

Creencias compensatorias de salud: implicaciones para la salud y la adherencia al tratamiento

Compensatory health beliefs: Implications for health and treatment adherence

Juan Pablo Ogueda Fuentes y Enrique Barra Almagiá¹

RESUMEN

Las creencias compensatorias de salud son creencias de que el efecto negativo de una conducta no saludable puede ser compensado, minimizado o neutralizado mediante la ejecución de una conducta saludable. Tales creencias surgen en respuesta a un conflicto motivacional. Aunque en algunas ocasiones las creencias compensatorias de salud pueden tener resultados positivos para la misma, en general se ha encontrado una relación negativa entre ambas. Hay cuatro mecanismos principales para explicar esta relación: la conducta compensatoria no neutraliza todas las consecuencias negativas de la conducta no saludable, no se realiza, tiene un efecto directo sobre la salud y, por último, las creencias compensatorias tienen efectos sobre la adherencia al tratamiento. Se requiere más investigación para confirmar la validez de dicho constructo, en especial en el contexto latinoamericano.

Palabras clave: Creencias compensatorias; Salud; Adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

Compensatory health beliefs are beliefs expected to compensate, minimize or neutralize the negative effects of unhealthy behavior by facilitating the performance of healthy behaviors. These beliefs are supposed to arise in response to a motivational conflict. Although compensatory health beliefs may sometimes have positive health outcomes, a negative relationship between compensatory beliefs and health has generally been found. There would be four main mechanisms to explain this lack of relationship: first, compensatory behavior does not neutralize all negative consequences of unhealthy behavior; second, compensatory behavior is not actually performed, third, compensatory behaviors have a direct effect only on health itself, and fourth, compensatory beliefs affect mainly treatment adherence. We conclude that more research is needed to confirm the validity of the construct, especially in the Latin American context.

Key words: Compensatory beliefs; Health; Treatment adherence.

Según el modelo de creencias compensatorias de salud (Rabiau, Knäuper y Miquelon, 2006; Radtke y Scholz, 2012), tales creencias surgen de un conflicto motivacional generado por el deseo de involucrarse en una conducta que se anticipa como placentera pero no saludable (por ejemplo, comer un alimento alto en azúcar) y una meta u objetivo de salud contradictorio con la conducta anterior (por ejemplo, bajar de peso). Este conflicto entre un deseo y un objetivo incompatible genera un estado de malestar caracterizado como un conflicto motivacional, culpa anticipatoria o, como también se le conoce, disonancia cognoscitiva (Rabiau et al., 2006). Cuando una persona percibe que sus creencias acerca de sí misma se ven amenazadas de alguna manera, buscará estrategias que le hagan posible retomar un estado de equilibrio (Swann y

¹Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Casilla 160-C, Concepción, Chile, correos electrónicos: jogueda@udec.cl y ebarra@udec.cl. Artículo recibido el 11 de enero y aceptado el 28 de enero de 2017.

Brooks, 2012), y una de las posibles estrategias de autorregulación que puede utilizar es la de crear o mantener ciertas creencias compensatorias de salud. Dicha estrategia es una de las más populares y sencillas, pues no requiere acomodo cognitivo alguno ni un autocontrol conductual estricto; por el contrario, permite “lo mejor de ambas partes”, es decir, cumplir el deseo y mantener los ideales o metas relativas a la salud (Kaklamanou y Armitage, 2012).

Respecto al momento en que surgen estas creencias, el modelo inicial señala que las mismas aparecen antes de la conducta no saludable y como una respuesta al conflicto motivacional (Knäuper, Rabiauu, Cohen y Patriciu, 2004; Rabiau et al., 2006). No obstante, otras investigaciones han hallado que pueden surgir luego de ocurrida la conducta no saludable (Werle, Wansink y Payne, 2011), o incluso aparecer de manera anticipatoria en ausencia de una conducta no saludable (Kronick y Knäuper, 2010).

RELACIÓN ENTRE CREENCIAS COMPENSATORIAS Y SALUD

Aunque las creencias compensatorias de salud son eficaces para reducir la disonancia cognoscitiva producida por un conflicto motivacional, la investigación ha demostrado que sus efectos en la salud son en su mayoría negativos (Radtke y Scholz, 2012).

Un cuerpo importante de investigación en este campo ha encontrado que la tendencia a emplear esas creencias se relaciona con distintas conductas de riesgo para la salud, como una alimentación no saludable o un consumo elevado de calorías (Allan, Johnston y Campbell, 2010; Kronick, Auerbach, Stich y Knäuper, 2011), una baja adherencia al tratamiento (Kronick et al., 2011; Miquelon, Knäuper y Vallerand, 2012; Rabiau, Knäuper, Nguyen, Sufrategui y Polychronakos, 2009; Taut y Baban, 2008), fumar y una baja disposición a dejar de hacerlo (Radtke, Scholz, Keller y Hornung, 2012; Radtke, Scholz, Keller, Knäuper y Hornung, 2011), consumo de alcohol (Hein, 2014) y un escaso reporte de síntomas (Knäuper et al., 2004). También se ha encontrado una relación entre las creencias compensatorias en salud

y variables tales como una baja autoestima, una imagen corporal negativa, estrés y una pobre autoeficacia (LePage, Crowther, Harrington y Engler, 2008; Radtke et al., 2012; Radtke, Kaklamanou, Scholz, Hornung y Armitage, 2014). Por otra parte, se ha encontrado asimismo que usar creencias compensatorias de salud, y sobre todo conductas compensatorias frecuentes, es un factor de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, depresión y más creencias compensatorias, lo que podría interpretarse como un círculo vicioso (LePage et al., 2008).

Aunque en general la relación entre creencias compensatorias y salud es negativa, se han hallado algunas situaciones en las que sostener dichas creencias puede tener efectos positivos. Una de tales circunstancias ocurre en las etapas iniciales de los procesos de cambio conductual, en las cuales esas creencias pueden tener un efecto motivador de la conducta, pues considerar que la compensación es posible reduce la dificultad percibida de la tarea y, por ende, el objetivo se percibe como alcanzable. Lo anterior funciona solo en las etapas iniciales, pues en las posteriores las creencias compensatorias no solo afectan el cumplimiento de las metas, sino que disminuyen la motivación. En relación con esto último, se ha visto que las intenciones de compensar disminuyen con el tiempo (Radtke et al., 2014).

Otra situación en que las creencias compensatorias no tendrían un efecto negativo se produce cuando la conducta no saludable es simple o esporádica, de manera que la compensación puede “reparar” o compensar el efecto negativo, e incluso comprometer a la persona en conductas saludables; por ejemplo, crear el hábito de hacer ejercicio físico después de las ocasiones en que no se respeta la dieta. No obstante, las circunstancias en que esto ocurriría serían poco comunes, dado que la conducta no saludable tiene habitualmente efectos negativos múltiples en la salud, y la conducta compensatoria puede, en el mejor de los casos, compensar algunas de ellas, pero no todas (Rabiau et al., 2006).

Al revisar la literatura, se encuentran cuatro mecanismos principales a través de los cuales las creencias compensatorias afectan negativamente a la salud:

1) La conducta compensatoria que es producto de la creencia compensatoria no abarca todas las consecuencias negativas.

Como ya se mencionó, debido a la multiplicidad de consecuencias negativas que puede tener para la salud una conducta no saludable, es muy difícil que una conducta compensatoria abarque todas las consecuencias de la conducta de riesgo (Rabiau et al., 2006), lo que constituye una primera forma a través de la cual tales creencias afectan la salud. Por ejemplo, ingerir la llamada “comida rápida” y luego hacer ejercicio físico puede compensar parcialmente las calorías consumidas, pero no lo hará por la fruta y verdura que no se consumieron durante ese periodo. En esta línea, una creencia compensatoria de salud puede ser correcta, parcialmente correcta o incorrecta respecto a los juicios que la persona hace de las consecuencias de la conducta no saludable, pues la función de la creencia es resolver la disonancia, no proporcionar un juicio exacto de la realidad (Knäuper et al., 2004). En una investigación en la cual se estudió a personas mientras comían, se encontró que pensar en hacer ejercicio hacía que estimasen de peor manera las calorías que estaban consumiendo (Werle et al., 2011). En ese sentido, las creencias compensatorias pueden ser ideas erróneas de salud que podrían provocar importantes riesgos.

2) La conducta compensatoria nunca se lleva a cabo.

Puede que la conducta compensatoria que se planea de acuerdo a la creencia compensatoria no se realice finalmente debido a una serie de factores, entre los que se encuentran un largo periodo de tiempo entre la conducta no saludable y la conducta compensatoria, tras de lo cual la disonancia disminuye y hace innecesaria esa última; el objetivo o meta de salud perseguido no es relevante o significativo para la persona; una baja capacidad de planificación, que derivaría en no concretar la intención en planes concretos, o la aparición de obstáculos reales que impidan la ejecución de la conducta. En cualquier caso, la conducta compensatoria nunca se lleva a cabo, por lo que la persona únicamente se embarca en una conducta de riesgo y utiliza mecanismos cognitivos para evitar el malestar generado (Allan et al., 2010; Nooijer, Puijk-Hekman y van Assema, 2009).

3) Efecto directo de la conducta compensatoria sobre la salud.

En algunas ocasiones, una conducta compensatoria en sí misma puede tener efectos sobre la salud. En un estudio de LePage et al. (2008) se investigó a mujeres que utilizaban como conductas compensatorias el ayuno y el ejercicio físico intenso cuando no cumplían con la dieta que se habían impuesto. Los resultados mostraron que la conducta compensatoria en sí, es decir, ayunar y hacer un ejercicio para el cual no estaban físicamente preparadas, producía en ellas altos niveles de estrés.

4) Efecto de las creencias compensatorias sobre la adherencia al tratamiento.

Quizás uno de los aspectos más estudiados de las creencias compensatorias de salud es su relación con la adherencia al tratamiento. Al respecto, se encuentra abundante evidencia que indica una relación negativa entre el uso de esas creencias y el logro de metas relacionadas con salud, como por ejemplo terminar un tratamiento. Es decir, a mayor tendencia a utilizar creencias compensatorias, menor adherencia (Kronick et al., 2011; Miquelon et al., 2012; Rabiau et al., 2009; Taut y Baban, 2008). Aunque la mayor parte de los estudios se han enfocado en la adherencia a regímenes alimentarios, otras investigaciones señalan el efecto nocivo de las creencias en la adherencia a otros tratamientos. En estudios con pacientes diabéticos, por ejemplo, se ha encontrado que mantener creencias compensatorias se relaciona con controles menos regulares de los niveles de glucosa y glicemia, además de un control metabólico más pobre y una menor adherencia a los regímenes alimenticios (Nguyen, Knäuper y Rabiau, 2006; Rabiau et al., 2009). En una investigación en adolescentes diabéticos se encontró que las creencias compensatorias de salud explicarían la adherencia incluso sobre otras variables, como el conocimiento de la enfermedad (Rabiau et al., 2009). En otro estudio con pacientes coronarios se halló que sostener creencias compensatorias se relacionaba con una menor adherencia a los regímenes de cuidado, especialmente los alimenticios (Taut y Baban, 2008). También se han encontrado este tipo de relaciones en las adicciones, especialmente de tabaco y alcohol, en las que se ha observado que las creencias compensatorias se relacionan

con un mayor consumo y, lo que es más importante, con una menor intención de abandonar dichas conductas de riesgo (Hein, 2014; Radtke et al., 2011; Radtke et al., 2012).

Respecto a la conducta alimentaria, las creencias compensatorias predicen el consumo calórico y el logro de las metas relacionadas con tal conducta (Miquelon et al., 2012; Radtke et al., 2014). Por otro lado, se ha visto que la capacidad planificadora y las intenciones conductuales de hacer dieta no logran explicar por sí solas la evitación de conductas no saludables (Allan et al., 2010).

Como principales factores asociados a la relación entre la adherencia al tratamiento y las creencias compensatorias se hallan la motivación y la autoeficacia. En términos generales, una motivación autónoma relacionada con las metas de salud de la persona (y que estas metas sean autoconcordantes o significativas para ella) reduciría el efecto de las creencias compensatorias, haciendo incluso innecesaria su aparición (Miquelon et al., 2012; Taut y Baban, 2008). Por otro lado, la relación entre autoeficacia y creencias compensatorias se ha estudiado extensamente y es parte integral del modelo de tales creencias (Knäuper et al., 2004; Rabiau et al., 2006). Las investigaciones han encontrado que el uso de esas creencias se relaciona con una baja autoeficacia, mientras que una alta autoeficacia se relaciona con el bajo o nulo uso de creencias compensatorias (Radtke et al., 2012). En una investigación con pacientes coronarios se hallaron datos que reafirman la estrecha relación entre las creencias compensatorias y la autoeficacia. Al evaluar los factores que explicarían la adherencia al tratamiento, relacionada principalmente con seguir regímenes alimenticios, se vio que la combinación entre dichas creencias y la autoeficacia explicaban más de la mitad de la varianza total (Taut y Baban, 2008).

FUTURAS INVESTIGACIONES

El concepto y el modelo de creencias compensatorias en salud son relativamente nuevos y han ido ganando un espacio dentro de la psicología de la salud en los últimos años. Como todo concepto nuevo, es todavía necesaria mucha investigación para resolver algunas de las limitaciones que han ido apareciendo. Una de las principales dificultades tiene que ver con la medición de las creencias compensatorias en salud. Varios estudios han descrito problemas para utilizar la escala original planteada por Knäuper et al. (2004), por lo que se han elaborado adaptaciones propias, cada una con distintas limitaciones metodológicas (Kaklamanou et al., 2012; Kaklamanou, Armitage y Jones, 2013; Nooijer et al., 2009; Poelman, Vermeer, Vyth y Steenhuis, 2012; Radtke et al., 2011). Por otro lado, hacen falta más investigaciones basadas en este modelo en poblaciones clínicas para probar su validez en tal contexto; por ejemplo –alejándose un poco del ámbito de la salud–, sería interesante evaluar las creencias compensatorias de agresores en casos de violencia intrafamiliar. Finalmente, tampoco se han dado a conocer iniciativas de intervención basadas en dicho modelo.

El concepto de creencias compensatorias de salud, al igual que muchos otros, ha demostrado ser sensible a los cambios culturales. En algunos estudios sobre esas creencias se han hallado diferencias significativas cuando se comparan muestras de distintos países, como Gran Bretaña, Canadá, Países Bajos y Suiza (Kaklamanou et al., 2012; Nooijer et al., 2009; Radtke et al., 2012). Debido a que aún no se ha publicado ningún estudio hecho en países de habla hispana, uno de los principales desafíos de la investigación sobre el concepto aludido es estudiar la adecuación, validez e impacto de este modelo en el contexto latinoamericano.

REFERENCIAS

- Allan, J., Johnston, M. y Campbell, N. (2010). Unintentional eating. What determines goal-incongruent chocolate consumption? *Appetite*, 54, 422-425.
- Hein, S. (2014). *Compensatory health beliefs and behaviors on alcohol consumption versus the theory of planned behavior*. Tesis inédita de pregrado. Enschede (Países Bajos): Universidad de Twente. Disponible en línea: [http://essay.utwente.nl/64789/1/Hein,%20S.V.%20-%20s1076906%20\(verslag\).pdf](http://essay.utwente.nl/64789/1/Hein,%20S.V.%20-%20s1076906%20(verslag).pdf).
- Kaklamanou, D. y Armitage, C. (2012). Testing compensatory health beliefs in UK population. *Psychology & Health*, 27, 1062-1074.

- Kaklamanou, D., Armitage, C. y Jones, C. (2013). A further look into compensatory health beliefs: A think aloud study. *British Journal of Health Psychology*, 18, 139-154.
- Knäuper, B., Rabiauu, M., Cohen, O. y Patriciu, N. (2004). Compensatory health beliefs: Scale development and psychometric properties. *Psychology and Health*, 19, 607-624.
- Kronick, I., Auerbach, R., Stich, C. y Knäuper, B. (2011). Compensatory beliefs and intentions contribute to the prediction of caloric intake in dieters. *Appetite*, 57, 435-438.
- Kronick, I. y Knäuper, B. (2010). Temptations elicit compensatory intentions. *Appetite*, 54, 398-401.
- LePage, M., Crowther, J., Harrington, E. y Engler, P. (2008). Psychological correlates of fasting and vigorous exercise as compensatory strategies in undergraduate women. *Eating Behaviors*, 9, 423-429.
- Miquelon, P., Knäuper, B. y Vallerand, R. (2012). Motivation and goal attainment. The role of compensatory beliefs. *Appetite*, 58, 608-615.
- Nguyen, T., Knäuper, B. y Rabiauu, M. (2006). The role of compensatory beliefs and self-efficacy on treatment adherence in adolescents with type 1 diabetes. *McGill Science Undergraduated Research Journal*, 1, 7-10.
- Nooijer, J., Puijk-Hekman, S. y van Assema, P. (2009). The Compensatory Health Beliefs Scale: Psychometric properties of a cross-culturally adapted scale for use in the Netherlands. *Health Education Research*, 24, 811-817.
- Poelman, M., Vermeer, W., Vyth, E. y Steenhuis, I. (2012). "I don't have to go to the gym because I ate very healthy today": The development of a scale to assess diet-related compensatory health beliefs. *Public Health Nutrition*, 16, 267-273.
- Rabiauu, M., Knäuper, B. y Miquelon, P. (2006). The eternal quest for optimal balance between maximizing pleasure and minimizing harm: The compensatory health beliefs model. *British Journal of Health Psychology*, 11, 139-153.
- Rabiauu, M., Knäuper, B., Nguyen, T., Sufategui, M. y Polychronakos, C. (2009). Compensatory beliefs about glucose testing are associated with low adherence to treatment and poor metabolic control in adolescents with type 1 diabetes. *Health Education Research*, 24, 890-896.
- Radtke, T., Kaklamanou, D., Scholz, U., Hornung, R. y Armitage, C. (2014). Are diet-specific compensatory health beliefs predictive of dieting intentions and behaviors? *Appetite*, 76, 36-43.
- Radtke, T. y Scholz, U. (2012). Enjoy a delicious cake today and eat healthily tomorrow: Compensatory health beliefs and their impact on health. *The European Health Psychologist*, 14, 37-40.
- Radtke, T., Scholz, U., Keller, R. y Hornung, R. (2012). Smoking is Ok as long as I eat healthily: Compensatory health beliefs and their role for intentions and smoking within the health action process approach. *Psychology & Health*, 27, 91-107.
- Radtke, T., Scholz, U., Keller, R., Knäuper, B. y Hornung, R. (2011). Smoking-specific compensatory health beliefs and the readiness to stop smoking in adolescents. *British Journal of Health Psychology*, 16, 610-625.
- Swann, W. y Brooks, M. (2012). Why threats trigger compensatory reactions: The need for coherence and quest for self-verification. *Social Cognitions*, 30, 758-777.
- Taut, D. y Baban, A. (2008). Examination of the relationship between self-regulatory strategies and healthy eating patterns in coronary heart disease patients. The relevance of compensatory health beliefs. *Cognition, Brain and Behavior*, 12, 219-231.
- Werle, C., Wansink, B. y Payne, C. (2011). Just thinking about exercise makes me serve more food. Physical activity and caloric compensation. *Appetite*, 56, 333-335.