

## ARTICULOS

# La experiencia previa como variable predictora de la percepción de vulnerabilidad: estrategias de evaluación

**Carme Oliveras Bau<sup>1</sup>, Silvia Font Mayolas<sup>2</sup>,  
M.ª Eugenia Gras Pérez<sup>3</sup>, Montserrat Planes Pedra<sup>4</sup>**

### RESUMEN

*El objetivo del presente trabajo es comparar diferentes estrategias de evaluación de la experiencia previa (con siete trastornos de salud) como predictor de la vulnerabilidad percibida a sufrirlas, a fin de decidir cual de estas estrategias es la más adecuada para su valoración. La muestra está constituida por 452 estudiantes de la U.d.G. con edades comprendidas entre los 18 y los 45 años (Media = 22, S.D. = 4,1) que fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio estratificado y por conglomerados. Los resultados obtenidos corroboran la importancia de la experiencia propia con un trastorno como predictor de la vulnerabilidad percibida, mientras que la experiencia vicaria, por si sola, en general es irrelevante. Por otra parte, los resultados también muestran que para el estudio de la vulnerabilidad percibida no tiene interés diferenciar entre experiencia vicaria procedente de familiares y experiencia vicaria procedente de amigos.*

### ABSTRACT

*The object of the present paper is to compare different evaluation strategies of the previous experience (with seven health disorders) to predict the perceived vulnerability to suffer them, in order to decide which strategy is most adequate to evaluate them. Participants in the study were 452 U.d.G. students between 18*

(1) Becaria de investigación. Departamento de Psicología. Universidad de Girona.

(2) Becaria de doctorado. Departamento de Psicología. Universidad de Girona.

(3) Profesora titular. Departamento de Psicología. Universidad de Girona.

(4) Profesora titular. Departamento de Psicología. Universidad de Girona.

and 45 years old (Mean = 22, S.D.= 4.1) who were selected by a random group sample. The results obtained confirmed the importance of having had experience with a health disorder to predict the perceived vulnerability. However, the vicarious experience, on its own, is, in general, irrelevant. On the other hand, the results also show that in order to study the perceived vulnerability, it is not important to differentiate between the vicarious experience that comes from family members and the vicarious experience that comes from friends.

#### PALABRAS CLAVE

*Experiencia propia, Experiencia vicaria, Vulnerabilidad percibida, Percepción de riesgo, Evaluación.*

#### KEY WORDS

*Self-experience, Vicarious experience, Perceived vulnerability, Perception of risk, Evaluation.*

## INTRODUCCION

Algunos de los principales modelos explicativos de las conductas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud consideran que la vulnerabilidad, o susceptibilidad percibida a padecer un trastorno, es una variable influyente en la adopción de comportamientos preventivos, de manera que los sujetos que se perciben con mayores niveles de vulnerabilidad frente a un problema de salud están más interesados en su prevención (Cfr.: Kirscht, 1983; Rodríguez-Marin, 1994).

Una variable fuertemente relacionada con la percepción de vulnerabilidad es el grado de experiencia previa. Se ha comprobado que la falta de experiencia previa correlaciona significativamente con una baja percepción de vulnerabilidad, tanto en estudiantes universitarios (Weinstein, 1982), como en la población general (Weinstein, 1987). Igualmente, en una investigación realizada con 100 estudiantes universitarios, se ha podido constatar, que la experiencia previa con un determinado trastorno de salud es un buen predictor de la percepción de vulnerabilidad (Planes y Moix, 1993).

El concepto de experiencia previa suele incluir no sólo la experiencia personal, sino también la experiencia vicaria (Bandura, 1987), especialmente en aquellos trastornos graves o poco frecuentes, en los que cabe esperar -y sobre todo desear- que el sujeto carezca de experiencia propia, pero que puede conocer a través de las personas afectadas, especialmente, amigos o familiares.

Dada la diversidad de problemas de salud que, en nuestros días, pue-

den ser prevenidos mediante cambios en los estilos de vida (Bayés, 1994) resulta del máximo interés conocer la influencia específica de las diferentes variables que intervienen en los modelos de prevención, a fin de elaborar programas que tengan la mayor eficacia al menor coste.

A pesar del acuerdo en reconocer su influencia directa o indirecta en la adopción de conductas preventivas (Kirscht, 1983), la evaluación de la experiencia previa es muy poco frecuente sea porque se supone que sus efectos quedan reflejados en las variables cognitivas que generalmente se evalúan (Reig, Rodríguez, Sancho, Ribera y García, 1986) o sea por otras razones, el caso es que existen pocos datos sobre su capacidad de explicar la conducta preventiva. Asimismo son limitados los instrumentos para su evaluación y los procedimientos para tratar los datos obtenidos (Weinstein, 1989). En la mayoría de las investigaciones en las que se valora la experiencia, esta variable se evalúa mediante preguntas sobre si se tiene o no experiencia, de qué tipo es ésta, con qué frecuencia o intensidad se ha experimentado el trastorno, etc. Los datos así obtenidos se suelen combinar hasta reducirlos a una puntuación final que decide el propio investigador. Algunos autores resumen la información sobre la experiencia previa mediante la suma de los diferentes tipos de experiencia informados (Planes y Moix, 1993; Waterstone, 1978; Cfr.: Weinstein, 1989), por lo que, en ocasiones, puede recibir la misma valoración una persona que tenga experiencia propia y de un amigo que otra persona que solo

tenga experiencia vicaria (de un amigo y/o un familiar). En otros casos se considera más adecuado destacar la importancia de la experiencia propia cuando existe y considerar irrelevante la experiencia vicaria (Weinstein, 1982, 1987). Por lo tanto resulta difícil comparar los datos de las diferentes investigaciones y llegar a conclusiones sólidas sobre la influencia real de la experiencia previa sobre las conductas preventivas.

El objetivo del presente trabajo es conocer mejor la influencia de diferentes tipos de experiencia previa sobre la percepción de vulnerabilidad, a fin de decidir cuales pueden ser las estrategias más adecuadas para su evaluación.

## MÉTODO

### Muestra

La muestra está formada por estudiantes de la Universidad de Girona de diferentes carreras: Pedagogía, Derecho, Ingeniería Técnica Mecánica, Historia del Arte, Magisterio y Biología, cursos 94 y 95, con edades comprendidas entre los 18 y los 45 años (Media = 22; SD = 4,1), que fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio estratificado (curso académico) y por conglomerados (grupos clase). De acuerdo con la proporción de sujetos en cada estrato, correspondieron dos conglomerados de los cursos primero, segundo y tercero, y un conglomerado de los cursos cuarto y quinto. Forman parte de la muestra los estudiantes que asistieron a clase el día en que se pasó el cuestionario. La muestra final es de 452 sujetos y

el porcentaje de participación del 83,4 %.

La participación en esta investigación fue voluntaria y anónima. La información se obtuvo en una única sesión previo acuerdo con el profesor responsable de una asignatura troncal.

### Instrumento

La evaluación de la experiencia previa del sujeto respecto a siete trastornos y problemas de salud (accidentés de tráfico con lesiones importantes, úlceras gastrointestinales, cáncer de pulmón, infección con el virus del SIDA, adicción a las drogas duras, sobrepeso y bronquitis) se realizó a partir de un cuestionario autoadministrado.

Dichos trastornos, que ya han sido utilizados por otros investigadores (Planes y Moix, 1993; Reig, et al. 1986; Weinstein, 1982, 1987~), fueron seleccionados por presentar diversos grados de Favedad y por existir para todos ellos algún tipo de conducta preventiva. En función de la gravedad era de prever la existencia de mayor o menor número de sujetos con experiencia previa. Asimismo se tuvo en cuenta que algunos de los trastornos se hallan más ligados a componentes de tipo genético mientras que otros están plenamente relacionados con los estilos de vida.

Concretamente se preguntó a los sujetos si tenían experiencia propia con el trastorno y si tenían experiencia vicaria de familiares y de amigos.

Para evaluar la vulnerabilidad percibida respecto a cada trastorno, se requie-

ría que el sujeto señalara en una escala de 1 (muy por debajo de la media) a 7 (muy por encima de la media) sus posibilidades de sufrir el trastorno en cuestión «en comparación con los demás estudiantes de su curso, de la misma edad y sexo» (Weinstein, 1982).

Para la clasificación de los sujetos en función de su experiencia previa se utilizaron 4 estrategias diferentes:

### 1. Existencia de experiencia previa

En primer lugar se utilizó la dicotomía sin experiencia previa / con experiencia previa para clasificar los sujetos. De este modo se formaron dos grupos. a) aquellos que no tenían ningún tipo de experiencia previa con el trastorno y b) los que tenían algún tipo de experiencia previa con el mismo.

### 2. Acumulación de experiencia previa

Se formaron cuatro grupos de acuerdo con la experiencia acumulada de cada sujeto, así tenemos:

- a) *Sujetos sin experiencia*: aquellos que respondían «no» a las tres preguntas (experiencia propia, vicaria de familiares, vicaria de amigos).
- b) *Sujetos con poca experiencia*: aquellos que respondían afirmativamente sólo a una de las tres preguntas.
- c) *Sujetos con bastante experiencia*: aquellos que respondían afirmativamente a dos de las tres preguntas.
- d) *Sujetos con mucha experiencia*: aquellos que respondían afirmativamente a las tres preguntas.

### 3. Tipo de experiencia previa

La tercera clasificación se realizó teniendo en cuenta todas las posibles combinaciones de respuesta a las 3 preguntas de experiencia previa. Se formaron 8 grupos de sujetos:

- a) Sujetos sin *ningún tipo de experiencia*.
- b) Sujetos que sólo tenían *experiencia propia*.
- c) Sujetos que sólo tenían *experiencia vicaria de familiares*.
- d) Sujetos que sólo tenían *experiencia vicaria de amigos*.
- e) Sujetos que además de tener *experiencia propia* tenían *experiencia vicaria de amigos*.
- f) Sujetos que además de tener *experiencia propia* tenían *experiencia vicaria de familiares*.
- g) Sujetos que tenían *experiencia vicaria tanto de familiares como de amigos*.
- h) Sujetos que tenían *experiencia propia y vicaria de familiares y amigos*.

### 4. Experiencia propia versus experiencia vicaria

Los sujetos fueron clasificados de acuerdo con el tipo de experiencia previa, propia o vicaria, con el trastorno. Así, se formaron 3 grupos de sujetos:

- a) Los que *no tenían ningún tipo de experiencia*
- b) Los que *tenían experiencia propia* (independientemente de que también la pudieran tener vicaria)
- c) Los que tenían sólo *experiencia vicaria de familiares y/o amigos*.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se refleja la distribución de frecuencias de los sujetos en función de sus respuestas a las tres preguntas de experiencia previa en los siete trastornos estudiados.

La primera cuestión a destacar es el reducido porcentaje de sujetos que tiene experiencia propia con trastornos como la úlcera gástrica y el consumo de drogas, porcentaje que se iguala a cero en el caso de trastornos tan graves como el cáncer de pulmón o el SIDA. En trastornos considerados «leves» como el sobrepeso o la bronquitis, en cambio, un gran número de sujetos ha tenido previamente experiencia propia. Mención aparte merecen los acci-

dentos de tráfico con lesiones importantes, que a pesar de la gravedad que revisten, casi un 10% de la muestra los ha sufrido en alguna ocasión.

Respecto a la experiencia vicaria de familiares y amigos, tal como era de esperar por su vinculación con los estilos de vida juveniles, se observan significativamente más sujetos con experiencia previa procedente de amigos que de familiares en los accidentes con lesiones importantes.

( $X^2=76,5$ ;  $p<0,00005$ ), el consumo de drogas ( $X^2=52,9$ ;  $p<0,00005$ ), el SIDA ( $p=0,0002$  prueba Binomial) y el sobrepeso ( $X^2=12,34$ ;  $p=0,0004$ ) y la úlcera gástrica ( $X^2=11,85$ ;  $p=0,0006$ ), donde además puede existir influencia genética (Weinstein, 1982). En el

TABLA 1  
Frecuencia de sujetos con y sin experiencia previa en cada uno de los trastornos estudiados. n (%)

TRASTORNO	EXPERIENCIA PROPIA		EXP. VICARIA FAMILIAR		EXP. VICARIA AMIGOS	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ACCIDENTES	44 (9,7)	408 (90,3)	98 (21,7)	354 (78,3)	223 (49,3)	229 (50,7)
BRONQUITIS *	57 (11,7)	391 (86,5)	134 (29,0)	306 (68,4)	121 (26,8)	321 (71,0)
CÁNCER DE PULMÓN *	0 (0)	444 (98,2)	64 (14,2)	386 (84,1)	31 (6,9)	412 (91,2)
CONSUMO DE DROGAS *	4 (0,9)	445 (98,5)	19 (4,2)	426 (94,9)	89 (19,7)	359 (79,4)
ÚLCERA GÁSTRICA *	9 (2,0)	441 (97,5)	138 (30,5)	311 (68,6)	95 (21)	347 (76,8)
SIDA *	0 (0)	445 (98,5)	3 (0,7)	444 (98,2)	20 (4,4)	423 (93,6)
SOBREPESO *	73 (15,2)	374 (82,7)	166 (37,4)	277 (61,3)	225 (49,8)	221 (48,9)

\* No se incluyen los registros negativos por otras causas.

caso de la bronquitis no se aprecian diferencias significativas ( $X^2=1,03$ ;  $p=0,31$ ).

La tabla 2 refleja las medias y SD de la variable vulnerabilidad percibida en función de la existencia o no de experiencia previa, así como los resultados de los respectivos análisis de la variancia. Tal y como podemos apreciar, en general los sujetos que tienen cualquier tipo de experiencia previa se sienten más vulnerables a sufrir el trastorno que aquellos que no tienen experiencia previa, pero la diferencia sólo es estadísticamente significativa en la bronquitis, la úlcera gástrica y el sobrepeso.

Los resultados correspondientes a la vulnerabilidad percibida en función de la acumulación de experiencia previa se reflejan en la Tabla 3. En ella se aprecia, que la vulnera-

bilidad percibida tiende a aumentar en función de la acumulación de experiencia previa. Excepto en el caso del SIDA, el resultado del ANOVA nos indica que existen diferencias significativas entre los grupos. Los contrastes significativos entre grupos (prueba de Tukey) se reflejan de modo esquemático en la Tabla 4. En general (y exceptuando el SIDA) los sujetos con poca y/o ninguna experiencia previa en el trastorno se sienten significativamente menos vulnerables que los sujetos con bastante y/o mucha experiencia.

En las Tablas 5 y 6 se reflejan los resultados correspondientes a la vulnerabilidad percibida en función del tipo de experiencia, y un esquema de los contrastes significativos entre grupos (prueba de Tukey), respectivamente. En cuatro trastornos (bronquitis,

TABLA 2  
Vulnerabilidad percibida a sufrir el trastorno en función de la existencia de experiencia previa

TRASTORNO	MEDIA (SD)		F (P)
	Sin experiencia	Con experiencia	
ACCIDENTES	3,79 (0,96) n = 177	3,98 (1,11) n = 264	3,51 (0,062)
BRONQUITIS	3,56 (1,05) n = 225	3,88 (1,29) n = 202	8,34 (0,004)
CÁNCER DE PULMÓN	3,27 (1,36) n = 352	3,57 (1,39) n = 86	3,34 (0,068)
CONSUMO DROGAS	2,48 (1,48) n = 341	2,78 (1,78) n = 98	2,85 (0,092)
ÚLCERA GÁSTRICA	3,57 (1,17) n = 256	3,87 (1,20) n = 180	6,65 (0,010)
SIDA	2,92 (1,31) n = 412	3,36 (0,95) n = 22	2,52 (0,113)
SOBREPESO	3,24 (1,38) n = 170	3,73 (1,47) n = 272	12,49 (0,0005)

TABLA 3  
Vulnerabilidad percibida a sufrir el trastorno en función de la acumulación de experiencia previa

TRASTORNO	MEDIA (SD)				F (P)
	Sin exper.	Poca exper.	Bastante	Mucha	
ACCIDENTES	3,79 (1,56) n = 177	3,93 (1,10) n = 187	3,98 (1,13) n = 61	4,30 (1,53) n = 16	2,62 (0,05)
BRONQUITIS	3,36 (1,05) n = 235	3,67 (1,24) n = 127	4,07 (1,45) n = 45	4,55 (1,59) n = 29	7,95 ( $< 0,00005$ )
CÁNCER PULMÓN	3,27 (1,36) n = 352	3,48 (1,35) n = 81	5,03 (1,41) n = 5	—	4,64 (0,01)
CONSUMO DROGAS	2,48 (1,48) n = 34	2,61 (1,57) n = 87	3,55 (1,94) n = 9	6,50 (2,71) n = 2	6,06 (0,0005)
ÚLCERA GÁSTRICA	3,57 (1,17) n = 256	3,75 (1,17) n = 131	4,11 (1,21) n = 45	5,00 (1,15) n = 4	4,58 (0,0036)
SIDA	2,92 (1,31) n = 412	3,33 (0,96) n = 21	4,00 (—) n = 1	—	1,35 (0,2508)
SOBREPESO	3,24 (1,34) n = 170	3,25 (1,44) n = 127	3,77 (1,33) n = 97	4,92 (1,31) n = 48	22,06 ( $< 0,00005$ )

TABLA 4  
Vulnerabilidad percibida a sufrir el trastorno en función de la acumulación de experiencia previa

TRASTORNO	CONTRASTES
ACCIDENTES	{Sin/Poca} ≠ {Mucha}
BRONQUITIS	{Sin/Poca} ≠ {Bastante/Mucha}
CÁNCER PULMÓN	{Sin/Poca} ≠ {Bastante}
CONSUMO DROGAS	{Sin} ≠ {Bastante} ≠ {Mucha}
ÚLCERA GÁSTRICA	{Sin} ≠ {Bastante/Mucha}
SIDA	Diferencias no significativas
SOBREPESO	{Sin/Poca} ≠ Bastante ≠ Mucha

\*  $p < 0,05$



consumo de drogas, úlcera gástrica y sobrepeso) se observan diferencias significativas en función de si existe o no experiencia propia en el trastorno, independientemente de que exista experiencia vicaria. Estos resultados contradicen la aparente relevancia de la acumulación de experiencia previa hallada anteriormente.

Por lo que se refiere a los accidentes, sólo se observan diferencias sig-

nificativas cuando no existe experiencia o ésta sólo procede de familiares o de amigos y cuando existe experiencia propia, de familiares y de amigos. En los trastornos más graves (cáncer de pulmón y SIDA) no existe experiencia propia (en los sujetos de la muestra) por lo que en cuatro de las categorías no hallamos ningún sujeto. No obstante en el cáncer de pulmón los sujetos con experiencia acumulada de familia-

TABLA 5  
Vulnerabilidad percibida a sufrir el trastorno en función del tipo de experiencia previa

TRASTORNOS	MEDIA (SD)							
	Sin	Prop	Fam	Ami	PA	PF	FA	PFA
ACCIDENTES	3,79 (0,96) n = 177	4,2 (1,79) n = 10	3,85 (1,48) n = 33	3,93 (1,02) n = 144	4,13 (1,30) n = 15	3,67 (0,58) n = 5	3,95 (1,11) n = 43	4,5 (1,03) n = 16
BRONQUITIS	3,56 (1,05) n = 235	4,26 (1,09) n = 16	3,96 (1,10) n = 61	3,64 (1,34) n = 50	5,67 (1,53) n = 2	5,50 (1,39) n = 4	3,79 (1,52) n = 39	4,55 (0,99) n = 29
CANCER DE PULMÓN	3,23 (1,36) n = 352	-----	3,5 (1,39) n = 58	3,43 (1,27) n = 23	-----	-----	5,00 (1,41) n = 5	-----
CONSUMO DE DROGAS	2,48 (1,48) n = 341	-----	2,10 (1,85) n = 10	2,88 (1,65) n = 77	5,56 (2,71) n = 2	-----	3,00 (1,83) n = 7	6,50 (0,71) n = 2
ÚLCERA GÁSTRICA	3,57 (1,17) n = 256	5,50 (2,12) n = 2	3,77 (1,14) n = 83	3,63 (1,15) n = 46	-----	4,00 (1,41) n = 2	4,02 (1,14) n = 63	5,00 (1,15) n = 4
SIDA	2,92 (1,31) n = 412	-----	3,50 (0,71) n = 2	3,32 (1,90) n = 15	-----	-----	4,00 (---) n = 1	-----
SOBREPESO	3,24 (1,38) n = 170	5,50 (2,50) n = 8	3,39 (1,41) n = 31	3,05 (1,29) n = 88	4,50 (2,76) n = 8	3,22 (0,83) n = 9	3,54 (1,10) n = 80	4,92 (1,11) n = 48

Sin = Sin experiencia de experiencia  
 Prop = Sólo experiencia propia  
 Fam = Sólo experiencia vicaria de familiares  
 Ami = Sólo experiencia vicaria de amigos  
 PA = Experiencia propia y experiencia vicaria de amigos  
 PF = Experiencia propia y experiencia vicaria de familiares  
 FA = Experiencia vicaria de familiares y de amigos  
 PFA = Experiencia propia y vicaria de familiares y de amigos

TABLA 6  
 Vulnerabilidad percibida en función del tipo de experiencia previa.  
 Contrastes significativos entre grupos

TRASTORNO	CONTRASTES
ACCIDENTES	[Sin/Fam/Ami] ≠ [PFM]
BRONQUITIS	[Sin/Fam/Ami/FA] ≠ [Prop/PA/PP/PFA]
CANCER PULMÓN	[Sin/Fam/Ami] ≠ [FA]
CONSUMO DRUGAS	[Sin/Fam/Ami/FA] ≠ [PA/PFA]
ÚLCERA GÁSTRICA	[Sin/Fam/Ami] ≠ [FA] ≠ [Prop/PP/PFA]
SIDA	Diferencias no significativas
SOBREPESO	[Sin/Fam/Ami/FA] ≠ [Prop/PA/PP/PFA]

\*  $p < 0,05$

res y amigos se sienten más vulnerables que aquellos que no tienen experiencia previa o que sólo la tienen de un tipo (familiar o amigo). La vulnerabilidad percibida a sufrir un trastorno cuando la experiencia vicaria procede de familiares no se diferencia significativamente, en ningún caso, de la vulnerabilidad percibida cuando la experiencia vicaria procede de amigos.

Por lo que se refiere a la cuarta categorización que diferencia entre experiencia propia y experiencia vicaria, los resultados se reflejan en la Tabla 7. La tendencia observada es la misma en todos los trastornos: la vulnerabilidad percibida se incrementa al tener experiencia vicaria (respecto a los que no tienen ningún tipo de experiencia) y aumenta aún más cuando existe experiencia propia. Excepto en el caso del SIDA y el cáncer, el resultado del ANOVA indica la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre 109 grupos

En la Tabla 8 se presentan, de manera esquemática los contrastes

significativos (prueba de Tukey). Tal y como podemos apreciar, cuando los sujetos tienen experiencia propia con un trastorno, se sienten significativamente más vulnerables que cuando no tienen experiencia previa o ésta es sólo vicaria. Únicamente en el caso de la úlcera se observan diferencias significativas entre estos dos últimos grupos (sin experiencia/experiencia vicaria). Por lo que se refiere al cáncer de pulmón y al SIDA, al no tener experiencia propia ningún sujeto de la muestra, no es posible determinar su relevancia en la vulnerabilidad percibida

#### DISCUSION

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la importancia de la experiencia propia con un trastorno como predictora de la vulnerabilidad percibida: los sujetos que tienen experiencia propia se sienten más vulnerables a sufrirlo que aquellos que no tienen ninguna experiencia previa o sólo tienen

TABLA 7  
Vulnerabilidad percibida en función del tipo de experiencia previa.  
Contrastes significativos entre grupos.

TRASTORNO	MEDIA (SD)			F (P)
	Sin Experiencia	Exper. Vicaria	Exper. Propia	
ACCIDENTES	3,78 (1,86) n = 177	3,92 (1,11) n = 720	4,25 (1,06) n = 44	3,33 (0,036)
BRONQUITIS	3,55 (1,05) n = 233	3,61 (1,24) n = 150	4,69 (1,02) n = 52	22,44 (< 0,00005)
CÁNCER PULMÓN	3,27 (1,36) n = 352	3,57 (1,32) n = 86	-----	3,74 (0,058)
CONSUMO DROGAS	2,48 (1,48) n = 34	2,54 (1,63) n = 94	6,00 (0,62) n = 4	10,86 (0,00005)
ÚLCERA GÁSTRICA	3,57 (1,17) n = 256	3,80 (1,15) n = 172	5,38 (1,30) n = 8	10,46 (0,00005)
SIDA	2,92 (1,31) n = 412	3,36 (0,95) n = 22	-----	2,52 (0,113)
SOBREPESO	3,24 (1,38) n = 170	3,30 (1,12) n = 190	4,91 (1,16) n = 73	47,52 (< 0,00005)

TABLA 8  
Vulnerabilidad percibida en función de la experiencia propia versus vicaria. Contrastes significativos entre grupos (Prueba de Toker)

TRASTORNO	CONTRASTES SIGNIFICATIVOS
ACCIDENTES	Sin ≠ Propia
BRONQUITIS	[Sin/Vicaria] ≠ Propia
CÁNCER PULMÓN	Diferencias no significativas
CONSUMO DROGAS	[Sin/Vicaria] ≠ Propia
ÚLCERA GÁSTRICA	Sin ≠ Vicaria ≠ Propia
SIDA	Diferencias no significativas
SOBREPESO	[Sin/Vicaria] ≠ Propia

experiencia vicaria procedente de familiares y/o amigos.

Asimismo, y excepto en el caso de la úlcera, los sujetos que únicamente tienen experiencia vicaria con un trastorno procedente de familiares y/o de amigos, no se sienten significativamente más vulnerables a sufrirlo que aquellos que no tienen ningún tipo de experiencia previa.

Por otra parte, los resultados también sugieren que para el estudio de la vulnerabilidad percibida, no tiene interés diferenciar entre la experiencia vicaria procedente de familiares y la experiencia vicaria procedente de amigos: dicha vulnerabilidad no se modifica en función del tipo de experiencia vicaria.

Estos resultados apoyarían la

estrategia utilizada por Weinstein (1982, 1987), de considerar irrelevante la experiencia vicaria cuando existe experiencia propia con un trastorno. Al mismo tiempo desaconsejarían la estrategia utilizada por otros investigadores (Planes y Moix, 1993; Waterstone, 1978; Cfr.: Weinstein, 1989) de otorgar la misma importancia a cualquier tipo de experiencia (propia o vicaria) en el trastorno.

En este sentido, cualquier estrategia para evaluar la experiencia previa como predictor de la vulnerabilidad percibida debería diferenciar entre experiencia propia y experiencia vicaria, no siendo importante especificar el tipo de experiencia vicaria. Y esto es así, a pesar de los resultados significativos encontrados en algunos de los análisis realizados ya que en la primera estrategia que clasifica a los sujetos en función de que exista o no experiencia previa con un trastorno, queda enmascarado el posible efecto de la experiencia propia.

Atgo similar ocurre con la segunda estrategia basada en la acumulación de experiencia previa. Aunque aparentemente los sujetos que acumulan dos o los tres tipos de experiencia tienden a sentirse más vulnerables que aquellos que no tienen experiencia o sólo la tienen de un tipo (propia, de familiares o de amigos), estos resultados pueden estar enmascarando el efecto de la experiencia propia en la percepción de vulnerabilidad.

Los resultados obtenidos a partir de la tercera estrategia que considera el tipo de experiencia previa (teniendo en cuenta todas las posibles combinaciones de respuesta a

las tres preguntas de experiencia previa), corroboran la irrelevancia de la acumulación de experiencia en la predicción de la vulnerabilidad percibida, si no existe experiencia propia. Por consiguiente, aunque tanto la tercera como la cuarta estrategia (que diferencia entre experiencia propia y vicaria) serían adecuadas para evaluar la experiencia previa, esta última es la que consideramos óptima al simplificar considerablemente la recogida de la información y el tratamiento de los datos y no aportar aquella, a pesar de su complejidad, mayor riqueza informativa en la predicción de la vulnerabilidad percibida.

Por lo que refiere al papel de la experiencia vicaria en trastornos graves o de baja incidencia en poblaciones juveniles (concretamente en nuestra investigación: SIDA, drogas duras y cáncer de pulmón) la vulnerabilidad percibida se incrementa en función de la acumulación de experiencia vicaria, pero estos hallazgos no son concluyentes debido al pequeño porcentaje de sujetos de la muestra que se hallaban en tal situación. La comprobación de la influencia de la experiencia vicaria en la percepción de vulnerabilidad personal apoyaría la estrategia de utilizar personas afectadas voluntarias para divulgar las conductas preventivas.

## CONCLUSIONES

La variable que mejor predice la vulnerabilidad percibida es la experiencia propia con el trastorno.

Deben evaluarse por separado la experiencia propia y la experiencia vicaria, pero es irrelevante diferenciar entre experiencia vicaria procedente de familiares y de amigos.

En trastornos graves, cuando es poco probable que exista experiencia propia, la experiencia vicaria

puede incrementar el sentimiento de vulnerabilidad.

De las cuatro categorizaciones utilizadas en nuestro estudio, la más adecuada es aquella que diferencia entre experiencia propia y experiencia vicaria como predictor de la vulnerabilidad percibida.

## REFERENCIAS

- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. (1994). Evaluación de aspectos conductuales y biológicos en psicología de la salud. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación Conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp. 619-651). Madrid: Pirámide.
- Kirscht, J.P. (1983). Preventive health behavior: A review of research and issues. *Health Psychology*, 2 (3), 277-301.
- Planes, M. y Moix, J. (1993). Predictores del interés por la prevención de algunos trastornos de salud. *Clinica y Salud*, 4 (1), 41-51.
- Reig, A., Rodríguez, J.A., Sancho, P., Ribera, D. y García, J.A. (1986). Susceptibilidad a los problemas de salud y correlatos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 12 (33), 441-456.
- Rodríguez-Marín, J. (1994). Evaluación en prevención y promoción de la salud. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación Conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp. 652-712). Madrid: Pirámide.
- Weinstein, N.D. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 5 (4), 441-460.
- Weinstein, N.D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10 (5), 481-500.
- Weinstein, N.D. (1989). Effects of personal experience on self-protective behavior. *Psychological Bulletin*, 105 (1), 31-50.