

# MODELOS DE CREENCIAS DE SALUD Y DE LA ACCIÓN RAZONADA APLICADOS AL CASO DEL SIDA

D. PÁEZ ROVIRA; S. UBILLOS LANDA; M. PIZARRO PACHECO  
Universidad del País Vasco

M. LEÓN CANELÓN  
Universidad de los Andes (Venezuela)

## Resumen

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

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

## Abstract

This article reviews the «state of art» on attitudes (content and structure), beliefs and sexual behavior related to aids. Empirical research shows that some variables of the Health Beliefs Model (HBM) are not regularly associated to preventive behavior. Reasoned Action model explain more variance on preventive behavior (condom use) than HBM. Habit or previous practice, personal norm, self-efficacy, perceived control and subjective norm are important predictors of preventive behavior. Health education campaigns should be focused on changing illusion of invulnerability (low risk perception), illusion of control (exaggerated perceived control), improving self-efficacy, personal norm and creating positive social norms. Programs focused on transmission of skills can be most effective, because improve previous factors.

**Key words:** Attitudes, Norms, Preventive behaviors, aids.

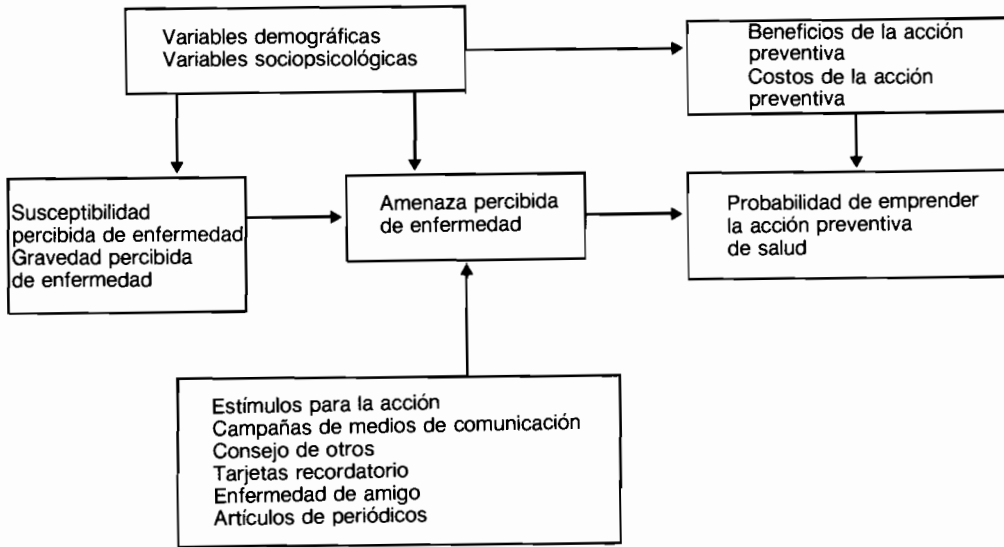
## El modelo de creencias de salud

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 (Paez, Sar 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 esta, 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, Johnson, 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 proba-

bilidad 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 siete 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 múltiples parejas 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 ( $\bar{X} = 2,06$ ) que el atribuido al normal ( $\bar{X} = 2,3$ ) 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-Tyndale, 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 saliencia 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 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, otros 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 (Rodin 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 Furstenberg (1991) encontraron entre mil sujetos norteamericanos que el 65 por 100 señalaba 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 Furstenberg, 1991).

Tercero, desde el punto de vista de la racionalidad de maximización de beneficios, la conducta sexual juvenil presenta 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 contraceptivo, 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 utilizan anovulatórios, DIU o diafragma, etc.) son a corto plazo; mientras que sus costos (embarazo, 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.

### **Criticas 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 percibido y el riesgo conductual «objetivo» es baja o inexistente (Hanse, Hahn y Wolkenstein, 1990). Tercero, no

considera los elementos sociales más «objetivos», 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.

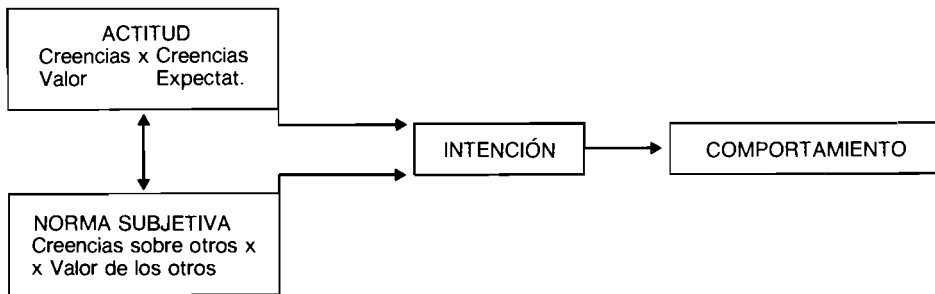
Además de esta racionalidad instrumental, el modelo integra la racionalidad cultural o normativa mediante una medida de la opinión favorable/desfavorable de los otros significativos ante la conducta específica y se cuestiona también sobre la motivación a seguir esta opinión (Boyd y Wandersman, 1991). 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 objetivo, es decir, cuando no estaba bajo el control de los sujetos, requería la colaboración de otros y habilidades, había obstáculos y era 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 del 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,

TABLA 2

Esquema actitudinal propuesto por Fishbein y Ajzen



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).

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

### Control percibido de la conducta

Con el fin de ampliar el modelo de la acción razonada a las conductas, Ajzen (1988) agregó al modelo una conducta. El modelo de la acción planificada, como componente de percepción de controlabilidad de la

fue denominado, intenta predecir tanto conductas voluntarias como involuntarias. No es por azar que dos autores destacados de esta orientación racional-económica (Rogers y Ajzen) hayan postulado que la percepción de control de la conducta a realizar es un elemento central en la predicción de ella; además de los atributos de susceptibilidad, vulnerabilidad, costes y eficacia de las conductas preventivas de salud (Stroebe y Jonas, 1988).

El control percibido se refiere a la percepción de los obstáculos internos (falta de habilidades, de competencias) y externos o situacionales (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 de 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 incremen-

ta si se miden las actitudes no sólo ante la conducta en cuestión, sino ante las alternativas (usar preservativo frente a no usar). Si bien no todas, 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 otra intra-sujetos, en relación a su actitud ante el 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.

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.

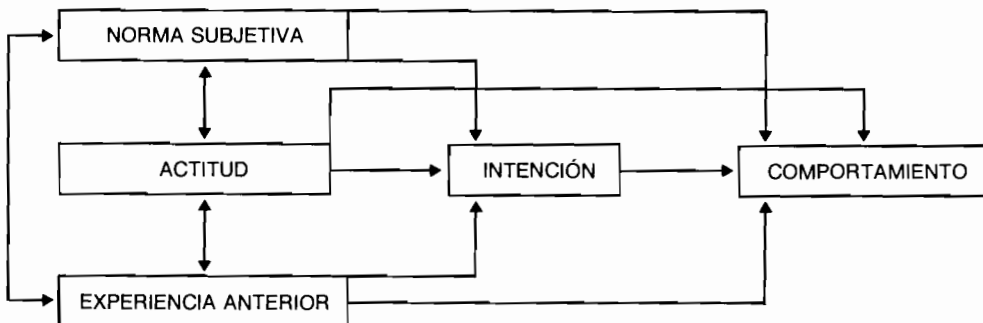
Sin embargo, otros resultados que demuestran que la experiencia influye directamente tanto en las intenciones conductuales como en el comportamiento posterior no han encontrado una influencia directa significativa de la actitud hacia la conducta futura (Fredricks y Dossett, 1983).

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 e ingleses. En relación al modelo de creencias de salud

TABLA 3  
El modelo de Bentler y Speckart (1981)



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 (siento 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 varianza 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  $-3$  a  $+3$  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 expec-

tativas, hacia la intención y terminan en la conducta informada. Cuando este orden se altera y se mezcla aleatoriamente el orden y los tipos de preguntas, el valor predictivo disminuye (Tesser y Shaffer, 1990).

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

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

### **Conclusiones**

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

da 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 auto-control 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 (Eds.), *Sida: Transmisión heterosexual del VIH* (págs. 115-123). Centro de Estudios Sociales y Aplicados. Sevilla.
- Bentler, 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. (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 attitude 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 Interamericana 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 Thoresen, 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 Wolkenstein, 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 literature and suggested research agenda. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 140-157.
- King, J. (1983). Attribution theory and the 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, Homophilia 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.
- Páez D., San Juan, C., Romo, I. y Vergara, A. (1991). *Sida: Imagen y prevención*. Madrid: Fundamentos.
- Page, M. D. y Davidson, A. R. (1984). A comparison of three social-psychological models of attitude and behavioral plan: Prediction of contraceptive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 517-533.
- Rodin, J. (1985). The application of social psychology. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *Handbook of Social Psychology*. New York: Random House.
- 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 with recommendations for modifications and future 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.