

UN ANÁLISIS EXPLORATORIO DE LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO EN COMPORTAMIENTOS NO SALUDABLES

Resumen

La percepción de riesgo influye en el comportamiento humano, sobre todo en temas relacionados con la salud. Además, es una variable relevante para comprender la eficacia o no de acciones de marketing social. No obstante, aún no está claro qué componentes configuran la percepción del riesgo. La literatura evidencia que la percepción de riesgo es más que la probabilidad de ocurrencia y la gravedad de las consecuencias de un evento negativo.

En este estudio de carácter exploratorio se utilizó el modelo denominado paradigma psicométrico y se evaluaron 15 posibles dimensiones que se podrían asociar para contribuir a comprender mejor el constructo de la percepción de riesgo. Estas dimensiones se midieron en cinco comportamientos sociales relacionados con la salud en una muestra de 1097 sujetos.

Los resultados sugieren que la dimensión relativa al efecto personal debe ser considerada de forma muy consistente en el entendimiento de la percepción del riesgo. Dicha dimensión explica la percepción del riesgo mejor que la probabilidad de ocurrencia. Además, la severidad de las consecuencias y el temor no juegan un rol relevante. Estos y otros hallazgos son discutidos.

El estudio tiene implicaciones para la investigación, los programas de prevención y las acciones de marketing social sobre comportamientos con riesgo para la salud.

Palabras clave: marketing social, percepción del riesgo, salud.

Introducción

El riesgo influye en el comportamiento a través de la percepción del riesgo (Slovic, 2000). Es por ello que la percepción del riesgo es un constructo central en la mayoría de teorías sobre comportamientos relacionados con la salud, (e.g. Ajzen, 1991; Janz, Becker, & Hartman, 1984; Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003; Rogers, 1975) y en teorías que se enfocan en el cambio de la conducta saludable (Ferrer & Klein, 2015). Diversos autores han hallado que el nivel de riesgo percibido se asocia con un comportamiento de autoprotección (Vaughan, 1993; Brewer, Weinstein, Cuite & Herrington, 2004).

La percepción del riesgo ha sido incluida en modelos teóricos de salud preventiva (Janz & Becker, 1984). Estudios de alcance correlacional presentan asociaciones entre la percepción de riesgo y los comportamientos saludables (Brewer, Chapman, Gibbons, Gerrard, McCaul, & Weinstein, 2007; Floyd, Prentice-Dunn, & Rogers, 2000). Así mismo, investigaciones experimentales demuestran el rol de la percepción de riesgo en las decisiones concernientes a la salud (Sheeran, Harris, & Epton, 2014). Starren, Hornikx & Luijters (2013) indicaron que se puede influir en la percepción del riesgo que la gente posee. Al respecto, el metaanálisis de estudios experimentales realizado por Sheeran et al., (2014) demuestra que cuando las intervenciones logran incrementar las percepciones de riesgo de los individuos, aumenta también la intención de cambio de la conducta, produciéndose un cambio de comportamiento favorable para la salud.

En el ámbito del marketing social, entender cómo se conforma la percepción del riesgo puede ser de gran utilidad para el desarrollo de acciones efectivas. En esta línea, diversos autores alegan que existe un déficit de investigación acerca de cómo diseñar campañas para generar el cambio deseado (Pidgeon & Fischhoff, 2011). Por consiguiente, se considera relevante entender qué dimensiones explican mejor la

percepción del riesgo del individuo para contribuir a tal fin. Consecuentemente, este trabajo tiene como finalidad analizar cuáles son las dimensiones que mejor explican la percepción del riesgo y, en función de los resultados, presentar recomendaciones para el diseño de acciones de marketing social sobre salud.

La percepción del riesgo: Concepto y estructura

Definir el riesgo percibido, al igual que definir el riesgo en sí, es un asunto complejo. Existen diferentes definiciones (Hallowell, 2010; Rohrman & Renn, 2000; Sjöberg, 1999). En todos los casos, el elemento común es que se analiza mediante una evaluación subjetiva. Además, la mayoría de los autores determinan que está compuesta por la probabilidad de ocurrencia de un evento negativo, así como por el tamaño y las características perjudiciales de las consecuencias que deberían materializarse de dicho evento (Drottz-Sjöberg, 1991).

En la literatura relacionada con la percepción del riesgo frente a comportamientos que pueden afectar la salud, se ha concluido que estos dos componentes se miden como constructos independientes (Shiloh, Wade, Roberts, Alford, & Biesecker, 2013). El primero, probabilidad de ocurrencia, ha sido la característica general de la percepción de riesgo (e.g. Barilli, Savadori, Pighin, Bonalumi, Ferrari, Ferrari, & Cremonesi, 2010; Zell & Alicke, 2013); mientras que el segundo, conocido como la severidad de las consecuencias, no se suele considerar, y en caso de hacerse, se representa como un constructo aparte (Shiloh, et al. 2013).

Literatura reciente ha puesto en debate que solamente sean estas dos dimensiones las que explican la percepción del riesgo en comportamientos relacionados con la salud (Ferrer y Klein, 2015). Aven (2007) recomienda que no se estudie el riesgo solamente a través del análisis de la probabilidad del daño y las consecuencias del mismo. En esta línea, autores como Fischhoff, et al. (1978) o Slovic (1987), visualizan el riesgo

percibido como un constructo social de difícil definición que se caracteriza por ser multidimensional. Parten de la premisa de que el riesgo es cuantificable y subjetivo (Slovic, 1992), pero que ha de contextualizarse para cada riesgo específico (Gierlach, Belsher & Beutler, 2010). Su propuesta permite dar una visión amplia acerca del riesgo percibido más allá de la probabilidad y la severidad de la materialización del riesgo.

A pesar de que la percepción del riesgo ha sido un constructo que usualmente se ha entendido como puramente cognitivo (Shiloh et al., 2013), estudios recientes están mostrando la importancia de considerar también factores afectivos (Janssen, van Osch, de Vries, & Lechner, 2011; Finucane, Alhakami, Slovic, & Johnson, 2000; Lerner & Keltner, 2000), experiencias personales (Brewer, Weinstein, Cuite, & Herrington, 2004; Mills, Reyna, & Estrada, 2008) y la información que es más importante para el individuo (Tversky & Kahneman, 1973).

La percepción del riesgo y el marketing social

En temas relacionados con el cuidado de la salud, las acciones de marketing social desempeñan un papel relevante. En el meta-análisis que hacen Helming y Thaler (2010), el 87.9% de los artículos analizados sobre marketing social, tratan temas relacionados con conductas que pueden afectar a la salud o están dirigidos hacia la prevención de conductas no saludables. Además, la realización de campañas de publicidad y otros medios de comunicación suelen ser una forma popular para informar y persuadir a los consumidores para que presten más atención a los posibles efectos adversos de comportamientos no saludables (Kees, 2010).

Diversos autores y organismos muestran que las comunicaciones sobre salud son una de las estrategias más prometedoras para la prevención y promoción de conductas saludables (Instituto de medicina [OIM], 2010; Royne y Levy, 2015). No obstante, las comunicaciones no siempre han generado los cambios deseados en los patrones de

conducta, por lo que, tanto profesionales como académicos consideran relevante seguir investigando sobre cómo desarrollar una comunicación efectiva en temas de salud (Meulenaer, Pelsmacker y Dens, 2015).

Algunos autores advierten que la eficacia de la comunicación depende de las características individuales de los consumidores, dado que dichas características influyen en el tipo de procesamiento cognitivo y afectivo que realizan del anuncio (Petty & Cacioppo, 1986). La percepción del riesgo es una característica personal que juega un rol importante en la evaluación de la publicidad. Kees (2010) identificó que la percepción del riesgo actúa como una variable mediadora del efecto de la publicidad y la intención de realizar comportamientos saludables.

Otros autores advierten que el diseño de las campañas, el tipo de apelaciones utilizado en los mensajes y el encuadre de los mismos, afectan significativamente en la efectividad de la publicidad (por ejemplo, Block & Keller, 1995; Rothman & Salovey 1997). Gran parte de la publicidad sobre temas de salud incluye apelaciones y encuadres que se considera que permiten incrementar la percepción del riesgo de los individuos ante comportamientos no saludables. En el ámbito académico existen investigaciones como la de Kees (2010) que tienen como objetivo entender qué tipos de mensajes son más eficaces para influir en la percepción del riesgo de los consumidores de cara a fomentar comportamientos que reduzcan dicho riesgo.

Objetivo del estudio

La literatura revela que la percepción del riesgo parece jugar un rol relevante en el comportamiento saludable, en el procesamiento de las comunicaciones y en la persuasión o no de un mensaje. Así mismo, se observa que es habitual que las campañas de marketing social traten de incrementar la percepción del riesgo de ciertos comportamientos no saludables.

Las investigaciones anteriores han centrado su interés en dos de las dimensiones de la percepción del riesgo (probabilidad de ocurrencia y severidad de las consecuencias); no obstante, diversos autores hacen hincapié en la necesidad de investigar qué otras dimensiones explican la percepción del riesgo de los individuos en temas relacionados con comportamientos no saludables.

Este estudio tiene como objetivo explorar e identificar qué aspectos configuran la percepción de riesgo en diferentes comportamientos no saludables. Se considera oportuno investigar cómo se configura dicha percepción del riesgo para poder identificar cómo diseñar campañas de marketing social que contribuyan eficazmente a incrementar la percepción del riesgo de los individuos, y, a través de ello, generar conductas saludables.

Metodología

Comportamientos estudiados.

Este estudio se centra en el riesgo percibido de cinco comportamientos no saludables (fumar, beber alcohol, drogarse, ingerir alimentos no saludables y llevar una vida no saludable). Estos comportamientos se consideran relevantes y significativos para nuestro objetivo de investigación dado que se seleccionaron considerando los resultados hallados en el meta-análisis de Helmig y Thaler (2010), donde los mismos representan casi el 60% de la investigación relativa a marketing social.

Diseño de la investigación e instrumento de medida.

El modelo utilizado en esta investigación se denomina *paradigma psicométrico* (Slovic, 1987, 1992; Fischhoff et al., 1978). Este modelo se basa en medidas psicométricas para describir la percepción del riesgo (Terpstra, Lindell & Gutteling, 2009; Rivers, Arvai & Slovic, 2010). Pretende cuantificar el riesgo percibido mediante escalamiento psicométrico y análisis multivariado. De esta forma, el riesgo percibido se estudia a

través de la evaluación cuantitativa de varios atributos cualitativos del riesgo y de una cuantificación global de éste. El paradigma psicométrico aborda el riesgo como un constructo multidimensional. Nacen así las distintas dimensiones del riesgo. El modelo permite dar una visión amplia acerca del riesgo que percibe el individuo más allá de la probabilidad y la severidad de las consecuencias (Aven, 2007).

Cada dimensión o atributo del riesgo explora una cualidad de éste. Según Slovic, Fischhoff & Lichtenstein, (1982), la investigación acerca del riesgo percibido tiene sus orígenes en estudios sobre el juicio y la toma de decisiones que comenzaron con el esfuerzo de Mosteller & Nogee (1951), Edwards (1953, 1954), Davidson & Suppes (1957) y Coombs & Pruitt (1960). Intentaban hacer operativas las formulaciones axiomáticas de la teoría de la utilidad esgrimida por Von Neumann & Morgenstern (2007) y Savage (1954). De estos estudios surgen los atributos que posteriormente utilizaría el paradigma psicométrico.

Específicamente este estudio considera 15 atributos cualitativos de la percepción del riesgo que han sido utilizados por otros autores (Bronfman & Cifuentes, 2003; Puy, 1995). La siguiente tabla (tabla 1) muestra cada uno de los atributos (A1, A2, A3,..., A15), la dimensión del riesgo que explora y la escala de diferencial semántica utilizada en cada caso. Las diferentes dimensiones cualitativas se acompañaron también de una pregunta cuantitativa general del riesgo percibido global por el individuo ante cada comportamiento (G).

Tabla 1. Atributos explorados en este estudio.

Ítems	Dimensión cualitativa explorada	Escala de diferencial semántico
A1	Novedad del riesgo.	Nuevo – Antiguo
A2	Voluntariedad en la exposición al riesgo.	Voluntario – Involuntario
A3	Potencial catastrófico que puede generar el riesgo.	Afecta a una sola persona – Afecta a muchas personas
A4	Temor que se tiene al riesgo.	Riesgo común - Riesgo temible
A5	Demora de las consecuencias.	Aparecen rápidamente – Tardan en aparecer
A6	Severidad o gravedad de las consecuencias.	De poca gravedad – De mucha gravedad
A7	Probabilidad de ocurrencia del riesgo.	Totalmente probable – Nada probable
A8	Conocimiento por parte de la ciencia del riesgo.	Muy conocido – Nada conocido

A9	Conocimiento por parte de la población del riesgo.	Muy conocido – Nada conocido
A10	Conocimiento personal del riesgo.	Muy conocido – Nada conocido
A11	Número de personas expuestas al riesgo.	Pocas personas – Muchas personas
A12	Efecto personal.	No me afecta nada – Me afecta mucho
A13	Regulación esperada sobre el comportamiento que genera riesgo.	Poca regulación – Mucha regulación
A14	Regulación deseada sobre el comportamiento que genera riesgo.	Poca regulación – Mucha regulación
A15	Aceptabilidad del riesgo.	Aceptable – No aceptable
G	Percepción del riesgo global.	Riesgo nulo – Riesgo alto

Cuestionario y características de la muestra.

A partir de lo indicado en el apartado anterior se obtuvo un cuestionario estructurado en dos grandes bloques. En primer lugar, se incorporaron los 15 ítems relativos a las diferentes dimensiones cualitativas de la percepción al riesgo para cada comportamiento analizado y un único ítem (denominado G) que medía cuantitativamente el riesgo global de cada comportamiento propuesto. Las respuestas a este bloque del cuestionario se hacían mediante escalas de diferencial semántico de 7 puntos (ver tabla 1).

El segundo bloque incorporaba diferentes variables categóricas sobre características sociodemográficas del individuo. Los datos sociodemográficos incluidos fueron: edad, estado civil, género, nivel educativo y lugar de residencia.

La recogida de datos se realizó a través del procedimiento de bola de nieve durante los meses de febrero, marzo y abril de 2014. Mediante este proceso, con el fin de conseguir una muestra que represente adecuadamente las características sociodemográficas de la ciudad, tres asistentes de investigación repartieron el cuestionario a varios estudiantes de maestría y pregrado, quienes aplicaron el cuestionario a los diferentes entrevistados. El tiempo de respuesta estuvo comprendido entre 30 y 45 minutos. El cuestionario fue contestado por 1250 sujetos; no obstante, tras diversos análisis previos desarrollados para garantizar la calidad de los datos, la muestra final estuvo compuesta por 1097 sujetos, ya que se eliminaron cuestionarios incompletos o mal llenados (dos respuestas

en ciertas preguntas). Las características sociodemográficas de la muestra final se detallan en la tabla 2.

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra.

Características sociodemográficas de la muestra	
Edad	Menores de 30 años = 46.2%; Mayores de 31 años = 46.1%
Género	Hombres = 49%; Mujeres = 50.4%
Estado Civil	Solteros = 49.9%; Casados = 40.9%; Otros = 8.8%
Nivel de estudios	Sin educación o con educación no universitaria = 29.4%; Educación universitaria=95.6%
Lugar de residencia	Ciudad = 85.1%; Pueblo = 14.7%

Análisis estadísticos

El procesamiento de los datos recogidos en los cuestionarios se realizó mediante el software IBM SPSS Statistics 21. Se calcularon 5 regresiones lineales múltiples mediante el procedimiento “*backward*”. Concretamente se exploraron y estimaron los coeficientes de una ecuación lineal con aquellas variables independientes que mejor predicen el valor de la variable dependiente para cada comportamiento. Para cada ecuación la variable independiente fue G y las variables independientes, las 15 dimensiones cualitativas.

Antes de realizar el análisis se comprobaron los supuestos de partida necesarios para garantizar el correcto uso de la técnica: número de casos suficientes, la ausencia de multicolinealidad, y la homocedasticidad. Para ello se analizaron las correlaciones simples entre las diferentes dimensiones cualitativas de la percepción del riesgo, los estadísticos de colinealidad de tolerancia (TOL) y factor de agrandamiento de la varianza (FIV), el número de condición y los gráficos de valores predichos versus errores tipificados del modelo. Todos los análisis revelaron la idoneidad del uso de la técnica seleccionada y del modelo hallado.

Para el cálculo de cada regresión se analizaron los siguientes estadísticos: El coeficiente de correlación lineal (R), el coeficiente de determinación múltiple (R^2), los coeficientes estimados (β) y la prueba F. El detalle se encuentra en las tablas 3 y 4.

Tabla 3. Resumen de los modelos de regresiones lineales múltiples con el procedimiento “backward”.

Comportamiento	VARIABLES predictivas	R	R ²	R ² ajustado	Error estándar	Prueba F	p-valor
Fumar	A4, A6, A7, A8, A12	.643	.413	.411	1.790	148.829	.000
Beber alcohol	A4, A7, A8, A12	.622	.387	.385	1.742	166.315	.000
Drogarse	A6, A7, A8, A12	.599	.359	.357	2.138	140.681	.000
Ingerir alimentos no saludables	A3, A7, A8, A11, A12	.553	.306	.302	1.497	87.902	.000
Llevar una vida no saludable	A6, A7, A8, A12, A15	.573	.329	.325	1.618	98.295	.000

Un resumen de los coeficientes de regresión sin estandarizar y estandarizados del modelo, así como de su nivel de significación se muestran en la siguiente tabla 4.

Tabla 4. Coeficientes de regresión para cada modelo.

Comportamiento.	Variable independiente: G	B	Error estándar	B	T	Sig.
Fumar	(Constante)	2.131	.261		8.177	.000
	A4	.072	.027	.065	2.618	.009
	A6	.115	.034	.086	3.421	.001
	A7	-.239	.024	-.244	-9.855	.000
	A8	.196	.040	.118	4.862	.000
	A12	.498	.028	.466	18.091	.000
Beber alcohol	(Constante)	2.765	.200		13.828	.000
	A4	.068	.027	.065	2.581	.010
	A7	-.237	.025	-.244	-9.642	.000
	A8	.211	.039	.133	5.386	.000
	A12	.509	.027	.477	18.572	.000
	Drogarse	(Constante)	2.042	.332		6.149
A6		.102	.043	.062	2.385	.017
A7		-.219	.027	-.214	-8.087	.000
A8		.225	.046	.123	4.850	.000
A12		.485	.028	.465	17.099	.000
Ingerir alimentos no saludables		(Constante)	1.933	.278		6.953
	A3	.049	.021	.063	2.336	.020
	A7	-.164	.026	-.171	-6.304	.000
	A8	.113	.031	.101	3.696	.000
	A11	.131	.035	.100	3.721	.000
	A12	.474	.028	.469	17.210	.000
Llevar una vida no saludable	(Constante)	2.015	.273		7.384	.000
	A6	.129	.032	.110	4.106	.000
	A7	-.212	.028	-.204	-7.642	.000
	A8	.165	.034	.127	4.825	.000
	A12	.453	.028	.436	16.048	.000
	A15	.080	.028	.075	2.827	.005

Posteriormente se realizaron 5 regresiones lineales (una para cada comportamiento), incluyendo solamente las dimensiones cualitativas que fueron comunes en los modelos anteriores (A7, A8 y A12). Como se observa en la tabla 5, el R² no se ve apenas

modificado (Δ -2%). Por tanto, se concluye que el resto de variables que salen en los diferentes modelos no aportan un gran nivel de explicación de la percepción del riesgo.

Tabla 5. Resumen de los modelos de regresiones lineales múltiples para explicar G con A7, A8 y A12.

Comportamiento	Variables predictivas	R	R ²	R ² ajustado	Error estándar
Fumar		.636	.405	.403	1.797
Beber alcohol	A7, A8, A12	.620	.385	.383	1.738
Drogarse		.596	.356	.354	2.138
Ingerir alimentos no saludables		.538	.290	.288	1.514
Llevar una vida no saludable		.558	.312	.310	1.639

Resultados

Los resultados muestran que existen tres dimensiones cualitativas que contribuyen a explicar la percepción del riesgo de los cinco comportamientos estudiados: efecto personal (A12), probabilidad de ocurrencia (A7) y conocimiento por la ciencia (A8). Estas tres dimensiones explican entre el 29% y el 41% del constructo percepción del riesgo, según cada comportamiento específico. De las tres dimensiones cualitativas comunes a todos, el efecto personal es la variable que aflora con mayor fuerza ($\beta > 0.400$).

Otras dimensiones que también aparecen en algunas ecuaciones, pero no en todos los comportamientos, y con betas muy bajas son: severidad de las consecuencias (A6) y temor (A4) ($\beta < 0.110$). La aceptabilidad del riesgo (A15) fue significativa solo para el comportamiento relativo a llevar una vida no saludable ($\beta = 0.075$). En el comportamiento relativo a ingerir alimentos no saludables también afloraron las dimensiones del potencial catastrófico (A3) ($\beta = 0.063$) y el número de personas expuestas (A11) ($\beta = 0.100$).

Discusión de los resultados

Que la probabilidad de ocurrencia de un riesgo resulte una dimensión común a todos los comportamientos analizados es un resultado consecuente con otros estudios anteriores

(Zell & Alicke, 2013). Además, que la dimensión que mide la severidad de las consecuencias sea significativo solo en algunos comportamientos y con un poder predictivo inferior también es consistente con la tendencia que se observa en la literatura de representar la percepción del riesgo en temas de salud tan solo por la probabilidad de ocurrencia (e.g. Barilli et al., 2010; Shiloh et al., 2013).

Por otro lado, Shiloh et al. (2013) sugieren en su discusión, que la probabilidad de ocurrencia difiere de la severidad en que la primera hace referencia a la persona misma, mientras que la segunda hace referencia al objeto de riesgo. Por ello, proponen redefinir el componente de la severidad para que las consecuencias se evalúen en uno mismo. Los resultados del estudio contribuyen a sustentar la propuesta de estos autores al aparecer la dimensión de efecto personal como una variable relevante junto con probabilidad, dado que ambas dimensiones hacen referencia al yo y no al objeto de riesgo. En este sentido, se puede observar que la mayoría de las dimensiones que no resultaron relevantes para la percepción de riesgo global, se refieren al riesgo en sí mismo o al riesgo relacionado con la población y no tanto a las implicaciones personales del riesgo.

Este resultado pone de manifiesto la importancia de dirigir la evaluación del riesgo hacia la persona en sí y rescatar la experiencia personal en el estudio de la percepción del riesgo a través del efecto personal. De hecho, este resultado se encuentra en la línea de los hallazgos de Weinstein, Kwitel, McCaul, Magnan, Gerrard, & Gibbons (2007) y Janssen et al. (2011). Estos autores sugieren que las percepciones de riesgo experienciales (entendidas como los juicios rápidos que se hacen integrando la información deliberativa y afectiva (Sinclair, Ashkanasy, & Chattopadhyay, 2010)), suelen ser mejores predictores de intenciones o comportamientos que las percepciones

de riesgo deliberativas (relativas a la percepción del riesgo sobre la base de estrategias razonadas (Ferrer & Klein, 2015)).

Se ha estudiado que la experiencia individual tiene un gran impacto en la evaluación de los riesgos relacionados al medioambiente social (Novak, Reardon, & Buka, 2002). También encontramos este impacto en comportamientos como fumar. Por ejemplo, cuando los fumadores jóvenes no experimentan consecuencias negativas cuando desarrollan la conducta riesgosa, el comportamiento se perpetúa y la creencia de que a ellos no les va a pasar nada se refuerza (Gerrard, Gibbonsm Benthin, & Hessling, 1996). Por otro lado, llama la atención el hallazgo de que el conocimiento que percibe el individuo que tiene la ciencia sea una variable explicativa de todos los comportamientos analizados. La literatura anterior muestra resultados diversos (Slovic et al., 1985). Parece que la importancia y el signo de la relación entre el conocimiento por la ciencia y la percepción del riesgo pueden ser totalmente diferentes en función de la muestra y, sobre todo, según el conjunto específico de riesgos estudiados (Puy, 1995). Por tanto, el rol que juega esta dimensión para identificar la percepción del riesgo en comportamientos no saludables, es un resultado relevante que ha de considerarse para comprender el comportamiento final del individuo.

En cuanto a la dimensión relativa al temor, tan solo fue significativa para los comportamientos de fumar y beber alcohol, aunque con betas muy cercanos a cero ($\beta < 0.07$). Esta dimensión evalúa la percepción del riesgo desde la dimensión afectiva. El temor es un constructo afectivo que ha sido usualmente utilizado en las campañas de salud para persuadir al público a hacer lo que el mensaje recomienda (De Meulenaer et al., 2015, Ruiters, Abraham, & Kok, 2001). Según la literatura, el temor es un tipo de componente afectivo que juega un rol crítico en los juicios que implican riesgo e incertidumbre (Loewenstein et al., 2001).

Algunos estudios encontraron que la percepción de riesgo afectiva se relaciona con comportamientos preventivos (Hay, McCaul, & Magnan, 2006) y que las intervenciones que exitosamente logran esta percepción producen cambios en la conducta (Sheeran et al., 2014). Dado que el temor es un tipo de percepción del riesgo afectivo, se esperaría que en el presente estudio, la dimensión de temor, como manifestación específica de correlato afectivo, hubiera aflorado en más comportamientos y con mayor fuerza. Las razones de este resultado podrían ser varias. En primer lugar, quizás sean otros correlatos afectivos más relevantes, como la preocupación (Shiloh et al, 2013) o la cólera (Curry & Youngbalde, 2006), los que podrían tener un mayor efecto. En segundo lugar, es posible que la respuesta emocional se haya suprimido, como resultado del procesamiento automático que se genera para controlar el miedo (Wegner & Bargh, 1998); es decir, es posible que se hayan producido mecanismos de defensa cognitivos que estén bloqueando el impacto que podría tener esta dimensión.

En último lugar cabe resaltar que la dimensión relativa a la aceptabilidad del riesgo fue significativa para comprender la percepción del riesgo de llevar una vida no saludable, y que el número de personas expuestas al riesgo y el potencial catastrófico fueron significativos para el comportamiento de ingerir alimentos no saludables. No obstante, el porcentaje de R^2 que explican estas variables es inferior al 2% en ambos comportamientos. Dada el bajo poder de predicción, se recomienda una mayor investigación para comprender el alcance y justificación de estos resultados.

Conclusiones, recomendaciones y futuras líneas de investigación

El porqué de aceptar un riesgo, es decir, qué motivos conducen al individuo hasta la exposición al mismo, ha sido una cuestión central en el estudio del riesgo. Parece que

cuando el riesgo percibido es bajo y los beneficios percibidos son grandes, arriesgarse llega a ser seductivo (Starr, 2003). Por tanto, se hace necesario comprender cómo se configura el riesgo percibido del individuo en comportamientos relacionados con la salud para así poder realizar acciones que contrarresten los beneficios percibidos por los individuos.

Los resultados de este estudio muestran que considerar que la percepción del riesgo es conformada solamente mediante la probabilidad de ocurrencia genera miopía de marketing por ser una visión muy limitada y poco representativa de los riesgos acerca de la salud. El estudio revela que la percepción del riesgo en comportamientos no saludables es un constructo multidimensional, en la línea de lo propuesto por estudios clásicos acerca del riesgo percibido.

Se ha encontrado que los elementos experienciales deberían ser tomados en cuenta para comprender la percepción del riesgo. Por un lado, aflora la probabilidad de ocurrencia, en la línea de lo tradicionalmente mostrado por la literatura. No obstante, no es la variable con mayor peso. El efecto personal es la dimensión que con mayor relevancia explica la percepción del riesgo en comportamientos no saludables.

Estos resultados tienen implicaciones para la academia dado que plantea una nueva forma de re-definir el constructo de la percepción del riesgo. La mayoría de los estudios hasta la fecha han generado conclusiones en base exclusivamente a la probabilidad y, en ocasiones, la severidad de las consecuencias. Por ende, este estudio plantea la necesidad de re-evaluar las conclusiones obtenidas sobre la percepción del riesgo al incorporar la dimensión relativa al efecto personal.

También posee implicaciones para la gestión, recomendando a los responsables del diseño de programas de marketing plantear los riesgos en términos personales,

haciéndolos relevantes para la persona misma, con el fin de conseguir incrementar su riesgo percibido. Algunos programas actuales de prevención, como el Kpts (programa destinado a prevenir el consumo de alcohol y cannabis, muy reconocido en España por su éxito (Ariza et al., 2013)), son reflejo de la importancia de incluir el efecto personal para conseguir un resultado favorable.

En el caso de la comunicación, se sugiere elicitación de la experiencia y rescatar las posibles consecuencias negativas de la conducta. Por ejemplo, ensayar frases que empiecen con “sientes que...”, “no sientes que...”, “te ha pasado que...” “notas que cuando...”, entre otros, podrían ser considerados oportunos para generar un procesamiento cognitivo y afectivo que se derive de la experiencia personal.

Por otro lado, el hecho de que la severidad de las consecuencias no sea una variable con un peso importante en la explicación de los modelos, está en la línea de lo propuesto por otros autores (Shiloh, et al. 2013). Da un mayor sustento a los estudios que muestran que los mensajes de comunicación que publicitan una elevada gravedad de las consecuencias de ciertos comportamientos no suelen ser efectivos, o incluso, pueden provocar el efecto contrario. Por consiguiente, se recomienda no focalizar los programas de marketing social en el nivel de gravedad de las consecuencias.

El temor solo tiene un efecto explicativo en los comportamientos de fumar y beber alcohol. Además, su capacidad explicativa es muy leve, siendo la menor de todas las variables significativas del modelo. Estos resultados generan un importante hallazgo en relación al rol que juega el temor en la percepción del riesgo en comportamientos sobre salud, y por ello, cuestiona la eficacia de utilizar el mismo en las acciones de marketing social. Los resultados muestran que un incremento del temor percibido no tiene apenas impacto en la percepción final del individuo frente a un comportamiento no saludable.

Consecuentemente, utilizar apelaciones que generen temor no sería una estrategia recomendable para generar un cambio de conducta. Autores como De Meulenaer et al. (2015) y Ruiter et al., (2001) señalan que en la comunicación para la prevención de la salud, la apelación del temor debería de hacerse con mayor cuidado. Las campañas de salud usualmente evocan temor fundamentándose en la asunción implícita del efecto que éste y la percepción de las amenazas tendrá sobre la regulación de la acción y la toma de decisiones (Ruiter et al., 2001). Idealmente, se espera que la amenaza genere miedo y que esto motive a los receptores del mensaje a seguir la recomendación (Witte, 1992). No obstante, tras seis décadas de investigación, la evidencia sobre cómo funciona el temor es mixta (Morales, Wu y Fitzsimons, 2012; Peters, Ruiter y Kok, 2013), lo que genera cuestionamientos sobre el rol del miedo en la eficacia de la comunicación para la prevención.

Existe evidencia que sugiere que la activación del miedo puede provocar negación, lo que a su vez puede socavar la motivación de precaución (Ruiter, et al., 2001) y no afectar en el riesgo percibido de la conducta expuesta. En este sentido, la respuesta defensiva ante el temor puede resultar en un inadecuado procesamiento de las recomendaciones para la prevención o el rechazo sistemático de los argumentos para prevenirse (Ruiter et al., 2001). Estudios recientes lo corroboran: al parecer, mientras más temor se evoque, una menor aceptación del mensaje se genera (o mayor rechazo del mensaje) (De Meulenaer et al., 2015). Por todo lo anterior, los resultados de este estudio contribuyen a esta línea de investigación, generando una explicación más, desde la perspectiva de la percepción del riesgo, sobre el por qué no incluir apelaciones de temor en campañas sociales.

En último lugar, la dimensión relativa al desconocimiento de la ciencia resultó ser la tercera dimensión explicativa de todos los comportamientos analizados. Dado que esta

relación fue positiva (a mayor desconocimiento percibido, mayor riesgo percibido), los responsables del diseño de acciones de marketing han de considerar esta dimensión como una posible barrera que frene el efecto deseado de las acciones planteadas. Consecuentemente, se recomienda indagar el nivel de conocimiento por la ciencia percibido que tiene el público objetivo para cada comportamiento específico al objeto de determinar el posible efecto en las acciones desarrolladas.

En definitiva el estudio contribuye en el entendimiento de la definición del constructo de percepción del riesgo para comportamientos no saludables, y genera pautas para conseguir que los programas de marketing social consigan su objetivo de promover cambios sociales.

Dado que los resultados del presente estudio sugieren que el énfasis de la percepción del riesgo debería estar en los componentes experienciales, se propone como futura línea de investigación ahondar en las formas de operacionalización de este componente. Además, se considera oportuno investigar acerca del rol de otros factores afectivos diferentes del temor.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Ariza, C., Pérez, A., Sánchez-Martínez, F., Diéguez, M., Espelt, A., Pasarín, M. I., Suelves, J.M., De la Torre, R., & Nebot, M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a school-based cannabis prevention program. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1–2), 257-264.
- Aven, T. (2007). A unified framework for risk and vulnerability analysis covering both safety and security. *Reliability Engineering & System Safety*, 92(6), 745-754.
- Barilli, E., Savadori, L., Pighin, S., Bonalumi, S., Ferrari, A., Ferrari, M., & Cremonesi, L. (2010). From chance to choice: The use of a verbal analogy in the communication of risk. *Health, Risk & Society*, 12(6), 546-559.

- Block, L. G., & Keller, P. A. (1995). When to accentuate the negative: The effects of perceived efficacy and message framing on intentions to perform a health-related behavior. *Journal of Marketing Research*, 32(2), 192-203.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 136-145.
- Brewer, N. T., Weinstein, N. D., Cuite, C. L., & Herrington Jr, J. E. (2004). Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 27, 125-130.
- Bronfman, N. C., & Cifuentes, L. A. (2003). Risk perception in a developing country: the case of Chile. *Risk Analysis*, 23(6), 1271-1285.
- Coombs, C. H., & Pruitt, D. G. (1960). Components of risk in decision making: Probability and variance preferences. *Journal of Experimental Psychology*, 60(5), 265.
- Curry, L. A., & Youngblade, L. M. (2006). Negative affect, risk perception, and adolescent risk behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27(5), 468-485.
- Davidson D, Suppes P (1957) *Decision making: An experimental approach*. Stanford University Press.
- De Meulenaer, S., De Pelsmacker, P., & Dens, N. (2015). Have No Fear: How Individuals Differing in Uncertainty Avoidance, Anxiety, and Chance Belief Process Health Risk Messages. *Journal of Advertising*, 44(2), 114-125.
- Drottz-Sjöberg, B.-M. (1991). Perception of risk: Studies of risk attitudes, perceptions and definitions.
- Edwards, W. (1954). Probability-preferences among bets with differing expected values. *The American journal of psychology*, 56-67.
- Edwards, W. (1953). Probability-preferences in gambling. *The American journal of psychology*, 349-364.
- Ferrer, R., & Klein, W. M. (2015). Risk perceptions and health behavior. *Current Opinion in Psychology*.
- Finucane, M., Alhakami, A., Slovic, P., & Johnson, S.M. (2000). The affect heuristic in judgments of risks and benefits. *Journal of Behavioral Decision Making*, 13, 1-17.

- Fischhoff, B., Slovic, P., Lichtenstein, S., Read, S., & Combs, B. (1978). How safe is safe enough? A psychometric study of attitudes towards technological risks and benefits. *Policy sciences*, 9(2), 127-152.
- Floyd, D. L., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 407-429.
- Gerrard, M., Gibbons, F.X., Benthin, A.C., & Hessling, R.M. (1996). A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescents: What you do shapes what you think, and vice versa. *Health Psychology*, 15, 344–354.
- Gierlach, E., Belsher, B. E., & Beutler, L. E. (2010). Cross-Cultural Differences in Risk Perceptions of Disasters. *Risk analysis*, 30(10), 1539-1549.
- Hallowell, M. (2010). Safety risk perception in construction companies in the Pacific Northwest of the USA. *Construction management and economics*, 28(4), 403-413.
- Hay, J. L., McCaul, K. D., & Magnan, R. E. (2006). Does worry about breast cancer predict screening behaviors? A meta-analysis of the prospective evidence. *Preventive Medicine*, 42, 401-408.
- Helmig B., & Thaler J. (2010). On the effectiveness of social marketing - what do we really know? *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 22(4), 264-287.
- Institute of Medicine (2010), Bridging the Evidence Gap in Obesity Prevention: A Framework to Inform Decision Making, Washington, DC: National Academies Press.
- Janssen, E., van Osch, L., de Vries, H., & Lechner, L. (2011). Measuring risk perceptions of skin cancer: Reliability and validity of different operationalizations. *British Journal of Health Psychology*, 16, 92–112.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education & Behavior*, 11(1), 1-47.
- Janz, N.K., Becker, M.H., & Hartman, P.E. (1984). Contingency contracting to enhance patient compliance – A review. *Patient Education and Counseling*, 5, 165–178.
- Kees, J. (2010). Temporal framing in health advertising: The role of risk and future orientation. *Journal of Current Issues & Research in Advertising*, 32(1), 33-46.
- Lerner, J. S., & Keltner, D. (2000). Beyond valence: Toward a model of emotion-specific influences on judgement and choice. *Cognition & Emotion*, 14, 473-493.

- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). 3 The common-sense model of self-regulation of health and. *The self-regulation of health and illness behaviour*, 42.
- Loewenstein, G. F., Weber, E. U., Hsee, C. K., & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127, 267-286.
- Mills, B., Reyna, V. F., & Estrada, S. (2008). Explaining contradictory relations between risk perception and risk taking. *Psychological Science*, 19, 429 – 433
- Morales, A. C., Wu, E.C., & Fitzsimons, G. (2012). How Disgust Enhances the Effectiveness of Fear Appeals. *Journal of Marketing Research*, 49 (3), 383–93.
- Mosteller F. & Noguee P. (2006) *An experimental measurement of utility*. In: Selected Papers of Frederick Mosteller. Springer p.p. 179-219.
- Novak, S. P., Reardon, S. F., & Buka, S. L. (2002). How beliefs about substance use differ by socio-demographic characteristics, individual experiences, and neighborhood environments among urban adolescents. *Journal of Drug Education*, 32, 319–342.
- Peters, G. J., Ruiters, R.A., & Kok, G. (2013). Threatening Communication: A Critical Re-Analysis and a Revised Meta-Analytic Test of Fear Appeal Theory. *Health Psychology Review*, 7 (1), 8–31.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology*, (19), 123-205.
- Pidgeon, N., & Fischhoff, B. (2011). The role of social and decision sciences in communicating uncertain climate risk. *Nature Climate Change*, 1, 35-41.
- Rivers, L., Arvai, J., & Slovic, P. (2010). Beyond a simple case of black and white: Searching for the white male effect in the African-American community. *Risk analysis*, 30(1), 65-77.
- Rohrmann B. & Renn O. (2000) *Risk perception research*. In: Cross-cultural risk perception. Springer. 11-53.
- Rothman, A. J., y Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing. *Psychological Bulletin*, 121(1), 3-19.
- Royne, M. B., & Levy, M. (2015). Reaching Consumers Through Effective Health Messages: A Public Health Imperative. *Journal of Advertising*, 44(2), 85-87.

- Ruiter, R. A., Abraham, C., & Kok, G. (2001). Scary warnings and rational precautions: A review of the psychology of fear appeals. *Psychology and Health*, 16(6), 613-630.
- Savage LJ (2012). *The foundations of statistics*. Courier Dover Publications.
- Sjöberg, L. (2000). Factors in risk perception. *Risk Analysis*, 20, 1-12.
- Sheeran, P., Harris, P. R., & Epton, T. (2014). Does heightening risk appraisals change people's intentions and behavior? A meta-analysis of experimental studies. *Psychological Bulletin*, 140, 511.
- Shiloh, S., Wade, C. H., Roberts, J. S., Alford, S. H., & Biesecker, B. B. (2013). Associations between risk perceptions and worry about common diseases: A between- and within-subjects examination. *Psychology & Health*, 28(4), 434-449.
- Sinclair, M., Ashkanasy, N. M., & Chattopadhyay, P. (2010). Affective antecedents of intuitive decision making. *Journal of Management & Organization*, 16(3), 382-398.
- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1982). Why study risk perception?. *Risk analysis*, 2(2), 83-93.
- Slovic P (1987). Perception of risk. *Science* 236(4799):280-5.
- Slovic, P. (1992). Perception of risk: Reflections on the psychometric paradigm. *Social theories of risk*. 117-52.
- Slovic, P. (2000). *The perception of risk. Risk, society, and policy series. London: Earthscan.*
- Starr, C. (2003). The precautionary principle versus risk analysis. *Risk Analysis*, 23(1), 1-3.
- Starren, A., Hornikx, J., & Luijters, K. (2013). Occupational safety in multicultural teams and organizations: A research agenda. *Safety science*, 52, 43-49.
- Terpstra, T., Lindell, M. K., & Gutteling, J. M. (2009). Does Communicating (Flood) Risk Affect (Flood) Risk Perceptions? Results of a Quasi-Experimental Study. *Risk analysis*, 29(8), 1141-1155.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5, 207-232.
- Vaughan, E. (1993). Chronic exposure to an environmental hazard: risk perceptions and self-protective behavior. *Health Psychology*, 12(1), 74.

- Von Neumann J, Morgenstern O (2007) *Theory of Games and Economic Behavior (60th Anniversary Commemorative Edition)*. Princeton university press.
- Wegner, D.M. & Bargh, J.A. (1998). Control and automaticity in social life. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th ed., pp. 446-496). New York: McGraw-Hill
- Weinstein, N. D., Kwitel, A., McCaul, K. D., Magnan, R. E., Gerrard, M., & Gibbons, F. X. (2007). Risk perceptions: Assessment and relationship to influenza vaccination. *Health Psychology, 26*, 146-151.
- Witte, K. (1992). Putting the Fear Back into Fear Appeals: The Extended Parallel Process Model. *Communication Monographs, 59*, 329–49.
- Zell, E., & Alicke, M. D. (2013). Local dominance in health risk perception. *Psychology & Health, 28*(4), 469-476.