explica entre el 30-40 por 100 de la varianza de la intención de uso del preservativo y entre el 25-35 por 100 de la varianza del uso. Una revisión narrativa concluye que el modelo de la acción razonada explica más varianza o predice mejor la conducta preventiva (uso de preservativos) en el caso de adolescentes (DiClemente, 1992).

Tabla 2

*Esquema actitudinal propuesto por Fishbein y Ajzen*




En relación al uso de preservativos, varias investigaciones han mostrado que el componente de norma subjetiva es más importante que la actitud para predecir la conducta de prevención o de riesgo ante el sida, aunque los resultados son inconsistentes (Hansen, Hahn y Wolkensteinb, 1990; Fisher y Fisher, 1992). Fishbein (1990) demostró que la variable contexto cultural y sexo influían en el peso predictor de las variables de la norma subjetiva y las actitudes. En México la actitud hacia la conducta pesaba más que la norma, a la inversa de lo que sucedía en Estados Unidos.

Asimismo, en México se encontró que en los varones el uso del preservativo estaba más asociado a la actitud que a la norma, mientras que en el caso de las mujeres la norma subjetiva influenciaba la conducta tanto como la actitud (Fishbein, 1990).

**Control percibido de la conducta**

Con el fin de ampliar el modelo de la acción razonada a las conductas, Ajzen (1988) agregó al modelo un conducta. El modelo de la acción planificada, como componente de percepción de controlabilidad de la fue denominado, intenta predecir tanto conductas voluntarias como involuntarias. No es por azar que dos autores destacados de esta orientación racional-económica (Rogers y Ajzen) hayan postulado que la percepción de control de la conducta a realizar es un elemento central en la predicción de ella; además de los atributos de

susceptibilidad, vulnerabilidad, costes y eficacia de las conductas preventivas de salud (Stroebe y Jonas, 1988).

El control percibido se refiere a la percepción de los obstáculos internos (falta de habilidades, de competencias) y externos o situaciones (poca accesibilidad, no colaboración de otros). Ha mostrado tener efectos directos e indirectos sobre la conducta a través de la intención de conducta. Este concepto es muy similar al de autoeficacia, *locus* de control interno, etc. Se ha encontrado que, en general, agrega capacidad explicativa (Chaiken y Stangor, 1987; Tesser y Shaffer, 1990).

Basen-Engquist y Parcel (1992) realizaron un estudio sobre la teoría de la acción razonada incluyendo la variable de autoeficacia de la teoría del aprendizaje social y encontraron que la autoeficacia contribuía de forma específica a la predicción de las intenciones, así como de las conductas sexuales, y específicamente, en el caso de la frecuencia de uso del preservativo.

En relación a lo anterior, existe una tendencia bastante extendida entre las personas denominada *ilusión de control* que consiste en la tendencia a tener una visión optimista de su capacidad de controlar la realidad. En particular, se ha encontrado que las personas que han tenido relaciones sexuales sin utilizar contraceptivos tendían a creer que ellas eran menos vulnerables al embarazo por azar (Burger y Burns, 1988). Desde este punto de vista, la percepción del control se muestra sesgada positivamente y puede tener una relación compleja con la conducta preventiva.

**Elección entre alternativas de conducta**

Otro desarrollo relevante que se ha planteado es que la capacidad predictiva del modelo se incrementa si se miden las actitudes no sólo ante la conducta en cuestión, sino ante las alternativas (usar preservativo frente a no usar). Si bien no toda, varias investigaciones confirman este aspecto (Tesser y Shaffer, 1990). La investigación de Davidson y Morris (1983) comparó la capacidad predictiva de medidas cognitivas, de intención de conducta y afectivas, y de actitudes en relación a la contracepción. Realizó una comparación inter-sujetos (349 sujetos casados), en relación a un método contraceptivo y preservativo, el DIU, diafragma y píldoras. La conducta contraceptiva se midió un año después. La capacidad predictiva de la actitud era mejor en la comparación intra-sujetos que en la inter-sujetos. La dimensión de intención de conducta era el mejor predictor, seguido de las medidas afectivas y por último las cognitivas.

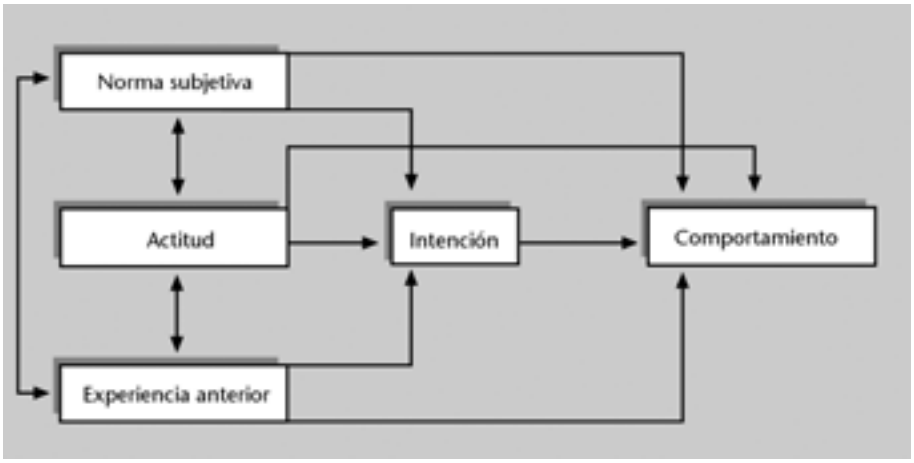
En el área que nos interesa hay que señalar que hay conductas alternativas de prevención, irreales, pero muy extendidas, como es el salir con gente no afectada. Se niega la posibilidad de contactar con gente afectada, a partir de dos mecanismos: primero, se cree que se puede detectar a las personas afectadas por un aspecto físico prototípico desaliñado y deteriorado (se viste mal, físicamente está mal, etc.), muy cercano al prototipo del desviante/drogadicto. Segundo, se cree que si se conoce a la gente paulatinamente y mediante amigos, se trata de gente sin riesgo en la que se puede confiar (Fisher y Fisher, 1992; Maticka-Tyndale, 1991; Páez y cols. 1991).

**La experiencia anterior y el cambio comportamental**

Recordemos que el modelo de actitud de Fishbein y Ajzen planteaba que las actitudes no incidirían en el comportamiento, sino a través de la intención de comportamiento. Además, planteaba igualmente que la norma social del grupo de referencia influía sobre la intención comportamental y no sobre la conducta real.

Tabla 3

*El modelo de Bentler y Speckart (1981)*




Bentler y Speckart (1979, 1981) modificaron el modelo de Fishbein y Ajzen (1980) en dos puntos fundamentalmente: 1) por una parte, postulan que la conducta previa afecta tanto a las actuales intenciones conductuales como a la conducta futura, y 2) por otra, que las actitudes pueden influir directamente en la conducta además de influirla indirectamente a través de las intenciones conductuales. Se plantea que la inclusión de la experiencia anterior en un modelo causal de ecuaciones estructurales aumenta su capacidad explicativa. Estos autores demostraron dichos puntos en su trabajo sobre la ingestión de alcohol y drogas (Bentler y Speckart, 1979) y, posteriormente, ha sido utilizado exitosamente en diversas áreas de la salud (prevención de embarazo, sanidad dental, riesgo de accidentes, etc.). El modelo de Bentler y Speckart sería el presentado en la tabla 3.

Sin embargo, otros resultados que demuestran que la experiencia influye directamente tanto en las intenciones conductuales como en el comportamiento posterior no han encontrado una influencia directa significativa de la actitud hacia la conducta futura (Fredricks y Dossett, 1983).

Actualmente se acepta el papel de la experiencia anterior como predictor de la conducta (Fredricks y Dossett, 1983; Chaiken y Stangor, 1987; Tesser y Shaffer, 1990).

**Modelos extendidos de Triandis y de Maticka-Tyndale**

Las investigaciones en el área del sida han buscado enfrentar los modelos de la acción razonada y el de creencias de salud.

Uno de los intentos, en esta línea, ha sido realizado por Maticka-Tyndale (1991), quien intentó evaluar el poder del modelo de creencias de salud y el de la teoría de la acción razonada para predecir el seguimiento de la «Guía para un sexo seguro», en un estudio realizado en Canadá con una muestra de mil estudiantes franceses en ingleses. En relación al modelo de creencias de salud se observó su bajo poder explicatorio; la asociación entre susceptibilidad percibida y conducta no se presentó; y sólo las actitudes hacia los preservativos resultaron ser significativamente influyentes en el uso de los mismos. El modelo expandido propuesto por Maticka-Tyndale está compuesto por dos sub-modelos, uno que predice el uso del preservativo y el otro la percepción de susceptibilidad.

El modelo de Triandis introduce, además de la conducta anterior, el riesgo percibido o susceptibilidad y el miedo ante la enfermedad. Ambas variables son muy parecidas a la susceptibilidad y a la gravedad del modelo de creencias de salud. Por otro lado, agrega las llamadas condiciones facilitadoras que se refieren al control percibido (siendo que controlo si puedo o no usar el condón durante la relación sexual), a la autoeficacia (me siento competente para usar el preservativo) y al conocimiento percibido (siento que estoy informado sobre los medios de reducir el riesgo de coger sida).

Este modelo también incluye preguntas sobre el sentido personal de responsabilidad moral ante la conducta, creencias de rol (creo que el uso del preservativo es adecuado para un joven adulto o adolescente), y, por último, incluye medidas directas de afectividad o de actitud hacia la conducta (el preservativo me disgusta-gusta, me parece displacentero-placentero) (Boyd y Wandersman, 1991). El modelo de Triandis explica sólo un 9 por 100 más de la variaza de la intención de uso del preservativo que el de la acción razonada (cinco variables frente a dos de Fishbein y Ajzen). Sólo la norma personal agrega varianza explicada, además de la norma subjetiva y de los valores esperados. El modelo de Triadis explica el doble de la varianza de la conducta declarada que el de Fishein y Ajzen. El hábito o uso pasado del preservativo, el miedo ante el sida y el riesgo o susceptibilidad percibida tienen capacidad predictora.

**Críticas metodológicas a las teorías del valor esperado**

Las teorías de la acción razonada y planificada suponen que los valores y las expectativas son independientes. No sólo los sujetos tienen dificultades para responder a veces a las estimaciones probabilísticas, sino que tienden además a asociar la valoración y la certeza (Feather, 1992).

La operacionalización de las puntuaciones, en particular en la acción razonada, en la forma –3 +3 y la multiplicación entre valor y expectativa, produce estimadores inconsistentes. Si se cambia la puntuación (no la escala ni los datos) de –3 a +3 a 1 (desacuerdo), 7 (acuerdo), las correlaciones cambian de forma importante, siendo en general más altas. Las estimaciones con la suma de los valores y expectativas son más estables (Evans, 1991; Tesser y Shaffer, 1990).

El valor explicativo de las escalas es en gran medida dependiente de activar un contexto de preguntas ordenadas que van desde los valores, las expectativas, hacia la intención y terminan en la conducta informada. Cuando este orden se altera y se mezclan aleatoriamente el orden y los tipos de preguntas, el valor predictivo disminuye (Tesser y Shaffer, 1990).

Las conclusiones son que valores y expectativas se asocian de forma holística en las percepciones de los sujetos, que no hay que utilizar escalas negativas, ni multiplicar los valores por las expectativas, sino sumar simplemente y que si se quiere aumentar la capacidad predictiva, hay que presentar ordenadamente las preguntas «creando», en parte artefactualmente, la activación de la actitud y «el cálculo racional».

Por último, las creencias tienen una estructura no aleatoria y forman conglomerados de temas que no están bien representados por una mera suma de valores y expectativas. En nuestra opinión, las creencias constituyen representaciones sociales y deben ser analizadas como tales (véase Páez y cols., 1991).

**Conclusiones**

A pesar de los resultados contradictorios obtenidos con los modelos de creencias de salud y de la acción razonada, las campañas de educación sanitaria, en general, y en particular las del sida, siguen la lógica racionalista de estos modelos: se insiste en que el sida afecta a todos; en que es una enfermedad grave (el sida es incurable, etc.), y por último se asegura que se puede prevenir fácilmente (uso de condón, sexo seguro, cuidados mínimos de efectos personales). Se incide sobre las ventajas-beneficios o creencias negativas.

Sin embargo, la experiencia de las campañas de educación para prevenir las ETS entre los jóvenes mostró que la información y el conocimiento de los medios de prevención de éstas no necesariamente implican un cambio en la conducta sexual. Después de campañas de educación sanitaria contra el sida, en general, los adolescentes no cambian de conducta. Alrededor de una 10 por 100 declara usar condón y otro 10 por 100 abstinencia (Brooks-Gun, Boyer y Hein, 1988), y de los que cambian sólo uno de cinco realiza una conducta preventiva correcta (Flora y Thoresen, 1988). En las campañas de prevención de las ETS entre adolescentes de pequeña-burguesía en Estados Unidos se encontró que la mayoría sabía que los preservativos prevenían las ETS y un 41 por 100 declaraban usarlos. Un año después de un curso de educación sanitaria, un 49 por 100 declaraba haberlo usado el mes anterior (un incremento de sólo el 8 por 100) y un 8 por 100 declaraba usarlo siempre (Mason, Olson y Parish, 1988).

Como ya se sabía en relación al problema de la contracepción, la información y el conocimiento de los medios preventivos no se asocian de manera directa y simple a cambios en la conducta.

Agreguemos, por último, que el escenario o guión implícito de interacción sexual entre jóvenes excluye el plantear el tema de las ETS y las medidas de prevención, por miedo al rechazo de la pareja y por temor a romper la atmósfera de intimidad (Fisher, 1988). El uso del preservativo se integra sólo como mecanismo contraceptivo de transición y no como profiláctico (Maticka-Tyndale, 1991).

Si el objetivo es que la comunicación pretenda suscitar cambios comportamentales preventivos, habrá que tener en cuenta varios factores: 1) Aunque en general se sabe que la norma es más importante que la actitud, habría que confirmar esto en nuestro contexto. Además de identificar la variable con más peso predictor (creencias normativas o actitudes), se deberían conocer las creencias o referentes más salientes de la actitud o norma para cada grupo o población. 2) La seriedad o gravedad percibida tiene baja capacidad de explicar y predecir la conducta preventiva; y el riesgo percibido no parece tener una relación consistente y directa con la conducta preventiva. Por ende, estas dos variables no deben ser un objetivo importante de la educación. 3) La ilusión de la invulnerabilidad es una creencia normal y común en las personas que se explica por el fenómeno denominado *primus inter pares*.

Por tanto, las creencias deberán modificarse en un sentido realista, disminuyendo la ilusión de invulnerabilidad y con-

trol. 4) Los costes y beneficios percibidos asociados al uso de contraceptivos se han asociado de forma inconsistente con la conducta preventiva. La relación actitudes/creencias normativas e intención de conducta es media-alta y la relación intención de conducta-comportamiento es alta, en el uso del preservativo. La norma subjetiva es más importante que la actitud, pero, a su vez, ambas son más explicativas que el riesgo percibido y los costes-beneficios. La experiencia en el uso del preservativo parece ser un determinante importante de la conducta de no-riesgo. Dado que esta última es una variable difícilmente manipulable por mera información, debemos orientarnos a las otras. El riesgo y los costes/beneficios percibidos no deben ser un foco de los programas de educación sanitaria, por su poca capacidad predictiva. La educación debe orientarse antes que nada a un cambio de normas, y en menor medida a un cambio de actitudes. 5) Deberá tenerse en cuenta la percepción de la situación, tanto a nivel individual (de la actitud como proceso), como a nivel social (normas sociales). Por tanto, son importantes las intervenciones normativas tanto grupales como individuales. 6) El riesgo o susceptibilidad percibida de problemas y enfermedades está asociada a una baja afectividad positiva (realismo depresivo); por el contrario, una alta afectividad positiva (como es el caso de los jóvenes) se asociaría a una inhibición de la percepción del riesgo, aunque también a una mayor creencia en la eficacia de las conductas preventivas. En este sentido, deberá darse información que sin ahuyentar a los jóvenes, les genere algún grado de desactivación de la afectividad positiva y un poco de «lucidez realista» –que se asocia a estados ligeros de depresión–. 7) La conducta sexual de los jóvenes es improvisada y con un nivel de estrés medio. La prevención deberá tener en cuenta este hecho para proponer medidas realistas y adecuadas a los sujetos diana –que no impliquen una fuerte capacidad de autocontrol y planificación–. Por ejemplo, accesibilidad a máquinas de preservativos en lugares de diversión y ligue. 8) Habrá que examinar las creencias salientes asociadas a la conducta objetivo (uso del preservativo), reforzar las creencias positivas y modificar las negativas. En particular, habrá que examinar y cuestionar las conductas alternativas de prevención, particularmente la selección de parejas «normales» diferentes del prototipo implícito de sujeto de riesgo. 9) El control percibido y la autoeficacia son variables predictoras importantes, aunque también la norma personal o individual. Las intervenciones prácticas dirigidas a la adquisición de habilidades sociales, de asertividad, afrontamiento del estrés y otras, serán las más adecuadas y eficaces, tanto en la modificación de actitudes como de conductas, ya que son las que más probablemente generen una percepción de control, un sentimiento de autoeficacia y ayuden a generar una norma personal de conducta.

*Nota: Este artículo se ha podido realizar gracias al Proyecto de Investigación 109.231-EA142/92, de la Universidad del País Vasco.*

## Referencias

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, Personality and Behavior*. Chicago: Open University Press.

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentetice-Hall.

Basen-Engquist, K. y Parcel, G. S. (1992). Attitudes, Norms, and Self-Efficacy: A Model of adolescents'HIV-related sexual risk behavior. *Health Education Quarterly*, 19 (2), 263-277.

Bayes, R. (1992). La transmisión heterosexual del VIH: Aspectos psicológicos y conductales. En R. Usieto, R. De Andrés y F. Cuberta (Ed.), Sida: *Transmisión heterosexual del VIH* (págs. 115-123). Centro de Estudios Sociales y Aplicados. Sevilla

Bentles, P.M. y Speckart, G. (1979). Models of attitude-behavior relations. *Psychological Review, 86,* 452-464.

Bentler, P.M. y Speckart, G (1981). Attitude «cause» behaviour: A estructural equation análisis. *Journal of Personality and Social Psychology,* 40, 226-238.

Boyd, B. y Wandersman, A. (1991). Predicting undergraduate condom use with the Fishbein an Ajzen ant the Triandis attitude-behavior models: Implications for public health interventions. *Journal of Applied Social Psychology, 21* (22), 1810-1830.

Brooks-Gun, J., Boyer, C. B. y Hein, K. J. (1988). Preventing HIV infection and AIDS in children and adolescents: Behavioral research and intervention strategies. *American Psychologist*, 43, 958-964.

Burger, J. M. Y Burns, L. (1988). The illusion of unique invulnerability and the use of effective contraception. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *14* (2), 264-270.

Coe, R. (1979). *La Sociologìa de la Medicina*. Madrid: Alianza.

Chaiken, S. y Stangor, C. (1987). Attitudes an attitudes change. *Annual Review of Psychology*, 38, 575-630.

Davidson, A. R. y Morrison, D. M. (1983). Predicting contraceptive behavior from attitudes: A comparison of within-versus across-subjects procedures. *Journal of Personality and Social Psychology, 49,* 1184-1198.

Di Clemente, R. J. (1992). *Adolescents and Aids*. Newbury Park: Sage.

Evans, M. G. (1991). The problem of Analyzing Multiplicatie Composites. *American Psychologist, 46* (1), 6-15.

Feather, N. (1982). *Expectations and Action*. Hillsdales: Eribaum.

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1980). *Undestanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Fishbein, M. (1990). Aids and behavior change: An analysis based on the Theory of Reasoned Action. *Revista Inter-americana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 24* (1), 37-56.

Fisher, J. (1988). Posible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS prevention. *American Psichologist, 43*, 914-920

Fisher, J. D. y Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-Risk Behaviour. *Psychological Bulletin, 111* (3), 455-474.

Flora, J. A. y Thorensen, C. E. (1988). Reducing the risk of AIDS in adolescents. *American Psychologist, 43,* 965-970.

Fredricks, A. J. y Dossett, D. L. (1983). Attitude-behavior relations: A comparison of the Fishbein-Ajzen and the Bentler-Speckart models. *Journal of Personality and Social Psychology, 45,* 501-512.

Hansen, W. B., Hahn, G. L. y Wolkentein, B. H. (1990). Percibed personal immunity: Beliefs about susceptibility to AIDS. *The Journal of Sex Research, 27* (4), 622-628.

Kaplan, H. B., Johson, R. J. Bailey, C. A. y Simon, W. (1987). The Sociological Study of AIDS: A critical review of the literature

and suggested research agenda. *Journal of Health and Social Behaviour, 28*, 140-157.

King, J. (1983). Attribution theory and health belief model. En M. Hewstone (Ed.), Attribution Theory, Social and Functional Extensions. Oxford: B. Blackwell.

Loewenstein, G. y Furstenberg, F. (1991). Is teenager sexual behaviour rational? *Journal of Applied Social Psychology, 21* (12), 957-986.

Mason, P., Olson, R. A. y Parish, K. L. (1988). AIDS, Haemophilia and Prevention Efforts within a Comprehensive Care Program. *American Psychologist, 43*, 971-976.

Maticka-Tyndale, E. (1991), Sexual scripts and AIDS prevention: Variations in adherence to safer-sex guidelines by heterosexual adolescents. *The Journal of Sex Research, 28* (1), 45-66.

P·ez D., San Juan, C., Romo, I. y Vergara. A. (1991). *Sida: Imagen y prevención*. Madrid: Fundamentos.

Pagel, M. D. y Davidson, A. R. (1984). A comparison of three social-psychological models of attitude and behavioural plan: Prediction of contraceptive behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 517-533.

Rodin, J. y Salovey, P. (1989). Health psychology. *Annual Review of Psychology, 40*, 533-579.

Salovey, P. y Birmbaum, P. (1991). Influence of mood on judgements about health illness. En J. P. Forgas (Ed.), *Emotion and Social Judgements*. Oxford: Pergamon.

Sheppard, B. H.; Hartwick, J. y Warshaw, P. R. (1988). The Theory of Reasoned Action: A meta-analysis of past research. *Journal of Consumer Research, 15*, 325-343.

Spira, A. y Bajos, N. (1993). *Les comportements sexuels en France*. Paris: Collection des rapports officiels. La documentation Française.

Stone, G. (1982). Psychology and the health system. En G. Stone y cols. (Eds.), *Handbook of Social Psychology*. San Francisco: Jossey Bass.

Stroebe, W. y Jonas, K. (1988). Strategies of Attitude Change. En M. Hewstone y cols. (Eds.), *Introduction to Social Psychology*. Oxford: Basil Blackwell.

Tesser, A. y Shaffer, D. R. (1990). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology, 41*, 479-523

D. Páez; S. Ubillos; M. Pizarro; M. León (1994).
Modelos de creencias de salud
y de la acción razonada aplicados
al caso del sida. *Revista de Psicología General y Aplicada,* 47 (2), 141-149.