

MODELOS PSICOSOCIALES PARA LA PROMOCION DE SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

PSYCHOSOCIAL MODELS FOR HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION

ENRIQUE BARRA ALMAGIA¹

RESUMEN

Debido a que la promoción de salud y la prevención de enfermedades dependen en un alto grado de las creencias, actitudes y conductas concretas de los individuos, se han desarrollado varios esquemas conceptuales o modelos para integrar los diversos factores que permiten predecir y controlar las conductas relacionadas con la salud. En este artículo se revisan sintéticamente cuatro modelos psicosociales: el Modelo de Creencias de Salud, el Modelo de la Acción Razonada, el Modelo de la Conducta Planificada, y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales. Estos modelos constituyen valiosas herramientas, tanto para la investigación como para las intervenciones en promoción y prevención.

Palabras claves: Modelos teóricos, Conducta de salud, Promoción de salud.

ABSTRACT

Because health promotion and disease prevention are highly related to beliefs, attitudes and behaviors, several conceptual approaches or models have been developed in order to understand and modify health behavior. The psychosocial models included in this review are the Health Belief Model, the Reasoned Action Model, the Planned Behavior Model, and the Information-Motivation- Behavioral Skills Model. These models provide a framework for research and for diverse programs of health promotion and disease prevention.

Keywords: Theoretical models, Health behavior, Health promotion.

Las conductas de salud, es decir, aquellas acciones que las personas emprenden para mantener o mejorar su salud, están influidas por factores sociales, aspectos ambientales y diversos factores psicológicos, entre ellos, creencias y actitudes. En el intento de comprender los factores determinantes de las conductas de salud y llegar a predecir y controlar tales conductas, se han formulado algunos modelos psicosociales que pueden

servir de base a diversos programas de prevención y de intervención. A continuación se revisan algunos de los modelos que, a nuestro juicio, tienen el doble mérito de ser relativamente simples y de contar con suficiente respaldo empírico. Por razones de espacio, se presentará sólo una breve síntesis de estos modelos, algunos de los cuales se describen en mayor detalle en publicaciones anteriores (Barra, 1998, 1999) y en un libro

¹Psicólogo, Master of Arts University of Missouri, Profesor Asociado, Universidad de Concepción, Chile. E-mail: ebarra@udec.cl

de psicología de la salud a ser publicado próximamente.

MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

Uno de los primeros enfoques conceptuales que se desarrollaron para explicar por qué las personas se involucran o no en ciertas conductas relacionadas con la salud es el llamado Modelo de Creencias de Salud. Dicho modelo surgió en los años 60 como un intento para explicar por qué las personas a menudo no utilizan los programas y servicios de salud disponibles, y ha experimentado diversas ampliaciones a través del tiempo (Bernard & Krupat, 1994). Al igual que muchos otros modelos psicológicos, se basa en el principio de expectativa-valor: las personas adoptarán una conducta cuando creen que tal conducta producirá un resultado, y cuando ellas concedan valor a tal resultado. Los elementos esenciales del modelo involucran creencias acerca de la amenaza a la salud, acerca de la naturaleza de la conducta a ser llevada a cabo, y acerca de las propias habilidades para llevar a cabo las acciones requeridas.

El modelo original postula que la motivación de una persona para llevar a cabo conductas relacionadas con la salud (consultar precozmente, vacunarse, etc.) depende de la interacción de los siguientes factores:

a) La **amenaza percibida**, determinada por la *susceptibilidad percibida* a una enfermedad (el grado en que la persona se siente vulnerable a un determinado problema de salud) y por la *severidad percibida* de la enfermedad (qué consecuencias tendrá la enfermedad y cómo podrá afectar el estilo de vida del individuo). Si la persona no cree que la enfermedad sea grave, o cree que es poco probable que ella se enferme, seguramente no se sentirá muy motivada a adoptar una acción para enfrentar la amenaza a su salud. En cambio, si tanto la susceptibilidad como la severi-

dad percibidas son altas, las personas estarán más motivadas a actuar prontamente, ya que la percepción de riesgo sería un determinante importante de la conducta de salud.

- b) La estimación de la **eficacia de la conducta** de salud, consideración que involucra el análisis de dos elementos, *beneficios* percibidos y *costos* (o barreras) percibidos. Será mayor la probabilidad de adoptar una conducta cuando la persona cree que será efectiva y que los beneficios serán mayores a los costos. Así, los beneficios esperados de un tratamiento, examen o vacuna (recuperarse, detección y tratamiento precoz, evitar una enfermedad grave) deberían aparecer como mayores que los aspectos negativos involucrados (efectos colaterales, molestias, estrés, gastos).
- c) Una **clave gatilladora** de la acción de salud, algo que haga al individuo tomar conciencia del peligro o de las consecuencias potenciales (Mattson, 1999). Estas claves, las cuales pueden ser internas (una molestia o dolor) o externas (una campaña sanitaria o una indicación de un familiar o amigo), serían necesarias para motivar la conducta de salud y para involucrarse en el análisis de la amenaza, los beneficios y costos, etc.

Más adelante, en algunas versiones del modelo se le ha agregado un componente adicional de **auto-eficacia**, es decir, la creencia del individuo en su capacidad para llevar a cabo la conducta (Bandura, 1982). Una alta auto-eficacia percibida hace más probable iniciar y mantener una conducta, especialmente cuando se trata de acciones a largo plazo o de conductas que involucran cambios importantes en el estilo de vida. Por esta razón, un sentido de auto-eficacia parece ser una condición mínima para trasladar una preocupación respecto a la salud, ya sea intensa o leve, en acción efectiva (Schwarzer & Renner, 2000).

El Modelo de Creencias de Salud ha servido de base para una amplia variedad de investigaciones y programas de prevención e intervención en temas como auto-examen mamario (Aiken y otros, 1994; Calnan & Moss, 1984), prevención de tuberculosis (Wurtele, Roberts & Leeper, 1982), prevención del SIDA (Mattson, 1999), profilaxis dental (Chen & Land, 1986), uso de cinturón de seguridad, vacunaciones, practicar ejercicios, etc., y también para predecir la adherencia a tratamientos médicos (Wdowik y otros, 2001). En general, se ha observado que respecto a las conductas preventivas, es más probable que las personas adopten la conducta cuando ellas creen que pueden contraer una enfermedad y que eso tendría consecuencias graves.

MODELO DE LA ACCION RAZONADA

Planteado por primera vez en 1967 por Fishbein y Ajzen, este modelo se focaliza en la relación entre creencias, actitudes, intenciones y conducta. El modelo se basa en el supuesto que los seres humanos son seres racionales que utilizan o procesan sistemáticamente la información disponible, y plantea que la conducta es determinada, en último término, por las creencias subyacentes del individuo (Fishbein, 1990).

Se plantea que el determinante psicológico inmediato de la conducta no es la actitud hacia un objeto, sino la *intención* de realizar esa conducta, y la actitud es sólo un antecedente, y no el único de la intención. Por lo tanto, dentro de ciertos límites, podemos predecir lo que una persona hará si conocemos sus intenciones hacia esa acción.

La *intención* de realizar una conducta es función de dos elementos de la persona: la actitud hacia la ejecución de la conducta y la "norma subjetiva" de la persona con respecto a esa conducta. Las actitudes y normas subjetivas están determinadas a su vez por creencias, actitudinales y normativas respectivamente.

De acuerdo con el principio de expectativa-valor, la *actitud hacia realizar una conducta* es función de:

- a) la estimación del individuo de las consecuencias que tendrá la conducta, y
- b) su evaluación de aquellas consecuencias.

La *norma subjetiva* respecto a una conducta son las percepciones de la persona acerca de lo que otras personas piensan que ella debería hacer, especialmente personas importantes para ella. La norma subjetiva de una persona, con respecto a una conducta, es función de:

- (a) las creencias normativas de la persona (cómo otros grupos o personas piensan que él o ella debería comportarse), y
- (b) la motivación de la persona para conformarse a estas expectativas.

La intención de la persona sería entonces función de dos determinantes básicos, uno de tipo personal (actitud hacia la conducta) y otro que refleja la influencia social (norma subjetiva), y, en términos generales, las personas intentarán realizar una conducta cuando tengan una actitud positiva hacia ella y cuando creen que otras personas importantes para ellas piensan que la deberían realizar.

Muchos estudios han mostrado la utilidad del modelo para predecir y explicar por qué las personas se involucran (o no se involucran) en una amplia variedad de conductas de salud, incluyendo fumar (Marín y otros, 1990), beber (Schlegel y otros, 1992), auto-examen mamario (Lierman y otros, 1990), higiene dental (McCaul, O'Neill & Glasgow, 1988), hacer dieta, usar cinturones de seguridad, hacer ejercicios regularmente, tomar los medicamentos, participar en exámenes de salud preventivos, etc. Una de las aplicaciones más amplias de este modelo se encuentra en la predicción de las intenciones y conductas de usar medidas de protección durante las relaciones sexuales (Albarracín y otros, 2001; Boyd & Wandersman, 1991; Doll & Orth, 1993). Y un aspecto interesante

es la posibilidad de integración de este modelo con el modelo anterior de Creencias de Salud, tal como se ha hecho recientemente en un estudio acerca de la participación en un programa de prevención de tuberculosis (Poss, 2001).

MODELO DE LA CONDUCTA PLANIFICADA

El Modelo de la Conducta Planificada (Ajzen, 1991) constituye una variante del Modelo de la Acción Razonada. Considerando que pueden existir limitaciones reales o percibidas para realizar una determinada conducta, lo que hace básicamente esta teoría es agregar un tercer elemento a la determinación de la intención conductual. Este elemento, llamado *control conductual percibido*, refleja las creencias personales acerca del grado de dificultad que tendría el realizar la conducta, y puede referirse tanto a factores externos (ej. disponibilidad de tiempo o dinero, apoyo social, etc.) como internos (ej. información, habilidades, competencias, etc.).

Por lo tanto, para este modelo, la intención de realizar una conducta es función de la *actitud* hacia la conducta, la *norma subjetiva* respecto a esa conducta, y el *control* que el individuo percibe sobre la ejecución de la conducta. Este tercer elemento se refiere a la creencia de que algunas conductas son en general más controlables que otras, y más específicamente a la creencia en la posibilidad individual de control sobre una conducta determinada. Así, el concepto de control conductual percibido incluiría dos variables: la estimación que hace el individuo del grado de control que tendría sobre la ejecución de la conducta, y la evaluación que hace de su habilidad real para ejecutarla.

El concepto de control conductual percibido sería similar al ya mencionado concepto de *auto-eficacia* (Bandura, 1982), ya que ambos reflejarían el grado en el cual las personas creen, que ya sea factores propios o del ambiente, podrían determinar que sus inten-

ciones conductuales lleguen a transformarse en conductas.

El Modelo de la Conducta Planificada ha sido y continúa siendo objeto de mucha investigación, existiendo acuerdo en su validez y utilidad para predecir un amplio rango de conductas relacionadas con la salud (Albarracin y otros, 1991; Beale & Manstead, 1991; Norman & Conner, 1996; Schifter & Ajzen, 1985; Sheeran, Conner & Norman, 2001; Van Ryn, Lytle & Kirsticht, 1996).

MODELO DE INFORMACION-MOTIVACION-HABILIDADES CONDUCTUALES

Uno de los modelos más recientes es el de Información-Motivación-Habilidades conductuales (Fisher & Fisher, 1998), el cual se originó en un intento por integrar los principales determinantes de la prevención del VIH. De acuerdo al modelo, la información de salud, la motivación para actuar según esta información, y las habilidades conductuales para actuar efectivamente, son determinantes fundamentales de la iniciación y mantención de las conductas de salud.

La información y motivación del individuo afectan su conducta de salud mediante sus habilidades conductuales. Es decir, estimulan el desarrollo y aplicación de habilidades conductuales de salud, las que se usan para iniciar y mantener conductas de promoción de salud en el tiempo. En aquellos casos en que no se requieran habilidades conductuales nuevas o complejas para la ejecución de determinadas conductas de salud, puede haber conexiones directas entre la información o motivación y la ejecución de tales conductas.

Aunque los factores incluidos en el modelo se consideran determinantes generales de las conductas de salud, esos factores podrán tener contenidos específicos que sean relevantes para determinadas conductas de salud (por ejemplo, uso de condón, auto-examen mamario, examen preventivo de cáncer

cervical, etc.) y para poblaciones particulares (por ejemplo, mujeres mayores, adolescentes varones, miembros de una minoría étnica, etc.). Por lo tanto, la adecuada utilización del modelo implicará la identificación de los contenidos específicos de información, motivación y habilidades conductuales relevantes para una conducta de salud específica en una población específica, y la identificación de los factores que tienen mayor influencia en la práctica de esa conducta en esa población. Sólo de esta manera se contará con la información crítica para diseñar intervenciones adecuadas de promoción de salud que mejoren la ejecución de conductas particulares en grupos específicos.

Información y conducta de salud

De acuerdo al modelo, la información que es relevante para la práctica de una conducta de salud es un prerrequisito crítico para el inicio y la mantención de tal conducta. Sin embargo, la investigación revela que, respecto a diversas conductas de salud y en distintas poblaciones de riesgo, es común la ignorancia, la mala información y las estrategias de procesamiento cognitivo que obstruyen la conducta preventiva. Por esto, las intervenciones destinadas a la promoción de conductas de salud deben transmitir información de tipo muy específico. Entre las características que debe tener tal información estarían: el que sea fácilmente comprensible por los individuos destinatarios, que sea fácilmente traducible en conductas concretas de los destinatarios, que no provoque un alto nivel de temor, que contenga recomendaciones específicas fáciles de implementar, y que no promueva inadvertidamente conductas de riesgo.

Motivación y conducta de salud

El modelo plantea que la motivación para llevar a cabo conductas de salud se basa en motivación personal (actitudes hacia la prác-

tica personal de tales conductas), motivación social (normas sociales y percepción de apoyo social para la ejecución de la conducta) y, en algunos casos, ciertas respuestas emocionales. Así, por ejemplo, en el caso de conductas relacionadas con aspectos sexuales y reproductivos, tales como uso de anticonceptivos y auto-examen mamario o pélvico, se podría agregar como un factor adicional importante la dimensión de erotofobia-erotofilia, la disposición de las personas a reaccionar con afecto negativo o positivo frente a estímulos o aspectos sexuales (Fisher, Byrne, White & Kelley, 1988).

Habilidades conductuales y conducta de salud

El modelo también plantea que las habilidades conductuales para realizar una secuencia de actos de promoción de salud determinarán si el individuo será capaz de involucrarse en conductas de salud efectivamente. Las habilidades conductuales consisten en habilidades objetivas para la ejecución de actos de promoción de salud y en la auto-eficacia para llevar a cabo tales conductas, estando ambas habilidades altamente correlacionadas.

Además del gran apoyo empírico que ha logrado este modelo en el campo de la conducta preventiva del HIV en distintas poblaciones de riesgo (Fisher y otros, 1994), también existe evidencia de su aplicabilidad en otras conductas de salud. Así por ejemplo, en un estudio citado en Fisher y Fisher (1998), se encontró que la información y la motivación respecto al auto-examen mamario eran constructos independientes, que cada uno estaba asociado con las habilidades conductuales de auto-examen mamario, que estas últimas estaban asociadas con la conducta misma de auto-examen mamario, y que además existía una asociación directa entre motivación y conducta de auto-examen mamario.

A partir de esta muy rápida revisión se puede concluir que, aunque todavía es necesario generar mucho más conocimiento específico –y, tal vez, desarrollar modelos

explicativos más integrales de las conductas de salud-, existen ya varios modelos con suficiente respaldo empírico que proporcionan marcos teóricos sólidos tanto para la investigación como para diversos programas de promoción y prevención en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AIKEN, L., WEST, S., WOODWARD, C. & Reno, R. (1994). Health beliefs and compliance with mammography-screening recommendations in asymptomatic women. *Health Psychology*, 13, 122-129.
- AJZEN, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- ALBARRACIN, D., JOHNSON, B., FISHBEIN, M. & MUELLERLEILE, P. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161.
- BANDURA, A. (1982). Self-efficacy: Mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- BARRA, E. (1998). *Psicología social* (2ª Ed.). Concepción: Universidad de Concepción-Ministerio de Educación.
- BARRA, E. (1999). *Psicología de la sexualidad*. Concepción: Universidad de Concepción.
- BEALE, D. & MANSTEAD, A. (1991). Predicting mothers' intentions to limit frequency of infants' sugar intake: Testing the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 409-431.
- BERNARD, L. & KRUPAT, E. (1994). *Health psychology: Biopsychosocial factors in health and illness*. Forth Worth, Tx: Harcourt Brace College.
- BOYD, B. & 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, 1810-1830.
- CALNAN, M. & MOSS, S. (1984). The health belief model and compliance with education given at a class in breast self-examination. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 198-210.
- CHEN, M. & LAND, K. (1986). Testing the health belief model: LISREL analysis of alternative models of causal relationships between health beliefs and preventive dental behavior. *Social Psychology Quarterly*, 49, 45-60.
- FISHBEIN, M. (1990). Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 6, 1-16.
- FISHER, J., FISHER, W., WILLIAMS, S. & MALLOY, T. (1994). Empirical tests of an Information-Motivation-Behavioral Skills Model of AIDS preventive behavior with gay men and heterosexual university students. *Health Psychology*, 13, 238-250.
- FISHER, W., BYRNE, D., WHITE, L. & KELLEY, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *The Journal of Sex Research*, 25, 123-151.
- FISHER, W. & FISHER, J. (1998). Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: Theory and method. *Annual Review of Sex Research*, 9, 39-77.
- LIERMAN, L., YOUNG, H., KASPRZYK, D. & BENOLIEL, J. (1990). Predicting breast self-examination using the Theory of Reasoned Action. *Nursing Research*, 39, 97-101.
- MARIN, B., MARIN, G., PEREZ-STABLE, E., OTERO-SABOGAL, R. & SABOGAL, F. (1990). Cultural differences in attitudes toward smoking: Developing messages using the Theory of Reasoned Action. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 478-493.
- MATTSON, M. (1999). Toward a reconceptualization of communication cues to action in the health belief model: HIV test counseling. *Communication Monographs*, 66, 240-265.
- MCCAUL, K., O'NEILL, H. & GLASGOW, R. (1988). Predicting the performance of dental hygiene behaviors: An examination of the Fishbein and Ajzen model and self-efficacy expectations. *Journal of Applied Social Psychology*, 18, 114-128.
- NORMAN, P. & CONNER, M. (1996). Applying the theory of planned behavior to the prediction of re-attendance at health checks: The role of past behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 1010-1026.
- POSS, J. (2001). Developing a new model for cross-cultural research: Synthesizing the health belief model and the theory of reasoned action. *Advances in Nursing Science*, 23, 1-15.
- SCHIFTER, D. & AJZEN, I. (1985). Intention, perceived behavioral control and weight loss: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 843-851.
- SCHLEGEL, R., D'AVERNAS, J., ZANNA, M., DECOURVILLE, N. & MANSKE, S. (1992). Problem drinking: A problem for the Theory of Reasoned Action? *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 358-385.
- SCHWARZER, R. & RENNER, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-

- efficacy and coping self-efficacy. Health Psychology, 19, 487-495.
- SHEERAN, P., CONNER, M. & NORMAN, P. (2001). Can the theory of planned behavior explain patterns of health behavior change? Health Psychology, 20, 12-19.
- VAN RYN, M., LYTLE, L. & KIRSTCHT, J. (1996). A test of the theory of planned behavior for two health-related practices. Journal of Applied Social Psychology, 26, 871-883.
- WDOWIK, M., KENDALL, P., HARRIS, M. & AULD, G. (2001). Expanded health belief model predicts diabetes self-management in college students. Journal of Nutrition Education, 33, 17-23.
- WURTELE, S., ROBERTS, M & LEEPER, J. (1982). Health beliefs and intentions: Predictors of return compliance in a tuberculosis detection drive. Journal of Applied Social Psychology, 12, 128-136.