

COLABORACIÓN ESPECIAL

EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD. UN ENFOQUE TEÓRICO PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA

Francisco Soto Mas (1), Jesús A. Lacoste Marín (2), Richard L. Papenfuss (1) y Aida Gutiérrez León (3)

(1) Arizona Disease Prevention Center. Universidad de Arizona. Tucson, AZ (EE.UU.).

(2) Instituto para el Estudio de las Adicciones. Santa Cruz de Tenerife. España.

(3) Programa Regional de Prevención del SIDA. Gobierno de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. España.

RESUMEN

A pesar de los últimos avances farmacológicos, la mejor arma de que disponemos hoy día en la lucha contra el VIH/SIDA sigue siendo la educación preventiva. Dado que un cambio voluntario de comportamiento a largo plazo es difícil de conseguir, incluso bajo las mejores circunstancias, las intervenciones educativo/preventivas deben considerar toda estrategia que pueda facilitar ese proceso de cambio deseado. Aunque el objetivo final es conseguir una determinada conducta, ciertos modelos teóricos que incorporan componentes cognitivo-perceptivos, podrían resultar de gran utilidad en la consecución de ese objetivo ya que cierta cantidad de información, aunque no suficiente para mantenerlos, sí ha mostrado ser un importante elemento predisponente para la iniciación de cambios conductuales. Este artículo examina el papel del Modelo de Creencias de Salud (MCS) como herramienta educativa en intervenciones preventivas contra el VIH/SIDA y defiende la utilización de teorías cognitivo-sociales en educación de salud.

Palabras clave: Sida. Prevención. Modelo de creencias de salud. Educación para la salud.

ABSTRACT

The Health Belief Model. A Theoretical Approach to Aids Prevention

Despite recent drug developments, the best available strategy we have today against HIV/AIDS is still preventive education. Since a voluntary behavioral change is difficult to achieve, even under the best possible conditions, preventive-education interventions should consider any strategy that facilitates the process of change. Although the final objective is to adopt a specific behavior, theoretical models that include cognitive-perceptive components can be useful in achieving that objective. It has been proven that a certain amount of information, even if not sufficient for sustaining behavior change, is an important predisposing component of initiating behavior changes. This paper examines the role of the Health Belief Model (HBM) as an educational tool for HIV/AIDS preventive interventions, and supports the use of social-cognitive theories in health education.

Key words: AIDS, prevention, health belief model, promotion of health.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento y magnitud del VIH, el virus que produce el Sida, y la evolución de la epidemia han supuesto un auténtico reto para los profesionales de la salud pública. Desde su aparición a principios de los años 80, tanto el número de personas infec-

tadas con el VIH como la incidencia de Sida han seguido creciendo sistemáticamente. En agosto de 1994, la Región Europea de la OMS había contabilizado 116,000 casos acumulados de Sida¹. En España la cifra ascendía en septiembre de 1996 a 41.598² y en Estados Unidos, donde se estima que más de un millón de personas son portadoras del VIH, se siguen produciendo unas 40.000 nuevas infecciones anuales³. Las cifras son incluso más alarmantes en Latinoamérica y el Caribe, donde se estima que más de 1.5 millones de personas viven con el VIH o padecen Sida; o en la región subsahariana de

Correspondencia:

Jesús A. Lacoste.

Instituto para el Estudio de las Adicciones.

Avda. Colón s/n. Edif. Botavara 15-71.

38109 Radazul-Tenerife.

África, donde se calcula que el 30% de los habitantes estarán infectados para el año 2010⁴.

La espectacularidad de las cifras, unido al continuo incremento de casos observado durante la primera década, han provocado numerosos cambios de estrategia en la lucha contra la epidemia. En un principio se optó, con injustificado optimismo, por defender la rápida aparición de una vacuna. En 1984 la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos norteamericano anunciaba en conferencia de prensa que una vacuna contra el Sida estaría dispuesta en 2-3 años⁵. Más de una década más tarde, las perspectivas de una vacuna eficaz a medio o largo plazo siguen siendo más que inciertas⁶.

El interés se centró luego en determinados tipos de medicamentos antivirales que evolucionó a su vez desde un uso individual a la combinación de varias drogas. El resultado podría calificarse también de limitado éxito ya que, como es sabido, en el mejor de los casos sólo consiguen retrasar el desenlace. Recientemente, una nueva generación de medicamentos conocidos como *inhibidores de la proteasa* ha despertado una vez más el interés de los investigadores y la esperanza de todos, pero el optimismo de ciertas publicaciones debe ser prudentemente contrastado, ya que los resultados son preliminares y se tardarán años en conocer sus auténticos efectos⁷.

Las expectativas, decepciones y cambios de enfoque que han acompañado la evolución del Sida desde su aparición, han afectado también a todas las fuerzas de salud pública. A partir de la identificación de las principales rutas de transmisión del VIH, algo que sucedió incluso antes de la identificación del virus³, los esfuerzos se centraron en la educación preventiva. Pronto se puso de manifiesto que ciertas barreras, comunes por otra parte a otras áreas de la educación de salud, dificultaban el éxito preventivo que muchos esperaban y una vez

más se pudo comprobar que la mera asimilación intelectual del riesgo no conlleva, necesariamente, el cambio de comportamiento deseado⁸. El aparente escaso fruto de las iniciativas preventivas llevó a muchos a hablar de fracaso educativo en la lucha contra el Sida⁹. Como consecuencia, el componente cognitivo comenzó a quedar postergado y las intervenciones se centraron más en estrategias puramente psicomotoras y conductuales que han evolucionado hasta lo que se ha dado en llamar la *teoría de la disminución del daño*, y que asume que es imposible evitar ciertas condiciones de riesgo en un cien por cien de la población¹⁰. De esta forma, la accesibilidad y adiestramiento en el uso de preservativos y los programas de limpieza e intercambio de jeringuillas son en la actualidad el centro de atención de programas en todo el mundo¹⁰, incluyendo España¹¹.

El factor cognitivo como determinante del cambio conductual

Existen hoy suficientes evidencias como para poder afirmar que la lucha contra el Sida no ha sido un fracaso y que es posible conseguir cambios conductuales a largo plazo¹⁰. Pero las intervenciones para la prevención del VIH/Sida necesitan planearse cuidadosamente e incluir ciertos componentes que se sabe facilitan el proceso de modificación de la conducta.

La educación para la salud ha evolucionado rápidamente y en muchos casos sin una base teórica, enfocada más en el aspecto práctico, lo que ha hecho olvidar ciertas premisas fundamentales. Una de ellas es que el conocimiento, junto con la actitud positiva, favorece conductas específicas de conservación y promoción de salud. El elemento cognitivo es, en suma, un factor predisponente para la adopción de hábitos saludables.

A pesar de que la clave del éxito en la prevención del Sida radica en favorecer o evitar ciertos comportamientos, existen una serie de premisas, pasos progresivos, que fa-

cilitarán la consecución de ese objetivo final. El primero de esos pasos es puramente cognitivo. Aunque el reconocimiento de algo, por sí solo, no es un indicador de un cambio de conducta, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio del comportamiento¹². En otras palabras, las intervenciones preventivas cuya meta es evitar comportamientos de riesgo relacionados con la transmisión del VIH, pueden beneficiarse si incluyen un cuidado componente cognitivo, siendo esto más marcado en ciertos grupos poblacionales¹³. Esto, que podría parecer evidente, se está olvidando en muchas intervenciones preventivas contra el VIH/Sida por el afán de producir cambios rápidos de comportamiento que, en última instancia, corren el peligro de ser poco perdurables.

Aunque las mayoría de las intervenciones contra el VIH/Sida que han podido demostrar resultados positivos incluyen una combinación de estrategias, se sabe que la mera información puede también tener un efecto positivo. Una de las primeras campañas masivas de información sobre el Sida que se realizó en Estados Unidos en 1988, consistió en un folleto de 8 páginas titulado «Understanding AIDS» y que, firmado por el entonces Cirujano General, fue distribuido por correo a la mayoría de los hogares estadounidenses. Investigaciones posteriores indicaron que el folleto no sólo produjo cambios sustanciales del conocimiento sobre el VIH y el Sida entre la población, sino que ocasionó un aumento en la frecuencia de uso de preservativos durante el coito³.

Teorías de promoción de salud

La pregunta a la que se enfrenta ahora el educador/promotor de salud es pues, cómo diseñar una intervención con un adecuado componente cognitivo. Además del medio de difusión, la cuestión a resolver es cómo organizar la información y qué ayudas uti-

lizar para producir el impacto deseado, o al menos aumentar las posibilidades de éxito.

Es aquí donde, una vez más, las teorías cognitivo-sociales y del comportamiento se convierten en un arma indispensable para el profesional de la salud pública. Aunque la utilización de teorías no garantiza el éxito de una intervención, sí proporciona toda una estructura sobre la que apoyar su planificación, ejecución y evaluación¹⁴. Para muchos la utilización de teorías en promoción de salud puede parecer injustificado y difícil, pero no hay duda que suponen una herramienta valiosa en la identificación y entendimiento de los elementos que afectan las conductas relacionadas con la salud, y nos dicen cómo esos elementos concurren. Las teorías pueden ayudar también al educador a predecir y resolver situaciones novedosas, que nunca antes ha experimentado, porque identifican los factores que conllevan a situaciones particulares bajo condiciones específicas¹⁵.

Modelo de creencias de salud

Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model. El MCS fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades^{16,17}. Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad¹⁸, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas¹⁹, la práctica de autoexámenes exploratorios²⁰ o el uso de tabaco²¹.

En su origen, el MCS se basa en otras clásicas y populares teorías del aprendizaje.

En particular, en la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el deseado resultado. Aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un importante factor condicionante del comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí.

El MCS es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa (value expectancy). En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso. En la actualidad, como resultado de la evolución experimentada por la teoría desde su aparición, se otorga a esa expectativa un sentido más ampliado, lo que facilita la aplicación práctica del MCS en educación de la salud.

Así podemos resumir hoy que la hipótesis del MCS se basa en tres premisas:

— la creencia —o percepción— de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración,

— la creencia —o percepción— de que uno es vulnerable a ese problema

— la creencia —o percepción— de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta²², que serían en nuestro caso conductas a conservar y mejorar la salud, evitar

situaciones de riesgo y prevenir enfermedades. La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo. Aunque este aspecto es más que discutible y otras teorías sostienen que ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento²³, no por ello se debe postergar el MCS por poco razonable o práctico. Como elemento predisponente, el MCS puede tener una utilidad en la prevención del VIH/Sida, máxime si se complementa con otros de reforzamiento y capacitación, tres componentes que favorecen el cambio de comportamiento.

Percepción de importancia

Ciertos estudios han demostrado que la creencia de que la tecnología moderna va a ser capaz de encontrar pronto una cura para el VIH/Sida, tiene una correlación directa con la práctica de comportamientos de riesgo²⁴. Algo que puede, o podrá, curarse no supone un grave riesgo y, por tanto, no merece una gran consideración preventiva («si esto no es grave, no hago nada para evitarlo»). En otras palabras, la percepción de la gravedad del proceso tiene relación con el subsecuente comportamiento.

Intervenciones educativo/informativas enfocadas en aspectos relacionados con la evolución de la epidemia y el lento progreso de los tratamientos pueden aclarar ideas y equívocos que pudieran favorecer conductas de riesgo. Por otra parte, otros estudios han revelado que la imagen visual de los efectos deteriorantes del SIDA redujeron el número de compañeros sexuales de ciertos grupos poblacionales²⁵.

Percepción de susceptibilidad o riesgo

Estudios con adolescentes han concluido que ciertos individuos que realizan comportamientos favorecedores de la transmisión

del VIH —como coito sin protección— no se perciben como en mayor riesgo de contraer Sida que otros que no realizan semejantes acciones²⁴. Otros estudios han descubierto que individuos que piensan que han estado expuestos al VIH pero que sus «especiales características personales» han evitado su contagio o eliminado el virus de su organismo, tienen más tendencia a continuar practicando conductas de riesgo que aquellos que creen que no han estado expuestos al virus o que podrían ya estar infectados con el VIH²⁶.

Es decir, la percepción de riesgo al que uno se expone o ha estado expuesto puede suponer otro factor condicionante del comportamiento. Dicha percepción puede estar relacionada, por ejemplo, con la idea que uno tiene de su pareja y de lo que significa fidelidad —o monogamia; de la edad; de la tendencia sexual; de la autoimagen; de factores culturales, educativos e intelectuales; etc. Elementos todos ellos que pueden ser identificados y adecuadamente abordados en intervenciones educativo/informativo bien planificadas.

Percepción de coste-beneficio

Además de la percepción de gravedad y riesgo, el individuo debe creer también que es capaz de conseguir ciertos cambios o modificaciones de conducta, y que dicha iniciativa le producirá beneficios mayores que los posibles inconvenientes o perjuicios derivados del esfuerzo a realizar para alcanzarlos. Dado que en ciertos grupos de nuestra sociedad actual el beneficio de no seguir un comportamiento de riesgo pudiera ser visto como *anormal* e incluso producir críticas que lleven a la discriminación o marginación, la percepción de un positivo coste-beneficio puede resultar dificultosa en determinadas circunstancias. Esto puede resultar especialmente cierto en jóvenes adolescentes, donde el temor a la presión del grupo puede ser un importante condicionante de ciertos comportamientos. El temor a

las críticas por no aprovechar la oportunidad de, por ejemplo un contacto sexual, puede parecer un mayor coste que el supuesto beneficio de la abstinencia. Igualmente, la negociación, ya sea en una pareja estable o en un contacto esporádico, de la utilización de barreras protectoras o prácticas preventivas de sexo seguro puede ocasionar situaciones tensas que pueden percibirse como de mayor costo en comparación con el beneficio, sobre todo si no se percibe un gran riesgo en un contacto aislado.

Otro aspecto que dificulta la positiva percepción coste-beneficio es el hecho de que las iniciativas preventivas contra el VIH/Sida no producen resultados que puedan ser evidenciados por el individuo o los que le rodean. Por ejemplo, seguir un programa de actividad física y alimentación adecuada puede producir una pérdida de grasa corporal que refuerce la iniciativa tomada a través de la propia percepción del individuo o de los comentarios positivos de las personas a su alrededor. La conducta preventiva contra el VIH/Sida no produce ningún cambio externo apreciable.

Aunque este tercer elemento podría ser más complicado de introducir en una intervención basada más bien en el aspecto cognitivo, no hay duda que puede también abordarse mediante actividades y estrategias complementarias dentro del mismo esquema del MCS.

De acuerdo con Páez²⁷, este modelo implica que las personas deberían: creer que el sida es grave; que ellos están en riesgo; tener indicadores de ese riesgo; conocer los mecanismos de prevención del VIH; estar motivados para hacer los esfuerzos y tener recursos para desarrollar las conductas seguras.

En España según los datos de una muestra local²⁸ la percepción de que el sida es una enfermedad grave es alta, siendo evaluada tan grave como el cáncer, y era percibida como la segunda enfermedad más grave. Sin embargo, el factor de susceptibilidad de riesgo de infección aparece con

frecuencia en una posición inversa puesto que, en general, las personas se consideran de bajo riesgo ante el sida, y es más se consideran de menos riesgo que una persona normal²⁹. En el citado estudio español, realizado con una muestra local de la Comunidad Autónoma del País Vasco, la relación entre susceptibilidad y conducta preventiva se presentaba a la inversa de la postulada por el propio modelo de creencias de salud, de tal modo que mientras más se creía que la enfermedad es fácilmente contagiable, menos número de conductas preventivas correctas se tenían.

La realidad es que a falta de un tratamiento eficaz, el cambio voluntario de comportamiento es la única arma de la que hoy disponemos en la lucha contra el VIH/Sida. Por otra parte, conseguir un cambio de conducta es siempre difícil, incluso bajo las mejores condiciones. Es por ello que necesitamos diseñar intervenciones que incorporen el máximo de recursos disponibles con el fin de facilitar la consecución de los objetivos establecidos y en ello, el MCS supone un arma estratégica que, adaptada a las particulares características de la población diana, puede resultar de gran ayuda a los educadores y promotores de salud. De hecho y aunque se acusa al MCS de plantear relaciones de causalidad³⁰, sin embargo como bien señalan Touzard y cols.³¹ puede igualmente plantearse que los procesos cognitivos no sean tanto determinantes como consecuencias de los comportamientos. No obstante, estos autores postulan un modelo teórico que retoma variables del MCS además de añadir otras no contempladas en esta perspectiva como es el concepto de *locus de control*.

Otros modelos teóricos aplicados al problema de la prevención del sida son el modelo de la acción razonada de Ajzen y Fishbein³², el modelo preventivo de Bayés³³ y el modelo PRECEDE, de Green³⁴, adaptado al español por Bimbela³⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Health in Europe: The 1993/1994 health for all monitoring report. European Series, No. 56. WHO. Copenhagen: Regional Office for Europe; 1994.
2. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Informe Trimestral N.º 3. Año 1996. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 1996.
3. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. For a Healthy Nation: Returns on Investment in Public Health. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1995.
4. Delgado Rubio A. Sida, todo lo que la sociedad necesita saber. Barcelona: Record Printing, S.A.; 1994.
5. Francis D. Why AIDS vaccine development is taking longer than it should. *Cu Iss Public Health* 1995;1:181-185.
6. Hoth DF, Bolognesi D, Corey L, Vermund SH. HIV vaccine development: a progress report. *Ann Inter Med* 1994;121:603-611.
7. Falus JD. Grandes expectativas pero pocos datos sobre los inhibidores de proteasa. Editorial. *Méd Interam* 1996;15(5):230.
8. Fishbein M, Trafimow D, Francis C, et al. AIDS knowledge, attitudes, beliefs, and practices (KABP) in tow Caribbean countries: a comparative analysis. *J Appl Soc Psychol* 1993;23:687-702.
9. Philipson TJ, Posner RA, Wright JH. Why AIDS prevention programs don't work. *Issues Sci Technol* 1994;10:33-35.
10. Stryker J, Coates T, DeCarlo P, Haynes-Sanstad K, Shriver M, Makadon H. Prevention of HIV infection: Looking back, looking ahead. *JAMA* 1995;273(14):1143-1148.
11. Lacoste JA. Reducción de daños y riesgos: una respuesta de salud pública a la infección por VIH entre usuarios de drogas. *Adicciones* 1995;7:299-318.
12. Fineberg, H. Education to prevent AIDS: prospects and obstacles. *Science* 1988;239 (4840):592-596.
13. Marshall HB, Joseph JG. AIDS and behavioral change to reduce risk: a review. *Am J Public Health* 1988;78 (4):394-410.
14. Hochbaum GM, Sorenson JR, Lorig K. Theory in Health Education Practice. *Health Edu Q* Fall 1992;19 (3):295-313.

15. D'Onofrio C. Theory and the empowerment of health education practitioners. *Health Edu Q* Fall 1992; 19 (3):385-403.
16. Hochbaum GM. Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study. Washington, DC: US Government Printing Office; 1958. PHS publicación n.º 572.
17. Rosenstock IM. What research in motivation suggests for public health. *A J Public Health* 1960;50:295-301.
18. Kirscht JP. The health belief model and illness behavior. *Health Education Monograph* 1974;2:387-408.
19. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monograph* 1974;2 (número completo).
20. Calnan MW and Moss S. The health belief model and compliance with education given at a class on breast self examination. *J Health Soc Behavior* 1984;25:198-210.
21. Weinberger M, Greene JY, Mamlin JJ, et al. Health beliefs and smoking behavior. *Am J Public Health* 1981;71:1253-1255.
22. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Edu Q* 1988;15 (2):175-183.
23. Bandura A. *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
24. Ostrow DG. AIDS prevention through effective education. *J Am Acad Arts Sciences*. Summer 1989;118 (3):229-254.
25. McKusick JW, Coates T. Reported changes in the sexual behavior of men at risk for AIDS. San Francisco, 1982-84: The AIDS Behavioral Research Project. *Public Health Rep* 1985;100 (6):622-629.
26. Coates T. AIDS risk reduction in the AIDS Behavioral Research Project. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Anaheim, California: American Psychological Association; 1985.
27. Páez D. Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del Sida. *Rev Psicol Gen Aplic* 1994; 47 (2): 141-149.
28. Páez D, San Juan C, Romo I, Vergara A. *Sida: imagen y prevención*. Madrid: Fundamentos; 1991.
29. Hansen WB, Hahn GL, Wolkenstein BH. Perceived personal immunity: Beliefs about susceptibility to AIDS. *J Sex Res* 1990; 27 (4): 622-628.
30. Moatti J, Beltzer N, Dab W. Les modèles d'analyse des comportements à risque face à l'infection à VIH: une conception trop étroite de la rationalité. *Population* 1993; 48: 1505-1534.
31. Touzard H, Pérez-Díaz F, Ludwig D y Grupo ACSF. Variables socio-cognitivas y conducta preventiva del SIDA. En: Basabe N, Páez D, Usieto R, Paicheler H, Deschamps J-C (ed). *El desafío social del sida*. Madrid: Fundamentos; 1996. p. 63-92.
32. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall; 1980.
33. Bayés R. Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del Sida. *Act Comportamental* 1992; 0 (1): 33-50.
34. Green LW. Toward cost-benefice evaluations of health education: Some concepts, methods and examples. *Health Edu Monographs* 1974; supl. 2: 34-64.
35. Bimbela JL, Gómez C. Sida y comportamientos preventivos: el modelo PRECEDE. *Rev Psicol Gen Apli* 1994; 47(2): 151-157.