

Models explicatius de la psicologia de la salut

José María León Rubio
Silvia Medina Anzano

P03/10040/00830

Índex

Introducció	5
Objectius	7
1. Models i teories de l'expectativa valor	9
1.1. Model de creences sobre la salut	9
1.1.1. Elements constituents	9
1.1.2. Hipòtesi del model	11
1.1.3. Valoració del model	12
1.2. Teoria de l'acció raonada i la conducta planificada	14
1.3. Teoria de la motivació protectora	18
2. Models i teories de l'autoregulació del comportament	21
2.1. El model del procés de l'adopció de precaucions	21
2.2. El procés d'acció a favor de la salut	23
2.3. Teoria de l'acció social	27
3. Balanç final sobre els determinants del comportament de salut	30
Resum	33
Activitats	35
Exercicis d'autoavaluació	35
Solucionari	37
Glossari	40
Bibliografia	41
Annexos	43

Introducció

Són múltiples i molt diversos els models explicatius sobre per què les persones posen en pràctica determinades conductes de salut i sobre com desenvolupar eficaçment hàbits de salut. Multiplicitat i diversitat que ens obliga a establir algun criteri restrictiu si el que pretenem és donar una visió global i introductòria en el camp de la psicologia de la salut. En el nostre cas, hem optat per incloure només aquells models i teories l'estructura conceptual dels quals pot ser aplicada a qualsevol problema relacionat amb la salut, amb independència de la intenció del seu autor en formular-lo.

En primer lloc, us exposarem aquells models que parteixen de la suposició que les actituds i les creences són els principals determinants del comportament, a partir dels quals podem efectuar previsions prou fiables sobre el curs d'acció probable d'una persona sota determinades circumstàncies. Aquests models són els models de creences de salut, la teoria de l'acció raonada i del comportament planificat, i les teories de la motivació protectora. Totes aquestes perspectives pertanyen al que s'ha anomenat teories de l'expectativa-valor, que assumeixen que l'opció per un diferent curs d'acció es basa en dos tipus de cognicions:

- 1) Probabilitat subjectiva que un determinat comportament conduirà a un conjunt de resultats esperats.
- 2) Valoració dels resultats de l'acció.

Les persones triaran d'entre diversos cursos d'acció alternatius, aquell que tingui més possibilitats de resultar en conseqüències positives o d'evitar les negatives. Els models esmentats parteixen d'un esquema bàsic, especificant els tipus de creences i actituds que s'han d'utilitzar per a preveure una classe particular de comportament i incorporant variables addicionals, com les normes subjectives o la percepció de control, per a augmentar la qualitat de les prediccions sobre el comportament en unes situacions determinades.

En segon lloc, centrarem la vostra atenció sobre aquells models que posen l'accent en l'autoregulació del comportament. En aquests models l'element central és el d'autoeficàcia percebuda d'Albert Bandura. Aquest autor sosté que la percepció d'eficàcia personal per a portar a terme una acció genera expectatives que ens permeten anticipar els resultats esperats, mecanisme per mitjà del qual l'organisme regula el seu propi comportament (selecció del curs d'acció adequat per a l'èxit dels resultats esperats, persistència en l'esforç darrere d'aquests, etc.).

Des d'aquesta perspectiva, el determinant principal dels comportaments relacionats amb la salut és aquesta motivació intrínseca o necessitat subjacent en

l'individu de competència i autodeterminació, que neix de les satisfaccions derivades de complir criteris interns i d'una percepció de l'eficàcia personal obtinguda mitjançant el propi rendiment i de la interacció recíproca amb el medi, en què intervenen mecanismes com la persuasió, la comparació social o el modelatge (Bandura, 1969).

En opinió de Bandura (2000), els determinants dels models d'expectativa–valor són diferents classes d'expectatives de resultat, per la qual cosa considera que l'autoeficàcia té més valor predictiu. L'evidència empírica sembla donar-li la raó i la seva teoria ha servit de base a altres models que parteixen del supòsit que l'autoregulació del comportament de salut és un procés divisible en estadis o etapes diferents, en cada una de les quals les interaccions entre els determinants del comportament serien diferents, ens referim a: el model del procés de l'adopció de precaucions, el model del procés d'acció a favor de la salut, i la teoria de l'acció social.

Objectius

Amb l'estudi d'aquest mòdul haureu d'assolir els objectius següents:

- 1.** Exposar les tesis que fonamenten els models explicatius de les conductes relacionades amb la salut i la malaltia.
- 2.** Analitzar i discutir l'evidència empírica favorable a aquests models.
- 3.** Aplicar els principis d'aquests models a l'explicació dels problemes relacionats amb la salut i la malaltia.
- 4.** Valorar críticament l'aplicació d'aquests models.

1. Models i teories de l'expectativa valor

1.1. Model de creences sobre la salut

Formulat primer per Hochbaum (1958) i reformulat amb posterioritat, entre d'altres, per Rosenstock (1966) i Rosenstock i Kirsch (1982), és el model que ha tingut més ressò entre els psicòlegs de la salut, i s'ha aplicat amb més o menys èxit a l'explicació i predicció d'una gamma àmplia de comportaments de salut:

- Per a evitar o disminuir comportaments de risc, com: fumar, beure alcohol i consumir drogues com la cocaïna o l'heroïna.
- Per a instaurar o augmentar comportaments protectors de la salut com: utilitzar equips de seguretat i protecció a la feina; fer exercici físic regularment; alimentar-se saludablement; mantenir relacions sexuals segures; promoure un ús saludable de l'ordinador; sotmetre's a exàmens mèdics periòdics per a la detecció precoç del càncer; usar correctament els serveis d'urgència, i afavorir l'adhesió al tractament.

Es fonamenta en la teoria del valor esperat i en les teories sobre la presa de decisions en condicions d'incertesa.

El model de creences sobre la salut suggereix que una persona adoptarà o no una acció de salut en funció del seu grau d'interès respecte a la problemàtica de la salut (motivació de salut) i de les percepcions sobre: susceptibilitat o vulnerabilitat a la malaltia, gravetat percebuda de les conseqüències en cas de contreure-la, beneficis potencials de l'acció respecte a la prevenció o reducció de l'amenaça i de la gravetat percebudes, i els costos o barreres físiques, psicològiques, econòmiques, etc. de portar a terme l'acció.

Així mateix, sosté que és necessari que hi hagi claus per a l'acció que desencadenin el procés que condueix a tenir un comportament de salut apropiat. A més, cal tenir en compte una sèrie de factors modificadors (culturals, sociodemogràfics, psicològics, etc.) que poden influir en el procés, però que no hi estan relacionats en termes causals. Analitzem amb més deteniment cadascun d'aquests elements constituents del model i les seves hipòtesis.

1.1.1. Elements constituents

1) Susceptibilitat percebuda

La susceptibilitat percebuda fa referència a la probabilitat o vulnerabilitat percebuda en patir una malaltia.

Hi ha grans diferències individuals sobre aquest punt; algunes persones neguen la possibilitat de contraure-la, altres creuen que tenen un alt risc de patir-la i, en la posició intermèdia, hi ha les que consideren la probabilitat estadística. En definitiva, es tracta del risc subjectiu, tal com el percep la persona.

2) Gravetat percebuda

La gravetat percebuda és la probabilitat de veure's afectat per la malaltia o de no rebre tractament.

Aquesta variable inclou diferents dimensions: gravetat clínica, interferència amb les activitats quotidianes, impacte sobre la pròpia aparença, efectes sobre la feina, la vida familiar, les relacions socials, etc., per això és convenient estudiar independentment cadascuna d'aquestes dimensions.

3) Costos i beneficis percebuts

La variable costos i beneficis percebuts fa referència a l'estimació que la persona fa dels beneficis que obtindria fent l'acció saludable davant dels costos o barreres que hi estan implicats, com ara les despeses econòmiques que comporta o els possibles efectes secundaris.

Sentir-se susceptible de contraure una malaltia que és percebuda com a greu produeix una força que porta a l'acció, però no especifica el curs d'acció que es prendrà. La direcció de l'acció està influïda per les creences sobre l'efectivitat de les alternatives existents per a reduir l'amenaça. Per tant, s'avaluen els beneficis i els costos de les diferents alternatives. Considerant-se que una alternativa és beneficiosa si es relaciona, subjectivament, amb una disminució de la susceptibilitat o gravetat percebuda.

En el cas que els costos siguin elevats i els beneficis mínims, no s'adoptarà la conducta de salut apropiada. Al contrari, si els costos són baixos i els beneficis alts, llavors sí que s'adoptarà la conducta de salut. Finalment, en el cas que ambdós, beneficis i costos, siguin elevats, el més probable és que la persona s'impliqui en conductes que no redueixin l'amenaça. Vegeu respecte d'això el model de conflicte de presa de decisions personals que s'exposa més endavant.

4) Claus per a l'acció

Alguna cosa ha d'ocórrer per a disparar les percepcions de susceptibilitat i gravetat i, perquè aquestes acabin en una acció de salut; és a dir, el model requereix

Uns exemples de...

... beneficis i costos elevats són pensaments del tipus "demà començo", "pitjor que el tabac és la pol·lució atmosfèrica", "d'alguna cosa ens hem de morir", etc.

Les campanyes de salut...

... ens els mitjans de comunicació social són un exemple d'esdeveniment extern, com els símptomes ho són dels esdeveniments interns.

reix el concurs d'esdeveniments que desencadenen el procés fins a arribar a l'acció de salut. Aquests esdeveniments poden ser interns o externs.

El model prediu que quan la susceptibilitat i la gravetat percebudes siguin baixes, serà necessari que la clau per a l'acció sigui intensa; en canvi, si la vulnerabilitat i gravetat percebudes són elevades, una clau per a l'acció poc intensa pot ser suficient per a disparar l'acció de salut.

5) Factors modificadors

Aquest model considera que els factors culturals, sociodemogràfics, psicològics, etc., poden influir sobre les conductes de salut; tanmateix, s'entén que aquestes variables treballen per mitjà dels seus efectes sobre les motivacions i percepcions subjectives que sobre la salut té l'individu, més que com a causes directes de les accions saludables.

1.1.2. Hipòtesi del model

Aquests elements que acabem d'exposar, incloent-hi la motivació de salut o grau d'interès d'una persona respecte a la problemàtica de la salut, s'organitzen en les hipòtesis següents:

- 1) La probabilitat de portar a terme l'acció de salut apropiada és funció de l'estat subjectiu de disponibilitat de l'individu o de la intenció per a realitzar-la.
- 2) La intenció de l'individu per a portar a terme l'acció està determinada per l'amenaça que representa la malaltia per a ell.
- 3) L'amenaça subjectiva que representa la malaltia, està determinada per:
 - a) La probabilitat percebuda per la persona de ser susceptible de contraure la malaltia.
 - b) Les percepcions d'aquesta sobre la probable gravetat de les conseqüències orgàniques, psicològiques i socials de la malaltia.
 - c) Les claus per a l'acció que desencadenen el procés que porta a tenir el comportament de salut apropiat poden provenir, com ja s'ha esmentat, de fonts internes (per exemple, estat corporal) o externes (per exemple, interaccions interpersonals o informacions distribuïdes pels mitjans de comunicació social).
- 4) La probabilitat que una persona realitzi la conducta de salut apropiada està determinada també per l'avaluació que aquesta en fa sobre la seva viabilitat i eficàcia o, el que és el mateix, l'estimació subjectiva dels beneficis potencials

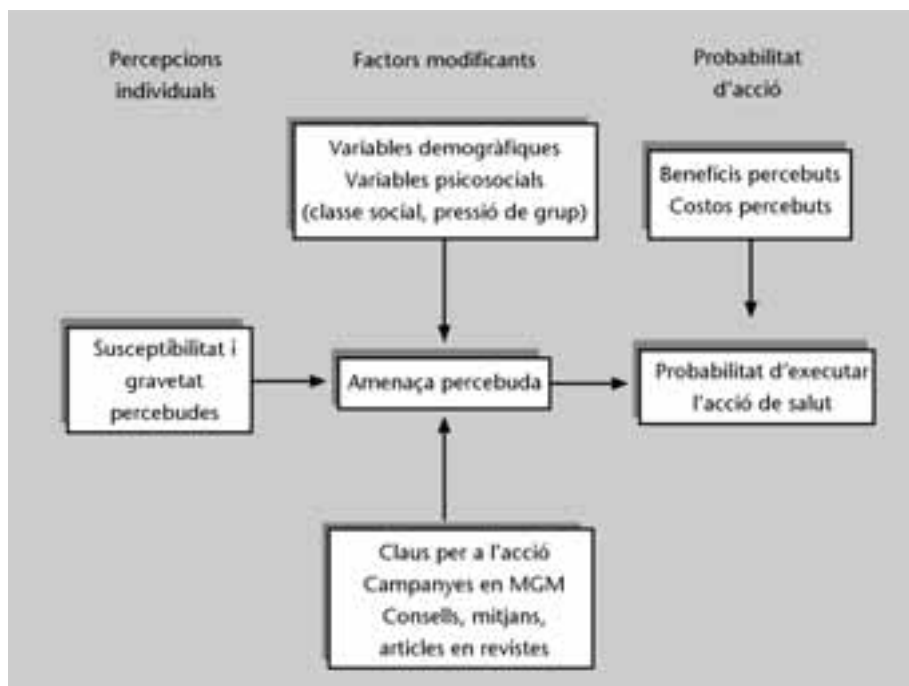
L'estat corporal...

... com a font interna i les interaccions interpersonals o informacions distribuïdes pels mitjans de comunicació social com a fonts externes, són altres exemples d'esdeveniments que poden desencadenar el procés per a arribar a l'acció de salut.

d'aquest comportament per a reduir la susceptibilitat percebuda de contraure la malaltia i la gravetat percebuda d'aquesta, contrapesada amb les percepcions dels costos físics, econòmics i de qualsevol altre tipus implicats en l'acció (barreres i obstacles per a l'acció).

En el quadre que apareix en la pàgina següent hem esquematitzat les relacions entre els elements constituents d'aquest model.

Figura 1. Representació del model de creences de salut



1.1.3. Valoració del model


L'evidència empírica acumulada sobre la capacitat del model per a explicar la participació en campanyes preventives, la recerca d'atenció mèdica i el compliment de les prescripcions terapèutiques és molt àmplia. A pesar d'això, no tots els estudis confirmen el model; per exemple, els resultats trobats respecte a la relació entre la gravetat percebuda i la conducta de salut preventiva no han estat gaire concloents, i han posat en relleu que la probabilitat de portar a terme l'acció és molt baixa quan la percepció de gravetat és molt baixa o molt alta. És a dir, poca por no desencadena el procés de comportament i molta por l'inhibeix. 🚫

Un resultat freqüent...

... en els estudis sobre la participació de les persones en campanyes de detecció precoç del càncer és que molts cops la por d'obtenir un resultat positiu és la causa principal que la gent eviti l'*screening* o exploració mèdica i no practiqui l'autoexamen; sobretot aquelles persones que no presenten cap símptoma de cap tipus de malaltia.

En molts casos la realització de les conductes preventives no pot preveure's només sobre la base de la vulnerabilitat o de la gravetat percebudes, tal com proposa el model. Són moltes les ocasions en què les persones es veuen a si mateixes com a vulnerables a contraure una malaltia i reconeixen que les conseqüències serien molt greus, però no segueixen els comportaments apropiats perquè els costos per a realitzar-los són massa alts.

Els costos percebuts han estat mesurats de diverses maneres: la seguretat de l'eficàcia del medicament prescrit, la satisfacció del pacient respecte a la comunicació amb el metge o amb alguns aspectes de la manera com l'organització sanitària proporciona l'assistència, etc.

Un dels beneficis percebuts amb més freqüència de l'acció de salut és l'eficàcia del comportament preventiu o del tractament mèdic, com s'ha demostrat en alguns estudis sobre l'autoexamen de mama. (Champion i Scott, 1997). 

Finalment, com també proposa el model, alguna cosa ha d'activar la percepció de l'amenaça abans que pugui conduir a un comportament saludable. Ens referim a les claus per a l'acció que encara que no són, en si mateixes, processos psicològics, sí que són disparadors d'aquests processos, o responsables de la traducció d'una creença en una acció.

El càncer de mama

Si una dona està convençuda de l'amenaça potencial de patir càncer, la invitació a participar en una campanya de detecció precoç pot significar el disparador o la clau perquè aquesta dona explori els seus pits o se sotmeti a una mamografia.

Naturalment, la investigació sobre el model de creences sobre la salut planteja, per diferents motius, tant teòrics com metodològics, més preguntes que les que resol, fet pel qual assenyala les limitacions i el futur de la investigació en aquesta àrea. Entre aquestes insuficiències destaquem les següents:

1) Perquè el model sigui útil han de considerar-se tots els factors i sobretot la seva interacció, cosa que encara no s'ha investigat prou. En gairebé tots els estudis realitzats fins ara s'ha aplicat el model per a explicar o predir el comportament d'una manera absoluta; és a dir, si aquest es posa en pràctica o no. Són molt pocs els treballs en què s'ha tractat de predir diferents dimensions del comportament, i podria ser que les relacions entre els seus elements constituents prediguessin diferents dimensions de la conducta.

L'estudi de Durá, Galdón i Andreu (1993)

En el seu estudi explorador sobre la influència de les creences de salut en la pràctica de l'autoexploració de mama, la variable beneficis/costos percebuts va ser útil per a predir la pràctica o no de l'autoexploració, però no la seva periodicitat, que va ser discriminada per la vulnerabilitat percebuda.

2) L'anterior posa en evidència que és necessari realitzar més estudis sobre l'estabilitat, al llarg del temps, de les principals variables del model.

3) Tampoc aclareix el model, i la investigació en aquest camp és escassa, les condicions sota les quals s'adquireixen les creences de salut: quins són els determinants de les creences de salut? Per què una persona es veu a si mateixa com més vulnerable a patir una malaltia que una altra? Com arriba a creure l'individu que una acció preventiva específica és eficaç? Per mitjà de quins

La probabilitat...

... que les dones facin l'autoexamen de mama s'incrementa quan tenen creences fermes en l'eficàcia d'aquest autoexamen i creuen que la detecció precoç pot conduir a un pronòstic més favorable.

processos l'individu es veu a si mateix com a susceptible de patir una malaltia? Què determina el desig de gaudir d'un determinat estat de salut?, etc.

4) La majoria dels estudis sobre aquest model són retrospectius, no experimentals, per consegüent, no permeten establir inferències causals ni determinar si la creença de salut existia abans o es va generar després de la realització del comportament saludable estudiat.

5) A tot l'anterior, cal afegir-hi que algunes troballes són inconsistents amb el model; per exemple, Páez i cols. (1991), en comparar el model de creences de salut i la teoria de l'acció raonada, respecte a la seva capacitat per a predir els comportaments preventius de la SIDA, van confirmar que ni la gravetat, ni la susceptibilitat, ni el risc, es van associar, com es pensava, amb aquestes conductes.

La investigació futura ha d'orientar-se a la resolució d'aquests problemes que planteja el model. No obstant això, convé destacar que la seva aplicació ha estat molt útil per a planificar les intervencions de caràcter preventiu, a la vegada que permet centrar l'atenció sobre variables rellevants en l'adopció de comportaments protectors de la salut, encara que el model no expliqui completament ni l'origen d'aquestes variables, ni la manera en què interaccionen amb altres factors explicatius inclosos en el seu esquema conceptual.

1.2. Teoria de l'acció raonada i la conducta planificada

Originàriament aquestes teories, la de l'acció raonada (Fishbein i Ajzen, 1975) i la de l'acció planificada (Ajzen, 1985; Ajzen i Maden, 1986) van ser desenvolupades amb l'objectiu d'explicar el comportament social, i més tard es van aplicar en l'àmbit de la salut, amb el propòsit d'explicar per què les persones posen en pràctica determinades conductes de salut.

Exemples de conductes de salut

Fer exercici regularment, portar una dieta equilibrada, utilitzar els serveis de salut, donar sang, conservar l'ecosistema, promoure un estil de vida sense tabac, prevenir el consum de drogues i d'alcohol, sotmetre's periòdicament a proves mèdiques orientades a la prevenció precoç del càncer, adoptar comportaments de seguretat a la feina, portar a terme pràctiques sexuals preventives del contagi de malalties de transmissió sexual (sobretot la SIDA), conduir de manera segura vehicles de motor, proveir cures de salut i promoure conductes de salut relacionades amb la interacció amb l'ordinador.

Aquestes teories consideren que la majoria dels comportaments socials rellevants, estiguin o no relacionats amb la salut, estan sota control volitiu de la persona, i el determinant més immediat de qualsevol comportament humà és la intenció de portar-ho o no a terme. Ara bé, això no significa que sempre hi hagi una perfecta correspondència entre la intenció i el comportament, sinó que simplement una persona actua generalment d'acord amb la seva intenció, llevat que es presentin esdeveniments imprevists.

La intenció de realitzar o no una conducta està determinada, segons la teoria de l'acció raonada, per dos factors: un personal i un altre de caràcter social o cultural.

Lectura recomanada

D. Páez, S. Ubillos, M. Pizarro i 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.

1) El factor personal és l'actitud cap a la conducta; és a dir, l'avaluació positiva o negativa que l'individu fa sobre la realització del comportament i els resultats obtinguts. Es refereix al judici que la persona emet sobre si considera bo o dolent portar a terme l'acció.

2) El segon determinant de la intenció és la percepció que té la persona sobre les pressions socials que s'exerceixen sobre ella perquè realitzi o no l'acció en qüestió. Atès que es tracta de prescripcions percebudes aquest factor es denomina *norma subjectiva*. Se suposa que les persones intenten fer alguna cosa quan creuen que altres persones importants per a elles pensen que haurien de fer-ho.

Ara bé, atès que per a algunes intencions les consideracions personals poden ser més importants que les normatives, o al revés, la teoria assumeix que cada factor té un pes relatiu que cal determinar, i que aquests pesos depenen de la intenció que estudiem i de la persona en qüestió.

L'actitud cap a la pròpia conducta és estimada, d'una banda, per les creences que posseeix la persona sobre la probabilitat que la realització d'un determinat comportament té com a resultat una sèrie de conseqüències específiques, i d'altra banda, per l'avaluació subjectiva d'aquestes conseqüències o resultats. En termes generals, aquesta actitud és favorable quan la majoria de les creences sobre el propi comportament es basin en les conseqüències positives, i serà desfavorable quan la majoria d'aquestes creences es fonamentin en els efectes negatius.

La norma subjectiva de l'individu indica la seva percepció sobre la pressió social que s'exerceix sobre ell perquè realitzi o no una determinada conducta. Aquesta norma subjectiva és estimada, d'una banda, per les creences normatives de la persona sobre la probabilitat que determinades persones o grups significatius esperin que exerceixi o no la conducta en qüestió i, d'altra banda, per la motivació individual per a complir amb aquestes expectatives percebudes.

En termes generals, un individu percep la pressió del medi social que el portarà a executar una determinada conducta quan cregui que la majoria dels referents socials rellevants amb els qui està motivat per a complir, pensin que ell hauria de portar a terme aquest comportament.

Al revés, la norma subjectiva d'una persona pressionarà perquè aquesta eviti executar una conducta determinada quan cregui que la majoria de les persones o grups significatius amb els que està motivada per a complir pensin que ella no hauria d'exercir aquell comportament.

En opinió de Fishbein i Ajzen (1975), les variables següents contribueixen que hi hagi més correspondència entre la intenció de portar a terme un comportament i la seva execució:

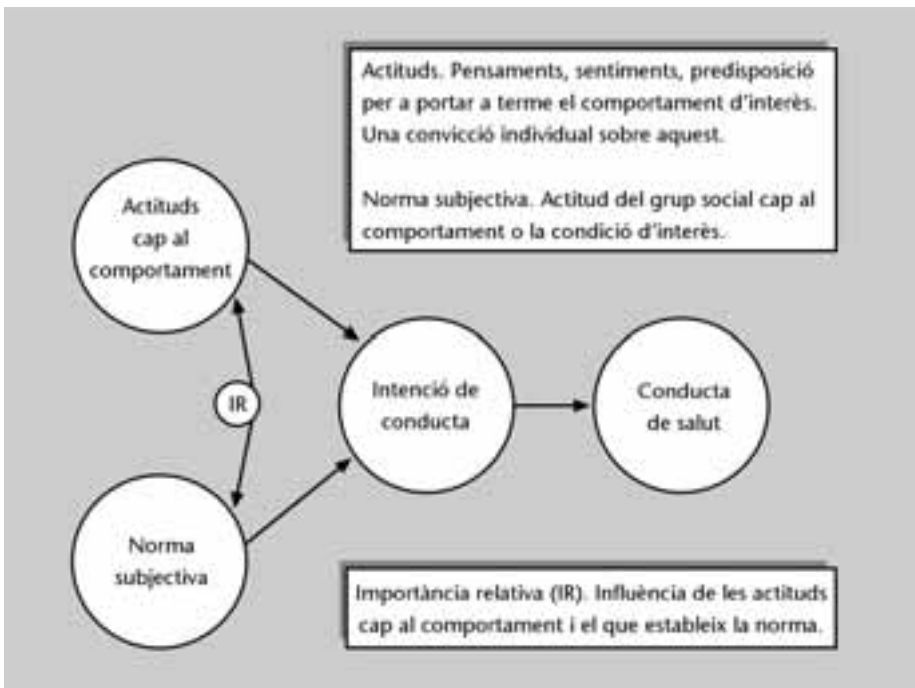
1) Grau de correspondència entre el mesurament de la intenció i la conducta observada.

2) Interval de temps que transcorre entre el mesurament de la intenció i l'execució de la conducta.

3) Grau en què la persona és capaç d'actuar d'acord amb la seva pròpia necessitat d'ajudar els altres.

Segons Fishbein (1990) aquesta teoria sosté que una persona tindrà la intenció de tenir una conducta determinada quan posseeixi una actitud positiva cap al seu desenvolupament i quan cregui que els seus referents socials significatius pensin que l'hauria de portar a terme.

Figura 2. Teoria de l'acció raonada



Simbòlicament l'equació central d'aquest model podria expressar-se de la manera següent, tal com ha proposat 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--

On:

- C és igual a conducta.
- I és igual a intenció de portar a terme la conducta.
- AC és igual a l'actitud cap a la pròpia conducta.

Lectura recomanada

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.

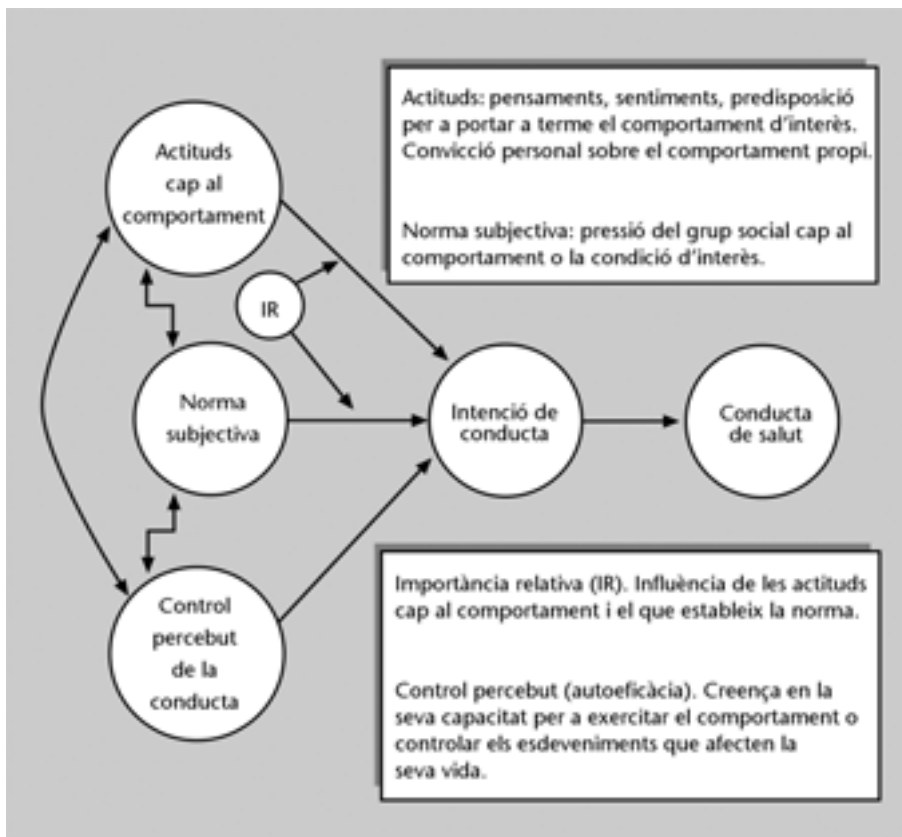
- C_r C_i són les creences sobre la conducta.
- E_i són les avaluacions sobre les conseqüències o els resultats.
- n sobre AC és el nombre de creences conductuals.
- NS és la norma subjectiva.
- C_r N_i són les creences normatives.
- MCI és la motivació individual per a complir amb les expectatives percebudes.
- n sobre NS és el nombre de creences normatives.
- W_0 i W_1 són els pesatges respectius de l'actitud cap al propi comportament i de les normes subjectives, determinats de forma empírica.

Es coneix amb el nom de *teoria de la conducta planificada* la reformulació que Ajzen (1985) va fer d'aquesta teoria; afegint-hi a l'estructura conceptual com a factor determinant el grau de control percebut per la persona sobre la seva pròpia conducta. És un concepte relacionat amb el d'autoeficàcia percebuda de Bandura que veurem més endavant; la persona, a més de tenir la intenció de realitzar la conducta de salut, ha de sentir-se capaç de portar-la a terme i assegurar-se que n'obtindrà el resultat volgut.

La teoria de la conducta planificada...

... sosté que perquè una persona desenvolupi la intenció de portar a terme una conducta saludable és necessari, a més d'una actitud positiva i de la pressió social, que se senti capaç de portar-la a terme i que tingui garanties que aquest comportament l'ajudarà a obtenir el resultat volgut.

Figura 3. Teoria del comportament planificat



Aquestes teories consideren que factors com les actituds cap als objectius, les característiques de personalitat, les variables demogràfiques, l'estatus, la intel·ligència, etc., estan relacionats amb els comportaments de salut, però no constitueixen una part integrant de la teoria, sinó que han de considerar-se variables externes al model. Convé insistir en la idea que aquestes variables externes poden, sens dubte, influir sobre la conducta de salut, però no hi ha una relació necessària entre qualsevol d'aquestes i el comportament. Fins i tot quan aquesta relació empírica apareix, aquesta pot canviar amb el temps i d'una població a una altra.

Segons aquestes teories, el seu efecte sobre el comportament només pot produir-se quan influeixin sobre els seus determinants. En qualsevol cas, la validesa d'aquest model no depèn del suport que s'obtingui per a les hipòtesis referents a l'efecte d'aquestes variables externes, sinó del suport empíric que s'obtingui a favor de les relacions entre els seus elements constituents.

En opinió de Fishbein i Ajzen, el seu model identifica un conjunt de conceptes que se suposa que expliquen les relacions o la manca d'aquestes entre qualsevol variable externa i qualsevol classe de conducta que estigui sota el control voluntari d'una persona.

Aquestes teories s'han aplicat amb èxit per a predir un gran nombre de conductes de salut, millorant i completant alguns aspectes del model de creences sobre la salut. En concret, la teoria de l'acció raonada i planificada facilita l'anàlisi en la presa de decisions en matèria de salut, en separar les creences de les actituds i subratllar la importància que té la influència dels altres significatius sobre la intenció d'actuar de l'individu.

A més, reconeix la llacuna entre la intenció d'actuar i l'actuació, i permet expressar en termes matemàtics la relació entre creences, actituds, factors normatius, intenció i conducta de salut, no obstant això, aquesta major complexitat en dificulta l'operacionalització, cosa que en la nostra opinió constitueix la seva principal limitació.

Altres autors argumenten que aquestes teories, incloent el model de creences sobre la salut, són útils, tan sols, per a explicar conductes de salut que requereixen accions conscients i voluntàries, però no per al cas de comportaments sobre els quals la persona té poc o limitat control, raó per la qual, tal vegada, Ajzen va introduir en la teoria de l'acció raonada el factor control percebut del propi comportament. Per a aquests autors una gran part de les conductes de salut poden ser compreses millor en termes d'hàbits que s'han convertit en automàtics i que són controlats per claus contextuais i circumstancials de les que no és conscient la persona, per exemple: fumar en certs llocs, situacions o moments.

En aquesta mateixa línia, nosaltres considerem que una altra limitació important d'aquesta teoria és l'atenció escassa que presta a les variables emocionals a l'hora d'explicar les conductes de salut, quan és sabut que aquestes poden tenir un important paper com a determinants del comportament saludable. Aquest problema el resol la teoria de la motivació protectora, de la qual ens ocupem a continuació, incloent en el seu esquema conceptual la por com un determinant del comportament de salut.

Deixar de fumar és...

... molt més difícil quan la persona està sotmesa a situacions que generen tensió psicològica, i certes conductes de risc com el consum de drogues o una dieta desequilibrada s'incrementen quan s'està sotmès a estrès.

1.3. Teoria de la motivació protectora

La por que s'infon a les persones en fer-los veure les greus conseqüències que es derivarien de fer o no determinades conductes relacionades amb la salut, ha

estat proposat per Rogers (1975; 1983) i Harris i Middleton (1995) com un dels factors determinants de la motivació que porta a les persones a protegir-se de qualsevol dany.

Una vegada establerta aquesta motivació protectora, actuaria per a prevenir la malaltia, promovent la pràctica de diversos comportaments relacionats amb la salut, com es pot observar en la figura 4, de la pàgina següent, en què hem tractat d'esquematzar el model.

La teoria de la motivació protectora

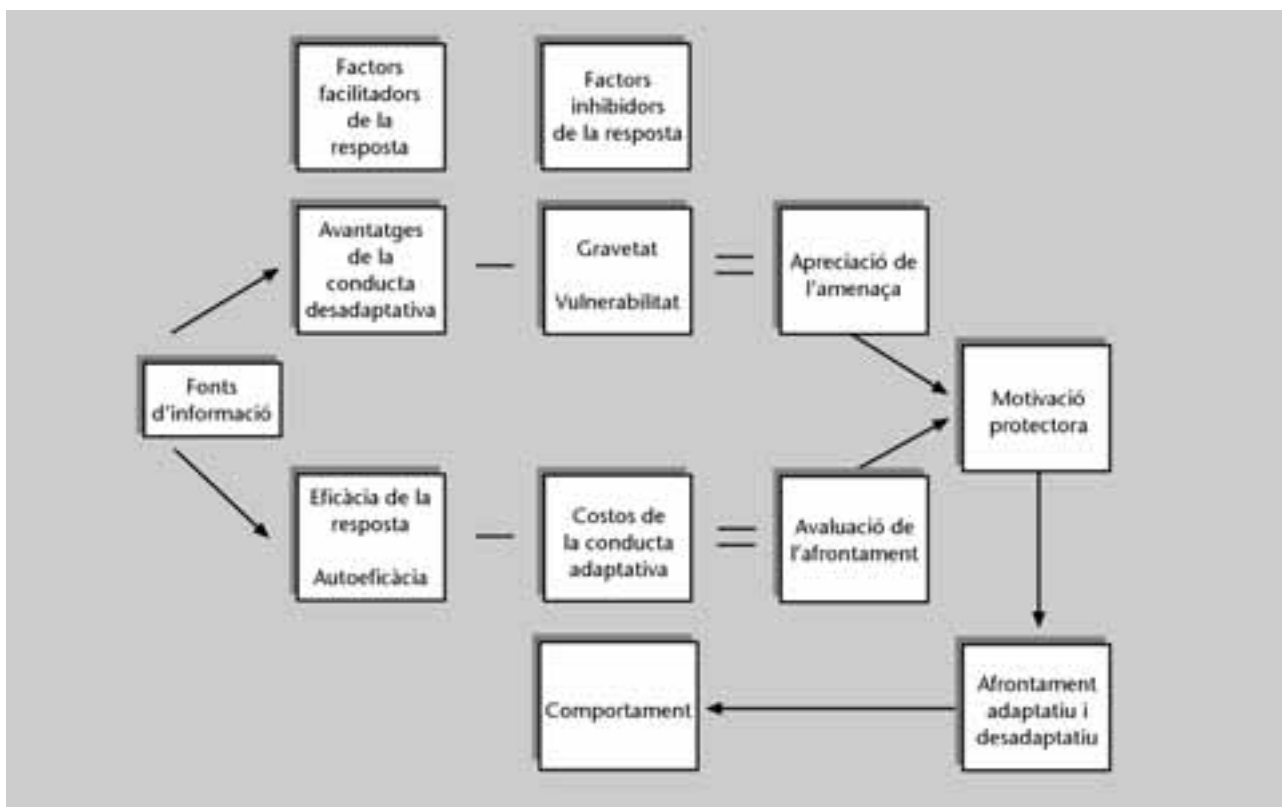
Sosté que la probabilitat que una persona tingui la intenció d'adoptar comportaments de salut pot augmentar fins que percebi que la seva salut està greument amenaçada, però que pot fer moltes coses i amb un cost molt baix per a reduir el risc d'emmalaltir.

Els seus components es divideixen en dues classes de variables que interaccionen entre si, additivament, per a determinar la força de la motivació de protecció. Aquestes variables són:

- 1) L'apreciació de l'amenaça. Aquesta variable resulta de restar la por d'emmalaltir (gravetat de l'amenaça i vulnerabilitat de la persona a caure malalta) als avantatges de la resposta desadaptativa.
- 2) L'avaluació de la resposta d'afrontament. És el resultat de restar a l'eficàcia de la resposta i de la persona (autoeficàcia) els costos de la resposta adaptativa.

Sens dubte, aquesta formulació té implicacions importants per a la intervenció, la més important és que, en determinades circumstàncies, emfatitzar el risc pot ser tan eficaç com facilitar als individus informació que n'augmenti l'autoeficàcia.

Figura 4. Teoria de la motivació protectora



Els models de l'expectativa valor sostenen que la probabilitat que una persona tingui la intenció d'adoptar comportaments de protecció de la salut pot augmentar fent que aquesta percebi que la seva salut està seriósament amenaçada, però que pot fer moltes coses eficaces i a un cost molt baix per a reduir el risc d'emmalaltir.

Ara bé, encara que la intenció sigui un determinant important del comportament, aquestes teories reconeixen que sobre l'acompliment efectiu no solament hi influeix aquesta, sinó que hi ha altres factors que és necessari considerar, per exemple: la informació, l'oportunitat, la "força de voluntat" o la capacitat de mantenir la motivació durant l'execució d'una intenció, etc. El concepte de percepció de control sintetitza tots aquests factors, per la qual cosa no ens ha d'estranyar que sigui la teoria del comportament planificat la que hagi obtingut més suport empíric.

2. Models i teories de l'autoregulació del comportament

El concepte d'autoeficàcia percebuda de Bandura, a què ja hem fet referència en la introducció d'aquest mòdul i quan hem examinat els models de l'expectativa-valor, sobresurt com un dels principals factors cognitius que regulen l'adopció de conductes afavoridores de la salut i l'eliminació de conductes hi són perjudicials. De fet, aquest concepte forma part dels models més recents sobre els comportaments relacionats amb la salut.

Aquests models tracten d'integrar en una sola equació aquells factors que poden predir la probabilitat que una persona realitzi, o no, un comportament de salut determinat, i plantegen la relació entre aquests determinants com un procés dinàmic que se succeeix per una sèrie d'etapes, cadascuna de les quals representa una manera diferent de relacionar-se; és a dir, una manera diferent d'enfrontar-se el subjecte, al llarg de la seva història, als problemes de salut. Entre aquests models, hi incloem els següents:

- El model del procés de l'adopció de precaucions (Weinstein, 1988).
- El procés d'acció en favor de la salut (Schwarzer, 1992).
- La Teoria de l'Acció Social (Ewart, 1991).

2.1. El model del procés de l'adopció de precaucions

Va ser enunciat per Weinstein en 1998. Aquest autor sosté que el model de creences sobre la salut, la teoria de l'acció raonada i planificada es limiten a identificar aquelles variables que poden influir en l'adopció de comportaments relacionats amb la salut, però no aprofundeixen en com aquestes es poden combinar per a predir la probabilitat que una persona realitzi un comportament particular, encara que aquest, precisament, sigui el propòsit del seu model.

Aquest model representa que quan les persones s'enfrontin a la necessitat d'adoptar comportaments protectors de la salut, travessin set etapes de creences en la seva pròpia susceptibilitat. Cadascuna d'aquestes etapes representa una equació combinatòria particular de les variables que poden influir en les accions de cada individu. La travessia d'una etapa a una altra no té un sentit evolutiu; és a dir, les persones no travessen etapes inevitablement i fins i tot poden desplaçar-se d'una a una altra en sentit invers, com ocorre, per exemple, amb aquelles que després de considerar la possibilitat de deixar de fumar, abandonen aquesta idea.

Les set etapes que les persones travessen en la seva disposició d'adoptar un comportament orientat a la salut són les següents (aquestes han estat il·lustrades amb un exemple extret dels treballs de Weinstein):

1) Les persones no tenen informació sobre que el seu comportament sigui perillós per a la salut i, per tant, no són conscients del risc ("no tinc coneixement que els índexs elevats de colesterol siguin perillosos").

Lectura recomanada

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

2) Adquireixen consciència del risc i creuen que d'altres també corren aquest risc, però mantenen una actitud optimista; és a dir, creuen que si bé certs comportaments són perillosos, el perill només aguaita els altres (“el meu nivell de colesterol és elevat i això es relaciona amb una malaltia cardíaca, però això a mi no em passarà”).

3) Reconeixen la seva pròpia susceptibilitat i accepten la idea que la precaució podria ser eficaç si és procedent, però encara no s'han decidit a entrar en acció (“és probable que tingui el risc de patir un atac cardíac, a pesar d'això no penso de modificar la meua dieta”).

4) Decideixen passar a l'acció (“reduiré el meu nivell de colesterol canviant de dieta”).

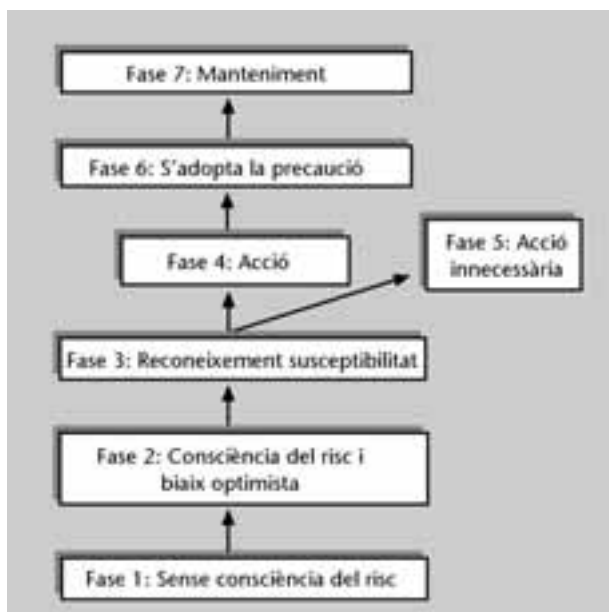
5) Però, paral·lelament decideixen que aquesta acció és innecessària (“el colesterol alt és un risc per a la salut del cor, però tinc clar que no canviaré de dieta ni prendré cap pastilla”).

6) Adopten les precaucions destinades a reduir el risc (“tinc el propòsit de controlar el meu colesterol, per això he començat a canviar de dieta”).

7) Mantenen la precaució en cas de resultar necessari (“continuaré amb la meua dieta anticolesterol”).

Abans d'entrar en acció, les persones han de superar l'actitud optimista i tenir la percepció que els beneficis relatius de les precaucions són molt superiors als costos que hi estan associats. Aquest model pot ser esquematitzat de la manera següent:

Figura 5. Model d'adopció de precaucions



Se li pot criticar la incapacitat per a valorar amb precisió els factors socials, ètnics i demogràfics que també afecten el comportament de les persones

que volen promoure la salut. A més, ha suscitat molt pocs treballs empírics, al marge dels desenvolupats per Weinstein; més centrats en el seu concepte de l'actitud optimista que en la contrastació del model (Weinstein, 1980; 1983, 1984).

2.2. El procés d'acció a favor de la salut

Schwarzer (1992) considera que l'adopció de precaucions o el canvi d'hàbits de risc per a la salut ha de ser vista com un procés d'autoregulació divisible en diversos estadis; un de motivació, en el que es forma la intenció de canvi, i un altre d'acció o manteniment.

La formació d'una meta o intenció de conducta està influïda per tres grups de variables cognoscitives:

- a) les percepcions de risc,
- b) les expectatives de resultats, i
- c) l'autoeficàcia percebuda.

Les percepcions de risc inclouen les pròpies percepcions de vulnerabilitat i la gravetat percebuda d'una malaltia o d'un succés crític. A vegades, aquestes percepcions de risc estan distorsionades i reflecteixen una actitud optimista que condueix a subestimar el risc objectiu. Tanmateix, un cert grau d'amenaça pot tenir un valor motivacional en el procés de presa de decisions. En termes causals aquestes percepcions de risc influeixen tan sols en la instauració o l'inici de l'estadi, i el seu efecte és més indirecte que directe.

Una vegada ja s'han format les expectatives de resultat i l'autoeficàcia, el valor motivacional de les percepcions de risc és inapreciable; si una persona creu que hi ha mitjans que la condueixen a un resultat o solució del problema, i que està capacitada per a trobar o desenvolupar aquest mitjà, per què ha de percebre el risc del problema?

Les expectatives de resultats representen el coneixement que un determinat comportament condueix a uns determinats resultats, és a dir, són les creences específiques sobre la contingència conducta–resultats. Aquesta contingència està mitjançada per l'amenaça, de manera que pot estimular l'adquisició del coneixement específic de la contingència. Les persones aprenen a considerar les accions com a causa dels successos i confien en la possibilitat de canviar les conductes de risc, però la confiança en les conseqüències dependents de l'acció no implica necessàriament que les persones es considerin a si mateixes com a agents de canvi.

És possible diferenciar les creences d'autoeficàcia de les creences mitjans–fins (expectatives de resultats); mentre que les primeres es refereixen a una atribu-

El procés d'acció a favor de la salut

Suggereix que la formació de la intenció de dur a terme una conducta de salut està influïda per les percepcions de risc, les expectatives de resultats i l'autoeficàcia percebuda.

ció causal interna de les accions, les segones fan referència a les conseqüències més probables que produiran les accions.

Per exemple, una persona pot estar convençuda que abandonar el tabac tindria com resultat més salut i la neutralització del risc de patir un càncer de gola (expectativa de resultat), i aquesta mateixa persona creu que no és capaç de portar a terme les accions oportunes per a això (expectativa d'eficàcia o autoeficàcia).

Per tant, les expectatives de resultats determinen la intenció, ja sigui directament o bé indirectament, mitjançant l'autoeficàcia percebuda. Ara bé, la formació d'una intenció de conducta no garanteix que la persona l'adopti. Les bones intencions no garanteixen les accions corresponents; les correlacions entre la intenció i el comportament varien substancialment d'un cas a un altre. En la fase anterior de motivació, es descriu el que la persona ha decidit fer; en el segon estadi del model, es descriu l'esforç que la persona inverteix a portar a terme l'acció i quant temps hi persisteix. Els factors determinants en aquesta fase són tres:

- 1) un de caràcter conductual (pla d'actuació);
- 2) un altre de caràcter cognitiu (autoeficàcia o control de l'acció),
- 3) i un tercer de caràcter situacional que fa referència a les barreres i recursos externs.

El factor central és el cognitiu, que instiga i controla l'acció; es tracta, doncs, d'un procés d'autoregulació que se subdivideix en dues etapes: plans d'acció i control de l'acció.

En la primera etapa, la intenció de portar a terme una conducta saludable i particular és transformada en instruccions precises sobre la manera d'executar-la.

La pèrdua de pes

Per exemple, la intenció de perdre pes ha de transformar-se en un pla de com fer-ho, és a dir, quins aliments s'ha de comprar, quan i amb quina freqüència menjar quines quantitats, quan i on fer exercici, etc.

Aquest procés es facilita per les creences d'autoeficàcia que ajudaran la persona a generar diferents maneres de portar a terme l'acció volguda (estratègies) i acreeixerà la seva capacitat per a avaluar quina de les alternatives tindrà més bon resultat.

Una vegada s'haurà iniciat l'acció que cal mantenir, passarem al segon pas d'aquesta etapa: el control de l'acció, que també està vinculat al sentit de l'autoeficàcia. Aquesta variable determinarà la quantitat d'esforç i el temps que la persona haurà d'invertir per a superar els obstacles, fins a aconseguir la meta volguda. L'autoeficàcia pot augmentar-se si en la fase de planificació s'ha pre-

vist l'èxit de les seves metes pròximes a l'objectiu final, d'aquesta manera s'afavorirà el maneig de situacions més difícils o crítiques.

En aquest sentit, el model assumeix que la clau per a un control de l'acció reeixit és l'autoreforçament. L'adopció de conductes de salut presenta un problema greu que té a veure amb el grau de reforçament: quan optem per practicar una conducta saludable hem de renunciar a les recompenses immediates, tangibles i segures que proporcionen els mals hàbits (per exemple, fumar), mentre que hem d'esperar molt temps per a rebre les recompenses del comportament, que ens semblen menys tangibles i segures (per exemple, no contraure càncer de gola).

Si la persona centra la seva atenció en recompenses a curt termini derivades del canvi (per exemple, sentir-se a gust amb un mateix per actuar segons la seva pròpia intenció) és més probable que el canvi sigui durador.

El cas dels fumadors

En aquest punt convé assenyalar que els fumadors, per exemple, quan deixen el tabac es formen impressions negatives, cada vegada més fortes, sobre el típic fumador a qui veuen com algú cada vegada més diferent d'ells mateixos.

Aquest procés cognitiu té un doble efecte per a l'exfumador:

- 1) desaprovar la conducta de fumar, i
- 2) recompensar el fet de no fumar.

Finalment, en adoptar una determinada conducta de salut cal considerar també altres variables situacionals, com les barreres i el context social. Entre les primeres i seguint Amigo i cols. (1998), podem citar les següents:

- 1) Barreres culturals i actitudinals. Un valor cultural com la bellesa pot estar renyit amb seguir una dieta sana.

Bellesa i salut

Per exemple, en unes tribus determinades de Samoa el patró de bellesa és l'obesitat, per la qual cosa els seus membres solen fer menjades pantagruèliques que atempten contra la salut. Un altre exemple el podem extreure del sentit fatalista de la vida característic de la cultura andalusa (*"pa tres días que vamos a estar aquí"*) que porta a equiparar la "bona vida" amb hàbits poc saludables (abusar de l'alcohol, menjar en excés, etc.). També s'hauria de citar aquí els interessos econòmics que s'amaguen darrere de la publicitat sobre el poder de la tecnologia mèdica que ens porta a transferir la responsabilitat de la nostra salut als metges.

- 2) Barreres provinents de la naturalesa dels hàbits de salut. Com ja hem indicat, la probabilitat d'idea dels hàbits de salut és molt menor que la dels patògens, atès que són poc gratificants a curt termini. A més, els hàbits de vida saludables sovint requereixen bastant disciplina, algun esforç, certes incomoditats i renunciar a les satisfaccions immediates associades als comportaments de risc per a la salut.

- 3) Barreres provinents de l'estructura del sistema sanitari. Orientat fonamentalment, sota els auspicis del model biomèdic, a l'assistència (tractament i cu-

ració de la malaltia), advoca per un tipus d'usuari passiu, més confiat en la tecnologia mèdica que en les seves pròpies capacitats per a desenvolupar hàbits saludables.

El context social en què transcorre la vida personal pot ser també un obstacle per a adoptar un comportament saludable.

Hem de recordar el concepte d'autoeficàcia interactiva proposat per Taylor, Bandura, Ewart i Miller (1985), en el seu estudi sobre autoeficàcia i rehabilitació amb pacients postinfartats per a fer referència tant a l'autoeficàcia del pacient com a la de la seva esposa sobre la capacitat física del marit, ambdues van correlacionar significativament amb la capacitat cardiovascular d'aquest últim; és a dir, les persones que han sofert infarts lleus poden millorar les seves capacitats físiques en funció no solament de la seva autoeficàcia, sinó també de les percepcions en tenen els seus voltants, cosa que té un paper crucial en la recuperació del ritme de vida normal d'aquest tipus de pacients. 🚨

Una xarxa social que...

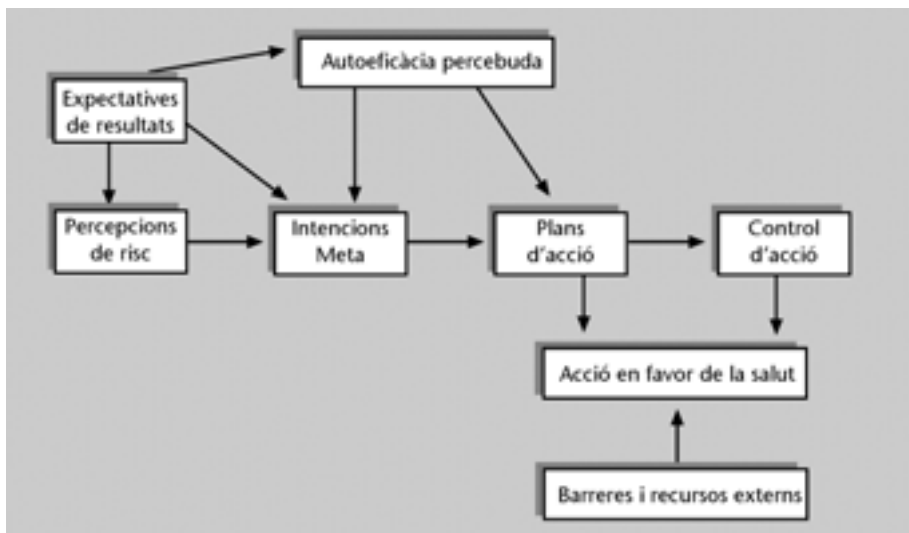
... ignori el procés de maneig de la conducta de deixar de fumar en consumir cigarrets en presència de l'exfumador crea una situació estressant i difícil de superar que posa a prova la seva força de voluntat. D'altra banda, si algú pròxim a l'exfumador, per exemple el seu cònjuge, també decideix deixar de fumar, llavors es crea una situació de suport social que li permet de mantenir la seva abstinència encara que tingui poca força de voluntat.

Tant la consideració de les barreres amb què pot ensopegar una persona en la seva intenció de dur a terme una conducta de salut determinada, com el concepte d'autoeficàcia interactiva, demostren una de les tesis que segons el nostre parer justifica l'aplicació de l'orientació psicossocial en el domini de la psicologia de la salut, i que parafrasejant a Costa i López (1986, p. 17) podríem formular de la manera següent:

“La salut i la malaltia no són esdeveniments que ocorrin exclusivament en l'espai privat de la nostra vida personal, [...], sinó que succeeixen en el dens teixit social i ecològic en què transcorre la història personal.”

A tall de resum, presentem l'esquema que fan del model Schwarzer i Fuchs (1999).

Figura 6. Model d'acció en favor de la salut



2.3. Teoria de l'acció social

Aquesta teoria va ser proposada per Ewart (1991) per a donar compte del que ell considerava els problemes més apressants de la salut pública: la falta d'adherència als tractaments i règims mèdics, i, sobretot, a les campanyes de caràcter preventiu. Per a abordar aquesta problemàtica, Ewart va centrar la seva proposta teòrica en els processos d'interacció social i en les capacitats generatives del pensament. Per tant, podríem considerar aquesta teoria com un intent més d'integració conceptual.

En la seva formulació més simple (vegeu l'esquema que s'inclou més endavant), el model està representat per tres dimensions: el procés d'autocanvi (l'autoregulació com una acció volguda), les influències contextuais, i els hàbits o acció–estat.

La teoria de l'acció social planteja que els processos del canvi del comportament i del manteniment d'uns hàbits de salut determinats estan mitjançats pel context social, que proporciona l'estructura causal que uneix els processos de canvi personal als ambients interpersonals, i especifica les influències organitzacionals i de relacions socials que permeten o constrenyen el canvi personal.

Per a aquesta teoria, les intervencions de caràcter preventiu impliquen, gairebé sempre, la creació d'hàbits protectors o seqüències de comportaments o rutines que disminueixen el risc personal de patir una malaltia. En aquesta teoria, els hàbits saludables poden ser representats com un bucle de control acció–resultat en què l'autoregulació és la condició del seu manteniment; és a dir, un equilibri dinàmic entre les activitats autoprotectors i l'experimentació de les seves conseqüències biològiques, emocionals i socials. Així, les accions són guiades per les seves conseqüències, sobre la base de les quals la persona realitza ajusts de comportament compensatoris, i el resultat n'és una acció–estat. Per tant, el punt de partida per a qualsevol intervenció segons aquest model, serà l'anàlisi de les relacions entre les conductes perilloses o valuoses per a la salut i els seus efectes, tant experimentats com possibles.

En aquest punt, convé recordar que aquest model suposa l'existència de mecanismes que capacitin la persona per a portar a terme transicions d'un hàbit a un altre, d'un de vell i perillós per a la salut a un de nou i beneficiós per a la salut. Entre aquests mecanismes de transició Ewart destaca la valoració motivacional que fa la persona en termes de possibles resultats (expectatives de resultats), avaluació de les seves capacitats (autoeficàcia percebuda) i generació de metes que guien i dinamitzen la solució dels problemes (establiment de metes).

D'altra banda, aquest model subratlla que els guions d'acció personal estan connectats amb els d'altres membres del context sociofamiliar, i aquesta inter-

dependència social és un dels determinants fonamentals del canvi de comportament i del seu manteniment. En els termes proposats per Ewart, una relació social estreta és aquella en què els guions d'acció de cada persona implicada estan interconnectats o són interdependents, definint el nombre de guions interconnectats i el nombre de propòsits a què serveixen aquestes connexions la densitat de la relació; com més densa és una relació social, més gran és la probabilitat que l'intent d'una persona d'alterar una simple rutina de comportament, trastorni les rutines i metes dels altres, i se soscavi el seu compromís amb noves pautes de comportament de salut.

La teoria de l'acció social

Planteja que el canvi en els comportaments de salut i malaltia són mitjançats pel context social, que engloba les influències de les organitzacions i relacions socials.

Finalment, el context modifica les capacitats personals i les relacions socials, i afecta l'establiment de metes, la consideració d'oportunitats per a l'acció i el disseny i l'execució d'estratègies de salut rellevants. Aquestes influències contextuals s'analitzen en termes de:

- Escenaris, entesos com a característiques físiques del nostre ambient, de tasques rutinàries i del medi social immediat. Aquests influeixen sobre les metes i estratègies de comportament en determinar l'accés als recursos materials necessaris.
- Relacions socials o conjunt de beneficis, expectatives i obligacions que influeixen en l'establiment de metes i en l'elecció d'estratègies en pro de la salut. A més, les relacions socials proporcionen models de comportament que faciliten o inhibeixen les pautes d'acció.
- Estructures organitzacionals que canalitzen les metes, expectatives i estratègies personals de maneres diverses.

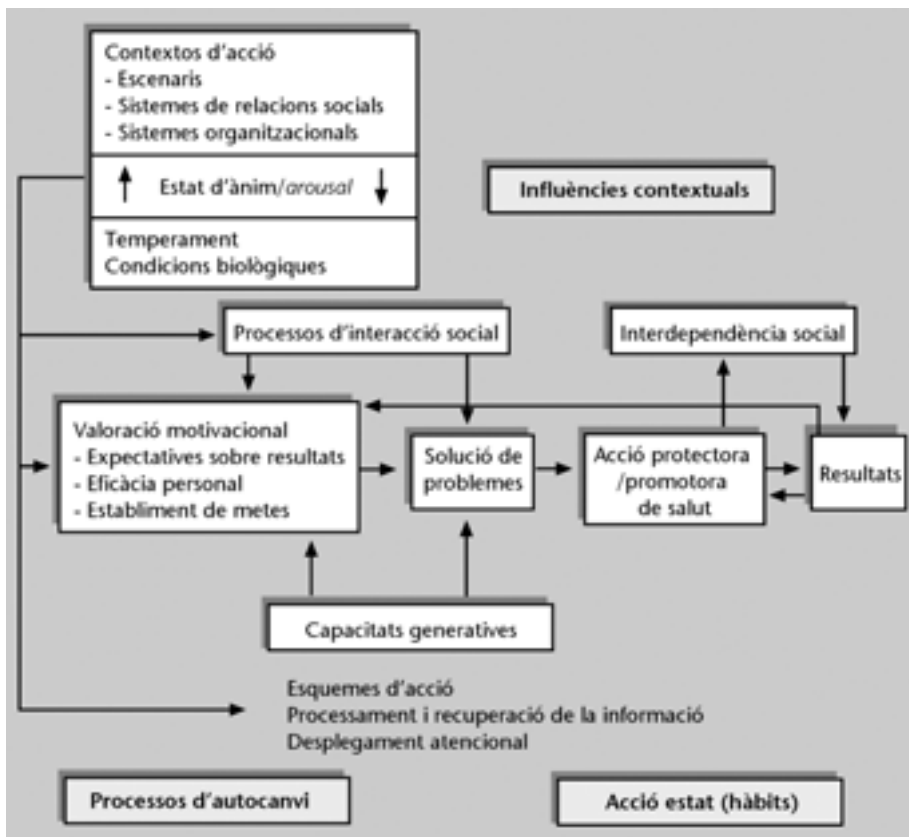
Aquestes influències socials es combinen amb els condicionants biològics per a generar estats d'ànim o d'activació que influeixen sobre l'atenció, el tipus d'informació de salut codificada en la memòria, el grau en què es processa aquesta informació i la capacitat per a recuperar-la.

En l'esquema següent representem aquest model que, en la nostra opinió, per la seva complexitat ha suscitat poc interès entre els investigadors. De fet, nosaltres només en coneixem una aplicació per a predir i explicar el canvi de comportament i la promoció del benestar després d'un atac cardíac; les persones que sobreviuen a un atac cardíac tenen moltes dificultats, tant de comportament com psicològiques per a seguir els consells mèdics respecte a les cures rutinàries que han de portar a terme; per exemple, les seves pors infundades dificulten l'adopció de canvis en els seus estils de vida, com ara tenir una feina normal, participar en activitats recreatives, adherir-se a un programa d'exercici físic, etc.

En opinió d'Ewart i Fitzgerald (1994), la teoria de l'acció social sobre el canvi de comportament de salut suggereix tècniques per a incrementar el benestar i mo-

dificar els factors comportamentals de risc; en concret, la modificació de les avaluacions d'autoeficàcia juntament amb la implicació dels membres de la família del pacient perquè aquest apliqués una rutina de control mèdic i de visites clíniques, i també un seguiment pel telèfon, van ser efectives; aquest fet, al seu torn, va tenir conseqüències positives en el benestar i en la qualitat de vida del pacient.

Figura 7. Teoria de l'acció social (Ewart, 1991).



3. Balanç final sobre els determinants del comportament de salut

Els models examinats demostren que és possible respondre a algunes de les qüestions centrals de la psicologia de la salut:

Per què les persones adopten comportaments protectors de la salut? De quina manera podem ajudar les persones a adoptar comportaments de salut i a abandonar hàbits de risc? Quins factors en permeten predir el compliment i per què algunes persones no segueixen el consell del metge? Com se'n pot millorar el compliment?

Tenint en compte els models exposats podríem dir que per tal que una persona adopti comportaments de salut és necessari que:

- 1) Percebi que la seva salut està amenaçada.
- 2) Consideri que aquesta amenaça representa, si és procedent, un risc seriós per a la salut; cosa que implica que ha superat l'actitud optimista.
- 3) Opti per efectuar alguna acció respecte d'això i se senti capaç de portar-la a terme, que està sota el seu control.
- 4) Estimi que aquesta acció és acceptada i fins i tot modelada i recompensada pel seu entorn social.
- 5) Consideri que té una probabilitat alta de reduir el risc a un cost acceptable.

Segons això l'entorn social del subjecte és un determinant principal de l'adopció de comportaments de salut, per la pressió dels altres l'individu estableix una norma amb què se sent compromès recompensat, entre altres coses pel que comporta de coherència i equilibri personal. Mai no posarem prou èmfasi en el paper de l'entorn social respecte a la salut dels subjectes, perquè com hem vist abans encara que el subjecte percebi un risc per a la seva salut, això no serà determinant per a adoptar una acció protectora si els altres no pressionen en aquesta direcció.

D'altra banda, encara que no tots els models exposats estableixin explícitament la manera com podem actuar per a ajudar les persones a realitzar comportaments de salut i abandonar hàbits de risc, sí que assenyalen quins factors prediuen o expliquen aquests cursos d'acció, cosa que ens permet deduir algunes línies mestres amb vista a la modificació del comportament.

Aquests models subratllen la idea que l'adopció d'un comportament de salut és un procés i no un estat, i possible que recaiguem en els nostres hàbits de risc, sobretot perquè la nostra conducta es defineix en interacció amb les situacions socials i no sempre ens enfrontem a situacions de risc baix, en què el medi pressiona a favor de la salut, sinó que també ens enfrontem a situacions de risc elevat en què l'entorn social pressiona en contra de l'adopció de comportaments saludables.

Quant als factors que permeten predir i explicar per què algunes persones són resistents a seguir el consell del metge, la investigació ha acumulat un cos important d'evidència empírica que posa de manifest que aquests determinants són:

- 1) La percepció dels pacients sobre la gravetat de la seva malaltia.
- 2) La creença del pacient que el seu comportament no el beneficiarà.
- 3) Una comunicació amb el professional de la salut pobre i deficient.
- 4) La falta de suport social.

La interacció amb el professional de la salut és un factor determinant de primera magnitud en aquest cas, com ha posat de manifest la teoria de l'acció social, ja que la resistència d'algunes persones per a no seguir els consells del metge està relacionada amb una comunicació deficient entre aquest i el pacient. Per a millorar-la León, Jarana i Blanco (1991) proposen al professional de la salut les mesures següents:

- 1) Que es posi al lloc del pacient. Li sol·liciti informació útil per a elegir i posar en pràctica el tractament.
- 2) Que simplifiqui les prescripcions tot el que li sigui possible.
- 3) Que les ajusti a la rutina diària del pacient.
- 4) Que les hi expliqui clarament.
- 5) Que aconseguixi la participació de les persones de l'entorn del pacient i que estableixi una xarxa de suport.
- 6) Que realitzi un seguiment del compliment per part del pacient.

Tot això implica desenvolupar entrenaments en habilitats socials com una eina fonamental en la formació dels professionals de la salut. El que, al seu torn, redunda en la seva salut laboral, perquè evita la frustració i el distrès associats a la seva funció assistencial (León Rubio i cols. 1997). Aquests entrena-

ments estarien orientats, d'acord amb el que expressa abans, per tal que el professional de la salut mantingui una interacció satisfactòria i eficaç amb els pacients, i els doti de les capacitats necessàries perquè compleixin amb les prescripcions que els hi proporciona.

Per a acabar podríem dir que els models examinats constitueixen eines útils i necessàries per al desenvolupament de la nostra disciplina, ja que han generat una sèrie d'investigacions que han augmentat el nostre coneixement sobre el comportament de les persones relacionat amb la salut, ens han permès organitzar i explicar les observacions que sobre aquest tema havíem acumulat, i ens faciliten una guia per a l'acció, amb vista que puguem prestar un servei a aquelles persones que necessiten modificar els seus comportaments de risc.

Sens dubte, aquests models representen tan sols un nombre limitat dels múltiples factors que poden actuar com a determinants del comportament de salut en un moment determinat. Encara més, ni tan sols esgoten els determinants i processos del comportament social que poden ser útils per a explicar els problemes relacionats amb la salut.

Per tant, manca molt per a arribar a predir el comportament relacionat amb la salut amb precisió i fiabilitat total. Aquests models poden ajudar-nos que ens formulem les preguntes rellevants; encara que això no serà suficient, també haurem de transformar aquestes preguntes en procediments metodològics que garanteixin la validesa i fiabilitat de les observacions que efectuem. Per tot això, en el mòdul següent ens ocupem de la manera en què procedim per a construir el nostre coneixement en aquest àmbit. Ara bé, només hi farem referència a les estratègies metodològiques que són peculiars a la psicologia de la salut, ja que entenem que els dissenys d'investigació utilitzats en aquest camp són comuns als usats per la psicologia i objecte d'altres matèries d'aquesta llicenciatura.

Resum

Hem exposat els models teòrics que conformen l'estructura d'anàlisi de la psicologia de la salut, agrupant-los en dues categories:

1) Les teories de l'expectativa–valor que sostenen la tesi que les actituds i les creences són els principals determinants del comportament. En aquesta categoria hem inclòs els models de creences de salut, la teoria de l'acció raonada i del comportament planificat, i les teories de la motivació protectora, proposades teòriques que sostenen que l'opció per un diferent curs d'acció es basa en dos tipus de cognicions:

- a) la probabilitat subjectiva que un determinat comportament conduirà a un conjunt de resultats esperats, i
- b) la valoració dels resultats de l'acció.

Aquestes teories prediuen que una persona elegirà entre diversos cursos d'acció alternatius, aquell que tingui més possibilitats de resultar en conseqüències positives o d'evitar les negatives.

2) Els models sobre l'autoregulació del comportament (el model del procés de l'adopció de precaucions, el del procés d'acció a favor de la salut i la teoria de l'acció social) que parteixen de dues idees bàsiques:

- a) Una, que el principal determinant dels comportaments relacionats amb la salut és la motivació intrínseca o necessitat subjacent en l'individu de competència i autodeterminació, que neix de les satisfaccions derivades de complir criteris interns i d'una percepció de l'eficàcia personal obtinguda amb el propi rendiment i de la interacció recíproca amb el medi, en què intervenen mecanismes com la persuasió, la comparació social o el modelatge.
- b) Dos, que l'autoregulació del comportament de salut és un procés divisible en distints estadis o etapes, en cadascuna de les quals les interaccions entre els determinants del comportament serien diferents.

Activitats

1. Establiu prediccions sobre el cas pràctic següent fonamentades en els principis del model de creences sobre la salut, de la teoria de l'acció raonada i de la conducta planificada, i de la teoria de la motivació protectora.

La Maria, una dona de trenta-cinc anys, amb antecedents familiars de càncer de mama, estava preocupada per aquest tema. Fullejant una revista, va llegir un article que descrivia el procediment d'autoexploració mamària. La seva preocupació la va portar a posar en pràctica aquest procediment, i es va descobrir un bony petit en un pit. La por que li va fer la incapacitava per a acudir sola a l'especialista, per això va anar a explicar el seu problema a unes amigues. Algunes van tractar de treure-li la por restant-li'n importància comentant-li que moltes dones tenen bons als pits, però que això no significa que siguin malignes, d'altres li van recomanar fer-se una mamografia per a sortir de dubtes. Tanmateix, les pressions de la vida diària van fer que no acudís immediatament a la consulta de l'especialista. La setmana següent, mentre sopava, va poder veure en un programa de televisió una sèrie de dones mastectomitzades que donaven els seus testimonis i ressaltaven la importància de les revisions periòdiques. Anirà a l'especialista per a fer-se la mamografia?"

2. Establiu prediccions sobre el cas pràctic següent, fonamentades en els principis establerts pel model del procés d'adopció de precaucions, el model d'acció a favor de la salut, i la teoria de l'acció social.

En Francesc, un home de cinquanta-cinc anys, obès, amb un nivell de colesterol alt, i pressió arterial alta, va patir un infart de miocardi fa dos mesos, del qual sembla que se'n recupera favorablement. Les prescripcions mèdiques estableixen la necessitat d'un canvi en el seu estil de vida (entre altres, deixar de fumar, controlar el seu pes, portar una dieta baixa en greixos i sals, seguir un programa d'exercici físic i prendre la medicació regularment). El metge es va ocupar d'informar-lo sobre la gravetat d'allò que li havia ocorregut, i de la importància de l'adherència al tractament per a tenir qualitat de vida. En Francesc, preocupat pel seu problema, va fer el ferm propòsit d'adherir-se al tractament, es va informar sobre els aliments que havia de consumir, va acudir a demanar ajuda per a deixar de fumar a la unitat del tabac de l'hospital on va estar ingressat després de l'infart, etc. Sap que no és fàcil, però ha pres consciència de com seria de greu tenir un altre infart, i es considera capaç de seguir el tractament. La seva esposa també li'n considera capaç i el recolza en tot moment. Ho aconseguirà?

3. Trieu un problema de salut i apliqueu els principis establerts pels models anteriors a la seva resolució.

Exercicis d'autoavaluació

D'elecció múltiple

1. El model de creences sobre la salut...

- a) s'ha aplicat a fi d'evitar o disminuir comportaments de risc com el tabaquisme.
- b) s'ha aplicat a fi d'instaurar o augmentar comportaments protectors de la salut com afavorir l'adhesió al tractament.
- c) es basa en la teoria del valor esperat i les teories sobre la presa de decisions en condicions d'incertesa.
- d) Totes les anteriors són correctes.
- e) Totes les anteriors són falses.

2. Entre els elements constituents del model de creences de salut hi ha...

- a) la norma subjectiva.
- b) la intenció de tenir la conducta de salut.
- c) l'actitud cap a la conducta de salut.
- d) Totes les anteriors són correctes.
- e) Totes les anteriors són falses.

3. La teoria de l'acció raonada...

- a) parteix de la idea que sempre hi ha una correspondència perfecta entre la intenció i el comportament.
- b) assenyala que la conducta està determinada per dos factors, els socials i els culturals.
- c) apunta que la "norma subjectiva" reforça com les persones perceben la pressió social que s'exerceix sobre elles perquè es realitzi o no una determinada conducta.
- d) Totes les anteriors són correctes.
- e) Totes les anteriors són falses.

4. La teoria de la conducta planificada sosté que...

- a) el factor determinant de la conducta, a més de la intenció, és el control percebut per la persona sobre la conducta.
- b) les actituds cap a objectius són una part integrant d'aquesta teoria.
- c) les variables externes (per exemple, les variables demogràfiques) influeixen directament sobre la conducta de salut.
- d) Totes les anteriors són correctes.
- e) Totes les anteriors són falses.

5. La teoria de la motivació protectora s'enquadra dins dels models de...

- a) l'autoregulació del comportament.
- b) l'expectativa–valor.
- c) el balanç decisonal.
- d) Totes les anteriors són correctes.
- e) Totes les anteriors són falses.

6. El model del procés d'adopció de precaucions...

- a) identifica aquelles variables que poden influir en l'adopció de precaucions però no estableix la manera com ho fan.
- b) assenyalava que la travessa d'una etapa de creences sobre susceptibilitat a una altra té un sentit evolutiu.
- c) sol ser criticat per la seva incapacitat per a valorar amb precisió els factors socials, ètnics i demogràfics que afecten les conductes de salut de les persones.
- d) Totes les anteriors són correctes.
- e) Totes les anteriors són falses.

7. En el model d'acció en favor de la salut la formació d'una intenció de conducta està influïda per...

- a) les percepcions de risc i l'autoeficàcia percebuda.
- b) l'autoeficàcia però no per les expectatives de resultat.
- c) les expectatives de resultat però no per les de risc.
- d) Totes les anteriors són correctes.
- e) Totes les anteriors són falses.

8. La teoria de l'acció social sosté que...

- a) els hàbits saludables es representen com un bucle de control acció–resultat que és mantingut per les influències contextuals.
- b) els canvis de conducta i el manteniment d'hàbits de salut estan mitjançats pel context social.
- c) les influències socials generen determinats estats d'ànim o d'activació al marge dels condicionants biològics.
- d) Totes les anteriors són correctes.
- e) Totes les anteriors són falses.

9. En l'adopció d'una conducta de salut, segons Amigo, Fernández i Pérez (1998), hi poden influir variables situacionals com...

- a) les barreres culturals i actitudinals.
- b) el context social en què transcorre la vida personal.
- c) l'autoeficàcia interactiva.
- d) Totes les anteriors són correctes.
- e) Totes les anteriors són falses.

10. El procés d'acció a favor de la salut sosté que...

- a) la confiança en les conseqüències dependents de l'acció comporta que la persona es consideri a ella mateixa com a agent de canvi.
- b) la formació d'una intenció de conducta garanteix que la persona l'adopti.
- c) una vegada iniciada la conducta de salut, el manteniment depèn del control d'aquesta acció; és a dir, del sentit d'autoeficàcia de la persona.
- d) Totes les anteriors són correctes.
- e) Totes les anteriors són falses.

Qüestions breus

1. Expliqueu a què fa referència el concepte de *norma subjectiva* en la teoria de l'acció raonada de Fishbein i Ajzen (1975).

2. Definiu els conceptes d'*actitud optimista* i *autoeficàcia interactiva*.

Desenvolupament del tema

Quin paper tenen les actituds en l'adopció de conductes de salut?

Solucionari

Activitats

Les solucions que proposem a continuació són orientatives.

Activitat 1

Model de creences sobre la salut

La Maria mostra interès per la seva salut (motivació de salut), això la porta a adoptar una conducta preventiva d'autoexploració. Els seus antecedents familiars fan que se senti vulnerable (susceptibilitat percebuda), i sap que les conseqüències de patir càncer de mama són greus, mastectomia o fins i tota metàstasi i mort (gravetat percebuda), i que els beneficis percebuts d'una revisió a temps són alts. No obstant això, els costos percebuts també són alts, ja que encara que la prova sigui gratuïta, té efectes secundaris (radiacions). La Maria no disposa de gaire temps per a anar a l'especialista, i és una prova incomoda i dolorosa. D'altra banda, el medi social li proporciona claus que desencadenen l'acció (l'article de la revista, i el programa de televisió). També poden influir en aquestes percepcions subjectives certes variables culturals (por del càncer), sociodemogràfiques (sexe i edat), i psicossocials (influència de les seves amigues). Tots aquests factors ens indiquen que l'amenaça percebuda és alta i, per tant, hi ha una probabilitat elevada que la Maria executi la conducta de salut.

Teoria de l'acció raonada

La Maria desenvoluparà la intenció d'acudir a l'especialista si té una actitud positiva cap a la conducta; és a dir, si considera que la mamografia pot ser útil per a solucionar el seu problema de salut, i si creu que els seus referents socials significatius (en el nostre cas les amigues a qui demana consell) pensen que hauria de portar-la a terme (pressió social o norma subjectiva). Ara bé, aquest model també planteja que la intenció no sempre s'actualitza (l'infern està ple de persones amb bones intencions), i atès que ha transcorregut ja una setmana des que va tenir la intenció d'acudir a l'especialista, i a més va buscar l'ajuda i el consell de les seves amigues, és probable que no es faci la mamografia.

Teoria de la conducta planificada

Als factors considerats per la teoria anterior, hi hem d'afegir la percepció de control que té la persona sobre el seu comportament. La Maria, a més de tenir la intenció d'acudir a l'especialista (aspecte que està depèn de la seva actitud cap a la conducta i la pressió social), haurà de sentir-se capaç de portar-la a terme (disposar de cert temps per a anar al metge i sentir-se amb els recursos necessaris de manera que la por no la paralitzi) i assegurar-se que obtindrà el resultat volgut; és a dir, disminuir la incertesa sobre si el tumor és maligne. A més, la Maria no se sent capaç d'acudir a l'especialista sola, per la qual cosa no té control sobre l'execució de la conducta, el que disminuirà la probabilitat que executi la conducta de salut.

Teoria de la motivació protectora

Des d'aquesta teoria, la por que causa a la Maria patir càncer és un dels factors determinants de la motivació que porta les persones a protegir-se de qualsevol dany. Ara bé, aquesta motivació depèn de dos factors: l'apreciació de l'amenaça i l'avaluació de la resposta d'afrontament. Per tant, la Maria acudirà a l'especialista a fer-se la mamografia si percep que la seva salut està seriosament amenaçada (el bony li causa preocupació de patir càncer de mama, i se sent vulnerable pels seus antecedents familiars). No obstant això, no es considera eficaç per a acudir a l'especialista i fer front a l'amenaça. D'altra banda, la conducta de salut implica uns costos, ja que té efectes secundaris, però ha après en la televisió que la seva detecció precoç n'ajudarà el control i curació sense córrer el risc que, en el cas que el tumor existeixi, aquest es desenvolupi i se li hagi de practicar una mastectomia o fins i tot que derivi en una metàstasi.

En definitiva, encara que la Maria està motivada per a protegir la seva salut, i se senti que el seu problema pot ser greu, no disposa d'estratègies d'afrontament adequades, ja que no es considera eficaç per a portar a terme la conducta de salut; per tant, no tenim la seguretat que busqui ajuda mèdica.

Activitat 2

Model del procés d'adopció de precaucions

Des d'aquest model es prediu que quan en Francesc es disposi a posar en pràctica les prescripcions mèdiques i, per tant, adopti comportaments protectors de salut, haurà de travessar set etapes de creences en la seva pròpia susceptibilitat:

- Abans de patir l'infart podia ocórrer que en Francesc desconegués que, per exemple, els seus nivells de colesterol i pressió arterial anaven anormalment elevats, per tant no era conscient que la seva conducta alimentària fos perillosa per a la seva salut.
- En Francesc podia ser conscient dels seus nivells elevats de colesterol i pressió arterial i de la seva relació amb les malalties cardíques; no obstant això, podia pensar també que no desenvoluparia una malaltia d'aquest tipus o patir un infart, això només passa als altres (actitud optimista).
- És possible que fins i tot reconegués el risc de patir un atac cardíac, tanmateix, no es mostrés disposat a modificar la seva dieta.
- Després de l'infart és molt probable que en Francesc decidís reduir els seus nivells de colesterol i pressió arterial optant per canviar el seu estil de vida, i que intentés mantenir aquest canvi al llarg del temps.

Model d'acció a favor de la salut

Perquè en Francesc aconsegueixi adherir-se a les prescripcions mèdiques i canviar els hàbits que comportin un risc per a la seva salut haurà d'implicar-se en un procés d'autoregulació consistent en diversos estadis:

- Motivació per a l'acció i intenció de canvi. En Francesc estarà disposat a canviar el seu estil de vida ja que:
 - Percep que és vulnerable a patir un nou infart de miocardi i que aquest sol ser més greu que el primer i implica més risc de mort (percepció de risc).
 - És conscient que no adherir-se a les prescripcions mèdiques i continuar fumant, portant una dieta inadequada, no prendre la medicació, etc. pot conduir-lo a patir un nou infart i fins i tot a la mort (expectatives de resultat).
 - Es percep capaç d'incorporar aquests canvis al seu estil de vida (expectatives d'autoeficàcia).
- Posada en pràctica de l'acció i manteniment. Perquè en Francesc s'esforci a introduir canvis en el seu estil de vida, hi incorpori les prescripcions mèdiques i persisteixi en això serà necessari que:
 - Estableixi un pla d'actuació sobre com seran aquells canvis: quins aliments pot comprar, quan i amb quina freqüència ha de menjar, quines quantitats, quan i on ha de fer exercici físic, quan ha de prendre els medicaments, etc.
 - Es percebi autoeficax per a superar obstacles. Per exemple, en haver de deixar de fumar ha de considerar-se capaç de renunciar a les recompenses immediates de fumar-se un cigaret i esperar molt temps per a rebre les recompenses del seu comportament, com són evitar un nou infart o desenvolupar un càncer de gola.
 - Sigui capaç de fer front a barreres culturals i actitudinals (com la d'equiparar la "bona vida" amb hàbits poc saludables com fumar o menjar en excés), barreres provinents de la naturalesa dels hàbits de salut (com renunciar a les satisfaccions immediates d'un bon fart i de fumar), barreres de sistema sanitari (que potencia un usuari passiu) i provinents del context social (pot ser que els amics d'en Francesc fumin davant seu posant a prova la seva força de voluntat).

A més, la seva esposa també el considera capaç de canviar, el que és fonamental perquè en Francesc canviï de comportament, i mantingui aquests canvis en el temps (autoeficàcia interactiva).

Teoria de l'acció social

Des d'aquesta teoria es prediu que en Francesc aconseguirà adherir-se a les prescripcions mèdiques i abandonar hàbits perillosos per a la seva salut en favor d'altres beneficiosos, atès que:

- És conscient que no adherir-se a les prescripcions mèdiques pot conduir-lo a patir un nou infart i fins i tot a la mort (expectatives de resultat).
- Es percep capaç d'incorporar aquests canvis al seu estil de vida (expectatives d'autoeficàcia) i de persistir en el seu esforç.
- És capaç d'establir una meta o objectiu clar i desenvolupar un pla d'acció per a aconseguir-ho.

- Disposa de suport social per a aconseguir el procés d'autocanvi.
- La interacció metge-pacient sembla haver estat satisfactòria per a ell, ja que li ha proporcionat informació rellevant per a la seva salut.
- Hi ha estructures organitzacionals que canalitzen el canvi (unitat del tabac).

Activitat 3

Nosaltres hem elegit com a problema de salut rellevant la hipertensió arterial. És la malaltia crònica més freqüent en el món, la seva distribució és mundial, afecta totes les races i principalment a la població que es troba entre la quarta i la cinquena dècada de la vida. La majoria de les persones que pateixen hipertensió no presenten cap símptoma, per la qual cosa no solen ser conscients dels riscos que comporta la seva malaltia, per exemple, patir un infart. La falta d'adherència als règims mèdics en pacients amb hipertensió arterial és un problema de primera magnitud que, generalment, no és a causa d'oblit, ignorància o falta de voluntat, sinó al fet que comporta canvis importants en el seu estil de vida. A més, hi cal sumar el fet que els tractaments per a aquest tipus de malalties gairebé no mostren resultats favorables i, en canvi, sí que en mostren els seus efectes secundaris indesitjables. Només quan la interrupció del tractament provoca una crisi, el pacient és conscient de la relació existent entre aquest tractament i el control de la malaltia.

Una proposta de solució del problema que es basi en els principis establerts pels models explicatius de les conductes relacionades amb la salut i la malaltia, podria ser la següent.

1) Desenvolupar en la persona més interès per l'avaluació i l'atenció de la seva salut (motivació de salut). Per a despertar aquest interès i conseqüentment la intenció de posar en pràctica les recomanacions mèdiques, és fonamental oferir-li informació sobre la seva malaltia i augmentar el seu coneixement sobre els riscos que comporta, encara més en aquest cas, atès que com que es tracta d'una malaltia asimptomàtica s'incrementa el risc.

2) S'ha de proporcionar informació que permeti:

a) Incrementar el coneixement que té el pacient sobre la malaltia i els riscos associats al seu patiment per a augmentar la gravetat percebuda pel pacient. Es poden utilitzar certs desencadenants (clau per a l'acció) que disparin les percepcions de susceptibilitat i gravetat com, per exemple, escoltar altres malalts amb problemes semblants o veure vídeos on s'exposin casos semblants al del malalt que ressalten la importància del seguiment de les prescripcions mèdiques (norma subjectiva). En sentir-se vulnerable aquest podrà avançar per una sèrie d'etapes que van des de no tenir consciència del risc que comporta el seu problema de salut fins al manteniment de la conducta de salut (recordeu el model del procés d'adopció de precaucions).

b) Proporcionar informació sobre les mesures terapèutiques que se solen emprar en el tractament de la hipertensió ressaltant els beneficis associats a l'adherència al tractament, i els riscos que comporta la no-adherència.

En definitiva, es pretén fer sentir al subjecte vulnerable, que adquireixi consciència de la gravetat de la seva malaltia, i que estableixi un balanç costos/beneficis a favor del compliment de les recomanacions terapèutiques. D'aquesta manera es pretén desencadenar:

- una actitud positiva cap a la importància d'aquest compliment, i
- una motivació protectora que li faci percebre que la seva salut està seriosament amenaçada (pot patir un infart o un accident cerebrovascular), però que pot fer moltes coses eficaces i a un cost molt baix per a reduir el risc de complicacions (seguiment de mesures mèdiques farmacològiques i canvis en el seu estil de vida).

A més, perquè aquests pacients estiguin disposats a esforçar-se a seguir les prescripcions i a persistir-hi, han de considerar-se capaços de portar-les a terme (expectatives d'autoeficàcia); és a dir, hem de promoure en ells la creença que són capaços d'adherir-se al tractament, i que això els permetrà aconseguir els resultats volguts (protegir-se d'un infart o accident cerebrovascular).

Per a facilitar la posada en pràctica d'aquestes prescripcions per part dels pacients hipertensos i la seva adherència durant llargs períodes de temps (ja que ens trobem davant d'una malaltia crònica), és convenient que establim objectius i metes d'actuació clars i específics que augmentin progressivament en complexitat i els incorporem als patrons de comportament i estils de vida d'aquests pacients.

En aquesta tasca és molt recomanable que posem a disposició dels pacients un pla detallat d'actuació i que es correspongui amb la consecució d'aquests objectius. És convenient, per tant, que el pacient sàpiga amb claredat què ha de fer, quan, com i amb quines barreres o obstacles (culturals i actitudinals, provinents dels hàbits de salut, del sistema sanitari o del context social) pot trobar-se i amb quins recursos compta per a fer-los front.

Exercicis d'autoavaluació

D'elecció múltiple

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

Qüestions breus

1. Percepció que té la persona sobre les pressions socials que exerceixen sobre ella perquè realitzi una determinada conducta de salut. Parteix de la idea que les persones intenten fer alguna cosa quan creuen que altres persones importants per a elles pensen que haurien de fer-ho. Aquesta norma subjectiva és estimada, d'una banda, per les creences normatives del subjecte sobre la probabilitat que determinades persones o grups significatius esperen que exerceixi o no la conducta en qüestió i, d'altra banda, per la motivació individual per a complir amb aquelles expectatives percebudes.

2. El concepte *actitud optimista* fa referència a la creença que determinats comportaments de risc per a la salut només són perillosos per als altres (per exemple: fumar provoca càncer, però això no em passarà a mi).

Aquesta creença es manté per la dificultat que comporta el canvi de comportament.

El terme *autoeficàcia interactiva* pot ser definit com les percepcions que tenen els que ens envolten sobre les nostres capacitats per a portar a terme certes conductes preventives i de salut.

Tenen un paper crucial en l'adopció de conductes de salut; si és important que jo em consideri capaç de portar a terme comportaments de salut, també ho és que les persones rellevants per a mi creguin que sóc capaç de fer-ho.

Desenvolupament del tema

Les actituds tenen un pes important a l'hora de disposar a la persona a posar en marxa diferents conductes encaminades a la promoció de la seva salut (per exemple: portar una dieta sana, fer exercici físic amb regularitat, no fumar, no beure en excés, dormir 7-8 hores al dia), ja que es refereixen als pensaments i sentiments que ens predisposen per a portar a terme aquestes conductes de salut.

Aquestes actituds estan basades en els judicis que la persona emet sobre el bo o dolent de portar a terme una acció determinada; la qual cosa depèn de les seves creences sobre la probabilitat que la realització d'un determinat comportament doni com a resultat una sèrie de conseqüències específiques, i per l'avaluació subjectiva d'aquestes conseqüències o resultats. En termes generals, aquesta actitud és favorable quan la majoria de les creences sobre el propi comportament es basen en les conseqüències positives, i serà desfavorable quan la majoria d'aquestes creences es fonamentin en els efectes negatius.

A pesar de la importància de les actituds en la seva capacitat per a mobilitzar la persona a la posada en pràctica de conductes de salut, hem de tenir en compte que el desenvolupament de la "intenció" de posar en marxa aquestes conductes també estarà condicionat per altres factors que a vegades són infravalorats, com poden ser les emocions, els condicionants socials (per exemple, les influències de determinats grups socials i del model d'assistència sanitària), les condicions i estils de vida de la persona, etc. Així mateix, hi ha una sèrie de barreres que poden influir a l'hora d'adoptar aquestes conductes de salut i que haurem de tenir en compte, com són les barreres culturals i actitudinals, les provinents de la naturalesa dels hàbits de salut i les associades al sistema sanitari i el context social en què transcorre la vida personal.

Glossari

actitud *f* Disposició interna duradora que manté les respostes favorables o desfavorables de l'individu cap a un objecte o una classe d'objectes del món social.

autoeficàcia *f* Judicis de cada individu sobre les seves capacitats, sobre la base dels quals organitzarà i executarà els seus actes de manera que li permetin aconseguir el rendiment volgut.

autoregulació *f* Procés mitjançant el qual l'execució de certes conductes per part del subjecte està controlada per la recompensa que resulta en si la realització d'aquests comportaments basant-se en un procés avaluatiu que s'imposa el subjecte a si mateix.

creences *f/pl* Opinió que es manté sobre una actitud; és a dir, pensament o coneixement que es posseeix sobre alguna persona, objecte o problema.

mastectomia *f* Eliminació quirúrgica de les mames. Es practica per a eliminar un tumor cancerós mamari, en rares ocasions es recomana per a un tumor benigne i altres malalties del pit.

Bibliografia

Bibliografia bàsica

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

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

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

Bibliografia complementària

Ajzen, I. (1985). From intentions to action: A theory of planned behavior. J. Khul i 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. i 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. i Fuchs, R. (1995). Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. A A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies*, 259-288, edició espanyola de 1999 a Desclée De Brouwer). New York, NY, US: Cambridge University Press.

Schwarzer, R. i Fuchs, R. (1996). Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models. A M. Conner i 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* (4a ed.). New York, NY, US: McGraw-Hill.

Tedesco, L. A., Keffer, M. A., i 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.

Bibliografia citada en el text

Ajzen, I. i Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 253.

Amigo Vázquez, I., Fernández Álvarez, C., i 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. (2000). Mejora de la salud a través de mecanismos sociocognitivos. *Conferencia Inaugural del curso 2000-2001 de la Universidad de Salamanca* (mimeografiat). Salamanca.

Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. Boston, MA, US: Allyn Bacon.

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

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

Durá Ferrandis, E., Galdón Garrido, M. J., i 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. i 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. i Middleton, W. (1995). Social Cognition and health behavior. A. D. Mener i C. Meldrom (Eds.), *Psychology 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: Government Printing Office.

León Rubio, J. M., Medina Anzano, S., Cantero Sánchez, F. J., Gómez Delgado, T., Barriga Jiménez, S., Gil Rodríguez, F., i 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., i 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., i 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 attitude 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 i R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology*, 153-176. New York, NY, US: Guilford Press.

Rosentock, I. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2 (4), 455-386.

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

Rosentock, I. M. i Kirscht, J. (1982). Why people use health services. A. A. Stone, F. Cohen, i 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. A R. Schwarzer (Eds.), *Self-efficacy: Thought control of action*, 217-243. Washington, DC: Hemisphere.

Schwarzer, R. i Fuchs, R. (1999). Modificación de las conductas de riesgo y adopción de conductas saludables: el rol de las creencias de auto-eficacia. A A. Bandura, (Ed.), *Auto-eficacia: 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 interacción geriátrica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25 (2), 205-223.

Taylor, C. B., Bandura, A., Ewart, C. K., Miller, N. H., i 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.

Annexos

Annex 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. Ubillós 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.

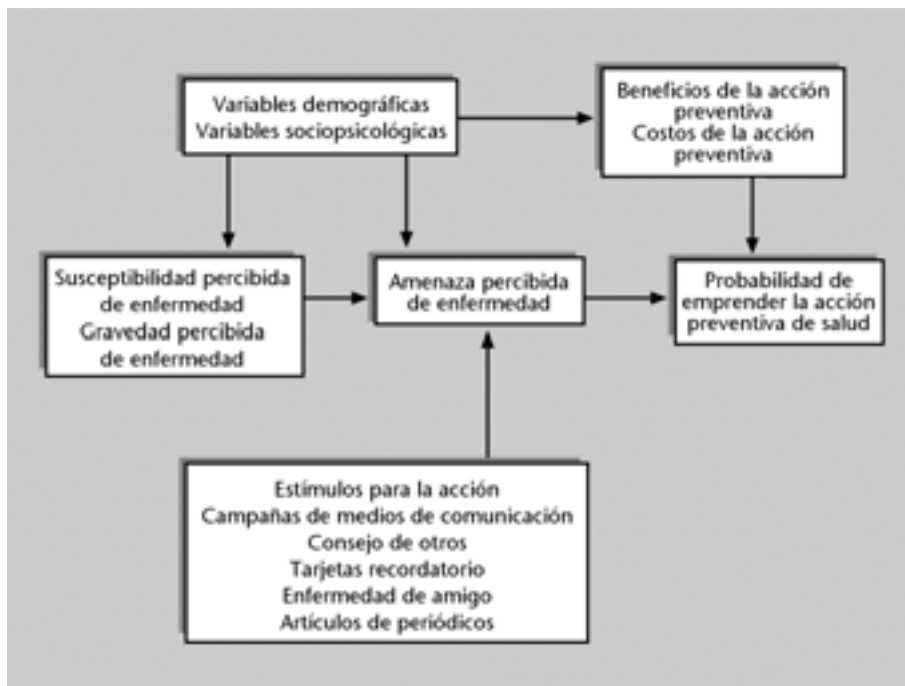
El modelo de creencias de salud

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, sería 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 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 (Loewenstein 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 (Feather, 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 conductual «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 toma en cuenta los elementos afectivos, ni las normas o prescripciones sociales. Por último, no contempla las representaciones sociales diferenciales existentes sobre 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.

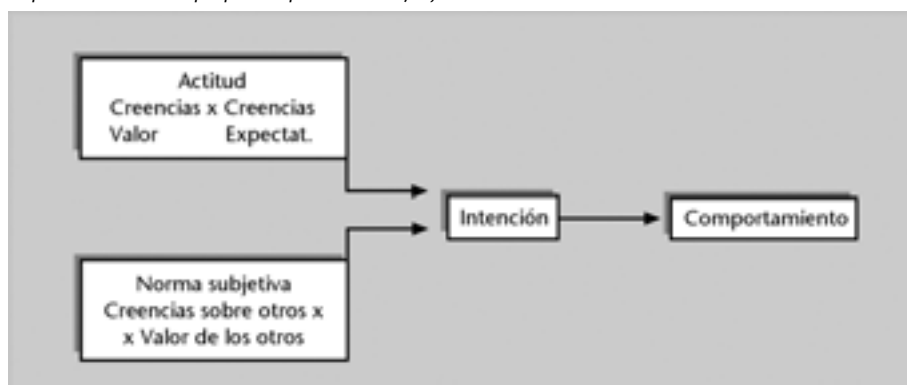
Además de esta racionalidad instrumental, el modelo integra la racionalidad cultural o normativa mediante una medida de la opinión favorable/desfavorable de los otros significados ante la conducta específica y se cuestiona también sobre la motivación a seguir esta opinión (Boyd y Wandersman, 1991). La multiplicación del valor del atributo con la expectativa que se asocia 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 al 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 (Di Clemente, 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 Wolkenstein, 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 concepto de percepción de controlabilidad de la conducta, denominado 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 ac-

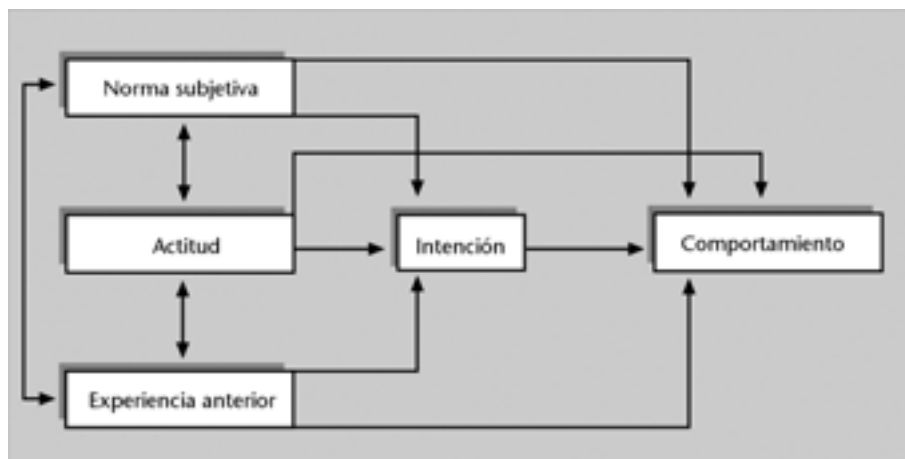
titudes no sólo ante la conducta en cuestión, sino ante las alternativas (usar preservativo frente a no usar). Si bien no toda, varias investigaciones confirman este aspecto (Tesser y Shaffer, 1990). La investigación de Davidson y Morris (1983) comparó la capacidad predictiva de medidas cognitivas, de 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 variación 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 Triandis explica el doble de la varianza de la conducta declarada que el de Fishbein 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 ordenada-

mente 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

control. 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: Prentice-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 conductuales. 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 structural equation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 226-238.
- Boyd, B. y Wandersman, A. (1991). Predicting undergraduate condom use with the Fishbein and Ajzen and 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 Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza.
- Chaiken, S. y Stangor, C. (1987). Attitudes and 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 Multiplicative Composites. *American Psychologist*, 46 (1), 6-15.
- Feather, N. (1982). *Expectations and Action*. Hillsdale: Erlbaum.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1980). *Understanding 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). Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS prevention. *American Psychologist*, 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 Wolkstein, B. H. (1990). Perceived personal immunity: Beliefs about susceptibility to AIDS. *The Journal of Sex Research*, 27 (4), 622-628.
- Kaplan, H. B., Johnson, R. J. Bailey, C. A. y Simon, W. (1987). The Sociological Study of AIDS: A critical review of the literatu-

- re 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 Birnbaum, 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.