Factores relevantes en la prevención de los comportamientos de riesgo

En las últimas décadas, la transmisión del VIH, las adicciones a substancias psicoactivas y los accidentes de tráfico se han clasificado entre las 10 causas más importantes de mortalidad y morbilidad en todo el mundo (World Health Organization, 2013).

Instituciones sanitarias y diferentes agentes sociales han realizado repetidas campañas e intervenciones para intentar erradicar los comportamientos peligrosos implicados en el padecimiento de tales trastornos. Igualmente, han sido abundantes las investigaciones llevadas a cabo con el objetivo de comprender mejor los factores que intervienen en el inicio y mantenimiento de los comportamientos de riesgo, y así poder incrementar la eficacia de la intervenciones preventivas.

Se han propuesto diferentes modelos para explicar los comportamientos preventivos o, alternativamente, los comportamientos de riesgo. Algunos de ellos destacan la influencia de los factores cognitivos (creencias en la propia vulnerabilidad, en la gravedad del trastorno, etc.) como el Modelo de Creencias de Salud (Maiman y Becker, 1974); mientras que otros ponen el acento en las variables sociales (normas percibidas, etc.), como en la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) o la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1991). Estos modelos tienen un enfoque racionalista y se limitan a predecir la intención de conducta. Un tercer grupo de modelos se caracteriza por reorganizar, tanto las variables cognitivas como las de tipo social, dentro de un esquema de análisis funcional de la conducta efectuada, siendo los exponentes más representativos la Teoría del autocontrol de Rachlin (1989) y el Modelo Psicológico de Prevención de la Enfermedad de Bayés (1995) basado, en gran medida, en el anterior. Estos modelos analizan el comportamiento, otorgando una importancia determinante a las consecuencias que este genera, diferenciando entre resultados positivos y negativos, evaluando su magnitud y analizando si aparecen de forma inmediata o demorada. Con una menor influencia, se toman también en consideración los antecedentes, pero más bien como factores favorecedores o inhibidores de la conducta. Por ejemplo, se considera la información como una variable fundamental a la hora de estimular los comportamientos preventivos y se reconoce la importancia del entorno social, en el que se va a realizar la conducta preventiva, así como las habilidades y creencias de aquellas personas que van a llevarla a cabo (Bayés, 1995). Por ejemplo, un entorno social opuesto al cambio, o unas habilidades insuficientes de la persona que quiere lograrlo, pueden cortar de raíz los primeros intentos preventivos, si en ellos se han experimentado consecuencias negativas. Las investigaciones basadas en la Teoría del Autocontrol han proporcionado apoyo al modelo y han sugerido nuevas vías de intervención. Por ejemplo, han mostrado un mayor impacto sobre la conducta de aquellas consecuencias que aparecen de forma inmediata, sean positivas o negativas, en comparación con aquellas otras que tardan más en hacerse presentes. Se ha comprobado que uno de los factores que más influyen en el uso del cinturón de seguridad es el grado de molestia (Gras, Cunill, Sullman, Planes y Font-Mayolas, 2007), por lo que conseguir un diseño más ergonómico de este equipamiento podría repercutir favorablemente en su empleo. Por contra, la creencia en la eficacia del uso del cinturón para evitar lesiones graves o la muerte en caso de accidente no estuvo asociada a su uso. Quizá por tratarse de unas consecuencias tan solo probables y que no aparecen de forma inmediata, en comparación con la molestia, que sí lo hace.

Los modelos basados en el análisis funcional de la conducta también han mostrado un mayor peso de las consecuencias positivas, asociadas a la realización de comportamientos pre-

ventivos, frente a las consecuencias negativas de no hacerlo, sugiriendo la conveniencia de que las campañas preventivas dieran mayor peso a las primeras que a las segundas. Por ejemplo, las ventajas del uso del preservativo explican, en mayor medida que los inconvenientes, su uso en el pasado por parte de jóvenes universitarios de ambos géneros y, en el caso de los varones que no lo usan sistemáticamente, también predicen su intención de uso en el futuro (Planes, Prat, Gómez, Gras y Font-Mayolas (2012). Resultados semejantes se han obtenido con otras muestras de características parecidas (Prat, Planes, Gras y Sullman, 2012).

En el caso del consumo de tabaco, se ha observado que los jóvenes fumadores informan de más beneficios (especialmente si son inmediatos) y menos perjuicios del consumo de tabaco que los no fumadores (Font-Mayolas, 2001). Estos resultados sugieren posibles intervenciones, que destaquen las consecuencias negativas inmediatas y seguras del tabaquismo (mal aliento, gasto económico, etc.) en lugar de aludir a posibles daños importantes a largo plazo (padecer diferentes tipos de cáncer a causa del consumo de cigarrillos).

Los modelos que adoptan el análisis funcional de la conducta también ayudan a entender mejor los resultados de algunas investigaciones, considerados poco congruentes con las hipótesis previas. En ellos, se observa una relación directa entre percepción del riesgo y realización de conductas peligrosas, es decir, a mayor percepción de riesgo más conducta peligrosa. Aunque para la mayoría de las personas el riesgo tiene connotaciones de posible pérdida y daño, para otras resulta de gran atractivo, ya sea por la experiencia en sí (buscadores de sensaciones) o por el reconocimiento y aprobación social que suministran los referentes significativos (amigos, pareja, etc.). Conseguir que el entorno social deje de reforzar los comportamientos arriesgados, no cabe duda de que sería un paso muy importante para la protección de la salud.

Referencias

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, 179-211.

Bayés, R. (1995). Sida y psicología. Barcelona: Martínez Roca

Fishbein, M. y Ajzen, J. (1975). Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley.

Font-Mayolas S. (2001). Per què els fumadors fumen i els no fumadors continuen sense fumar?. Girona. Universitat de Girona.

Gras, M.E., Cunill, M., Sullman, M.J.M., Planes, M. y Font-Mayolas, S. (2007). Predictors of sealt-belt use amongst Spanish drivers. Transportation Research. Part F, 10, 263-269.

Maiman, L.A. y Becker, M.H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. Health Education Monographs, 2, 336-353.

Planes, M., Prat, F., Gómez, A.B., Gras, M.E. y Font-Mayolas, S. (2012). Ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual. Anales de Psicología, 28 (1), 161-170

Prat, F., Planes, M., Gras, M.E. y Sullman M.J.M. (2012). Stages of change and decisional balance for condom use with a heterosexual romantic partner. Journal of Health Psychology, 17 (8), 1193-1202

Rachlin, H. (1989). Judgement, decision and choice. New York: Freeman.

World Health Organization (2013). The top 10 causes of death. Recuperado el 9 de septiembre de: http//www.who.int//mediacentre/factsheets/fs310/en/index.htmle.

Dra. Montserrat Planes Pedra
Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida
Universitat de Girona
montserrat.planes@udg.edu