

PERSONALIDAD, PROCESOS PSICOLÓGICOS E INTENCIÓN DE CAMBIO DE CONDUCTA: IMPLICACIONES PARA EL DESARROLLO DE CONDUCTA SALUDABLE ¹

PERSONALITY, PSYCHOLOGICAL PROCESSES AND BEHAVIOURAL INTENTION: IMPLICATIONS IN THE DEVELOPMENT OF HEALTHY BEHAVIOURS

JOSÉ BERMÚDEZ*, AMAIA LASA Y ANTONIO CONTRERAS

* Facultad de Psicología, UNED

Recibido 3-01-02

Aceptado 4-03-02

Resumen

En esta investigación se analizó la utilidad de variables de personalidad y de los procesos psicológicos sugeridos en el Modelo de Creencias sobre la Salud y en la Teoría de la Conducta Planificada, para predecir la Intención de llevar a cabo distintas formas de conducta saludable. La muestra estuvo formada por 232 sujetos, 174 mujeres y 58 hombres. Los resultados pueden resumirse como sigue: (a) la intención de conducta parece determinada básicamente por la percepción de control sobre la conducta y el balance coste-beneficio sobre la misma; (b) existen diferencias importantes entre los factores determinantes de la intención de conducta, en función de la naturaleza específica de la conducta a desarrollar; (c) las variables de personalidad parecen tener escasa relevancia para predecir la intención de conducta. En la discusión se sugiere la reinterpretación de estos resultados en términos sociocognitivos y se apuntan posibles vías de integración entre variables de personalidad y procesos psicológicos, a la hora de explicar el desarrollo de intención de conducta saludable.

Palabras clave: Personalidad, Procesos psicológicos, Intención conductual, Conducta de salud.

Abstract

This research examined the utility of the personality variables and psychological processes suggested by the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour, to predict behavioural intentions to perform healthy behaviours. Data were collected from 232 subjects, 174 women and 58 men. Results showed that: (a) behavioural intention seems to be determined basically by the perception of behaviour control and the cost-benefit balance concerning behaviour; (b) predictors of the behavioural intention differ as a function of the specific nature of the behaviour to be performed; (c) personality variables did not show significant relations with behaviour intention. These results are discussed under a socio-cognitive perspective and potential ways to integrate personality variables and psychological processes, on predicting intention to perform healthy behaviours are suggested.

Key words: Personality, Psychological processes, Behavioural intention, Healthy behaviour.

¹ Esta investigación está financiada por la DGICYT (PB98-0016).

Introducción

En las últimas décadas se ha desarrollado una gran cantidad de investigación sobre factores psicosociales asociados al desarrollo de problemas de salud diversos. Como resultado de esta investigación, algo ha quedado claro: las principales causas de mortalidad en nuestros días podrían prevenirse con solo cambiar determinadas conductas y estilos de vida (ej.: consumo de tabaco, alcohol, drogas, prácticas sexuales de riesgo, etc.)

Menos atención se ha prestado, sin embargo, a las razones y mecanismos que expliquen por qué el ser humano continúa desarrollando tales conductas, pese a conocer que comportan un serio riesgo para su salud y no desarrolla, en cambio, hábitos que, si bien no previenen de ninguna enfermedad concreta, de manera directa e inmediata, incrementarían su calidad de vida y bienestar (ej.: disfrutar del tiempo libre, desarrollar y practicar hobbies, desarrollo de un estilo de vida «minimizador del estrés», etc.).

Para dar respuesta a estas cuestiones se han formulado diversos modelos teóricos centrados en el análisis de los procesos cognitivos, afectivos y motivacionales que, junto a otros determinantes situacionales o contextuales, permitirían explicar qué conducta se pone en marcha, en qué circunstancias y cómo se mantiene o cambia.

Este es el caso, por ejemplo, del Modelo de Creencias sobre la Salud (Becker, 1974; Becker y Maiman, 1975; Janz y Becker, 1988; Kirscht, 1988; Rosenstock, 1966, 1974, 1990; Rosenstock, Strecher y Becker, 1988); la Teoría sobre la Motivación de Protección (Maddux & Rogers, 1983; Prentice-Dunn y Rogers, 1986; Rogers, 1975, 1983); la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975); la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988, 1991; Ajzen y Madden, 1986); la Teoría de la Utilidad Subjetiva Esperada (Edwards, 1954; Ronis, 1992; Ronis y Harel, 1989; Sutton, 1982); el Proceso de Adopción de Precaución (Weinstein, 1988, 1993; Weinstein y Nicolich, 1993; Weinstein, Sandman y Roberts, 1990); o el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska, 197, 1994).

Estos Modelos se han aplicado a una diversidad de conductas relacionadas con la salud, tales como participación en programas de screening (Bish, Sutton y Golombok, 2000; Rutter, 2000; Umeh y Rogan-Gibson, 2001), programas de actividad física regular (Courneya, 1995; Courneya, Plotnikoff, Hotz y Birkett, 2001; Ducharme y Brawley, 1995; Norman, Conner y Bell, 2000), adherencia a los regímenes y prescripciones médicas (Abraham, Clift y Grabowski, 1999; Aiken, West, Woodward y Reno, 1994; Christensen, Moran y Wiebe, 1999), conducta vial (Gibbons y Gerrard, 1995; Vollrath, Knoch y Cassano, 1999), consumo de tabaco, alcohol, drogas (Armitage, Conner, Loach y Willett, 1999; Conner, Sherlock y Orbell, 1998; Gibbons y Gerrard, 1995; Nyamathi, Stein y Brecht, 1995), conducta sexual de riesgo (Bowen, Williams, McCoy y McCoy, 2001; Morrison, Gillmore y Baker, 1995; Fisher, Fisher y Rye, 1995; Gibbons, Gerrard y McCoy, 1995; Richard, Van der Pligt y De Vries, 1995; Smith y Stasson, 2000); etc.

Desde esta perspectiva, el abandono de conductas de riesgo y la adopción de conducta protectora de la salud se verá facilitada en la medida en que: (1) La gente perciba que puede sufrir consecuencias negativas y graves para su salud y bienestar personal, de continuar desarrollando conductas de riesgo. (2) La conducta preventiva ofrezca un balance coste-beneficio positivo. (3) El individuo confíe que puede controlar o superar las posibles dificultades y obstáculos para llevar a cabo la conducta saludable. (4) El individuo se vea sometido a presiones sociales a favor de la conducta saludable y esté motivado para acceder a tales presiones. (5) Se activen respuestas afectivas positivas congruentes con la decisión adoptada. (6) La conducta saludable que se proyecta llevar a cabo sea consistente con las otras metas, valores y proyectos vitales del individuo. (7) Estén presentes estímulos internos (síntomas), o externos (noticias de prensa, comentarios de otras personas, consejos del médico, campañas preventivas, etc.) que sugieren y hacen presente los riesgos a los que se enfrenta el individuo y la conveniencia de emprender acciones preventivas (Gibbons y Gerrard, 1995; Gibbons, Gerrard y McCoy, 1995; Miller, Shoda y Hurley, 1996; Richard, Van der Pligt y De Vries, 1995; Van der Pligt, 1996; Weinstein, 1993).

No obstante, la investigación llevada a cabo hasta el momento adolece de ciertas ambigüedades y ha suscitado interrogantes a los que pretendemos dar respuesta en la presente investigación. Así, por ejemplo, en los estudios comparativos llevados a cabo, se puede apreciar la significativa redundancia existente entre los parámetros sugeridos en los diversos Modelos teóricos (Ajzen, 1987; Bandura, 1998; Maddux, Norton y Stoltenberg, 1986; Weinstein, 1993; Wulfert, Wan y Backus, 1996). Sin embargo, al mismo tiempo, es sorprendente la escasa investigación desarrollada hasta el momento en la que se hayan empleado más de uno de estos Modelos, o se haya analizado conjuntamente el comportamiento de los diversos elementos sugeridos en los mismos, para verificar la posible contribución diferencial de cada uno de ellos.

En este sentido, un primer objetivo de nuestro estudio será analizar las interrelaciones existentes entre los principales constructos propuestos en el Modelo de Creencias sobre la Salud y en la Teoría de la Conducta Planificada, con el propósito de estudiar la contribución diferencial de cada elemento y su posible integración en un marco explicativo unificado.

En segundo lugar y aunque, como hemos indicado, estos Modelos se han aplicado al estudio de un amplio rango de conductas, es, sin embargo, infrecuente el análisis del papel diferencial que los procesos implicados puedan tener a la hora de decidir cambiar (disminuir o abandonar) una conducta de riesgo o poner en marcha o incrementar conductas promotoras de salud. Esta carencia resulta más sorprendente si cabe, si tenemos en cuenta que el esfuerzo requerido y las consecuencias de uno u otro tipo de conducta puede que no sean los mismos, o la presión social sobre el individuo en uno u otro caso pueda ser bastante diferente (Gibbons, Gerrard y McCoy, 1995; Richard, Van der Pligt y De Vries, 1995; Ronis, 1992; Sutton, 1982).

En tercer y último lugar, se ha prestado muy poca atención al estudio del papel que en este contexto pueden jugar factores estructurales de personalidad (Pinkerton y Abramson, 1995), pese a que se conoce que estos factores guardan una consistente relación con criterios objetivos y subjetivos de salud (ver Bermúdez, 1999, para una revisión sobre el tema).

En resumen, con el propósito de ofrecer una respuesta a los problemas comentados y tomando como marco de referencia la integración de los principales constructos propuestos en el Modelo de Creencias sobre la Salud y en la Teoría de la Conducta Planificada, en la presente investigación se pretende analizar las tres cuestiones siguientes: (1.^a) ¿Qué factores y procesos influyen en el desarrollo de intención de cambio de conducta? (2.^a) ¿Difiere el funcionamiento del modelo integrado propuesto, en función del tipo de conducta que se desea cambiar (preventiva vs. promotora de salud)? (3.^a) ¿Qué papel juegan en este contexto los factores estructurales de la Personalidad?

Método

Muestra: La muestra estuvo compuesta por 232 sujetos, 174 mujeres y 58 hombres, con una edad media de 25.68 años (DT= 7.17, Rango= 18-52). Todos ellos eran estudiantes de los primeros cursos de Psicología en la UNED.

Variables e Instrumentos de medida:

Personalidad. Para la medida de las principales dimensiones estructurales de la Personalidad se empleó la versión española del Big Five Questionnaire (Caprara, Barbaranelli y Borgogni, 1993; Bermúdez, 1995), que mide las dimensiones de Extraversión, Estabilidad Emocional, Afabilidad, Tesón y Apertura Mental.

Salud (Conducta, Intención y Procesos mediacionales). Se diseñó específicamente para esta investigación un inventario, integrado por 38 items y escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, para la medida de las siguientes variables:

- **Conducta de Salud:** Frecuencia con la que practica un conjunto de conductas relacionadas con la salud: 4 conductas de riesgo (ej.: «Consumo de 10 o más cigarrillos diarios») y 4 promotoras de salud (ej.: «Practicar ejercicio físico de manera regular»). Para el cómputo total de conducta de salud, los items relativos a las conductas de riesgo se invirtieron en dirección preventiva-saludable.
- **Intención de cambio:** Se pide al sujeto que indique si desearía cambiar alguna de

las conductas valoradas anteriormente (disminuyendo o abandonándola completamente en el caso de las conductas de riesgo; comenzando o incrementando su práctica en el caso de las conductas promotoras de salud) y el grado en que está dispuesto a hacerlo.

- **Vulnerabilidad:** Mediante cuatro items se evalúa el nivel de **Susceptibilidad** (grado en que el sujeto cree puede sufrir consecuencias negativas para su salud y/o calidad de vida y bienestar personal, si no cambia su conducta), así como la **Gravedad** de las posibles consecuencias a las que se siente susceptible. La puntuación en Vulnerabilidad viene expresada por el producto de Susceptibilidad por Gravedad.
- **Balance:** Mediante diez items se evaluaron los posibles **Beneficios** asociados al cambio de conducta (Ej.: «Disminuir las posibilidades de sufrir consecuencias negativas para la salud en los próximos 10 años», «Sentirse más sano y en mejores condiciones físicas», o «Sentirse más feliz»), ponderados en cada caso por el valor concedido a cada uno de tales beneficios. Otros dos items medían el grado en que el sujeto cree que encontrará dificultades para llevar a cabo el cambio que desea introducir en su conducta, así como la importancia que concede a tales dificultades potenciales (*Coste*). La puntuación en Balance se obtiene restando el valor de Coste al de Beneficios.
- **Norma Subjetiva:** Mediante dos items se evaluó la percepción de presión y apoyo en el entorno social próximo para llevar a cabo el cambio de conducta, así como el grado en que el sujeto estaba dispuesto a acceder a tal presión o hacer uso de tal apoyo. La puntuación en esta variable resulta del producto de los dos items.
- **Actitud:** La valoración del cambio que se pretende introducir en la conducta se midió mediante siete escalas de adjetivos bipolares («Inútil-Útil», «Perjudicial-Beneficioso», «Malo-Bueno», «Absurdo-Conveniente», «Aburrido-Interesante», «Desagradable-Agradable», «Estresante-Relajante»).

- **Percepción de control conductual:** Tres items, por último, evaluaban el grado en que el individuo cree que tiene recursos suficientes para llevar a cabo el cambio de conducta (Ej.: «El cambio que me propongo introducir en mi conducta es algo que depende enteramente de mí»).

Procedimiento. La recogida de datos se llevó a cabo en sesiones grupales en las que los sujetos cumplimentaron las medidas de Personalidad y Salud.

Resultados

Los análisis preliminares llevados a cabo para analizar la posible incidencia diferencial del género o de la edad de los sujetos (distribuyendo en este caso la muestra en dos niveles: 18-30 y 31-52 años), indicaron que no hay diferencias significativas en función de estos dos factores (en todos los casos, $p > .05$). En consecuencia, se tomó la muestra total en los distintos análisis de datos.

Factores determinantes de la intención de cambio de conducta

Para responder a esta cuestión se analizó, en primer lugar mediante análisis de correlaciones, la estructura de interrelaciones existente entre las variables medidas en el estudio y muy especialmente sus relaciones con la medida de intención de cambio de conducta. A partir de este análisis, en un segundo momento y mediante análisis de regresión (estrategia «paso a paso»), se calculó el peso determinante sobre Intención de cambio de las distintas variables que ya mostraban correlaciones significativas con la misma. Por último, se llevaron a cabo una serie de análisis de correlación parcial con el propósito de identificar y valorar la presencia de potenciales efectos mediacionales entre las variables. El resultado de estos análisis se presenta en las Tablas 1 y 2.

Estadísticos descriptivos. Por lo que respecta, en primer lugar, a los datos descriptivos de la muestra, cabe señalar que estos datos se sitúan en torno al punto medio del rango teórico de puntuación existente para cada variable.

De igual modo, en el caso de las variables de personalidad, las puntuaciones medias de la muestra no difieren de los promedios normativos establecidos en la adaptación española del instrumento de medida empleado.

Análisis correlacional. El análisis de las interrelaciones existentes entre las distintas variables consideradas en el estudio y muy especialmente las existentes con la intención de cambio de conducta, pone de manifiesto: (a) la significativa relación existente entre Intención de cambio y las distintas variables psicosociales evaluadas, con un rango desde .16, en el caso de Vulnerabilidad, hasta .45 en el caso de Control Percibido. (b) Por el contrario, ninguna de las variables estructurales de personalidad medidas parece guardar una relación significativa con la Intención de cambio. (c) La Intención de cambio, por último, se

muestra positivamente correlacionada con el nivel global de conducta de salud que mantiene el individuo y específicamente en sus manifestaciones promotoras de salud. Por el contrario, el nivel actual de conducta de riesgo podría actuar como un factor disuasorio, específicamente por su incidencia negativa, no tanto sobre la Intención de cambio en sí misma, cuanto por su significativa relación negativa con aspectos importantes para el cambio, como son el nivel de actitud y la percepción de control sobre la conducta.

Análisis de regresión. En un segundo momento se estudió mediante análisis de regresión el valor predictivo sobre la Intención de cambio, tomando como predictores potenciales aquellas variables que en los análisis correlacionales se mostraban significativamente asociadas con la Intención de cambio.

Tabla 1. Medias, Desviaciones Típicas y Coeficientes de Correlación entre las principales variables del estudio (N=232).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Vulnerabilidad														
2. Balance	.44***													
3. Actitud	.09	.47***												
4. Norma Sub.	.28***	.26***	.33***											
5. Control Perc.	-.10	.18**	.27***	.08										
6. Intención	.16*	.35***	.28***	.20**	.48***									
7. Extraversión	.12	.15*	.06	.15*	.07	.12								
8. Estab. Emoc.	-.14*	-.11	-.02	-.04	.18**	.06	.01							
9. Tesón	.09	.07	.12	.09	-.00	.03	.24***	-.10						
10. Afabilidad	.02	.08	.04	.08	.03	-.00	.26***	.16*	.12					
11. Ap. Mental	.22***	.14*	.04	.14*	-.04	.11	.47***	-.05	.21***	.28***				
12. C. Riesgo	.10	-.12	-.29***	.01	-.16*	-.07	-.01	-.14*	-.26***	-.02	.01			
13. C. Promotora	.10	.15*	.17**	.13*	.21***	.19**	.20***	.20***	.06	.20***	.23***	-.08		
14. Salud Global	.01	.18**	.30***	.09	.25***	.18**	.15*	.23***	.20***	.15*	.16*	-.69***	.78***	
Media	15.92	42.08	23.91	10.43	8.16	2.94	76.17	65.13	82.53	86.25	87.81	6.27	9.57	23.30
D.T.	8.33	16.52	3.08	4.29	1.88	0.74	9.90	12.17	10.64	8.96	8.81	1.99	2.26	3.17

Nota: * = p < .05; ** = p < .01; *** = p < .001

Como puede observarse en la Tabla 2, tomando como criterio la Intención global de cambio (bien evitando conductas de riesgo, o activando conductas directamente promotoras de salud), la decisión de cambiar se muestra determinada de manera significativa por dos factores: la Percepción de Control sobre la conducta y el Balance coste-beneficio que el sujeto establece sobre el cambio que pretende llevar a cabo en su conducta.

Análisis mediacionales. Para interpretar la prevalencia de estos dos factores aislados mediante análisis de regresión, se analizó mediante series de análisis de correlación parcial la presencia de potenciales efectos mediacionales entre los factores inicialmente asociados a la Intención de cambio. Estos análisis pusieron de manifiesto que tan sólo los factores de Control

Percibido y Balance mantenían su asociación significativa con la Intención de cambio, una vez controlada la posible incidencia de otros factores inicialmente asociados a la Intención de cambio y relacionados, a su vez, con Control Percibido y Balance ($r_{xyz}=.44$, $p<.001$; $r_{xyz}=.22$, $p<.001$, para Control Percibido y Balance, respectivamente). La relación entre las otras variables e Intención de cambio perdía, en cambio, toda significación, cuando se controlaba el efecto de Control Percibido y/o Balance ($r_{xyz}=.01$, n.s.; $r_{xyz}=.11$, n.s.; $r_{xyz}=.12$, n.s.; para Vulnerabilidad, Actitud y Norma Subjetiva, respectivamente). De igual manera, la correlación entre nivel de Conducta de salud e Intención de cambio, parece deberse en gran medida al efecto mediacional producido por Control Percibido y Balance ($r_{xyz}=.07$, n.s.; $r_{xyz}=.03$, n.s.; para nivel de Conducta promotora

Tabla 2. Factores predictivos de la intención de cambio de conducta, en función de su naturaleza Preventiva o Promotora de salud (escalas globales y ejemplo de conductas específicas)

	Beta	R ²	F	df
SALUD (Global) Control Percibido Balance	.43*** .27***	.30	49.57***	2,226
C.PREVENTIVA Control Percibido Norma Subjetiva	.33** .33**	.26	12.13***	2,70
*DEJAR DE FUMAR Control Percibido	.74***	.54	42.90***	1,36
C.PROMOTORA Control Percibido Balance	.44*** .33***	.35	40.12***	2,148
*HACER EJERCICIO Control Percibido Balance	.66*** .24**	.60	43.67***	2,58

Nota: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

de salud y nivel global de Conducta de salud, respectivamente).

Naturaleza (preventiva o promotora de salud) de la conducta a cambiar e Intención de cambio

Para dar respuesta a esta cuestión se llevaron a cabo, en primer lugar, una serie de análisis de varianza de un solo factor, para estudiar en qué factores y aspectos diferían quienes decidían poner en marcha conductas preventivas, abandonando o disminuyendo el desarrollo de conductas de riesgo, frente a quienes optaban por activar o incrementar conductas promotoras de salud. En segundo lugar, mediante análisis de regresión (estrategia «paso a paso»), se estudió el peso determinante sobre la Intención de cambio de las distintas variables inicialmente asociadas correlacionalmente con la misma.

Diferencias intergrupales. En la Tabla 3, se presentan los principales resultados de los análisis de varianza. Estos datos muestran cómo quienes deciden poner en marcha formas de conducta preventiva, frente a quienes deciden desarrollar conducta promotora de salud, se perciben como más vulnerables y presionados socialmente hacia el cambio; pero, al mismo tiempo, se sienten con menos recursos para llevar a cabo el cambio de conducta, valoran menos dicho cambio y, en consecuencia, parecen menos motivados a cambiar. Al mismo tiempo, presentan un nivel más pobre de conducta de salud, debido en gran medida a su mayor implicación actual en conductas de riesgo. No se diferencian, sin embargo, en Intención de cambio, en nivel de conducta promotora de salud, ni en ninguna de las variables estructurales de personalidad evaluadas.

Tabla 3. Diferencias entre las principales variables del estudio, en función de la naturaleza específica (preventiva o promotora de salud) de la conducta a desarrollar.

FACTOR	PREVENTIVA (N= 74)		PROMOTORA) (N=153)		F _(1,225)
	Media	DT	Media	DT	
Vulnerabilidad	18.47	8.33	14.50	8.03	11.94***
Balance	37.34	15.61	44.27	16.38	9.21**
Actitud	22.62	3.46	24.54	2.69	20.96***
Norma Subjetiva	11.70	3.94	9.80	4.29	10.29**
Control Percibido	7.73	2.04	8.32	1.74	5.11*
Intención	2.81	0.77	2.99	0.72	2.87
C. Riesgo	7.46	1.46	5.54	1.80	43.22***
C. Promotora	9.77	2.51	9.43	2.14	1.12
C. Salud Global	22.13	3.14	23.88	3.09	15.67***
Extraversión	77.22	9.73	75.48	9.88	1.55
Estabilidad Emoc.	64.77	12.02	65.37	12.34	0.12
Tesón	80.99	9.96	83.59	10.83	3.04
Afabilidad	86.34	7.29	86.22	9.73	0.01
Apertura Mental	88.30	9.82	87.46	8.42	0.44

Nota: * = p < .05; ** = p < .01; *** = p < .001

Para profundizar algo más en la naturaleza de estas diferencias, se llevaron a cabo Anovas complementarios sobre los elementos integrantes de la percepción de Vulnerabilidad y del Balance coste-beneficio. Los resultados de estos análisis mostraron cómo, (a) por lo que respecta a las diferencias en Vulnerabilidad, estas se debían esencialmente a las posibles consecuencias físicas de la conducta, ante las que quienes desean cambiar una conducta de riesgo se sienten más Susceptibles (Media= 3.00, DT= 0,77) y perciben tales consecuencias como más graves (Media= 3.13, DT= 0.94), que quienes optan por desarrollar conductas promotoras de salud (Susceptibilidad: Media= 2.31, DT= 0.97; Gravedad: Media= 2.32, DT= 1.06. $F_{(1,225)}= 19.37$, $p<.001$; $F_{(1,225)}= 21.00$, $p<.001$, para Susceptibilidad y Gravedad, respectivamente).

Por su parte, las diferencias en Balance se deben, esencialmente, a las diferencias en el Coste que ambos grupos atribuyen al cambio de conducta que proyectan llevar a cabo. Si bien ambos grupos no difieren en la percepción de posibles beneficios asociados al cambio (Media= 46.68, DT= 15.38; Media= 50.88, DT= 16.67, para los grupos «preventivo» y «promotor» respectivamente; $F_{(1,225)}= 3.34$, n.s.), quienes desean poner en marcha medidas preventivas, estiman que se enfrentarán a mayor cantidad de dificultades (Media= 9.34, DT= 4.94), que quienes deciden desarrollar conductas promotoras de salud (Media= 6.61, DT= 3.86; $F_{(1,225)}= 20.56$, $p<.01$).

Análisis de regresión y mediacionales. En un segundo momento se estudió mediante series de análisis de regresión (Stepwise forward), el peso determinante de las diversas variables potencialmente asociadas con la Intención de cambio sobre la Intención de llevar a cabo conductas preventivas o promotoras de la salud. Estos análisis se efectuaron tomando como criterio las distintas formas de conducta preventiva o promotora de salud como conjuntos, así como un ejemplo significativo de cada uno de estos grupos de conductas.

Volviendo a los datos recogidos en la Tabla 2, podemos observar cómo el factor Control Percibido está presente en las cuatro ecuaciones predictivas aisladas, acompañado por el factor Balance en el caso de Intención de cambio en

dirección promotora de la salud y por Norma Subjetiva, cuando el criterio es llevar a cabo conducta preventiva.

Reforzando el peso significativo que en este último grupo parece tener el factor de presión social, Norma Subjetiva, los análisis mediacionales complementarios llevados a cabo en este grupo, pusieron efectivamente de manifiesto que las relaciones entre Norma Subjetiva e Intención ($r_{xy}=.39$, $p<.001$) no se ven moduladas por ninguno de los factores con los que estaban igualmente asociadas (Balance: $r_{xyz}=.36$, $p<.001$; Vulnerabilidad: $r_{xyz}=.37$, $p<.001$; Actitud: $r_{xyz}=.26$, $p<.05$).

Factores estructurales de Personalidad e Intención de cambio de conducta

Los datos presentados en la Tabla 1 muestran cómo las variables estructurales de Personalidad, si bien guardan relaciones significativas con el desarrollo efectivo de conducta de salud, aunque de nuevo hay diferencias en función de la naturaleza específica de la conducta, no parecen guardar una relación significativa con el desarrollo de Intención de cambio de conducta. Se observan, no obstante, ciertas asociaciones significativas con los procesos que directamente contribuyen a la decisión de cambiar la conducta. Los análisis de regresión efectuados tomando como criterios cada uno de los procesos implicados en el proceso de decisión y como predictores las cinco variables de Personalidad, arrojan distintas ecuaciones de predicción, integradas en cada caso por los mismos elementos que ya aparecen significativamente asociados en la matriz de correlaciones, aunque los porcentajes de varianza explicada en cada caso resulten de escasa significación ($R^2=.07,.02,.02,.03$, para Vulnerabilidad, Balance, Norma Subjetiva y Control Percibido, respectivamente).

Discusión y conclusiones

Determinantes de la Intención de cambio de conducta

En relación a la primera de las cuestiones planteadas, nuestros datos apoyan parcialmen-

te las predicciones efectuadas, tanto desde el Modelo de Creencias sobre la Salud (Janz y Becker, 1984; Rosenstock, 1990), como desde la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1988, 1991; Godin y Kok, 1996). Por un lado, todas las variables contempladas en estos Modelos guardan, a nivel correlacional, una asociación significativa con la Intención de cambio de conducta. Resultará más fácil que uno decida introducir cambios en la conducta, abandonando conductas de riesgo y/o llevando a cabo formas de conducta promotoras de la salud, si (a) estima que, de no llevar a cabo tales cambios, puede sufrir consecuencias negativas para su salud y bienestar general en el futuro (Vulnerabilidad); (b) cree que el cambio le reportará beneficios que superan los posibles inconvenientes que tal cambio pueda suponerle (Balance); (c) valora positivamente el cambio que pretende introducir en su conducta (Actitud); (d) cree que cuenta con recursos suficientes para llevar a cabo el cambio de conducta (Control Percibido); y (e) estima que cuenta con apoyo social suficiente para llevarlo a cabo (Norma Subjetiva).

Al mismo tiempo, sin embargo, los resultados de los análisis de regresión vienen a sugerir la presencia de redundancias entre estos procesos, que explicarían su integración en dos grandes vectores, que muestran efectos significativos independientes sobre la Intención de conducta: la Expectativa de Control sobre la conducta y el Balance coste-beneficio establecido sobre la misma. Este segundo factor recogería esencialmente la valoración que el sujeto hace del cambio que pretende introducir en la conducta; así como de los resultados físicos (salud y bienestar personal) y sociales que espera obtener con dicho cambio de conducta, minorados por la expectativa de dificultades asociadas, por una parte, al abandono de los beneficios que le reporta la conducta que mantiene en la actualidad, junto al coste que en sí mismo le supondrá la realización de las nuevas formas de conducta que proyecta llevar a cabo, por otra.

En gran medida estos resultados podrían ser reinterpretados en términos del esquema socio-cognitivo propuesto por Bandura (1986, 1997) y el análisis de la contribución diferencial que en el mismo se atribuye a la expectativa de Autoeficacia (constructo próximo al de Control Percibi-

do) y expectativa de Resultados (recogiendo aquí los aspectos englobados en el constructo Balance coste-beneficio). De esta forma, se daría respuesta a una de las inquietudes expresada con mayor insistencia en este ámbito de investigación, cual es la necesidad de reducir las ambigüedades introducidas por las redundancias existentes entre los numerosos constructos sugeridos en los distintos Modelos psicosociales sobre salud (Ajzen, 1987; Bandura, 1998; Maddux, Norton y Stoltenberg, 1986; Wulfert, Wan y Backus, 1996).

Naturaleza de la conducta a cambiar e Intención de cambio

Una segunda cuestión planteada en la presente investigación era la relativa a la generalidad o especificidad de los procesos que contribuyen a la decisión de introducir o no cambios en la conducta. Expresado en otros términos, ¿son los mismos los factores que facilitan el que una persona decida abandonar la práctica de conductas de riesgo, que los que conducirían a la decisión de desarrollar formas de conducta directamente promotoras de salud?

Los datos de nuestra investigación a este respecto, especialmente los derivados de los análisis de regresión, ponen claramente de manifiesto el carácter nuclear que tiene la expectativa de control sobre la conducta en el proceso de decisión, con relativa independencia de la naturaleza, preventiva o promotora de salud, de la conducta que el individuo expresa su intención de llevar a cabo. En este sentido, nuestros datos son plenamente consistentes con la abundante investigación existente acerca de la relevancia predictiva de la confianza en las posibilidades de control sobre la conducta (Bandura, 1997; Godin y Kok, 1996).

Aparecen, en cambio, algunas diferencias con relación al peso específico que para cada tipo de conducta parecen tener algunos de los elementos que se integran en el Balance que el sujeto efectúa al ponderar conjuntamente los beneficios y costes de la conducta que actualmente realiza y los potencialmente asociados al cambio que se le está proponiendo introduzca en su conducta. Así y en paralelo a lo señalado en otras investigaciones (Gibbons, Gerrard y

McCoy, 1995; Richard, Van der Pligt y De Vries, 1995; Ronis, 1992; Sutton, 1982), los resultados de los análisis de varianza y regresión efectuados sobre los distintos elementos implicados en el proceso de decisión y su contribución diferencial a uno u otro tipo de conducta, apuntan que la decisión de abandonar o disminuir una conducta de riesgo, frente a la activación de conducta promotora de salud, además de suponer un mayor coste para el individuo, se debe en mayor medida a la percepción de vulnerabilidad física y de las potenciales consecuencias sociales asociadas al cambio de conducta, recogidas en el constructo «Norma Subjetiva». Mientras a la hora de poner en marcha conductas promotoras de salud y supuesta la disponibilidad de recursos para llevarlas a cabo, el individuo parece guiarse esencialmente por los beneficios que puede lograr con la misma, a la hora de decidirse por formas de conducta preventivas, el individuo parte de la percepción de una amenaza, a la que se siente ciertamente vulnerable, y a la existencia de formas diversas de presión social que le invitan a cambiar la forma actual de conducta y adoptar patrones más sanos de comportamiento.

De alguna manera, la base de esta diferenciación podría estar en el punto de partida desde el que en cada caso (conducta promotora de salud versus preventiva) se aborda la posibilidad del cambio, junto al objetivo que se pretende alcanzar con el mismo. Mientras en el caso de conductas promotoras estamos hablando de conductas sobre las que el individuo cree tener control y decide llevarlas a cabo por motivación intrínseca; en las preventivas parecen conjugarse factores internos (vulnerabilidad) y externos (presión social).

Papel de los factores estructurales de Personalidad

En este caso nos movemos entre, por un lado, la escasez y ambigüedad de la evidencia disponible acerca del posible papel de las variables de personalidad en el proceso de decisión (Conner y Abraham, 2001; Pinkerton y Abramson, 1995; Sheeran y Taylor, 1999; Siegler, Feaganes y Rimer, 1995; Vollrath, Knoch y Cassano, 1999), y, por otro, la evidencia de su asociación

con las distintas formas de conducta de salud presentes en el repertorio de conducta del individuo (Bermúdez, 1999; Booth-Kewley y Vickers, 1994; Courneya, Bobik y Schinke, 1999; Marshall, Wortman, Vickers, Kusulas y Hervig, 1994; Smith y Williams, 1992; Van Heck, 1997). Nuestros datos a este respecto indican que las dimensiones evaluadas guardan en mayor o menor medida asociación con las distintas manifestaciones de conducta de salud, sin embargo ninguna de ellas guarda asociación relevante con la intención de cambio de conducta que el individuo finalmente adopta, aunque aparezcan algunas relaciones significativas con algunos de los factores implicados en el proceso de decisión. ¿Significa esto que las diferencias individuales en personalidad no tienen nada que decir a la hora de entender por qué unas personas deciden cambiar su conducta y otras no, o, cuando menos, no de la misma manera? Probablemente no. Para entender esta situación aparentemente paradójica hemos de apelar, por un lado, a la diferenciación entre Intención de conducta y Ejecución de la misma y, por otro, al rango de utilidad predictiva que caracteriza a características generales de personalidad como las evaluadas en esta investigación.

Por lo que respecta al primer aspecto, hoy conocemos que la ejecución de la conducta no siempre es expresión lineal de la decisión tomada al respecto (Gibbons, Gerrard y McCoy, 1995; Miller, Shoda y Hurley, 1996; Mischel, 1996; Pervin, 1998; Richard, Van der Pligt y De Vries, 1995). La ejecución y mantenimiento de cualquier forma de conducta depende esencialmente de la actuación de un conjunto de procesos de carácter autorregulador, en adición a otros procesos y factores ya presentes a lo largo del proceso de toma de decisión, como sería el caso de la disponibilidad de apoyo social o la activación de estados emocionales asociados al desarrollo de la conducta (Bandura, 1989, 1998; Gollwitzer y Brandstätter, 1997; Kuhl y Beckman, 1994; Mischel, 1996). En este sentido, puede que la asociación personalidad-conducta de salud observada frecuentemente, se deba a la asociación de las variables de personalidad con estos procesos autorreguladores. De hecho, la evidencia hoy disponible indica que la asociación entre personalidad y conducta de salud se debe con frecuencia al efecto mediacional de

tales procesos (ver revisión sobre el tema en Van Heck, 1997). La relación, en cambio, es más ambigua por lo que concierne a la asociación entre personalidad y los procesos psicológicos implicados en la toma de decisión. Nuestros datos al respecto indican, de hecho, que las variables de personalidad también guardan cierta asociación con los procesos que intervienen en la toma de decisión y tal vez mediante ellos ejerzan cierta influencia sobre la formulación de intención de conducta en sí misma. Este extremo, sin embargo, sólo podemos enunciarlo de manera tentativa, por cuanto en nuestra investigación no se encontró relación significativa alguna entre personalidad e intención, por lo que con propiedad no podemos analizar la potencial presencia de efectos mediacionales debidos a algunos de los procesos psicológicos analizados (Baron y Kenny, 1986).

Una segunda alternativa explicativa apelaría a la limitada utilidad predictiva que las dimensiones globales de personalidad muestran con relación a conductas específicas, a menos que se tomen en consideración los procesos psicológicos y dimensiones contextuales que, en términos generales, no sólo en el ámbito específico de la salud, median en la relación entre variables disposicionales generales y conducta (Little, Lecci y Watkinson, 1992; McCrae y Costa, 1996; Smith y Williams, 1992; Van Heck, Perugini, Caprara y Fröger, 1994; Watson y Hubbar, 1996). Como sabemos, por su propia naturaleza acontextual y por su conceptualización establecida a partir de la observación de promedios de conducta, no resulta del todo sorprendente que las variables estructurales de personalidad no sean el predictor más adecuado para anticipar aspectos del comportamiento, como sería en este caso la decisión de introducir o no algún cambio en la conducta, ligados estrechamente al complejo entramado de relaciones dinámicas entre procesos psicológicos y factores contextuales, básicamente sociales, que refleja el modo específico en que el individuo intenta hacer frente a la realidad cambiante de cada momento.

Ello no quiere decir que no exista relación alguna entre estos grandes factores estructurales de personalidad y los procesos psicológicos que dirigen el proceso de decisión. Nuestros

datos evidencian que estas relaciones existen; lo que no nos dicen nuestros datos es el grado en que estas variables de personalidad contribuyen a la asociación cierta observable entre tales procesos psicológicos e intención de conducta. De hecho, si retomamos los dos principales predictores de la intención, como son la expectativa de control sobre la conducta y la expectativa de resultados que diferencialmente mantienen unos individuos y otros, en realidad estaríamos diciendo que la personalidad es un determinante importante; la diferencia está en que ahora estamos reconceptualizando la personalidad en términos contextualizados, recogiendo la flexibilidad discriminativa con la que el individuo elabora sus patrones idiosincrásicos de conducta.

En resumen, nuestra investigación ofrece un apoyo significativo a las predicciones efectuadas desde el Modelo de Creencias sobre la Salud y la Teoría de la Conducta Planificada; si bien sugiere al mismo tiempo la conveniencia de integrar estos resultados en términos de los procesos socio-cognitivos sugeridos, entre otros, por Bandura (1986, 1998), con el propósito, esencialmente, de reducir redundancias y ambigüedades que podrían estar dificultando la acumulación de evidencia desde la que acercarnos a una explicación más parsimoniosa del proceso de decisión y su significación para el desarrollo de conducta, saludable en el caso que nos ocupa.

Al mismo tiempo, es preciso hacer énfasis en que nuestra investigación se ha detenido en el momento en que se formula la intención de cambio, que, con ser importante en sí misma, es sólo uno de los elementos que finalmente contribuyen a la iniciación y mantenimiento del cambio de conducta. A este respecto y a la vista de las discrepancias frecuentemente observadas entre intención y conducta, en futuras investigaciones convendría dedicar atención preferente a aquellos factores y procesos contextuales y psicológicos que hacen posible de manera efectiva la traducción de la intención en conducta y su mantenimiento. Con este propósito y como vía para superar las limitaciones inherentes a los diseños transversales, se sugiere la conveniencia de encauzar la investigación hacia diseños longitudinales, que permitan analizar toda

la secuencia de conducta, las interrelaciones entre las fases motivacional y volitiva, así como la dinámica de interrelaciones existentes entre los factores y procesos actuantes en cada fase y, a su vez, en las distintas fases (Conner y Armitage, 1998; Miller, Shoda y Hurley, 1996).

Por lo que concierne, por último, al papel de las variables de personalidad, nuestros datos arrojan serias dudas acerca de su relevancia en este contexto, aunque potencialmente podrían contribuir al entendimiento de la conducta efectiva que el sujeto lleva a cabo. En todo caso, basándonos en la evidencia hoy disponible, esta incidencia no sería esencialmente directa, sino mediada por otros factores a cuyo estudio debería prestarse atención, con el propósito de identificar los procesos y mecanismos que son la causa real del comportamiento.

Referencias

- Abraham, C., Clift, S. y Grabowski, P. (1999). Cognitive predictors of adherence to malaria prophylaxis regimens on return from a malarious region: A prospective study. *Social Science and Medicine*, 48, 1641-1654.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J.Kuhl y J.Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior*. Heidelberg, Germany: Springer, pp. 11-39.
- Ajzen, I. (1987). Attitudes, Traits, and Actions: Dispositional prediction of behavior in Personality and Social Psychology. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 20, págs. 1-63). New York: Academic.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. y Madden, T. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Armitage, C.J., Conner, M., Loach, J. y Willetts, D. (1999). Different perceptions of control: Applying and extended theory of planned behavior to legal and illegal drug use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21, 301-316.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A Social-cognitive theory*. Englewood-Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Self-regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. In L.A Pervin (Ed.), *Goal concepts in personality and social psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. pp. 19-86.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Baron, R.M. y Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508.
- Becker, M.H. y Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Bermúdez, J. (1995). *Adaptación española del BFQ*. Madrid: TEA.
- Bermúdez, J. (1999). Personality and health-protective behaviour. *European Journal of Personality*, 13, 83-103.
- Bish, A., Sutton, S. y Golombok, S. (2000). Predicting uptake of a routine cervical smear test: A comparison of the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour. *Psychology and Health*, 15, 35-50.
- Booth-Kewley, S. y Vickers, R.R. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, 62, 281-298.
- Bowen, A.M., Williams, M., McCoy, H.V. y McCoy, C.B. (2001). Crack smokers' intention to use condoms with loved partners: Intervention development using the theory of reasoned action, condom beliefs, and processes of change. *AIDS Care*, 13, 579-594.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C. y Borgogni, L. (1993). *Big Five Questionnaire (BFQ)*. Florencia: O.S., Organizzazioni Speciali.
- Christensen, A.J., Moran, P.J. y Wiebe, J.S. (1999). Assessment of irrational health beliefs: Relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology*, 18, 169-176.
- Conner, M. y Abraham, C. (2001). Conscientiousness and the Theory of Planned Behavior: Toward a more complete model of the antecedents of intentional behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1547-1561.

- Conner, M. y Armitage, C.J. (1998). Extending the Theory of Planned Behavior: A review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1429-1464.
- Conner, M., Sherlock, K. y Orbell, S. (1998). Psychological determinants of ecstasy use in young people in the UK. *British Journal of Health Psychology*, 3, 295-317.
- Courneya, K.S. (1995). Understanding readiness for regular physical activity in older individuals: An application of the Theory of Planned Behavior. *Health Psychology*, 14, 80-87.
- Courneya, K.S., Bobick, T.M. y Schinke, R.J. (1999). Does the Theory of Planned Behavior mediate the relation between personality and exercise behavior? *Basic and Applied Social Psychology*, 21, 317-324.
- Courneya, K.S., Plotnikoff, R.C., Hotz, S.B. y Birkett, N.J. (2001). Predicting exercise stage transitions over two consecutive periods: A test of the theory of planned behaviour in a population-based sample. *British Journal of Health Psychology*, 6, 135-150.
- Ducharme, K.A. y Branley, L.R. (1995). Predicting the intentions and behavior of exercise initiators using two forms of self-efficacy. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 479-497.
- Edwards, W. (1954). The theory of decision making. *Psychological Bulletin*, 51, 380-417.
- Fazekas, A., Senn, C.Y. y Ledgerwood, D.M. (2001). Predictors of intention to use condoms among university women: An application and extension of the theory of planned behavior. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33, 103-117.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Beliefs, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Gibbons, F.X. y Gerrard, M. (1995). Predicting young adults' health risk behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 505-517.
- Gibbons, F.X., Gerrard, M. y McCoy, S.B. (1995). Prototype perception predicts (lack of) pregnancy prevention. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 85-93.
- Godin, G. y Kok, G. (1996). The Theory of Planned Behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11, 87-98.
- Gollwitzer, P.M. y Brandstätter, V. (1997). Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 186-199.
- Janz, N. y Becker, M. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Kirscht, J. (1988). The health belief model and predictions of health actions. In D. Gochman (Ed.), *Health behavior*. New York: Plenum Press, pp. 27-41.
- Kuhl, J. y Beckman, J. (Eds.). (1994). *Volition and personality: Action versus state orientation*. Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber.
- Little, B.R., Lecci, L. y Watkinson, B. (1992). Personality and personal projects: linking Big Five and PAC units of analysis. *Journal of Personality*, 60, 501-525.
- Maddux, J.E., Norton, L.W. y Stoltenberg, C.D. (1986). Self-efficacy expectancy, outcome expectancy, and outcome value: relative effects on behavioral intentions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 783-789.
- Maddux, J.E. y Rogers, R.W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469-479.
- Marshall, G.N., Wortman, C.B., Vickers, R.R. Jr., Kusulas, J.W. y Hervig, L.K. (1994). The Five-Factor Model of Personality as a framework for personality-health research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 278-286.
- McCrae, R.R. y Costa, P.T.Jr. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. En J.S. Wiggins (Ed.), *The Five-Factor Model of Personality. Theoretical perspectives* (págs. 51-87). New York: Guilford.
- Miller, S.M., Shoda, Y. y Hurley, K. (1996). Applying Cognitive-Social Theory to Health-Protective Behavior: Breast Self-examination in Cancer Screening. *Psychological Bulletin*, 119, 70-94.
- Mischel, W. (1996). From good intentions to willpower. In P.M. Gollwitzer y J.A. Bargh (Eds.), *The psychology of action. Linking cognition and motivation to behavior*. New York: Guilford Press, pp. 197-218.
- Norman, P., Conner, M. y Bell, R. (2000). The theory of planned behaviour and exercise: Evidence for the moderating role of past behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 5, 249-261.
- Pervin, L.A. (1998). The three disciplines of personality and the problem of volition. En J. Bermúdez, B. De Raad, J. De Vries, A.M. Pérez-García, A. Sánchez-Elvira y G.L. Van Heck (Eds.), *Personality Psychology in Europe* (Vol. 6, págs. 85-108). Tilburg: Tilburg University Press.
- Pinkerton, S.D. y Abramson, P.R. (1995). Decision making and personality factors in sexual risk-taking for HIV/AIDS: a theoretical integration. *Personality and Individual Differences*, 19, 713-724.
- Prentice-Dunn, S. y Rogers, R. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. *Health Education Research*, 1, 153-161.
- Prochaska, J.O. (1979). *Systems of Psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.

- Prochaska, J.O. (1994). Strong and weak principles for progressing from Precontemplation to Action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology, 13*, 47-51.
- Richard, R., van der Pligt, J. y de Vries, N. (1995). Anticipated affective reactions and prevention of AIDS. *British Journal of Social Psychology, 34*, 9-21.
- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology, 91*, 93-114.
- Rogers, R. (1983). Cognitive and psychological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J.Cacioppo y R.Petty (Eds.), *Social psychophysiology*. New York: Guilford Press, pp.153-176.
- Ronis, D.L. (1992). Conditional health threats: Health beliefs, decisions, and behaviors among adults. *Health Psychology, 11*, 127-134.
- Ronis, D.L. y Harel, Y. (1989). Health beliefs and breast examination behaviors: analyses of linear structural relations. *Psychology and Health, 3*, 259-285.
- Rosenstock, I.M. (1966). Why people use health services. *Millbank Memorial Fund Quarterly, 44*, 94-127.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs, 2*, 328-335.
- Rosenstock, I.M. (1990). The health belief model. In K. Glanz, F. Lewis, y B. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, (pp. 39-62). San Francisco: Jossey-Bass.
- Rosenstock, I., Strecher, V. y Becker, M. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly, 15*, 175-183.
- Rutter, D.R. (2000). Attendance and reattendance for breast cancer screening: A prospective 3-year test of the Theory of Planned Behaviour. *British Journal of Health Psychology, 5*, 1-13.
- Siegler, I.C., Feaganes, J.R. y Rimer, B.K. (1995). Predictors of adoption of mammography in women under age 50. *Health Psychology, 14*, 274-278.
- Smith, B.N. y Stasson, M.F. (2000). A comparison of health behavior constructs: Social psychological predictors of AIDS-preventive behavioral intentions. *Journal of Applied Social Psychology, 30*, 443-462.
- Smith, T.W. y Williams, P.G. (1992). Personality and health: Advantages and disadvantages of the 5-factor model. *Journal of Personality, 60*, 395-423.
- Sutton, S. (1982). Fear arousing communications: A critical examination of theory and research. In J.R.Eiser (Ed.), *Social psychology and behavioral medicine*. New York: Wiley, pp. 303-338.
- Umeh, K. y Rogan-Gibson, J. (2001). Perceptions of threat, benefits, and barriers in breast self-examination among young asymptomatic women. *British Journal of Health Psychology, 6*, 361-372.
- Van der Pligt, J. (1996). Risk perception and self-protective behavior. *European Psychologist, 1*, 34-43.
- Van Heck, G.L. (1997). Personality and physical health: toward an ecological approach to health-related personality research. *European Journal of Personality, 11*, 415-443.
- Van Heck, G.L., Perugini, M., Caprara, G.V. y Fröger, J. (1994). The Big Five as tendencies in situations. *Personality and Individual Differences, 16*, 715-731.
- Vollrath, M., Knoch, D. y Cassano, L. (1999). Personality, risky health behaviour, and perceived susceptibility to health risks. *European Journal of Personality, 13*, 39-50.
- Watson, D. y Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality, 64*, 737-774.
- Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology, 7*, 355-386.
- Weinstein, N.D. (1993). Testing four competing theories of health protective behavior. *Health Psychology, 12*, 324-333.
- Weinstein, N.D. y Nicolich, M. (1993). Correct and incorrect interpretations of correlations between risk perceptions and risk behaviors. *Health Psychology, 12*, 235-245.
- Weinstein, N.D., Sandman, P.M. y Roberts, N.E. (1990). Predictors of self-protective behavior: Home radon testing. *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 783-801.
- Wulfert, E., Wan, C.K. y Backus, C.A. (1996). Gay men's safer sex behavior: An integration of three models. *Journal of Behavioral Medicine, 19*, 345-366.