

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES**  
**DEPARTAMENTO DE COMERCIALIZACIÓN E**  
**INVESTIGACIÓN DE MERCADOS**



**TESIS DOCTORAL**

**Influencia del Word of Mouth en la compra de fármacos OTC  
para perder peso, según el Modelo de Creencias de Salud**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

**Silvia Villaverde Hernando**

DIRECTORAS

**Diana Gavilán Bouzas**  
**María Avello Iturriagagoitia**

Madrid, 2017



**UNIVERSIDAD  
COMPLUTENSE**  
MADRID

## **Tesis Doctoral**

**Influencia del Word of Mouth en la compra de fármacos  
OTC para perder peso, según el Modelo de Creencias de  
Salud.**

**Silvia Villaverde Hernando**

**Directoras: Diana Gavilán Bouzas y María Avello Iturriagoitia**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES**

**Departamento de Comercialización e Investigación de Mercados**

**Madrid, 2015**

## **Agradecimientos.**

*“Tranquila, agárrate fuerte y deja pasar las olas.  
Cuando llegue tu ola... rema y ve por ella”.*

En primer lugar, agradecer a Diana Gavilán y a María Avello la oportunidad de escribir esta tesis, así como a todos los profesores que me he encontrado en el camino.

A mis padres por ser comprensibles, divertidos y que me apoyan en cualquier decisión. A mi hermano por todos los momentos divertidos que pasamos. A Susana y mis sobrinas por sacarme tantas risas y ver cómo crecen.

A ti Gonzalo, por todos estos años, porque contigo empecé este proyecto y no me ha faltado ni un solo día tu apoyo.

A todos mis compañeros de Nielsen, sobre todo a Pili, Virgi, “the original team” y a Juanma por su pedazo de ayuda, grande Juanma!! . A mis compañeros de ESIC y sobre todo a M<sup>a</sup> Jesús. A mis amigos de toda la vida, Cris, Patry, Javi y todos los “poblakers” pero también a quienes han entrado en mi vida hace poco, especialmente a Miguel, Bei, Lauri, Jesús y a todos los grupos nuevos: a las guerreras, ladies, rolleros, y especialmente a los tres locos del Trx.

Este camino habría sido mucho más difícil si no hubierais estado vosotros. Porque yo no cierro ni las puertas de mi casa, solo abro ventanas y continúo, porque ya no quiero más “olas”... y porque a todos vosotros os digo muchísimas gracias por compartirlo conmigo.

Silvi, Silvita, Silvina, Pitu, Pi, Villagreen...

## Índice.

<b>Resumen</b> .....	<b>vi</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>viii</b>
<b>1. Introducción</b> .....	<b>x</b>
<b>2. Justificación del tema</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Objetivos de investigación</b> .....	<b>11</b>
<b>4. Análisis del mercado farmacéutico español</b> .....	<b>16</b>
4.1. Análisis de los medicamentos OTC – productos para adelgazar. ....	21
4.2. El sobrepeso y la obesidad.....	28
<b>5. Marco teórico</b> .....	<b>30</b>
5.1. El Modelo de Creencias de Salud y su aplicación en la conducta de compra.....	31
5.2. Constructos que forman el Modelo de Creencias de Salud.....	33
5.3. Aplicaciones del modelo de creencias de salud: los constructos y su relación.....	45
5.3.1 Aplicación del Modelo de Creencias de Salud en enfermedades graves.....	45
5.3.2 Aplicación del Modelo de Creencias de Salud en otras enfermedades: gripe. ....	49
5.3.3 Aplicación del Modelo de Creencias de Salud en enfermedades crónicas.....	50
5.3.4 Aplicación del Modelo de Creencias de Salud en el sobrepeso y la obesidad. ....	52
5.4. Influencia del Word of Mouth en la decisión de compra.....	56
<b>6. Definición de hipótesis</b> .....	<b>66</b>
<b>7. Trabajo de campo</b> .....	<b>75</b>
7.1. Muestra .....	76
7.2. Cuestionario y test piloto. ....	78
7.3. Muestra: justificación del perfil y del muestreo.....	83

<b>8. Resultados .....</b>	<b>86</b>
8.1. Análisis descriptivo: perfil sociodemográfico y comportamiento hacia la pérdida de peso. ....	87
8.2. Análisis factorial exploratorio. ....	96
8.3. Aplicación de Path Análisis. ....	104
<b>9. Discusión .....</b>	<b>109</b>
9.1. Discusión de los resultados.....	110
9.2. Implicaciones académicas y profesionales .....	116
9.3. Limitaciones .....	118
9.4. Futuras líneas de investigación. ....	120
<b>10. Bibliografía .....</b>	<b>122</b>
<b>11. Anexos .....</b>	<b>131</b>
11.1. Explicación de ScanPharma: información del panel de Farmacia de Nielsen. ....	132
11.2. Cuestionario utilizado. ....	133
11.3. Detalle del Análisis Factorial Exploratorio.....	142
11.4. Detalle del Análisis de Fiabilidad de las escalas de medida. ....	148
11.5. Resultados del ajuste del modelo Path Analysis. ....	153

## Índice de tablas.

Tabla 1: Medicamentos más vendidos en España en 2010. ....	23
Tabla 2: Índice de masa corporal en población adulta según sexo. Población de 18 y más años.....	83
Tabla 3: Valoración del peso en relación con la estatura según sexo. Población de 15 y más años .....	84
Tabla 4: Distribución de la población por edad y cálculo del Índice de Masa Corporal.....	85
Tabla 5: Descripción de la muestra según variables sociodemográficas.....	87
Tabla 6: Descripción de la muestra según peso y altura. ....	88
Tabla 7: Descripción de la muestra según Índice de Masa Corporal. ....	89
Tabla 8: Descripción de la muestra según percepción del estado de salud. ....	90
Tabla 9: Descripción de la muestra según variables relativas al peso. ....	90
Tabla 10: Descripción de la muestra por comportamiento hacia el control de peso y métodos para adelgazar....	92
Tabla 11: Distribución de número veces compra fármaco para adelgazar sin receta médica .....	93
Tabla 12: Análisis de normalidad de variables sociodemográficas y comportamiento hacia el peso. ....	94
Tabla 13: Análisis de normalidad de escalas de medida. ....	95
Tabla 14: Varianza total explicada por factores.....	98
Tabla 15: Análisis de KMO y prueba de esfericidad de Barlett.....	98
Tabla 16: Comunalidades de los ítems que configuran la estructura factorial final.....	99
Tabla 17: Matriz de componentes rotados para las dimensiones del Modelo de Creencias de Salud. ....	101
Tabla 18: Valores del Alfa de Cronbach de los constructos del modelo.....	103
Tabla 19: Valores de chi-cuadrado y ajuste del modelo.....	104
Tabla 20: Medidas de bondad de ajuste. ....	106
Tabla 21: Niveles de significación de los coeficientes estandarizados de las relaciones. ....	106
Tabla 22: Resumen de las hipótesis a verificar. ....	108

## **Índice de figuras.**

Figura 1: El modelo de creencias de salud.....	40
Figura 2: El Modelo de creencias de salud considerando todas las dimensiones. ....	44
Figura 3: Modelo teórico.....	73
Figura 4: Modelo estructural testado.....	105

## **Resumen.**

*Propósito de estudio.* Estudiar la influencia del Word of Mouth en la intención de compra de fármacos para la pérdida de peso que no requieren receta médica (OTC), medido a través del Modelo de Creencias de Salud y sus cuatro dimensiones básicas: susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras. Dicho modelo ha sido utilizado en Psicología y Educación de la Salud, presentando en esta tesis una aplicación en Marketing.

*Diseño/ metodología/ método de análisis de los datos.* Siguiendo las escalas de medida desarrolladas para medir el comportamiento preventivo hacia el sobrepeso, se ha llevado a cabo una investigación basada en una encuesta online a 193 personas de entre 18 – 55 años de edad. La validez de las escalas fue expuesta a un análisis factorial exploratorio seguido de un test alpha de Cronbach. Para el análisis de los resultados se ha ejecutado un modelo Path análisis.

*Resultados.* El Modelo de Creencias de Salud soportado en la susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas y autoeficacia, ejercen influencia directa en la intención de compra de un fármaco que no requiere receta médica. Las claves de acción y el peso percibido están relacionadas con las primeras dimensiones de susceptibilidad percibida y severidad percibida. El Word of Mouth positivo potenciará los beneficios percibidos, mientras que el Word of Mouth negativo potencia las barreras percibidas, generando un freno a la intención de compra.

*Limitaciones de la investigación.* El diseño muestral ha sido por conveniencia, realizando mayor número de entrevistas en el segmento femenino y admitiendo a población con sobrepeso o normopeso. El tamaño muestral no supera las 200 entrevistas, lo que supone trabajar con un error muestral elevado en determinadas variables de análisis. La recogida de información se ha llevado bajo una encuesta autoadministrada y por tanto con información declarada del propio individuo donde el recuerdo puede ejercer cierto sesgo en variables concretas como la recepción de opiniones o mensajes negativos.

*Implicaciones académicas y empresariales.* La aplicación de un modelo de comportamiento hacia la salud enriquecido con otras variables externas como es el Word of Mouth y su influencia en la intención de compra de un fármaco OTC. Las conclusiones de este modelo pueden servir a los Laboratorios Farmacéuticos a diseñar sus estrategias de comunicación teniendo en cuenta un mayor conocimiento del consumidor respecto de la compra.

*Originalidad/ clave:* Aplicación del Modelo de Creencias de Salud desde una perspectiva de Marketing, donde se ha verificado la relación significativa de sus dimensiones con la intención de compra de fármacos OTC. La influencia del Word of Mouth en las dimensiones de este modelo son significativas, considerando el Word of Mouth positivo así como el negativo para las dimensiones de beneficios percibidos y barreras percibidas respectivamente.

*Palabras clave:* Word of Mouth, modelo de creencias de salud, intención de compra de fármacos OTC, sobrepeso y obesidad.

## **Abstract**

*Objectives.* To study the Word of Mouth influence in the over the counter weight of loss drugs purchase intention. It will be measured by a health beliefs model and its four basic dimensions: susceptibility, severity, benefits and barriers. This model has been used in Psychology and Health Education presenting in this thesis a use for Marketing.

*Design/ methodology/ Data analysis method.* Following the scales developed to measure the preventive behavior towards overweight, a research has been carried out based on an online survey among 193 respondents between 18-55 years old. Validation scales were exposed to an explorative factorial analysis followed by an alpha Cronbach's test. For the analysis of the results a Path analysis has been conducted.

*Results.* The Health Belief Model supported in the dimensions of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, barriers and self-efficacy makes an influence in the OTC drugs purchase intention. Cues to action and weight perceived are related to perceived susceptibility and severity. Susceptibility is the one that generates bigger importance followed by the perceived severity while the barriers aren't included in this behavior model. The positive WOM will boost the perceived benefits while the negative WOM will boost the perceived barriers, being the exogenous facts more relevant in this sense. The perceived health is not introduced in the model as a significant fact in the purchase intention of and OTC drug.

*Research Limitations.* Sample design used has been by convenience, conducting a larger number of female interviews, and accepting overweight and normal weight population. Sample size is below 200 interviews, which means working with a high sample error for specific analysis facts. Information collection method has been a self-interview, what implies the introduction of a certain slant in those facts affected by the individual memory, when answering about opinions reception or negative messages.

*Academic and business implications.* The use of a health behavior model improved by other exogenous facts, as the WOM and its influence in the OTC drug purchase intention. The key findings of this model could allow the pharmaceutical industry to design communication strategies based on deep consumer knowledge in relation with the purchase act.

*Singularity/key:* Use of a healthy believes model from a Marketing perspective, having proved the significant relation between three of its dimensions and the OTC drugs purchase intention. Word of Mouth influence in this model dimensions is significant and positive as well as friend's experience recommendation.

*Key words:* Word of Mouth, Health Belief Model, OTC drugs purchase intention, overweight and obesity.

# 1. Introducción

## 1. Introducción

En el momento en que inicio el proyecto de Doctorado, el sector farmacéutico ocupaba un lugar muy importante en mi ámbito profesional, ya que la mayoría de los estudios de investigación que realizaba en la empresa donde trabajo se centraban en este sector. Muchos clientes, laboratorios farmacéuticos con los que he trabajado y de los que he aprendido muchas cosas no solo de investigación sino de este mundo de la salud.

En el momento actual, mi orientación profesional se ha desviado del sector farmacéutico dirigiéndose hacia el mundo digital y nuevas formas de hacer investigación de mercados. En definitiva, esta tesis es el cierre de una gran etapa personal y profesional.

Al hablar de sector farmacéutico hacemos referencia a toda vertiente que enlace con el cuidado de la Salud en general, y cuyo interés radica en abarcar multitud de disciplinas, desde la Psicología, Sociología, Medicina, que permiten mejorar la calidad de vida de numerosas personas, así como desde el Marketing y la Investigación de Mercados, orientando hacia la concienciación social y la comunicación, entre otros elementos.

Desde 2009 nos encontramos ante años especialmente duros para la economía española, que sigue inmersa en una crisis, y donde cada día nos despertamos con una nueva noticia relacionada con esta situación que afecta a todos los ámbitos de la sociedad. Hasta 2012, estas noticias no se habían centrado en el mercado farmacéutico, sino que parecía que otros mercados podrían estar sufriendo en mayor medida esta situación.

No obstante, ya en el mes de Julio de 2011 se presagiaban cambios en el sector por el Real Decreto Ley 9/2011, así como por las continuas reducciones de precios de los medicamentos. Este nuevo Real Decreto cambiaba el paradigma sanitario desde el momento en que el médico tenía la obligación de hacer una prescripción únicamente por principio activo, sin poder indicar marca comercial, salvo en situaciones determinadas. Esto suponía un cambio en el punto de venta por cuanto se dejaba en decisión del farmacéutico o incluso el cliente, la marca del medicamento que finalmente se compra.

Real Decreto Ley 9/2011, ponía además en relieve una situación heterogénea por Comunidades Autónomas, y la implantación de estas medidas en diferentes momentos del tiempo. Andalucía se convertía en una de las primeras Comunidades en adoptar estas medidas y centrar su prescripción en el principio activo, posicionándose como referente para el resto de comunidades de España.

Pero sin duda, fue 2012 el año en que mayor convulsión se produjo en el sector, por dos medidas adoptadas que afectaban directamente al cliente final:

- Introducción del copago sanitario por receta en determinadas Comunidades Autónomas (Cataluña y C. Madrid básicamente).
- Desfinanciación de más de 400 marcas de clases terapéuticas consideradas en su mayoría para tratamientos de síntomas menores.

Junto con estas dos medidas, el debate continúa en relación a la liberalización de los fármacos OTC (*over the counter*), cuya venta se realiza sin receta médica y que en otros países de Europa se comercializa en establecimientos de gran consumo (aunque con una dosis inferior a la comercializada en España).

En resumen, en estos momentos nos encontramos con uno de los cambios más importantes en el campo sanitario que afecta directamente al consumidor. Con mayor intensidad se convierte en un cliente que toma sus decisiones de compra y por tanto, donde las variables de marketing como el precio o la comunicación entran en juego.

En definitiva, acciones más propias en el sector de gran consumo pueden ser y son aplicadas con mayor intensidad en el sector farmacéutico.

No obstante, es importante indicar en esta breve introducción que la oficina de farmacia ya ofrecía estas posibilidades en los fármacos OTC o en determinados medicamentos que no estaban financiados por la Seguridad Social como era el caso de los fármacos antigripales, analgésicos con una dosis inferior a los 600mg, productos de cosmética o las vacunas excluidas del calendario oficial (tanto infantil como adulto) y donde el propio comprador tomaba la decisión final sobre su consumo.

En los últimos dos años, es el mercado OTC el que está contribuyendo al crecimiento del mercado farmacéutico en España, y por tanto, su interés cobra más relevancia en estos momentos.

La transformación legislativa tiene un impacto directo sobre algunas de las variables de marketing, especialmente con el precio pero también la comunicación y por qué no, con el propio producto y su necesidad percibida.

Estas variables son las que enmarcan el contenido de esta Tesis Doctoral, con especial énfasis en la comunicación y su relación con la compra de los fármacos OTC donde el propio individuo ha de tomar la decisión de compra.

En un momento donde posibles medidas de copago, desfinanciación de medicamentos, etc., está en debate de forma continua, una Tesis Doctoral sobre el mercado farmacéutico como mercado libre de consumo, cobra todavía más sentido, esperando que los resultados obtenidos puedan permitir un mayor entendimiento del comportamiento del comprador en el canal farmacéutico.

A lo largo de las siguientes páginas, en el capítulo 2, presentaremos en primer lugar la justificación que soporta esta tesis, explicando los motivos que determinan la necesidad de esta investigación y su aportación al mapa académico y empresarial.

En el capítulo 3, expondremos los objetivos de la presente investigación, siguiendo en el capítulo 4 con una breve descripción del mercado farmacéutico con el fin de contextualizar el objetivo de este trabajo y permitir la comprensión de un sector poco investigado a nivel académico.

En el capítulo 5 presentamos el marco teórico a través del Modelo de Creencias de Salud, explicando los constructos que lo forman y la relación entre ellos. Dedicamos el capítulo 6 a la exposición de las hipótesis y el modelo de investigación llevado a cabo.

Por último, presentaremos en el capítulo 7 los resultados obtenidos con la investigación, la discusión de los mismos y concluiremos este trabajo con la exposición de las limitaciones definidas en la investigación y con las posibles líneas de investigación posterior a este documento, explicadas en los capítulos 8 y siguientes.

## 2. Justificación del tema

## 2. Justificación del tema

En las siguientes líneas vamos a hacer una exposición de los motivos que soportan esta tesis, realizando a continuación una breve descripción de las investigaciones que se han realizado previamente en temáticas similares a la estudiada en este proyecto.

En primer lugar, la contribución fundamental de esta tesis radica en la validación de un modelo de comportamiento hacia la salud influenciado por una variable de marketing como es el Word of Mouth.

Pero además, la aportación de esta tesis se fundamenta en el análisis de un tipo de medicamentos donde las referencias académicas son escasas, y donde el propio individuo asume su decisión de compra sin necesidad de receta médica, esto es, fármacos OTC.

Esto pone de manifiesto **elementos clave** que justifican la tesis presentada en estas páginas:

1. **Aplicación** del Modelo de Creencias de Salud que se plantea en el ámbito de la Educación de la Salud y Psicología al **Marketing**.

Hasta la fecha, la aplicación del Modelo de Creencias de Salud ha tenido lugar en programas de sensibilización de enfermedades y la realización de pruebas de diagnóstico o prevención.

La perspectiva de estos estudios giraba en torno de modelos psicológicos donde se buscaba entender qué variables eran las que estaban relacionadas con un comportamiento hacia la prevención de enfermedades. Teoría de la motivación, teoría de la acción razonada y el Modelo de Creencias de Salud que utilizamos en esta tesis, son los más utilizados bajo esta perspectiva.

No obstante, la aplicación del Modelo de Creencias de Salud bajo la perspectiva de Marketing, que exponemos en estas líneas, permitiría analizar el comportamiento de los individuos al mismo tiempo que su reacción hacia las principales variables estudiadas en Marketing, como son:

- Producto: donde el fármaco e incluso la marca cobra mayor protagonismo en el momento en que el propio sujeto toma la decisión de compra. El conocimiento que tengan de los fármacos, las opiniones que reciban de otras personas o profesionales, la experiencia que haya vivido con estos fármacos será importante para analizar la intención de compra. Esto es especialmente relevante en fármacos que tienen un carácter preventivo, es decir, no generan un beneficio tangible que permita una satisfacción visible por la compra del producto, sino que por el contrario el beneficio es subjetivo y centrado en la capacidad de cada individuo de valorar esta adquisición. O también en fármacos que son una ayuda para que el individuo alcance un determinado fin, cambiando sus hábitos de vida, como pueden ser los fármacos para dejar de fumar, productos nutricionales o fármacos para perder peso.
- Comunicación: entendida como una variable que influye en la decisión de compra de los fármacos y que en la sanidad española está restringida a aquellos que no requieren de receta médica. Precisamente es la variable Word of Mouth la que se incluye en el modelo de esta tesis, para analizar la influencia en la decisión de compra de un fármaco OTC para perder peso.

El Modelo de Creencias de Salud recoge un constructo denominado claves para la acción donde se incluyen todas las variables que pueden motivar una acción en los individuos, entre ellos la comunicación, influencia de amigos, médico, etc.

Todas estas variables se aglutinan en un mismo constructo sin dar relevancia a ninguna de ellas por sí misma, lo cual consideramos clave

desde un punto de vista de marketing y empresarial a fin de llevar a cabo las estrategias de negocio.

Entendemos que la influencia que puede ejercer el médico o el farmacéutico en el cambio de un comportamiento debe ser analizada de forma independiente a la influencia que puedan ejercer otras variables como la recomendación de amistades o incluso las experiencias previas que cada individuo haya podido vivir.

2. Foco del análisis en **enfermedades que no son graves aunque sí requieren de un cambio de conducta por parte del individuo** para alcanzar el estado de salud deseado.

Analizar el comportamiento hacia el sobrepeso implica que el individuo debe tomar conciencia del problema y actuar en consecuencia: dietas, ejercicio o incluso bajo tratamiento farmacológico o con apoyo de **productos de venta en farmacia que no requieren de receta médica**. Pero en definitiva, la decisión de compra la toma el propio individuo.

Las implicaciones que tiene este trabajo que mide la intención de compra de fármacos OTC o de libre venta en la Farmacia son:

- La decisión de compra del sujeto se toma fuera de la oficina de la farmacia. Es decir, el individuo realiza un ejercicio de reflexión sobre la necesidad de llevar a cabo un comportamiento saludable.
- El farmacéutico podría jugar mayor relevancia en la recomendación en el punto de venta, pero una hipótesis para contemplar es que esta influencia se centra en la decisión de una marca determinada o alternativas de producto. La decisión de iniciar un tratamiento o compra de los productos para la pérdida de peso como estamos analizando en esta tesis es tomada por el propio consumidor, viéndose influido por diferentes variables, como puede ser la recomendación de otras personas o amistades.

Los fármacos OTC representan en torno al 20% de las ventas del mercado farmacéutico español. Es un mercado creciente y que ha generado nuevas oportunidades en un momento en que las regulaciones gubernamentales hacen menos rentable la venta de medicamentos éticos.

En los últimos años, el mercado de productos OTC ha experimentado un crecimiento que ha permitido compensar la caída del mercado de medicamento. Según los datos del tracking mensual de IMS Health<sup>1</sup> las ventas de productos que requieren recetas cayeron un 0,2% en Junio'15 con respecto al mismo mes del año anterior.

En cambio, el mercado de OTC experimentó un incremento del 5,8% en valor lo que permitió al final un crecimiento global del mercado estimado en 1,2% por IMS. Esta evolución del mercado OTC ya encadena más de 20 meses de tendencia positiva.

3. Análisis de la **intención de compra** como variable dependiente. La mayoría de las investigaciones que han tomado el Modelo de Creencias de Salud como fundamento teórico, han construido la variable dependiente como la intención para llevar a cabo un comportamiento preventivo (pruebas de diagnóstico, auto-diagnóstico como en el caso del cáncer de mama, etc.).

La aportación de esta tesis no sólo pretende explicar las variables que anteceden a un comportamiento, sino que este comportamiento se define como una intención de compra de un producto para adelgazar.

---

<sup>1</sup> Fuente: Publicación en Diario Farma de datos IMS. 16.05.2015.

4. Además de estos elementos diferenciales con respecto a otros trabajos es importante resaltar la **inversión en investigación de mercados realizada en el sector farmacéutico** en España.

El mercado farmacéutico se posiciona como el principal sector de inversión en investigación de mercados a nivel mundial, de acuerdo al informe presentado por ESOMAR<sup>2</sup>. Representa el 12% de la inversión realizada a nivel empresarial, seguido del 8% de inversión en el sector de Alimentación.

En definitiva, la tesis que presentamos en estas páginas queda justificada por todos estos motivos que acabamos de explicar y sobre todo, por estudiar una relación que no ha sido analizada anteriormente, como es la influencia del Word of Mouth en la intención de compra de un fármaco OTC.

---

<sup>2</sup> Fuente: ESOMAR. VI ENCUESTRO: LA INVESTIGACIÓN A ANÁLISIS. 24 DE SEPTIEMBRE DE 2014.

## 3. Objetivos de investigación

### 3. Objetivos de la investigación

Durante las páginas anteriores, hemos expuesto los motivos que justifican la presente tesis, así como hemos ido avanzando en la problemática que es objeto de esta investigación, el sobrepeso u obesidad.

En este capítulo vamos a exponer los objetivos de la investigación, describiendo en primer lugar el objetivo general, para continuar con los específicos.

El **objetivo principal** de la investigación es el siguiente:

Analizar la influencia del Word of Mouth en la intención de compra de un fármaco OTC (de venta libre y que no requiere receta médica) para perder peso, según el modelo de creencias de salud.

Si bien este objetivo podría ser considerado como el básico o principal, los objetivos específicos que se pretenden cubrir con esta investigación son los siguientes:

- Análisis del **comportamiento de la población hacia el sobrepeso:**
  - Percepción que los individuos tienen sobre su peso, así como estado de salud percibido a nivel global.
  - Satisfacción declarada con su peso actual.
  - Reacción en determinados momentos de la vida, tanto en 2015 como previamente, en cuanto a:
    - Seguimiento de dietas, práctica de deporte, o cambio de hábitos generales para reducir peso o adelgazar.
    - Consumo de productos de venta en farmacia para perder peso, diferenciando entre los medicamentos con receta de aquellos que no requieren de dicha prescripción.

A través de este primer objetivo específico, pretendemos analizar la actitud general de los individuos hacia el sobrepeso. Se convierte en el primer eslabón de la cadena en el momento en que se manifiesta o no un problema de salud o una situación desfavorable hacia el sobrepeso.

Entender el grado de satisfacción que los individuos tienen respecto de su peso es importante para entender su conducta posterior. Es lógico pensar a priori que ante niveles de satisfacción altos, el individuo aun teniendo sobrepeso u obesidad, no llevará a cabo un cambio de comportamiento por no sentir ninguna necesidad o “amenaza” en su Salud.

- Identificación de las **variables influyentes en la decisión de compra** de un producto OTC para la pérdida de peso:
  - o Elementos que influyen en la decisión de compra. Basándonos en el Modelo de Creencias de Salud analizaremos el papel de cada una de las seis dimensiones que componen dicho modelo desarrollado por Rosenstock en la década de 1950 y que ha sido utilizado en múltiples investigaciones (Kim, 2012; Park, 2011; Sullivan, 2008; Daddario, 2007; Nejad, 2005; Ali, 2002; Kang, 1998; O’Connel, 1995)
    - Susceptibilidad percibida, entendida como la creencia de los individuos de ser vulnerables a tener una determinada enfermedad o síntomas.
    - Severidad percibida, que se refiere a la gravedad de contraer una enfermedad o las consecuencias que puede tener no llevar a cabo un comportamiento saludable.
    - Beneficios percibidos en el cambio de comportamiento, explicada por la creencia del individuo en que la acción que va a tomar tendrá un resultado positivo.
    - Barreras percibidas en la compra de un producto o en la decisión de llevar a cabo un comportamiento saludable. Son barreras que las levantará el individuo durante el proceso de decisión de compra.

- Claves para la acción, entendidas como las variables que influyen en su conjunto a tomar una acción y que son externas al individuo (consejo médico, influencia del farmacéutico, comunicación, experiencias anteriores, etc.)
- Autoeficacia o capacidad que tiene cada individuo para alcanzar un determinado fin, en este caso, perder peso.

El objetivo es entender hasta qué punto estas dimensiones influyen en la intención de compra de un producto sin prescripción médica y una sintomatología basada en un problema de sobrepeso percibido.

– Explicación del rol que ejerce el **Word of Mouth** en todo este proceso de cambio de comportamiento y compra. Word of Mouth es definido como las opiniones informales transmitidas entre consumidores (East, 2008):

- Influencia del Word of Mouth en términos positivos y/o negativos en cuanto a:
  - Volumen de mensajes recibidos en un período de tiempo determinado.
  - Origen de los mensajes: sujeto pasivo o activo, es decir, individuo que busca y pregunta por estos mensajes o aquel que es receptor del Word of Mouth sin requerir dicha información.
  - Proximidad del emisor: grado de cercanía con el sujeto emisor: conocidos, amistades y/o familia próxima o finalmente amistades y familia cercana y con mayor nivel de implicación.
  - Contenido que se comunica a través de estas opiniones o mensajes.
  - Grado de credibilidad atribuido a las opiniones positivas.

De acuerdo a estos objetivos, separamos dos niveles de Word of Mouth que pensamos pueden tener diferente nivel de implicación en el análisis del Modelo de Creencias de Salud.

La distinción entre los mensajes positivos y negativos ha sido estudiada por diferentes autores (Sweeny, 2012; Kim, 2012; East, 2008; Gildin, 2003). Los objetivos a cubrir en esta tesis se centra en determinar cómo influye la valencia del Word of Mouth (positiva o negativa), o cada una de las variables que lo componen: contenido, volumen, etc., en la intención de compra de un fármaco OTC para la pérdida de peso.

## **4. Análisis del mercado farmacéutico español**

#### 4. Análisis del mercado farmacéutico español

El interés que despierta el mercado farmacéutico en esta tesis se fundamenta en estudiar un mercado de consumo donde nos encontramos con un comprador que toma decisiones en la farmacia sobre el fármaco o producto que va a comprar y por tanto, donde las variables de marketing pueden ejercer el rol de influenciadores en dicha decisión de compra.

En la introducción de este documento, hemos puesto de manifiesto un cambio de tendencia histórica, generada básicamente por medidas gubernamentales o noticias del exterior que conducen a cambios en el consumidor o descenso del consumo en medicamentos que dejan de estar financiados y el individuo debe pagar la cantidad íntegra.

En definitiva, el mercado farmacéutico español presenta una serie de características que le hacen especialmente interesante para el análisis del consumidor: sus actitudes y motivaciones así como la influencia que pueden tener las variables de marketing en la decisión de compra.

Recordemos que el mercado farmacéutico es clasificado por una serie de elementos, pero donde la principal segmentación se produce entre medicamentos éticos (necesidad de prescripción médica o receta para ser comprado en la Farmacia) frente a los fármacos over the counter - OTC, donde no es necesaria dicha prescripción para poder ser comprada libremente en la Farmacia.

La diferencia básica que además existe entre ambos tipos de fármacos conduce a la siguiente caracterización:

- **Medicamentos éticos (Rx):** son aquellos que requieren de una receta médica para ser dispensados en la farmacia. Esto quiere decir que la decisión del consumidor es limitada porque necesita prescripción.

Dentro de este grupo de medicamentos nos encontramos con la mayor parte de grupos terapéuticos de la farmacia, que están indicados para síntomas severos. También abarca fármacos leves como puede ser un Ibuprofeno de dosis superior a los 600 mg.

Estos medicamentos pueden estar financiados por el Sistema Sanitario Español en dos niveles:

- Copago sanitario en todos los grupos de edad, incluidos los mayores de 65 años.
- Desfinanciación de fármacos, que supone el pago por parte del consumidor final de la cantidad íntegra del medicamento, como ya hemos indicado en el apartado anterior.

Son medicamentos que no pueden ser publicitados en medios convencionales, es decir, la marca comercial no puede ser objeto de una publicidad dirigida al consumidor. En este sentido, los medios de información de estos medicamentos se centran en el propio médico prescriptor, campañas institucionales, en el paciente o consumidor que busca información en otros medios, etc.

Como indicábamos al comienzo de este apartado, a día de hoy los medicamentos éticos siguen concentrando en torno al 80% de la facturación del canal farmacéutico, pero no son los medicamentos que hacen crecer el sector.

- **Medicamentos OTC o de venta libre:** la compra se produce en la farmacia sin necesidad de prescripción médica y por tanto, el consumidor toma la decisión de adquirir el producto y la marca. Esta clasificación incluye:
  - Los medicamentos no sujetos a prescripción médica y no reembolsados (medicamentos de autocuidado).
  - Los productos de cosmética y dermofarmacia (cremas faciales, pastas de dientes, etc.),
  - Los complementos alimenticios (productos que complementan la dieta diaria en personas sanas en determinadas situaciones), las plantas de uso alimentario (infusiones).
  - Los productos sanitarios de autocuidado (tiritas, medias de compresión, termómetros, etc.).
  - Los productos para la higiene y salud (biberones, puericultura, postparto, etc.).

El concepto OTC está vinculado a dos elementos: la tipología del producto (no necesitan de una prescripción médica para su dispensación y no están reembolsados) y el canal de venta. En España los OTCs solo se comercializan en la oficina de farmacia aunque en otros países europeos se abre también a parafarmacias, corners de supermercados y droguerías en el caso de los medicamentos sin receta.

Dentro de estos medicamentos no sujetos a prescripción médica, las EFP's (Especialidad Farmacéutica Publicitaria) son aquellos en los que se permite la publicidad en medios convencionales. Esto sucede desde 1985 cuando la FDA levantó su prohibición, dando origen a la estrategia *DTC (Direct to Consumer)*. La finalidad de esta publicidad se basa en informar al paciente –consumidor potencial– y provocar una conversación posterior con el médico o el farmacéutico.

Para que un medicamento pueda ser publicitado, han de producirse los siguientes requisitos<sup>3</sup>:

- Que no se financien con fondos públicos.
- Que por su composición y objetivo estén destinados y concebidos para su utilización sin la intervención de un médico que realice el diagnóstico, la prescripción o el seguimiento del tratamiento.
- No contengan en su composición sustancias psicotrópicas ni estupefacientes.

Teniendo en cuenta esta clasificación del sector, a continuación presentamos brevemente algunas cifras para contextualizar el mercado farmacéutico en España.

Haciendo un breve análisis de los últimos años y poniendo cifras de este sector, el primer dato significativo es que 2011 se convierte en el año en que por primera vez se produce un descenso del mercado farmacéutico en valor (-4%), aunque todavía no en volumen<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Fuente: Asociación Española del Medicamento.

<sup>4</sup> Fuente: Nielsen Scan\*Pharma TAM 2011.

En 2012, el mercado farmacéutico se cuantificaba en 16.131 millones de euros, lo que suponía un descenso del 5,8% en valor y por primera vez también un descenso del mercado en volumen con el-1,7% respecto a 2011. Es decir, se reducía el consumo en el canal de Farmacia.

En este año 2012, el 81,2% de las ventas en Farmacias y Parafarmacias corresponde a los Medicamentos, cuyo mercado en volumen descendió el -1,8% y el valor del mercado bajó un -7,2% respecto al 2011 (*generado fundamentalmente por la reducción de precios indicada por el RDL*)<sup>5</sup>.

Si damos el salto a 2015, el mercado en farmacia crece un 4,5% en unidades y un 1,9% en valor en febrero de 2015<sup>6</sup> respecto al mismo período del año anterior. El segmento de cuidado de la salud, donde se integran los productos OTC, crece en este mismo mes un 5,3% en unidades y valores. El mercado de prescripción también tiene crecimientos en este periodo, 4,3% en unidades y 0,9% en valor.

En definitiva, y en el momento actual, el mercado farmacéutico está experimentando cierta recuperación tanto en unidades consumidas como en facturación.

---

<sup>5</sup> Fuente: Nielsen Scan\*Pharma TAM 2011.

<sup>6</sup> Fuente: IMS Health. Evolución del mercado de la farmacia española. Marzo 2015.

#### **4.1. Análisis de los medicamentos OTC – productos para adelgazar.**

Tal y como hemos indicado anteriormente, el segmento de cuidado personal experimenta crecimientos en el último año y concretamente, el segmento OTC crece en el último trimestre un 12,1% a nivel nacional, aunque este crecimiento no es homogéneo entre las CC.AA.

El mercado OTC cobra especial relevancia en el momento en que los principales medicamentos y marcas comerciales vendidas en España se concentran en este sector.

A lo largo de 2014, los productos más vendidos en la farmacia estaban indicados para combatir la depresión, reducir el colesterol y bajar la tensión arterial, hacer frente al dolor, la gripe y los resfriados, y artículos absorbentes diseñados para la incontinencia urinaria<sup>7</sup>.

Tres de los productos más vendidos tratan la gripe y los resfriados, encabezados por Frenadol Complex, de McNeil Ibérica, que vendió 4,64 millones de unidades, y Fluimucil, de Zambon. En el caso del antiácido Almax de Almirall fueron 4,49 millones de unidades. Por ingresos, los tres superventas fueron los absorbentes para la incontinencia urinaria. Laboratorios Indas tienen la referencia más vendida, Incopack, con 2,81 millones de unidades, más del doble que su siguiente competidor, fabricado por Ausonia, que coloca otro de sus productos entre los diez primeros.

Además de estos medicamentos que tratan un dolor o síntoma determinado, también nos encontramos con otros productos como los clasificados en la nomenclatura de nutrición o incluso en otros registros médicos, pero que en cualquier caso no requieren de receta médica.

Concretamente hacemos referencia a los **productos para adelgazar**, algunos de los cuales son incluidos en la categoría de *food suplement* y que son de venta libre en Farmacia.

---

<sup>7</sup> Fuente: Expansión. 27.01.2015

Precisamente son estos productos los que van a ser objeto de estudio de esta tesis por los siguientes **motivos**:

- Tratarse de productos de venta en farmacia pero de **libre elección** para el consumidor, siendo por tanto el consumidor final quien toma la decisión de compra. La mayor parte de estas marcas están incluidas en el registro de OTC y más concretamente EFP's, donde la publicidad al consumidor está permitida.

Tan solo dos marcas (Reductil y Xenical) están incluidas en la categoría de medicamento ético y por tanto de dispensación bajo prescripción médica.

- Son productos que no tratan un dolor que podría suponer una compra inmediata sino que requieren de ciertos **cambios de hábitos de comportamiento** acompañados de dietas de alimentación, realización de ejercicio físico, etc.

Es decir, son productos que requieren de un ejercicio de reflexión por parte del consumidor, asumiendo un cambio de actitud y en algunos casos realizar comportamientos preventivos para momentos estacionales como verano o Navidad.

Esto pone de manifiesto la necesidad de estudiar no solo las variables de marketing que puedan influir en la compra de un producto sino también en modelos de comportamiento hacia la salud como explicaremos en el capítulo de marco teórico.

- Es un mercado versátil donde las **innovaciones** son constantes, hasta el punto que una marca determinada del segmento OTC ha llegado a ser la más vendida en España durante su primer año de lanzamiento como es el caso de Alli.

Esto implica que conocer al consumidor y los factores que influyen en la compra es clave para que las empresas que comercializan estos productos sean capaces de desarrollar sus acciones de marketing y comunicación siguiendo estos parámetros.

Profundizando en el **mercado de adelgazantes** y a fin de clarificar y contextualizar la tesis presentada en estas páginas, brevemente exponemos algunas de sus **características**:

- Es un mercado susceptible de cambios, **innovador** y **dinámico** donde nuevos productos, composición y variedades son lanzadas al mercado cada año, cambiando la tendencia del mercado. Algunos ejemplos pueden ser la dieta Dukan basada en un alto contenido de proteína, productos cuya composición natural es importante y elevan el beneficio del producto en la pérdida de peso (alcachofa, avena, etc.)
- Existencia de marcas que consiguen situarse en el **top de ventas** en el contexto de marcas OTC. Tal es el caso de Alli, un producto que lanzó GlaxoSmithKline (GSK) para perder peso y que, en sólo un año y medio, se convirtió en el medicamento sin receta más vendido en España.

Tabla 1: Medicamentos más vendidos en España en 2010.

Cifras en miles de euros			Cifras en miles de euros		
	Ventas 2010	Evolución (%)		Ventas 2010	Evolución (%)
<b>Con prescripción médica</b>			<b>Sin receta</b>		
Colesterol	618.158	-12,9	Alli	18.502	21,9
Antidepresivos	475.726	0,9	Frenadol Complex	14.419	23,1
Antipsicóticos	468.051	7,1	Dormidina	11.293	11,4
Antiulcerosos	424.427	-0,8	Betadine Dermico	9.109	-0,9
Asma	402.043	1,6	Thrombocid	8.999	-9,4
Cardiovascular I	388.954	12	Couldina	7.386	-10,1
Cardiovascular II	349.305	-5,7	Strepsils	6.231	12,9
Antiepilépticos	335.146	7,2	Aero Red	6.202	6,6
Analgésicos no narcóticos	299.865	-4,5	Aspirina Adultos	5.811	-26,5
Insulinas	283.707	5,7	Lizipaina	5.667	11,1
<b>Total</b>	<b>10.775.509</b>	<b>-0,2</b>	<b>Total</b>	<b>350.337</b>	<b>1</b>

Fuente: IMS

Fuente: Expansión. 25.01.2011 a través de datos publicados por IMS.

Cuantificando el **mercado de adelgazantes**, y según datos proporcionados por Nielsen referenciados a **2013**, nos encontramos con un mercado que supone más de 10 millones de unidades vendidas al año, alcanzando más de 134 millones de euros<sup>8</sup>.

Teniendo en cuenta estas cifras, el precio promedio de estos productos se sitúa en los 13€ si bien las diferencias entre marcas y variedades es muy amplia, oscilando desde los 8€ hasta los 35€ o incluso superior.

El ranking de marcas en unidades vendidas se compone de la siguiente forma:

- Bimanan
- Siken
- Manasul
- Arkocápsulas
- TCuida
- Lipograsil
- Optifast
- XLS
- Alli
- Turboslim
- Enerzona
- Redugras
- Kot
- Inneov

Además de estas marcas, existen otras como Reductil o Xenical que son de prescripción y por tanto, excluidos del marco de este proyecto de tesis, como hemos indicado anteriormente.

---

<sup>8</sup> Fuente: Nielsen Scan\*Pharma. TAM 2013, Semana 32.

Profundizando en el mercado objeto de estudio, y para una mejor comprensión, exponemos brevemente alguna de las características de estas marcas:

- **Bimanan:** concentraba en 2013 en torno al 15% del mercado en unidades y el 7,7% en valor. Experimentaba crecimiento positivo en ambos indicadores y se mantenía en primera posición del ranking de ventas en dicho período. Su portfolio de producto se concentra básicamente en:
  - Bimanan Pro: línea de productos hiperproteicos.
  - Productos sustitutivos y entre horas: batidos, barritas e incluso alimentación elaborada enriquecidos con vitaminas minerales, indicados para el momento del picoteo.
  - Complementos, basado en una línea de quemagrasa elaborada a base de 4 plantas como guaraná, cacao, salvia y ulmaria.
  
- **Lipograsil:** marca que lleva en el mercado más de 50 años pero que ha experimentado en los últimos años una renovación de su línea. Por una parte, comercializa su producto clásico, dirigido a la pérdida de peso pero también con un beneficio laxante y cuyo precio es inferior a 10€

Pero por otra parte, en los últimos años ha lanzado al mercado una nueva línea de productos para la pérdida de peso, integrados dentro de la categoría de *food supplements* y cuyo precio ya oscila entre los 15€- 40€ dependiendo de la referencia y su beneficio.

Estas últimas referencias que integran la gama de Lipograsil se dirigen a diferentes tipos de consumidor dependiendo de sus necesidades para la pérdida de peso: drenante, quemagrasas, gestor de carbohidratos, etc.

- **XLS Medical:** bajo el claim de *“pierde hasta 3 veces más que con una dieta sola”*, esta marca consiguió posicionarse en los primeros puestos del ranking de ventas en su primer año de lanzamiento.  
Su producto estrella se convierte en el primer producto que reduce la ingesta de calorías de los nutrientes principales, bloqueando la conversión en calorías de azúcares, grasas y carbohidratos.
- **Arkocápsulas:** marca elaborada exclusivamente por plantas medicinales y que ha ido liderando las tendencias o modas en cuanto a su consumo. Conocida la dieta de la alcachofa hace un par de años, hasta la evolución de chitosán, una sustancia natural, conocida por su efecto fibra o las dietas diuréticas que favorecen la circulación.
- **Alli:** la diferencia con los productos anteriores es que no está incluido en la clasificación de *food supplement* sino que es un medicamento. Concretamente, una de las líneas de comunicación utilizadas por la marca consiste en realzar este mensaje como valor de calidad, garantía de salud, siendo además de los primeros que se introdujeron al mercado OTC: *“el primer medicamento para perder peso de venta sin receta autorizado por la Unión Europea”*.

Su principal beneficio está indicado en la pérdida de grasa, utilizando como promesa al consumidor, la garantía de perder el doble de peso que siguiendo una dieta de forma exclusiva.

La línea de comunicación utilizada por esta marca supuso un giro a la utilizada tradicionalmente, donde ya no aparecen mujeres famosas y además, la mujer protagonista presenta una figura gruesa aunque saludable.

Como hemos indicado anteriormente, esta marca se convirtió en la referencia más vendida en 2010 dentro del mercado OTC. Durante los siguientes años, experimentó ciertos problemas de suministro, junto con el lanzamiento continuo de otras marcas competidoras, haciendo que Alli perdiera su posicionamiento en dicho ranking.

Todas las marcas que acabamos de presentar tienen en común ser productos que suponen un tratamiento mínimo de 1 mes, en la mayoría de los casos para pérdidas de peso que no son consideradas excesivas – no más de 15 kilos. Su presentación terapéutica es cápsulas o sobres para consumir varias veces al día.

La **línea de comunicación** que han experimentado estas marcas se soportan en la ayuda de este producto para perder peso junto con la combinación de una dieta equilibrada y la realización de actividad física o ejercicio.

El apoyo de personajes famosos o populares es habitual en su comunicación como ejemplo del éxito alcanzado con el consumo de este producto: Rocío Carrasco con Arkocápsulas y la línea de alcachofa, Rosa con XLS o telepromoción en programas de máxima audiencia como Sálvame y la marca Obegrass.

Además de esta comunicación en medios convencionales, prácticamente todas las marcas cuentan con **Website** completas y muy dirigidas al consumidor final (mayoritariamente mujeres), con amplio contenido de consejos nutricionales, dietas e incluso la figura de un nutricionista para resolver cualquier tipo de duda o soporte informativo que otorga más valor al producto.

#### 4.2. El sobrepeso y la obesidad.

Para finalizar este capítulo relativo al mercado farmacéutico, presentamos brevemente algunos temas relativos al problema objeto de estudio: el sobrepeso y obesidad.

En primer lugar, y de acuerdo a las cifras publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (Encuesta de Salud, 2010), el 50% de la población española tiene sobrepeso, aunque el nivel de percepción que declaran los ciudadanos no siempre coincide con esta realidad.

El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre la masa y la talla de un individuo ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet.

El índice de masa muscular es el utilizado para identificar la situación de cada individuo con respecto a su peso y altura. La fórmula es la siguiente:

$$\text{Índice de Masa Muscular: } \text{Peso (en Kg)} / \text{Altura (en metros)}^2$$

El resultado de esta fórmula se enmarca en la siguiente escala:

IMC	Clasificación
<18,5	Peso insuficiente
18,5-24,9	Normopeso
25-26,9	Sobrepeso grado I
27-29,9	Sobrepeso grado II (preobesidad)
30-34,9	Obesidad de tipo I
35-39,9	Obesidad de tipo II
40-49,9	Obesidad de tipo III (mórbida)
>50	Obesidad de tipo IV (extrema)

El valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo. En adultos (mayores de 18 años) estos valores son independientes de la edad, sea hombre o mujer. También depende de otros factores, como las proporciones de tejidos muscular y adiposo.

En el caso de los adultos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud.

En 2011, España ocupa un lugar intermedio en el conjunto de la UE (17%), en la que países como Reino Unido, Luxemburgo e Irlanda presentan porcentajes de obesidad respectivamente del 24,8%, 23,5% y 23% en la población mayor de 15 años. En el otro extremo, se encuentran Rumanía, Italia, Suecia, Países Bajos y Bulgaria donde la obesidad se mantiene por debajo del 12%.<sup>9</sup> Se considera obesidad cuando el índice de masa corporal (IMC) es mayor de 30.

En definitiva, el sobrepeso es un problema en España, pero no sólo como enfermedad sino también respecto del sobrepeso percibido, así como el nivel de satisfacción que los españoles declaran sobre esta percepción.

---

<sup>9</sup> Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013. Página 38 – 39.

## 5. Marco teórico

## 5. Marco teórico

A continuación, expondremos el marco teórico que soporta todo el contenido y los ejes de investigación de la presente Tesis Doctoral.

Profundizaremos en el análisis de las principales corrientes teóricas que giran en torno al cuidado de la salud, y concretamente la prevención o recuperación de síntomas donde todos los medicamentos objeto de este proyecto convergen.

Por último, presentaremos el modelo que soporta esta tesis junto con la exposición de las hipótesis.

### *5.1. El Modelo de Creencias de Salud y su aplicación en la conducta de compra.*

Después de la exposición realizada hasta este momento, reiteramos la existencia de medicamentos que dejan al individuo como último decisor de la compra. En la base, se presentan las creencias y actitudes que anteceden las decisiones del individuo.

Después de una primera revisión del análisis de conductas y comportamientos de los individuos hacia la toma de decisiones en el plano de la salud, encontramos algunos artículos de relevancia por su vinculación al comportamiento de los individuos hacia las enfermedades:

- Teoría de la motivación, estudiada por diferentes autores (Maslow, 1943; Lepper, 1983; Deci y Ryan, 1985; Feldman, 1994) y que aplicada al comportamiento preventivo de la salud se basa en que la motivación es uno de los elementos que contribuyen al éxito o fracaso de los programas preventivos.
- Modelo de creencias de la salud, que se ha tomado como base en esta Tesis Doctoral, desarrollado en la década de 1950 por los psicólogos Hochbaum, Kegeles, Leventhal y Rosenstock.
- Teoría de la autoeficacia, diseñada por Bandura (1977) y que se complementa con el modelo anterior.

Son notables las referencias al Modelo de Creencias de Salud que surge a finales de la década de los 50 propuesto por los psicólogos Hochbaum, Kegeles, Leventhal y Rosenstock y en el intento de explicar el corto éxito que tenían los programas de servicios de salud de Estados Unidos.

Este modelo se recoge en la literatura como uno de los que han explicado con mayor éxito el comportamiento de la población ante determinadas enfermedades, entre ellas la poliomielitis o el sida, pero que también ha servido de base teórica en múltiples investigaciones dirigidas al ámbito de los trastornos cardíacos o alimentarios, cánceres, consumo de tabaco, etc.

El origen del Modelo de Creencias de Salud se encuentra en la intención de explicar la acción humana a partir de teorías psicológicas y de motivación. Concretamente, los autores partían de la asunción de que el valor es individual y persigue un fin, estimando una probabilidad para que el individuo actúe y alcance este fin.

El enfoque inicial del Modelo de Creencias de Salud se acerca a la psicología social y más concretamente a nivel educativo, en su intento de analizar por qué las personas no llevan a cabo comportamientos positivos para prevenir enfermedades, tales como las revisiones anuales o las pruebas de diagnóstico en población de riesgo.

Maiman y Becker (1974) consideran que en el estudio del comportamiento hacia la salud, cada individuo:

- Desea evitar una enfermedad o si está enfermo, recuperarse.
- Cree que una acción específica puede prevenir dicha enfermedad.

En definitiva, este modelo pone de manifiesto la necesidad de que un individuo tome conciencia de cierta vulnerabilidad y/o percepción de gravedad para poder cambiar su conducta e iniciar un camino hacia la prevención de la enfermedad o su recuperación

Es en los años 70's cuando el Modelo de Creencias de Salud comienza a ser implantado en programas de educación de la salud y respaldar investigaciones e intervenciones en salud.

Desde el siglo XX, y gracias al descenso de enfermedades infecciosas, el interés por el Modelo de Creencias de Salud se centra en el aumento de enfermedades crónicas así como en la introducción de hábitos poco saludables en términos de alimentación, alcohol o tabaco.

El objetivo es entender la conducta de los individuos y concretamente los motivos por los que no llevan a cabo comportamientos favorables para la Salud que permitirían una mejora calidad de vida y prolongar la esperanza de vida.

### ***5.2. Constructos que forman el Modelo de Creencias de Salud.***

A continuación, vamos a exponer la definición y función de los cuatro constructos que componen principalmente el Modelo de creencias de salud y que posteriormente fue ampliado con dos dimensiones adicionales: claves para la acción y autoeficacia.

En este capítulo vamos a hacer una exposición de diferentes investigaciones que han tomado el Modelo de Creencias de Salud como base para sus conclusiones. En primer lugar, profundizaremos en los estudios que se han centrado en la misma temática que la presente tesis, basada en la pérdida de peso o en la obesidad.

Seguiremos con otras patologías, buscando la mayor relación con una sintomatología que requiere de un cambio de conducta por parte del individuo además del consumo de un fármaco o producto que facilite alcanzar su fin. Tales ejemplos se centran en la prevención del cáncer de mama, próstata, vacunación, alcoholismo, etc.

#### **Dimensiones del modelo:**

Para explicar el comportamiento hacia el cuidado de la salud, el modelo se sustenta en cuatro dimensiones, que se basan en que un individuo debe pensar que es susceptible de sufrir una enfermedad; que dicha enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida y que tomar una acción puede ser beneficioso al reducir los efectos negativos o barreras que dificultan la decisión.

Describimos a continuación cada una de estas cuatro dimensiones.

### ***Susceptibilidad percibida***

Se centra en la creencia de los individuos de tener una determinada enfermedad y que obviamente variará desde aquellos que se sienten población de riesgo pero que ellos no lo padecerán, a aquellos que admitan esta posibilidad como real o aquellos que utilizan otros fundamentos estadísticos para determinar la probabilidad que este suceso ocurra o no (Janz y Becker, 1984; Rosenstock, 1974).

Es por tanto una dimensión subjetiva donde las experiencias previas que el individuo haya podido vivir o su forma de enfrentarse ante la salud y las enfermedades, marcará el punto de arranque en el cambio de actitud hacia la prevención de enfermedades.

A medida que el riesgo percibido sea mayor, también lo será la probabilidad de llevar a cabo un comportamiento que minimice ese riesgo. Por ejemplo, los hombres homosexuales usarán preservativo con la intención de reducir la susceptibilidad de ser infectado por VIH (Belcher, 2005). La susceptibilidad de contraer la gripe también motiva a las personas a vacunarse frente a esta enfermedad (Chen, 2007).

No obstante, esta susceptibilidad no siempre tiene por qué estar asociada a dicho cambio de comportamiento, y por tanto los individuos a pesar de ser conscientes de un riesgo, no llevan a cabo un comportamiento preventivo.

Por ejemplo, las personas que siguen tomando el sol sin crema protectora solar a pesar de ser conscientes del riesgo de tener cáncer de piel (Lamanna, 2004); o los jóvenes pueden creer que un determinado problema de salud es importante, pueden pensar que si toman alguna acción preventiva, los beneficios serán mayores que las barreras, pero lo que ocurre es que no se sienten vulnerables a tener dicha enfermedad (Arrivillaga et al., 2003).

### ***Severidad percibida***

Se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad y que conduce consecuencias tanto médico-clínicas (donde entra en juego el dolor y el miedo), así como sociales (discapacidad, influencia en las actividades diarias, etc.), mentales, económicas, etc. (Janz y Becker, 1984).

Además, es la percepción del individuo sobre las consecuencias que puede tener no llevar a cabo un comportamiento saludable y dependerá de su percepción acerca de dicha enfermedad. Por ejemplo, la gripe puede resultar leve para muchos individuos, pero si además se padece asma o incluso es un trabajador autónomo, percibirá más riesgos por contraer dicha enfermedad y con mayor severidad (Jones y Barlett, 2010).

Es una dimensión que tendrá relevancia una vez que el individuo sea consciente de la vulnerabilidad o susceptibilidad que este suceso le ocurra personalmente. Es decir, tomará consciencia de su grado de probabilidad de contraer una enfermedad o estado de salud desfavorable, y a continuación comenzará a evaluar el nivel de gravedad que conduce cada uno de estas dos posibilidades.

Algunos autores (Moreno y Gil, 2003) sostienen que la severidad tiene bajo impacto en la predicción de cambio de comportamiento debido a no tomar conciencia de la dimensión anterior o incluso no tener experiencias previas.

En el caso del sobrepeso y la obesidad, esta dimensión ha sido estudiada (Park, 2011) desde la dificultad para ponerse determinada ropa de vestir, tener problemas de salud que generen un sobrepeso o simplemente experimentar un momento personal que hace descontrolar el peso habitual.

### ***Susceptibilidad + Severidad: amenaza percibida***

Es lógico pensar que cuando alguien percibe que tiene algún riesgo de sufrir algún problema de salud, entonces llevará un comportamiento preventivo o cambiará su actitud. Pero lo interesante, es que esto mismo puede ocurrir en sentido contrario, es decir, cuando una persona piensa que no tiene ningún riesgo, entonces lleva a cabo comportamientos que no son saludables.

Este comportamiento se ha visto reflejado en diversas enfermedades como el VIH donde las personas adultas que no sienten el riesgo de ser contagiados, no siempre llevan a cabo las medidas de protección necesarias (Rose, 1995; Maesy Luis, 1993).

Cuando la susceptibilidad percibida se combina con la severidad percibida, surge la **amenaza percibida** (Strecher y Rosenstock, 1997), que es utilizada por algunos autores como un constructo en sí mismo (Romano, 2014; Park, 2011). Aunque no exista un riesgo a contraer una enfermedad severa, la amenaza o el miedo percibido puede generar un cambio de comportamiento. Por ejemplo, cuando las mujeres creen que pueden ser susceptibles de sufrir un cáncer de mama y creen que esta enfermedad es grave, se sentirán motivadas para llevar a cabo una acción que evite la amenaza percibida (Norman y Brain, 1996).

En el estudio del comportamiento para evitar sobrepeso u obesidad, la amenaza percibida ha sido una dimensión que cubría creencias tales como pensar que la obesidad puede causar enfermedades graves, que la obesidad es la causa de estas enfermedades, que la obesidad afecta en la actividad diaria, etc. (Park, 2011)

### ***Beneficios percibidos***

Se constituye como la tercera dimensión y centrada en la creencia del individuo en que la acción tomada deberá tener unos beneficios que mermen las dimensiones anteriores. Es decir, si un individuo decide actuar con un comportamiento preventivo, como una modificación en la dieta alimentaria para evitar un problema de sobrepeso, el beneficio percibido deberá ser suficiente como para compensar el esfuerzo dedicado.

Esta dimensión adquiere especial importancia para las pruebas de diagnóstico como han sido estudiadas para la prevención del cáncer de colon o del cáncer de mama. Aquellas personas que creen que la colonoscopia tiene mayor beneficio que las barreras que se levantan en cuanto a la dieta que deben hacer previa a la prueba, la necesidad de anestesia, etc., serán las que muestren mayor probabilidad de llevar a cabo las pruebas de diagnóstico (Frank y Swedmark, 2004).

De igual manera, aquellas mujeres que creen que hacerse las pruebas de auto-diagnóstico o las realizadas por médicos como las mamografías es beneficioso para

evitar la enfermedad, serán aquellas que formen parte de los programas de prevención (Graham, 2002).

En el plano de la prevención de la obesidad y el sobrepeso, los beneficios percibidos de perder peso incluyen la reducción de los riesgos en la salud o mejorar la apariencia física (James et al., 2012).

### ***Barreras percibidas***

Se convierten en la cuarta dimensión y que se levantarán ante la acción del individuo en el transcurso de la misma. Como en la dimensión anterior, ésta hace referencia a las barreras que el propio individuo levanta para no llevar a cabo un comportamiento. Aplicado en la prevención del cáncer de colon, estas barreras incluyen la ausencia de síntomas, la creencia que la colonoscopia no es agradable, no tener antecedentes familiares de cáncer de colon (James, 2002; Mandelson, 2000).

Las barreras también pueden ser levantadas para llevar un programa de prevención, como puede ser la falta de tiempo, la dificultad para acudir al centro, problemas para gestionar el hogar o el cuidado de los hijos, etc. (Turner, 2009).

En el comportamiento preventivo del sobrepeso, cada individuo puede optar por un cambio de dieta pero se podrán levantar barreras si esta acción genera una situación desagradable (por ejemplo, pasar hambre) o falta de conocimiento de alguna dieta efectiva, dificultad para dejar de comer en ocasiones especiales (Park, 2011) o falta de información, apoyo social o información fiable de las dietas de alimentación (James, 2012).

Janz y Becker, (1984) sostienen que de todas las dimensiones del modelo de creencias de salud, las barreras percibidas son las más significativas en el cambio de comportamiento.

Janz y Becker (1984) presentaron la segunda gran ampliación del modelo, revisando 46 estudios donde los componentes del Modelo de Creencias de Salud no sólo se centraban en comportamientos preventivos sino también en los que transcurren durante la enfermedad, desde el cumplimiento de tratamiento de enfermedades como diabetes o cambio de hábito pautado por el especialista, e incluso con la vacunación.

En este planteamiento, se avanzó para determinar el impacto de todas estas variables y dimensiones del Modelo de Creencias de Salud sobre prescripciones preventivas, donde Janz y Becker (1984) dieron un paso más con el objeto de cuantificar la importancia de cada una de ellas. Para ello, revisaron todos estos estudios, dando como resultado que las barreras percibidas tuvieron el impacto más frecuentemente reportado sobre el comportamiento, seguido por la susceptibilidad y donde en la mayoría de estos estudios, la severidad percibida se posicionaba en último lugar.

Después de esta revisión, Janz y Becker (1984) concluían que las cuatro dimensiones estaban significativamente asociadas con los comportamientos de los individuos hacia la salud. Para determinar el impacto de cada dimensión, calcularon una serie de ratios en base al número total de resultados positivos estadísticamente significantes entre el número total de estudios que valoraron la significación. Los ratios obtenidos para cada dimensión fueron los siguientes:

- Barreras – 0.89
- Susceptibilidad – 0.81
- Beneficios – 0.78
- Severidad – 0.65

Además, este análisis mostraba que solo la mitad de los estudios realizados después de 1974 y revisados habían mostrado niveles significativos en la dimensión de severidad (Aho, 1979; Rundall, 1979; Beck, 1981; King, 1982), si bien es cierto que en los comportamientos preventivos este nivel se esperaba más bajo que cuando se realiza este análisis en sujetos enfermos o que están en riesgo de padecer la enfermedad.

### ***Claves para la acción***

El modelo parte de unas percepciones individuales que conducirán a la acción, tales como el nivel educativo, cultura, experiencias previas, etc., pero también introduce los **componentes modificantes** que pueden hacer cambiar esta conducta y que son externos al individuo como la influencia de la comunicación, etc. (Janz y Becker, 1984; Rosenstock, 1974).

Esta nueva dimensión entendida como modificadora es la denominada como **claves para la acción**, que son los factores que harán que una persona empiece a cambiar su comportamiento para poder alcanzar un determinado fin y moverse a la acción. Estas claves pueden ser tanto internas, como por ejemplo, la existencia de síntomas, o externas como la influencia de otras personas del grupo de pertenencia, medios de comunicación (Graham, 2002) prescripción médica (Ali, 2002), etc.

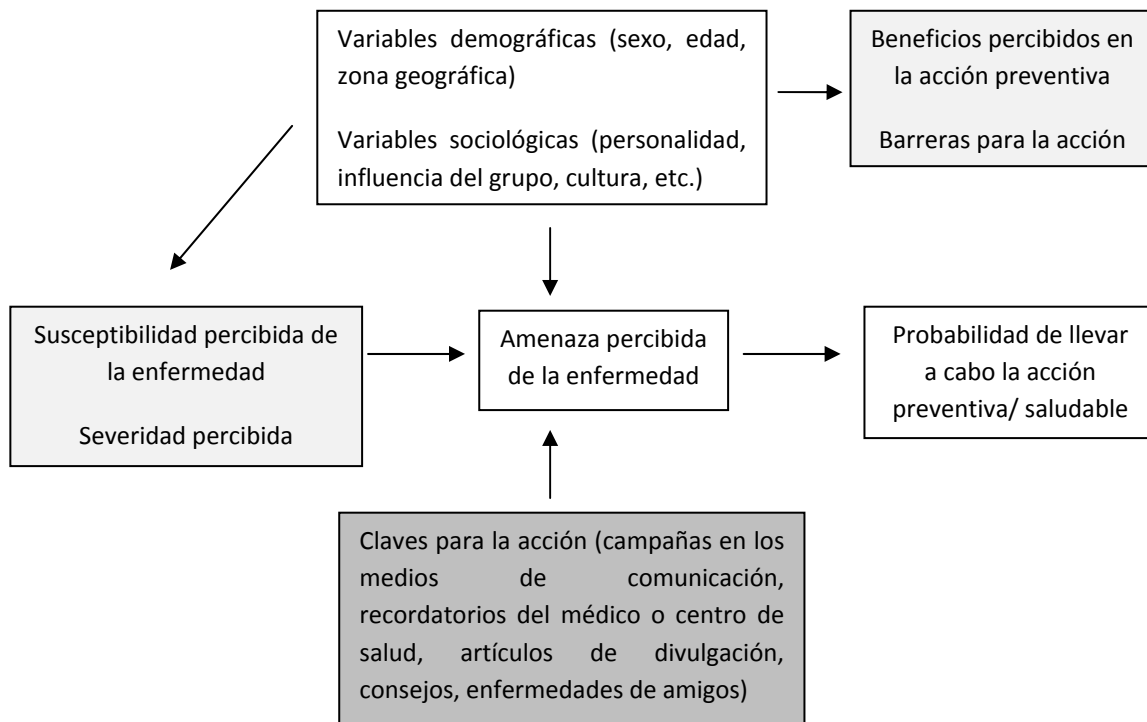
Aplicado al sobrepeso, Tuzova (2009) concluía que el control de la obesidad no solo depende de las percepciones individuales, sino que la presión social también debe ser considerada, y no tanto por los riesgos que la enfermedad tiene para la salud sino por la discriminación y la creación de estereotipos que giran en torno al individuo obeso, tales como ser percibido como vago, incompetente, con falta de autodisciplina, etc.

Hacemos referencia a las experiencias vividas en relación a las dietas, la influencia del entorno social en tomar la decisión de adelgazar, etc. (Park, 2011).

Considerando las cuatro dimensiones que acabamos de exponer del modelo de creencias de salud, junto con la ampliación de los factores modificantes, el modelo de creencias de salud en su origen seguiría el esquema presentado en la figura 1.

El modelo sostiene que la conducta de un individuo está determinada por la amenaza percibida en su salud, es decir, el grado en que esa persona siente que puede ser vulnerable de tener una enfermedad y la severidad de la misma en caso de no llevar una acción saludable. Además, esta amenaza viene determinada por variables individuales como son el sexo, la edad e incluso su personalidad, clase social, influencia del grupo de pertenencia, etc. Pero también por las influencias del exterior como puede ser la recomendación del médico, campañas en medios de comunicación o incluso experiencias de otras personas cercanas.

Por otra parte, este individuo realizará un ejercicio de beneficios-barreras, es decir, determinar en qué medida tomar una acción saludable le reportará beneficios suficientes como para compensar las posibles dificultades que se levanten.

**Figura 1:** El modelo de creencias de salud.

Fuente: Modelo de Creencias de Salud de Becker y Maiman (1975)

### ***Autoeficacia***

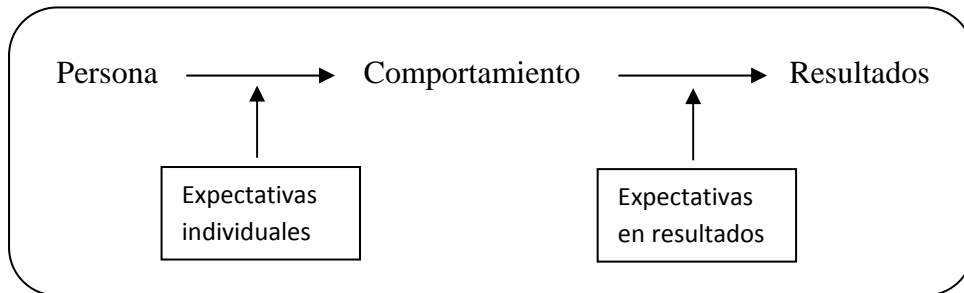
Por último, el Modelo de Creencias de Salud se enriquece con una sexta dimensión que es la denominada como **autoeficacia**, que fue incorporado en el Modelo de Creencias de Salud en 1988 por Bandura y se refiere a la confianza que tiene una persona a cerca de su capacidad para hacer algo. En consecuencia, Bandura relaciona las expectativas que una persona tiene, con el comportamiento que va a llevar a cabo para alcanzar el resultado esperado.

En este sentido, el concepto de autoeficacia hace referencia a la creencia sobre la capacidad de uno mismo para llevar a cabo una determinada acción y en un momento particular, pero no está relacionado con la personalidad, carácter o cualquier otra variable de este tipo.

Es decir, una persona normalmente no piensa hacer algo nuevo si no cree ser capaz de hacerlo. Si este nuevo comportamiento es útil y por tanto tiene un beneficio, lo llevará a cabo. Pero si la persona considera que no es capaz de alcanzarlo, se levantará una barrera y no realizará este comportamiento. No obstante, si esa persona tiene un alto

nivel de autoeficacia, creará que lo puede hacer incluso con las dificultades que se levanten (Bandura, 1994).

Bandura (1988) expresa la función de autoeficacia del siguiente modo:



De acuerdo a este paradigma, el cambio de comportamiento y su mantenimiento es una función de las expectativas en los resultados esperados tras el cambio de comportamiento y las expectativas que cada individuo tiene sobre su capacidad de llevar a cabo dicho cambio. Por ejemplo, Bandura (1988) explica que una persona que quiere dejar de fumar (comportamiento) por razones de salud (expectativas individuales), pensará que dejarlo beneficia su salud (expectativas en resultados) y además que ella es capaz de conseguirlo (eficacia esperada).

Bandura (1977) argumenta que la percepción de autoeficacia influye en todos los aspectos de comportamiento, incluyendo la introducción de nuevas conductas, como sería el caso del aprendizaje en población joven del uso del preservativo o en general de cualquier aprendizaje, pero también de eliminar conductas que no son percibidas como correctas.

Las creencias de autoeficacia afectan a la conducta humana de varias maneras:

- Influye en las elecciones que hacen los individuos y las conductas que realizan para seguirlas.
- Motiva a los individuos a realizar tareas en las cuales se siente competente y confiado, mientras que lo anima a evitar las tareas en las que no se siente de esa manera.
- Determina cuánto esfuerzo desplegarán los individuos para realizar la tarea.

- Predice cuánto tiempo perseverará en su realización, y cómo se recuperará al enfrentarse a situaciones adversas.

De acuerdo con lo anterior, Bandura (1986) sostiene que las creencias que las personas tienen acerca de su autoeficacia es el producto de la interacción de cuatro fuentes principales: las experiencias anteriores; las experiencias vicarias; la persuasión verbal, y los estados fisiológicos.

En este sentido, las experiencias anteriores, sobre todo las de éxito o fracaso, son la fuente primaria de la autoeficacia, de manera que los resultados positivos incrementarán la autoeficacia, mientras que los negativos la mermarán. Una segunda fuente que consideramos relevante aplicada a la Psicología de la Salud se centra en la persuasión social, referida al apoyo a través de referencias del grupo de pertenencia (padres, amigos, incluso medios).

Rosenstock et al. (1986), realizaron una revisión de diferentes investigaciones que habían utilizado el concepto de autoeficacia aplicado en el campo de la salud como tabaquismo, obesidad, consumo de alcohol, realización de ejercicio físico y consumo de conceptivos.

En el caso del consumo de tabaco, Chambliss y Murray (1979) midieron el concepto de autoeficacia a través de un grupo de individuos que se exponían al consumo de un medicamento placebo para dejar de fumar pero sin que ellos supieran esta condición. A la mitad de este grupo se informó posteriormente del consumo de placebo y que el éxito del abandono del consumo de tabaco se basaba únicamente por la capacidad del individuo para dejarlo y la creencia en tal fin.

Pero también se ha aplicado al control del peso, en el momento en que es considerado como una meta a alcanzar y generalmente una de las barreras que se levantan para conseguirlo es la falta de capacidad del individuo para controlar o perder peso, esto es, autoeficacia. Clark et al. (1991), determinaron que la autoeficacia es una variable mediadora para el tratamiento de la obesidad. En su proyecto, la autoeficacia era medida a través de cinco dimensiones: emociones negativas, disponibilidad, presión

social, disconformidad física y actividades positivas, concluyendo que los programas dirigidos al control de la obesidad deberían incluir cada una de estas variables.

Jeffery et al. (1984) evaluaron el concepto de autoeficacia en población con sobrepeso. Esta dimensión era considerada en dos vertientes: por una parte la emocional entendida como la capacidad del individuo para evitar comer en situaciones emocionales y por otra la eficacia situacional que refleja la capacidad del individuo de contenerse en situaciones como visita de amistades, familia o incluso viendo la televisión.

Relacionado también con el proyecto que presentamos en esta tesis, la dimensión de autoeficacia ha sido estudiada en el plano del deporte o desarrollo de actividad física en población, concretamente hombres, que sufrieron infarto de miocardio (Ewart, 1984). La aplicación de esta teoría se incluía en programas de prevención donde los resultados mostraban alta correlación entre niveles altos de autoeficacia y realización de ejercicio físico. Además, los autores concluían que el asesoramiento del médico o la enfermera causaban efectos en los niveles de autoeficacia percibida.

En resumen, la autoeficacia por sí misma es una teoría utilizada en el análisis cambio de comportamientos que requieren de un compromiso por parte de los individuos a lo largo del tiempo (consumo de tabaco, alcohol, control de peso, etc.), siendo absolutamente aplicable al modelo que presentamos en esta tesis.

Concretamente, la autoeficacia es introducida en el Modelo de Creencias de Salud desde el plano de expectativas de resultados. La percepción de ser susceptible ante una determinada enfermedad o síntomas como en este caso sería el sobrepeso, junto con los beneficios de llevar a cabo un determinado comportamiento preventivo, manifiestan una expectativa de perder peso, que en definitiva es el resultado esperado.

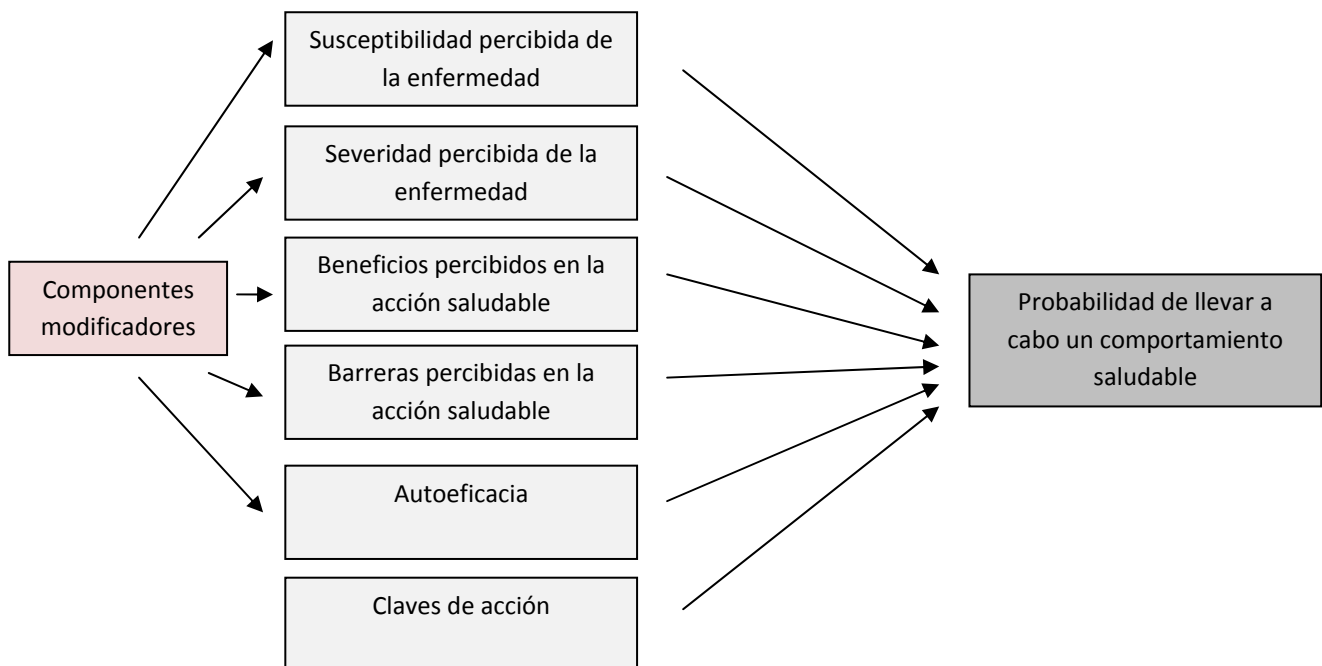
Una de las ventajas que proporciona esta dimensión es precisamente su capacidad de llevar a la práctica los resultados obtenidos y contribuir a las empresas a planificar sus campañas de concienciación y comunicación para que los individuos tomen iniciativa de sus acciones y sientan la capacidad de poder alcanzar un objetivo como es este caso, la pérdida de peso.

De hecho, si analizamos la publicidad que realizan las marcas de productos para la pérdida de peso, la mayoría comunican un mensaje de potenciar la capacidad de cada consumidor en alcanzar este fin, donde los productos ayudan a conseguir esta meta. Es decir, el producto por sí mismo no logra la pérdida de peso esperada, sino que es el propio consumidor quien debe ser capaz de lograrlo con su comportamiento.

Teniendo en cuenta la inclusión de estas nuevas dimensiones, el modelo de creencias de salud se soportaría bajo el siguiente esquema, donde cada dimensión juega un papel lineal respecto de la probabilidad de conducta.

Serían las variables demográficas y psicológicas las que influyen en cada una de las dimensiones del Modelo de Creencias de Salud sin que se presente ninguna variable mediadora de este comportamiento, como así ocurrirá en versiones posteriores.

Figura 2: El Modelo de creencias de salud considerando todas las dimensiones.



Fuente: Ogden, J. (2007).

### ***5.3 Aplicaciones del modelo de creencias de salud: los constructos y su relación.***

Teniendo en cuenta cada una de estas dimensiones o constructos que acabamos de exponer, continuamos con el análisis y aplicaciones que se han realizado siguiendo el modelo de creencias de salud.

En la revisión realizada del Modelo de Creencias de Salud se ha puesto de manifiesto que para comportamientos preventivos de salud, la susceptibilidad percibida, los beneficios y las barreras juegan un papel predictivo en dicho comportamiento.

#### *5.3.1 Aplicación del Modelo de Creencias de Salud en enfermedades graves.*

Comenzamos realizando un análisis de las primeras aplicaciones del modelo de creencias de salud, que por tanto se remonta a un período del que ya no se ha referenciado en esta tesis, pero que ha servido de base para entender este modelo.

Las primeras investigaciones se datan antes de 1974 donde el Modelo de Creencias de Salud estaba integrado por las cuatro primeras dimensiones de susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas.

Entre los inicios de este modelo, Rosenstock et al. (1979) investigan los motivos por los que las personas aceptan o rechazan la **vacunación** frente a la **polio**. El punto de arranque para sus investigaciones se basa en analizar los factores personales que incluyen las motivaciones, actitudes y creencias que conducen a tomar acciones saludables de un modo voluntario.

Tales creencias incluyen la percepción de los individuos de ser población de riesgo de la polio, resultando en sus investigaciones que la mayoría de los individuos sentían que es una enfermedad controlada y que sólo en casos de pandemia es cuando se sentirían susceptibles de sufrir esta enfermedad.

Pero además, el grado de severidad percibida tampoco era alto para los adultos, sino que trasladaban más gravedad para los grupos infantiles.

Los aspectos clave que explican en esta primera investigación se centran también en la relación de los beneficios y las barreras entendidas estas últimas como la percepción de inseguridad e ineffectividad de la vacuna frente a la polio.

Los autores concluyen que todas estas dimensiones tienen un impacto en la intención de vacunación frente a la polio y que son fácilmente aplicables en los programas de educación para la salud.

Además, y ya desde el inicio del modelo, se comienza a debatir sobre la necesidad de considerar otras variables que afectan al comportamiento y que no son individuales sino que vienen del exterior, como por ejemplo la presión social que pueden ejercer grupos a favor o en contra de la vacunación.

No obstante, de las aplicaciones más recurrentes del Modelo de Creencias de Salud es la prevención del **sida** debido a la carencia de tratamientos y fármacos que logren curar la enfermedad, siendo la educación de la salud la única opción preventiva.

Tal es el caso de Soto (1997) que examina el papel del Modelo de Creencias de Salud como herramienta educativa en intervenciones contra el sida y defiende la utilización de teorías cognitivo y sociales en educación de la salud.

Quizá sea uno de los mejores ejemplos en el análisis de cambio de comportamiento, encontrando que los individuos requieren de cierta información para asumir el riesgo o amenaza en la salud y actuar en consecuencia. Por tanto, estos autores se apoyan de la teoría cognitiva como justificación del cambio de comportamiento de los individuos.

Aplicando el Modelo de Creencias de Salud a la prevención del sida, los supuestos serían los siguientes:

- Los individuos deberían creer que el sida es grave
- Que ellos están en riesgo
- Tener indicadores de ese riesgo;

- Conocer los mecanismos de prevención del VIH; estar motivados para hacer los esfuerzos y tener recursos para desarrollar las conductas seguras.

Los resultados mostraban que la población situaba al sida como una enfermedad muy grave, al mismo nivel que el cáncer, pero la susceptibilidad percibida era baja. Es decir, los individuos no tenían conciencia del riesgo que pueden tener de ser contagiados y alejaban la enfermedad de su entorno. Esto ponía de manifiesto una falta de comportamiento preventivo hacia la práctica sexual, aun siendo conscientes de la gravedad de la enfermedad y que los beneficios de una correcta práctica serían más que justificados respecto de su coste o barreras.

Otro aspecto que dificulta la positiva relación de beneficios frente a las barreras es el hecho que las iniciativas preventivas contra el sida no producen resultados que puedan ser visibles por los individuos ni por aquellos que les rodean y forman parte de su grupo social.

Continuando con la aplicación de este modelo y el uso de los constructos en otras sintomatologías o enfermedades graves, las investigaciones giran en torno de la realización de pruebas de diagnóstico precoz de enfermedades como en cáncer de mama o de colon.

La aplicación del Modelo de Creencias de Salud a la prevención del **cáncer de mama** ha sido realizada por diferentes autores. De los más recientes se encuentra el trabajo realizado por Frankenfield (2009) que tenía por objetivo medir la intención de hacerse auto-exploraciones de mama o acudir a un especialista para ello.

En este caso, son utilizadas las seis dimensiones que componen el modelo de creencias de salud, pero tomando como base una investigación realizada en 1984 para analizar el nivel de cumplimiento con la prevención del cáncer de mama.

El análisis que realizan en esta investigación se limita únicamente al nivel descriptivo y correlaciones entre variables que componen cada ítem. La conclusión a la que llegan con esta investigación es que no hay relación entre las dimensiones y el comportamiento preventivo hacia el cáncer de mama.

Siguiendo con otras aplicaciones a enfermedades como el cáncer, Anderson (2008) publica la tesis doctoral utilizando el Modelo de Creencias de Salud para la **prevención del cáncer de próstata y las pruebas de diagnóstico precoz**.

Comenzando con los constructos utilizados para este análisis, de nuevo se vuelven a integrar la susceptibilidad y la severidad en una misma dimensión denominada amenaza percibida. Además, incluye la escala de claves de acción pero excluye los ítems relativos a la capacidad de cada individuo para alcanzar el comportamiento preventivo, esto es, autoeficacia.

La variable dependiente de intención de hacerse chequeos es creada por una serie de preguntas tales como: hacerse un análisis de sangre en los próximos 12 meses, hacer una prueba de próstata y la probabilidad que cree de tener cáncer de próstata en su vida, con opción de respuesta de sí/no. Además, se incluyen factores modificadores como la raza, ingresos, nivel educativo o la edad.

El análisis estadístico se realiza en diferentes pasos, finalizando con un modelo de ecuaciones estructurales (SEM) con variables latentes.

Los resultados muestran que la amenaza percibida es significativa respecto de la intención de tener un comportamiento preventivo del cáncer de próstata. En cambio, ni los beneficios ni las barreras percibidas influyen significativamente en esta intención de prevención.

En cambio, las claves de acción es la dimensión que mayor influencia tiene en la intención de prevención y que además es significativa respecto al constructo de amenaza percibida.

### 5.3.2 Aplicación del Modelo de Creencias de Salud en otras enfermedades: gripe.

Continuando con otras investigaciones que han utilizado el modelo de creencias de salud, Aho (1979) investigó el comportamiento de la población mayor de 60 años respecto de la **gripe estacional**, utilizando 45 ítems donde se incluían las dimensiones indicadas anteriormente.

Las conclusiones obtenidas en esta investigación mostraban diferencias entre los individuos que participan de programas de prevención frente a la gripe del resto de población respecto a la dimensión de susceptibilidad. En cambio, la dimensión de severidad resultaba ser más problemática en el momento en que se incluían ítems relacionados con experiencias previas de gripe estacional y percepción de la gravedad asociada a esta enfermedad y sus síntomas.

Otras investigaciones centradas en la aplicación del Modelo de Creencias de Salud y la **vacunación** ponen de manifiesto la ausencia de significación de la dimensión severidad (Rundall y Wheeler, 1979). Además, los resultados manifiestan un nivel de varianza explicada por el modelo del 34%, concluyendo que el modelo es válido y buena herramienta para ser incluida en los programas de prevención de la salud.

Continuando con la aplicación del Modelo de Creencias de Salud a enfermedades como la gripe, destacamos la realizada por Jones (2014) en relación a la **gripe A**. El objetivo que se persigue con esta investigación es examinar la reacción hacia la vacunación frente a la gripe A, desde el plano de la comunicación, a través de campañas de comunicación en diferentes perfiles de población.

La investigación pone de manifiesto los problemas que el Modelo de Creencias de Salud tiene respecto de su capacidad predictiva así como la función que juega cada una de las dimensiones o constructos que lo componen.

Respecto de los constructos utilizados en esta investigación, se incluyen las seis dimensiones que hemos explicado en líneas anteriores, con la salvedad de agrupar de nuevo la susceptibilidad con la severidad percibida en el concepto de amenaza percibida. Concretamente, debaten sobre la función de la susceptibilidad y la severidad, exponiendo diferentes corrientes hacia la opción de análisis independiente o combinado. En cualquier caso, incluyen una escala de cuatro ítems para medir la amenaza percibida.

Por otra parte, la autoeficacia es analizada a través de un único ítem, que es adaptado desde otras investigaciones centradas en la prevención del cáncer de mama. Los beneficios percibidos son evaluados a través de una escala de cuatro ítems y por último, las barreras incluyen escala de diez ítems.

Además, incluye variables mediadoras con son el nivel educativo, sexo, edad y la historia médica respecto a la gripe. Concretamente, las variables sociodemográficas son tratadas como co-variaciones al comportamiento, mostrando que la variable que más correlaciona con la vacunación frente a la gripe se soporta en la experiencia que cada individuo haya vivido respecto a esta enfermedad.

Las conclusiones revelan que las barreras percibidas son mediadoras del comportamiento y que la autoeficacia puede moderar en las barreras y la amenaza percibida. Por tanto, está en línea con estudios previos que identifican las barreras como el principal predictor del comportamiento (Carpenter, 2010; Janz y Becker, 1984).

### *5.3.3 Aplicación del Modelo de Creencias de Salud en enfermedades crónicas.*

Pero además de la aplicación a enfermedades severas como el cáncer, el Modelo de Creencias de Salud ha sido utilizado para explicar el comportamiento hacia **enfermedades crónicas** que requieren de un cambio de actitud por parte del individuo.

Respecto de la **osteoporosis**, Turner (2004) aplicó el Modelo de Creencias de Salud dentro de un programa de concienciación de esta enfermedad. Estaba dirigido a mujeres para las que supone un cambio en el estilo de vida, tanto en dieta como en la realización de ejercicio físico.

La importancia del uso del Modelo de Creencias de Salud en este trabajo es la inclusión en un programa de prevención, si bien no se llevó a cabo ningún análisis estadístico como los explicados anteriormente.

En este caso, se utilizan las cuatro dimensiones iniciales del Modelo de Creencias de Salud así como la autoeficacia.

Las conclusiones que se tomaron de este proyecto fue que la severidad es importante en el momento en que se percibe que la osteoporosis no es severa y por tanto no se actúa. Por ello, en el programa se explicaban las consecuencias de esta enfermedad, más enfocado en la muerte, fracturas de huesos, etc.

Priyanka D., Rajesh N., Jigar R. (2013), analizaron el comportamiento de las mujeres hacia las pruebas de diagnóstico de la osteoporosis utilizando el modelo de creencias de salud.

Incluyeron las dimensiones de severidad percibida, susceptibilidad percibida y diferentes versiones de los beneficios y barreras percibidas, es decir, los beneficios se centraban en el calcio y las barreras en la falta de calcio y la necesidad de hacer ejercicio. Las escalas eran tipo Likert con cinco puntuaciones, desde el 1 que significa “totalmente desacuerdo” al punto 5 que significa “totalmente de acuerdo”.

Las conclusiones reflejaban la importancia que los beneficios percibidos y las barreras suponen para la intención de llevar a cabo un comportamiento preventivo o prueba de diagnóstico.

Otras aplicaciones del Modelo de Creencias de Salud nos lleva a las creencias referidas al **consumo de alcohol** para jóvenes (Londoño, 2009).

En esta investigación, los autores incluyeron cinco dimensiones del modelo de creencias de salud, junto con las normas subjetivas entendido como la percepción que tiene el sujeto acerca de lo que otros similares esperan que hagan, respecto de la conducta frente a su nivel de motivación para complacerles. En definitiva, se constituye como una medida de la presión social que las personas perciben para emitir una conducta en particular, poniendo de manifiesto la importancia del grupo social en un comportamiento como es el abuso del alcohol entre jóvenes.

Además de la susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios, barreras y claves de acción, se incluían las preguntas relativas al estado de salud percibido.

La investigación fue llevada en 240 estudiantes de universidad privada en primera fase donde se testaron más de 60 ítems integrantes en la escala del modelo de creencias de salud. En la

segunda fase del proyecto, los autores eliminaron hasta cuarenta ítems que no mostraban alta fiabilidad, hasta alcanzar un alpha de Cronbach de 0.87.

La severidad no se constituye como una variable relevante en el modelo, debido a que los jóvenes no sienten esta amenaza, al igual que la susceptibilidad percibida. Los autores sostienen que predecir el consumo de alcohol es complicado ya que depende de multitud de factores, si bien el sistema de creencias que posee el individuo ha sido el que ha logrado tener mayor valor predictivo sobre la ingesta de alcohol.

#### *5.3.4 Aplicación del Modelo de Creencias de Salud en el sobrepeso y la obesidad.*

Tras esta primera exposición, continuamos con investigaciones más recientes y concretamente con uno de los principales artículos que se han tomado como base para la realización de la investigación que presentamos en esta tesis por su vinculación al tema del **sobrepeso y la obesidad**.

En los años 80, O'Connell et al. (1985) aplican el Modelo de Creencias de Salud al campo de la obesidad y el sobrepeso, resultando que los beneficios percibidos son los más importantes para explicar la intención de controlar el peso, siendo predictores significativos del comportamiento para adelgazar o perder peso.

O'Connell et al. (1985) aplicó el Modelo de Creencias de Salud para explicar el comportamiento hacia la dieta y la práctica de ejercicio entre estudiantes obesos y no obesos. Las conclusiones a las que llegaron fue que los beneficios percibidos en llevar a cabo la dieta eran la dimensión más significativa entre el grupo de individuos obesos, mientras que la susceptibilidad percibida entre aquellos que no padecían obesidad. En cambio, ninguna de las dimensiones del Modelo de Creencias de Salud resultaron ser significativas para predecir el comportamiento hacia la práctica de ejercicio entre los adolescentes no obesos.

Posteriormente, Kang et al. (1998) concluyeron además que el grado de insatisfacción con el peso y las experiencias anteriores para controlar la obesidad se convertían en una variable significativa respecto del comportamiento para controlar la obesidad. Su investigación se centró en estudiantes obesos, realizando entrevistas autoadministradas.

Park (2011) publica una investigación cuyo objetivo se centraba en examinar el comportamiento hacia la pérdida de peso e identificar los factores que intervienen dependiendo del nivel de peso percibido por los participantes del estudio: bajo peso, normopeso y sobrepeso. El público al que se dirigía la investigación eran mujeres estudiantes de Corea, seleccionadas en un centro educativo.

En esta investigación no se incluía ninguna otra variable externa como se presenta en nuestro trabajo de Tesis Doctoral, y tampoco se medía la intención de compra de un producto sino la intención de perder peso dependiendo del nivel de peso de cada mujer participante.

Utiliza el Modelo de Creencias de Salud como base teórica donde las seis dimensiones del Modelo de Creencias de Salud son incorporadas en esta investigación, con algunos aspectos a destacar:

- Autoeficacia: constructo que a su vez es dividido en dos escalas:
  - La primera mide el comportamiento hacia la alimentación y se integra por trece ítems, siendo alguno de ellos la percepción de hacer tres comidas de forma habitual a poder dejar de comer cuando se siente el estómago pesado, a pesar que la comida esté deliciosa.
  - La segunda se centra en el comportamiento hacia el ejercicio, construida con nueve ítems, que integran actitudes tales como puedo hacer ejercicio ligero en cualquier momento libre a puedo hacer ejercicio cuando hace frío o puedo subir y bajar las escaleras hasta un quinto piso.
- Susceptibilidad percibida y severidad percibida son agrupadas en el constructo amenaza percibida, escala integrada por once ítems que contempla opciones como si me dejo, seré obeso, si soy obeso, no podré ponerme la ropa que quiero.

Todas las dimensiones del Modelo de Creencias de Salud son incorporadas con escalas tipo Likert con 4 posiciones conforme a las siguientes opciones de respuesta: totalmente desacuerdo (posición 1), desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo (posición 4).

La fiabilidad de cada constructo es alta, con valores de alpha de Cronbach entre 0.761 de amenaza percibida hasta la más alta, obtenida en la dimensión de beneficios con 0.859.

La variable dependiente se construye con la intención de perder peso, en escala de 5 posiciones, donde se incorpora la posición 3 de la escala definida como no sé. El resultado de alpha de Cronbach es de 0.843.

Las principales conclusiones a las que se llega con esta investigación es que el modelo es altamente significativo pero la varianza explicada es pequeña ( $R^2=0,155$ ). Los beneficios y barreras percibidas no son significativos, aunque incrementan a medida que lo hace el peso de la persona entrevistada.

La amenaza percibida, claves de acción y autoeficacia están significativamente asociadas a la intención de perder peso. Claves de acción parece ser la variable más importante entre este grupo de dimensiones, referida a la influencia del entorno social en la decisión de controlar el peso, la actitud del propio individuo para obtener información sobre obesidad e incluso la disposición a tener pareja.

Nejad, Wertheim, Greenwood (2005), hacen una comparación del Modelo de Creencias de Salud frente a la teoría de la Acción Planificada de Azjen (1991). El objetivo se centraba en medir el comportamiento desfavorable hacia la salud en vez de analizar el comportamiento hacia la prevención de la salud y por tanto una actitud favorable.

Para ello, modificaron los ítems que integraban cada dimensión del modelo de creencias de salud. Por ejemplo, la susceptibilidad fue adaptada desde la vulnerabilidad a tener un problema serio de salud a vulnerabilidad a ganar peso.

Incluyen también las variables que determinan el constructo denominado valores de salud, que están relacionadas directamente con el comportamiento o actitudes hacia el cuidado de la salud.

A diferencia de otras investigaciones que utilizan el modelo de creencias de salud, Nejad et al. (2005) adapta los ítems en una escala Likert de 7 posiciones. Ítems que miden la probabilidad de que se produzca un suceso, por ejemplo: *si engordo en los próximos 3 meses, estaré mejor psicológicamente.*

La susceptibilidad es medida solo con un ítem en escala likert de 7 posiciones: yo engordaré en los próximos 3 meses. La severidad es medida también con un único ítem bajo una escala de bueno-malo: si en los próximos meses engordara, esto sería bueno-malo. Incluye preguntas relativas a la percepción de la salud con 4 ítems y escala Likert tales como: *no hay nada más importante que una buena salud*.

Los resultados mostraron que los constructos de beneficios percibidos y susceptibilidad percibida son los más significativos con el comportamiento, explicando el 29% de la varianza en cuanto a seguimiento de la dieta.

En definitiva, y después de la exposición realizada de diferentes aplicaciones del Modelo de Creencias de Salud al campo del sobrepeso, no hay un consenso sobre el papel que juega cada una de las dimensiones pero queda demostrado que no siempre todas las dimensiones han resultado significativas con respecto al comportamiento preventivo.

#### ***5.4. Influencia del Word of Mouth en la decisión de compra.***

En el plano de la Salud, la comunicación es más complicada por cuanto no todos los medicamentos ni productos farmacológicos pueden ser publicitados. Concretamente, los productos EFP (Especialidad Farmacéutica Publicitaria) son los únicos que pueden ser publicitados en medios masivos identificando la marca del fármaco y del laboratorio, tal y como explicamos al inicio de estas páginas.

En este caso, el análisis de la comunicación para un fármaco EFP puede ser equiparable a cualquier otro producto de alimentación o consumo. No obstante, todos estos anuncios siempre tienen que finalizar con una serie de condiciones donde se recomienda la consulta con el farmacéutico.

Son habituales las campañas de sensibilización realizadas por organismos públicos como el Ministerio de Sanidad y que empezamos a encontrar en los años 80's, cuando dicho Ministerio apostó por una fuerte campaña de concienciación basada en la necesidad del uso del preservativo para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual y concretamente del VIH.

En este caso, y ante la ausencia de un tratamiento o vacuna que pudiera actuar frente a este virus, la campaña de marketing se centraba en la educación de la población (Bush, 1991), cuya dificultad además se incrementaba por tratar sobre temas todavía tabús como la transmisión de infecciones por prácticas sexuales y el mayor riesgo en poblaciones homosexuales. En estos casos, la comunicación no es tan directa desde el propio laboratorio, sino que necesita de otros canales para llegar al consumidor potencial o paciente potencial.

El Word of Mouth (WoM) se entiende como las opiniones informales transmitidas entre consumidores (East, 2008).

La importancia que adquiere el WoM en el momento actual está justificada por los siguientes motivos:

- Los consumidores actuales son cada vez menos impactados por la comunicación tradicional emitida en televisión y medios masivos (Nielsen, 2007). Concretamente, se estima que cada individuo es impactado por más de 150 anuncios diferentes, siendo por tanto más fácil escuchar la opinión de los amigos (Rosen, 2000).
- Algunas investigaciones (Royal Mail, 2004) realizadas por el Center for Innovations in Business, han demostrado que la recomendación procedente de amigos se convierte en una de las fuentes de información que hace que los consumidores se sienta más cómodos con un determinado producto (76%).
- Los consumidores cada vez están más conectados entre ellos y hay cada vez más herramientas para comunicarse y compartir opiniones (Gildin, 2003).
- Diferentes estudios indican que los individuos toman decisiones en el plano de la salud de acuerdo a variables sociodemográficas y culturales pero también depende de otros factores tales como la capacidad de cada individuo para obtener, procesar y entender información básica sobre la salud para la toma de decisiones (Grembowski, 1993).

Este comportamiento está relacionado con la confianza que se deposita a las fuentes de información. En este sentido, los médicos y profesionales de la salud se posicionan como la fuente de mayor confianza mientras que la confianza que transmiten las propias compañías se proyecta menos creíble por los consumidores (Avery, 2010), sobre todo cuando utilizan la comunicación directa al consumidor a través de campañas comerciales en televisión.

En el caso de Internet como medio para transmitir información acerca de la salud, Luo y Mohamed (2004), señalan la necesidad de ofrecer altos niveles de confianza en el consumidor, sobre todo por la dificultad para identificar las correctas fuentes de información.

Por todo esto, analizar el grado de credibilidad que los individuos otorgan a las opiniones transmitidas por otras personas, es relevante en esta tesis, especialmente al diferenciar entre las opiniones o comentarios positivos frente a los negativos.

Profundizando en las investigaciones realizadas sobre el Word of Mouth, se sostiene diferentes argumentos para que un producto entre en el espiral de ser comentado entre los consumidores (Berger y Schwartz, 2011):

- En primer lugar, para que se comience a transmitir y extender las opiniones entre los consumidores (actuales o potenciales), el producto o marca necesita ser entendido como *interesante*, esto es, requiere despertar y mantener la atención del consumidor. Es decir, se asume que nadie habla de una empresa, una marca o un producto aburrido (Sernovitz, 2006) y que las personas se sienten motivadas para hablar de cosas que son diferentes y sorprendentes (Rosen, 2009). Pero además, se potencia la dimensión social en el momento en que los consumidores al transmitir sus opiniones también reflejan una parte de sí mismos y sus preferencias o creencias (Wojnicki and Godes, 2008).
- Además, se reconoce la **importancia** que debe tener la marca o el producto para comenzar a generar opiniones y extenderlas al resto del grupo de pertenencia. Berger y Schwartz (2011), sugieren que el producto/ marca debe ser referente para el consumidor y estar incorporado en los hábitos cotidianos. Sostienen que un producto que se consume de forma recurrente debería ser más proclive a generar WoM que aquél que se consume con menor frecuencia.

No obstante, a este respecto diferentes hechos han puesto de manifiesto que un producto, marca o servicio puede generar un gran número de opiniones sin necesidad de ser posicionada entre las más habituales.

Tales ejemplos se presentan en el plano de la salud en multitud de casos como la pandemia de las denominadas vacas locas, la Gripe A, etc. La pregunta en este caso es, ¿qué influencia puede ejercer el Word of Mouth en este contexto?.

Revisando la literatura en relación al Word of Mouth y la influencia que estos mensajes pueden tener en el comportamiento de compra, encontramos diferentes investigaciones que exponemos a continuación por su relación con la tesis presentada en estas páginas.

Notarantonio y Quigley (2009) concluían que los individuos que están expuestos a los *buzz* tienen la capacidad para ser más influidos que aquellos que son expuestos a medios tradicionales. No obstante, los resultados también mostraban diferencias en el grado de autenticidad percibido por los *buzz* frente a los mensajes procedentes de otros medios de información, donde se establece que el éxito de los *buzz* estará en relación con la capacidad para transmitir mensajes positivos a otros individuos en relación a un producto.

Con el fin de demostrar las diferencias entre ambos tipos de mensajes (*buzz* vs. tradicionales) con respecto a un producto básico como zapatos y una marca concreta, llevaron a cabo una investigación donde creaban dos escenarios. El primero de ellos describía una situación donde los individuos se apoyan en un grupo de personas influyentes que intentan influenciar a través de la amistad al resto de individuos a través de comentarios o *buzz*. En cambio, el segundo grupo de individuos se siente influenciado por el uso que otra persona ha dado sobre el producto pero sin que exista un grupo de amigos en el que poder compartir esta experiencia.

En definitiva, las diferencias entre ambos grupos se centran básicamente en la fuerza que un comentario puede tener, en función del apoyo transmitido por otros individuos, en este caso por un grupo de personas influyentes y prescriptoras como pueden ser los amigos del grupo de pertenencia.

Las conclusiones mostraban que había diferencia significativa en la influencia de los *buzz* y no *buzz* en relación a la dimensión de influencia, es decir, los individuos expuestos a los *buzz* declaraban sentirse más influenciados que el resto. En cambio, se producía una situación inversa respecto a la autenticidad del mensaje, donde los individuos expuestos a medios tradicionales mostraban un resultado más positivo hacia el comentario que habían escuchado o leído.

No obstante, a través de esta investigación no se demostraba que existiera un comportamiento diferencial con respecto a la credibilidad y a la probabilidad de compra de una marca como resultado de los mensajes generados a través de *buzz* o medios tradicionales.

Además de la influencia del Word of Mouth frente a la comunicación en otros medios, diferentes estudios han centrado su atención en el análisis de la valencia del Word of Mouth y su influencia en la decisión de compra o en la imagen de marca.

La influencia que mensajes negativos o maneras de contar un suceso con comentarios negativos, ha sido estudiado por diferentes autores (Sago y Hinnenkamp, 2014; Sweeney, 2012; East, 2008; Hoeken y Renkama, 1998; Baessler y Burgoon 1994, etc.).

Esto pone de manifiesto por tanto la necesidad de analizar de forma independiente la existencia de opiniones positivas que potencian la satisfacción o mueven hacia una acción positiva, frente al WoM negativo que tienda hacia el comportamiento opuesto y levante barreras para llevar a cabo esta acción o conducta.

El análisis de la valencia del WoM ha sido estudiado en diferentes áreas o temáticas, desde el punto de vista de los mensajes positivos que se han centrado en el análisis de las recomendaciones realizadas por los consumidores, las buenas experiencias vividas o el trato recibido desde una empresa. En cambio, el análisis del WoM negativo se ha basado en las malas experiencias, quejas de los usuarios o rumores que se extienden entre los propios consumidores (Sweeney, 2012).

Sago y Hinnenkamp (2014) afirma que las noticias sobre las marcas con una valencia negativa tienen un impacto negativo en la afinidad que los consumidores muestran hacia las marcas, además de otros comportamientos como la percepción de la marca, el precio dispuesto a pagar por el producto así como la intención de compra.

Sweeney (2012) sostiene que las opiniones transmitidas o recibidas desde el plano negativo tienen más impacto en las decisiones del consumidor que las generadas a nivel positivo.

Sweeney et al. (2012), llevó a cabo una investigación que tenía por objetivo analizar la fuerza de los comentarios positivos o negativos en la intención de utilizar determinado servicio. Por fuerza hacían referencia al modo en que el comentario u opinión era recibida: informativa, clara, agresiva, etc.

Para ello, se llevó a cabo una encuesta online en la que se preguntaba a los individuos por la última incidencia vivida y que haya generado un mensaje/ opinión. Estas incidencias se enmarcaban en diferentes áreas como la restauración, banca, seguros, etc.

La muestra fue dividida en dos grupos: una era entrevistada acerca de WoM positivo (495 individuos) y otra parte de la muestra se centraba en la vertiente negativa (505 individuos).

Para medir la fuerza del WoM, se basaron en tres aspectos ya medidos por otros autores y que se centraban en el valor afectivo, cognitivo y la potencia de estos mensajes a través de escalas Likert de cinco puntos (Sweeney et al., 2012). La variable dependiente estaba formada por un único ítem.

Las conclusiones a las que llegaron estos autores fueron:

1. WoM positivo es significativamente más efectivo que WoM negativo, siguiendo por tanto la tendencia de las investigaciones más recientes acerca del papel que supone el WoM positivo en el comportamiento de los individuos.
2. La fuerza del mensaje así como otros aspectos relativos a la relación con el sujeto emisor mejoran la influencia del WoM con independencia del sentido positivo o negativo.
3. La percepción o imagen de marca mejora cuando el WoM es positivo pero no lo hace cuando el comentario tiene un sentido negativo.
4. La experiencia previa con el servicio reduce la influencia del WoM positivo mientras que esto no ocurre cuando el mensaje es negativo.

En definitiva, este estudio pone de manifiesto el diferente rol que ejercen los mensajes positivos y negativos en el comportamiento de los consumidores.

East (2008) defiende la necesidad de estudiar la influencia del WoM en el cambio de marca en mercados maduros por los siguientes motivos:

- WoM es a menudo una de las causas que motiva el cambio entre marcas. No obstante, no se ha estudiado cómo de influyente es el sentido positivo y negativo.
- Algunos grupos de individuos son más sensibles al WoM que otros, siendo una labor interesante analizar cómo influye en este comportamiento los comentarios positivos o negativos.

- WoM relacionado con la capacidad de recomendación puede convertirse en una métrica más válida que el NPS (Net Promoter Score), basado en una pregunta directa en escala de 10 posiciones de recomendación de un producto, servicio o marca.

En definitiva, los autores sostienen que el Word of Mouth positivo presenta el mismo comportamiento que el negativo con la excepción del comportamiento contrario en la compra. Esto supondría que el análisis del sentido del WoM se podría hacer bajo las mismas métricas.

Asocian diferentes factores al impacto del WoM, exponiendo a continuación los que han sido referencia para la presente tesis:

- **Fuerza del WoM** que parece tener un impacto directo en el comportamiento, aunque se sostiene que algunas personas reaccionan de forma negativa hacia los consejos y opiniones transmitidas.
- El **grado de relación/ cercanía con el emisor** o receptor del WoM, diferenciando entre aquellos que no mantienen una relación próxima del resto. Los autores referencian otras investigaciones (Granovetter, 1973) en las que se pone de manifiesto que son los comentarios expresados por personas más alejadas del entorno de pertenencia las que influyen más en el comportamiento. Esto viene explicado porque estas personas son conocidas en grupos sociales amplios donde la capacidad de expandir opiniones y rumores son más altas.
- **Sujeto activo o pasivo del WoM**, esto es, si el sujeto demanda el comentario u opinión o por si el contrario es un comentario no requerido. En investigaciones previas, se concluye que el impacto del WoM es mayor cuando es solicitado por el propio individuo.
- Además, los autores incluyeron una pregunta directa en escala de siete puntos sobre la probabilidad de compra ante una **recomendación positiva o negativa** de amistades.

Las conclusiones de esta investigación manifiestan que el comportamiento del WoM positivo es el mismo que el negativo aunque ligeramente más significativo para el primero respecto de la compra. No obstante, concluyen que el impacto del WoM positivo en las decisiones de los consumidores es mayor que el negativo.

Además, los resultados muestran un mismo patrón de comportamiento entre los mensajes positivos y negativos, indicando por tanto que las métricas a utilizar para analizar ambas direcciones puede ser la misma. Respecto del resto de variables (relación con el sujeto emisor, fuerza del WoM y petición o no del mensaje), los autores indican que las diferencias se producen en tabulaciones básicas pero no en el modelo de regresión, recomendando cautela para el análisis de estas variables.

WoM positivo puede motivar la compra mientras que el WoM negativo generar el efecto contrario. En definitiva, es una variable que puede afectar a la imagen de una marca o un producto y en consecuencia al comportamiento de compra (East, 2008).

Chevalier y Mayzlin (2008) manifiestan que un incremento de las opiniones negativas es más potente para hacer decrecer las ventas de libros que un aumento de opiniones positivas en el incremento de ventas.

De Matos y Rossi (2008) y Anderson (1998) destacan la relación del Word of Mouth con la satisfacción o insatisfacción que los consumidores sienten con respecto a una marca o producto, insistiendo de nuevo en la diferente influencia entre el Word of Mouth positivo y negativo. Con anterioridad, Rosen (2000), reconocía que los consumidores insatisfechos tienen a expandir opiniones negativas a más personas que cuando están satisfechos.

East (2007), pone de manifiesto que WoM negativo es menos frecuente que el positivo, llegando a cuantificar que WoM positivo es tres veces mayor que el negativo. East (2007) manifiesta que las opiniones positivas tienen más impacto que las negativas, justificando esta situación por la mayor frecuencia con la que se producen estas conversaciones positivas.

Hoeken y Renkema (1998), se apoyaba en la teoría que el efecto de los mensajes de comunicación desaparece en torno a una semana después de ser publicados, pero el daño que pueden ejercer estos mensajes puede perdurar en el tiempo.

Su proyecto de investigación se centró en analizar la influencia que determinadas formas de contar un suceso puede afectar en la imagen de una compañía de Holanda que se había visto envuelta en un suceso de soborno. Para demostrar su hipótesis, llevaron a cabo un proyecto de investigación centrado en mostrar diferentes textos de la noticia: el original, una adaptación

más objetiva y un tercer texto que se centraba en información neutral sobre la compañía y su actividad.

Una muestra, integrada por 448 individuos, leía diferentes opciones de texto, donde el artículo real se presentaba en segundo lugar. Después de leer estos textos, los individuos tenían que responder una encuesta basada en las opiniones de la compañía valorando tres conceptos: integridad, experiencia y atracción. Además, aplicaban escalas tipo Likert de 5 posiciones desde el 1 que significaba totalmente desacuerdo al 5 totalmente de acuerdo y con frases del tipo: *para mí, la compañía parece honesta*.

Al menos dos semanas después de esta primera fase, más de 180 individuos que habían leído el artículo original y el adaptado, fueron encuestados telefónicamente en relación a los mismos conceptos anteriores para evaluar el impacto en la imagen de la compañía.

Los resultados de esta investigación mostraban que los mensajes negativos tenían una influencia y dañaban la imagen de esta compañía en relación a la experiencia, atracción y confianza, concluyendo por tanto que los lectores habían sido sensibles a la manera en que estaba escrita la noticia. Aquellos individuos que habían leído el texto original habían otorgado valoraciones más bajas en relación a la imagen de la compañía, frente a aquellos que habían leído el texto más neutral.

Smith y Vogt (1995) estudiaron este efecto a través de una investigación que exponía a los individuos a mensajes de comunicación a través de la publicidad en televisión y de mensajes a través del efecto del Word of Mouth.

Concretamente, se llevó a cabo un diseño experimental integrado por 4 grupos:

1. Individuos expuestos únicamente al anuncio de televisión.
2. Individuos expuestos únicamente a los mensajes negativos generado por el Word of Mouth.
3. Individuos expuestos primero al anuncio de televisión y a continuación a los mensajes generados por el Word of Mouth.
4. Individuos expuestos primero a los mensajes generados por el Word of Mouth y después por el anuncio de televisión.

Los resultados de su investigación mostraban que cuando los individuos se exponen en primer lugar a un anuncio, el efecto del mensaje generado por el Word of Mouth se mitiga. No obstante, concluían que la comunicación negativa generada a través de este medio reducía significativamente la percepción de credibilidad del propio anuncio, al mismo tiempo que el comportamiento hacia la marca anunciante y su intención de compra.

## 6. Definición de hipótesis

## 6. Definición de las hipótesis

Antes de iniciar el desarrollo de las hipótesis, recordemos que el objetivo de este trabajo se centra en analizar la influencia del Word of Mouth en la intención de compra de un fármaco OTC, según el modelo de creencias de salud.

El sentido de este proyecto no solo es académico sino que tiene una orientación empresarial en el momento en que hicimos partícipes de esta investigación a compañeros de profesión que trabajan directamente en los mercados de fármacos para perder peso y que manifiestan su interés en conocer un modelo donde el Word of Mouth pueda incidir directamente en los antecedentes del comportamiento, y hacia donde, a día de hoy, dirigen su atención por el auge de las redes sociales y el interés de los consumidores por compartir sus experiencias en la red.

Como base del modelo que describiremos a continuación, se encuentran las cuatro dimensiones del modelo de creencias de salud: susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas.

Los individuos tienen que creer en las posibilidades de tener la enfermedad, creer que son susceptibles, en este caso de tener sobrepeso y en su extremo obesidad, para iniciar un proceso de cambio de comportamiento más saludable (Janz y Becker, 1984; Rosenstock, 1974). Esto conduce a plantear una relación positiva entre el nivel de susceptibilidad percibido en tener sobrepeso u obesidad con mayor probabilidad de llevar a cabo un comportamiento saludable (Nejad, Wertheim, Greenwood, 2005; O'Connell, 1985). Teniendo en cuenta estos aspectos relativos a la susceptibilidad, la hipótesis que planteamos es la siguiente:

H1: Hay una relación positiva entre el nivel de susceptibilidad y la intención de compra de un fármaco OTC para perder peso.

A continuación, el Modelo de Creencias de Salud sostiene que los individuos deben no sólo creer que pueden ser susceptibles de sufrir una enfermedad, sino que además, estos síntomas revisten cierta severidad, cuyas consecuencias pueden ser médicas pero también sociales o individuales.

En este caso, diferentes investigaciones centradas en el control del sobrepeso, argumentan que la severidad influye en el cambio de comportamiento, entendida como la dificultad para ponerse determinada ropa de vestir, tener problemas de salud o simplemente experimentar un momento personal que hace descontrolar el peso habitual (Park, 2011). Por este motivo formulamos la siguiente hipótesis.

H2: Hay una relación positiva entre el nivel de severidad y la intención de compra de un fármaco OTC para perder peso.

Una vez que estas dos dimensiones son asumidas por los individuos, es cuando perciben amenaza en la enfermedad y pueden iniciar un cambio de comportamiento más saludable (Romano, 2014; Park, 2011; Norman y Brain, 1996). En cambio, si una de ellas no es percibida, la probabilidad de no iniciar este cambio será más alta (Rose, 1995; Maes y Luis, 1993).

La tercera dimensión del Modelo de Creencias de Salud que puede influir en el cambio de comportamiento saludable son los beneficios percibidos. En numerosas investigaciones ha quedado demostrada su influencia en el comportamiento e incluso llegar a ser la dimensión más importante (Nejad, 2005; Frank, 2004; Kang, 1998), sobre todo cuando se trata de comportamientos dirigidos a realizar pruebas diagnósticas o de prevención.

Por este motivo, formulamos la hipótesis H3:

H3: Hay una relación positiva entre los beneficios percibidos y la intención de compra de un fármaco OTC para perder peso. Cuantos mayores sean los beneficios percibidos, mayor será la intención de compra.

Por último, las barreras percibidas se convierten en la cuarta dimensión del Modelo de Creencias de Salud, entendida no solo por las dificultades que el individuo percibe para hacer dieta o perder peso, sino las barreras percibidas de los propios fármacos que estamos tratando en este trabajo. Por tanto, hablamos de falta de eficacia percibida en los fármacos OTC, precio que tienen que pagar, incomodidad de llevar a cabo un tratamiento, etc.

Las barreras percibidas son una dimensión que ha resultado ser significativa con la intención de llevar a cabo un comportamiento preventivo o hacerse pruebas de diagnóstico (Priyanka et al., 2013; Carpenter, 2010; Champion, 1987).

Por este motivo, formulamos que las barreras influyen en la intención de compra de acuerdo a la siguiente hipótesis H4:

H4: Hay una relación inversa entre las barreras percibidas y la intención de compra de un fármaco OTC para perder peso. Cuanto menores sean las barreras percibidas, mayor será la intención de compra.

Bandura (1988) incorporaba el concepto de autoeficacia para completar el modelo de creencias de salud, entendida como la capacidad percibida de los individuos para alcanzar una meta, en este caso, el sobrepeso.

Bandura (1988) relacionaba la autoeficacia con la búsqueda de resultados, que en nuestro trabajo tendrían una relación directa hacia la pérdida de peso. Por este motivo, las hipótesis que planteamos serían las siguientes:

H5: La capacidad de cada individuo para perder su peso (autoeficacia), está relacionada con la intención de compra de fármacos OTC. Cuanto mayor sea la autoeficacia percibida, menor será la intención de compra del fármaco OTC para perder peso.

El Modelo de Creencias de Salud considera otras variables externas, definidas en la dimensión de claves de acción, y como se ha aplicado en el Modelo de Creencias de Salud, tendrían influencia en la susceptibilidad y severidad percibida (Becker y Maiman, 1975).

H6a: Las claves de acción influyen positivamente en la susceptibilidad percibida de tener sobrepeso.

H6b: Las claves de acción influyen positivamente en la severidad percibida de tener sobrepeso.

El Modelo de Creencias de Salud considera necesario la existencia de unas percepciones individuales que conducirán a la acción, tales como el nivel educativo, cultura, experiencias previas en la enfermedad que se trate, etc. y que estas variables influyen directamente en la susceptibilidad percibida y la severidad percibida (Becker y Maiman, 1975).

En el contexto de esta investigación, estas variables hacen referencia por un lado a la percepción del estado de salud en general así como el peso percibido y su satisfacción (Park, 2011).

Por este motivo, planteamos las primeras hipótesis del modelo del modo siguiente:

H7a: Hay una relación positiva entre el peso percibido y la susceptibilidad de tener sobrepeso.

H7b: Hay una relación positiva entre el estado de salud percibido y la susceptibilidad percibida ante el sobrepeso.

H8a: Hay una relación positiva entre el peso percibido y la severidad que supone tener sobrepeso.

H8b: Hay una relación positiva entre el estado de salud percibido y la severidad percibida que supone tener sobrepeso.

Estas hipótesis implican que para que el sujeto comience a tomar conciencia del problema y generar un comportamiento hacia la compra, se han de presentar determinadas circunstancias personales o individuales.

Pero además de estas variables individuales, Janz y Becker (1984) y Rosenstock (1974) reconocen que otras dimensiones pueden hacer cambiar la creencia de los individuos y su posterior conducta, pero que son externas al individuo como la influencia de la comunicación en medios masivos, los consejos médicos, etc. Estas son las claves de acción, así como la propuesta de Word of Mouth que exponemos en este trabajo.

Las variables externas al individuo son los comentarios y opiniones informales que proceden del entorno de pertenencia, esto es, el Word of Mouth. Chevalier y Mayzlin (2004) señalan que el Word of Mouth es un posible mediador en la toma de decisiones de los consumidores, aunque resulta difícil establecer la línea causal entre éste y la conducta.

Basándonos en De Matos y Rossi, (2008); Rosen (200) y Anderson (1998) el Word of Mouth tiene una vinculación con la satisfacción y la insatisfacción de los individuos. Por este motivo podemos anticipar que la comunicación informal recibida de otros consumidores, pertenecientes al grupo de pertenencia influirá positivamente en la percepción de los beneficios de un producto cuando el contenido de esta comunicación sea favorable al mismo.

En este sentido, formulamos la siguiente hipótesis:

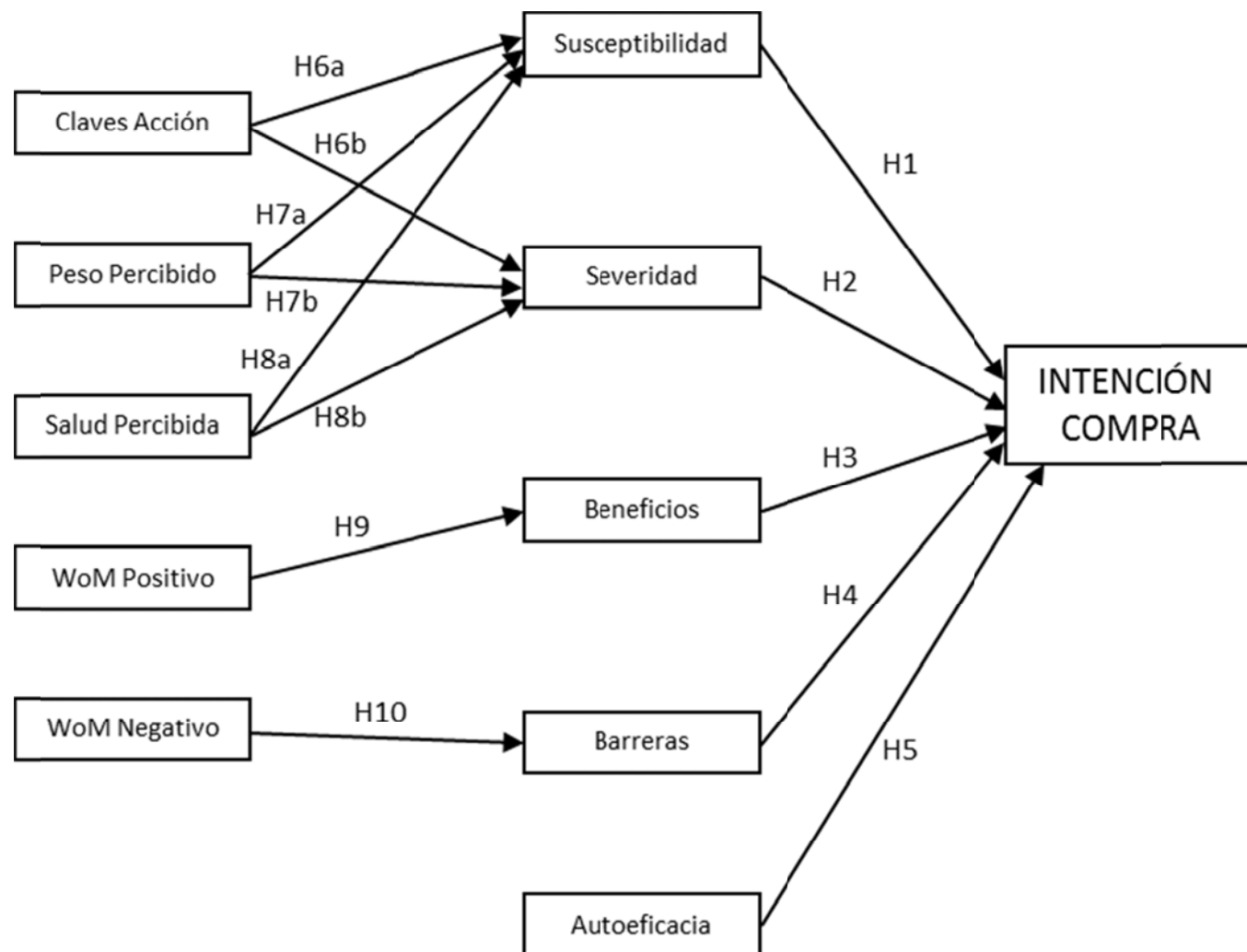
H9: Las opiniones positivas recibidas de otros consumidores, Word of Mouth positivo, influye positivamente en los beneficios percibidos de perder peso.

En cambio, esta misma comunicación informal puede convertirse en un amplificador de las barreras (Womma, 2005) y ejercer la influencia contraria cuando los mensajes son negativos tales como el precio elevado, la incomodidad de seguir el tratamiento o el desconocimiento de dietas efectivas para perder peso. Es decir, el Word of Mouth negativo, reforzaría las barreras hacia la compra de los productos para perder peso y por este motivo formulamos la hipótesis H10:

H10: Las opiniones negativas recibidas de otros consumidores, Word of Mouth negativo, influye positivamente en las barreras percibidas de perder peso. Es decir, las opiniones negativas refuerzan las barreras para la compra de un fármaco OTC.

Después de la descripción de las hipótesis, presentamos en la página siguiente el modelo que se desea verificar en este trabajo.

Figura 3: Modelo teórico.



Exponemos a continuación la formulación de las hipótesis:

H1	Hay una relación positiva entre el nivel de susceptibilidad y la intención de compra de un fármaco OTC para perder peso.
H2	Hay una relación positiva entre el nivel de severidad y la intención de compra de un fármaco OTC para perder peso.
H3	Hay una relación positiva entre los beneficios percibidos y la intención de compra de un fármaco OTC para perder peso. Cuantos mayores sean los beneficios percibidos, mayor será la intención de compra.
H4	Hay una relación inversa entre las barreras percibidas y la intención de compra de un fármaco OTC para perder peso. Cuanto menores sean las barreras percibidas, mayor será la intención de compra.
H5	La capacidad de cada individuo para perder su peso (autoeficacia), está relacionada con la intención de compra de fármacos OTC. Cuanto mayor sea la autoeficacia percibida, menor será la intención de compra del fármaco OTC para perder peso.
H6a	Las claves de acción influyen positivamente en la susceptibilidad percibida de tener sobrepeso.
H6b	Las claves de acción influyen positivamente en la severidad percibida de tener sobrepeso
H7a	Hay una relación positiva entre el peso percibido y la susceptibilidad de tener sobrepeso.
H7b	Hay una relación positiva entre el estado de salud percibido y la susceptibilidad percibida ante el sobrepeso.
H8a	Hay una relación positiva entre el peso percibido y la severidad que supone tener sobrepeso.
H8b	Hay una relación positiva entre el estado de salud percibido y la severidad percibida que supone tener sobrepeso.
H9	Las opiniones positivas recibidas de otros consumidores, Word of Mouth positivo, influye positivamente en los beneficios percibidos de perder peso.
H10	Las opiniones negativas recibidas de otros consumidores, Word of Mouth negativo, influye positivamente en las barreras percibidas de perder peso. Es decir, las opiniones negativas refuerzan las barreras para la compra de un fármaco OTC.

## 7. Trabajo de campo

## 7. Trabajo de campo

En este punto vamos a exponer el enfoque metodológico, desde la constitución del universo de referencia, hasta la descripción del instrumento de medida basado en escalas ya testadas previamente.

### 7.1. Muestra

La metodología desarrollada ha sido cuantitativa, utilizando como técnica de recogida de información la encuesta online.

Las ventajas de la encuesta frente a otras técnicas de recogida de información son la facilidad de administración, la estandarización en el sentido que todos los individuos serán objeto de las mismas preguntas y la facilidad del tratamiento de datos (Grande y Abascal, 2011).

Respecto de la encuesta online, las principales ventajas son:

- Posibilidad de exposición de libre opinión sobre un tema social y personal donde la influencia del deber ser puede sesgar los resultados al tener la necesidad de contestar a un entrevistador.
- Capacidad para llevar a cabo el proyecto sin necesidad de entrevistadores en calle o cualquier otro tipo de profesional – alumno que se dedique a esta actividad.
- Ahorro de tiempo en las fases de grabación de cuestionarios, permitiendo además un seguimiento más preciso sobre la tasa de respuesta obtenida.

Por el contrario, el principal inconveniente que presenta esta técnica, se centra en la necesidad de realizar un cuestionario más reducido con el fin de alcanzar una tasa de respuesta mayor, así como limitar la edad del universo por la penetración de internet.

Para el trabajo de campo se ha recurrido a la colaboración de Toluna, empresa de investigación mercados digital. Toluna es considerada pionera en el mundo de la investigación de mercados digital, la recogida de datos, elaboración de informes y visualización. Constituida en el año 2000, su evolución ha sido exponencial hasta posicionarse como líder mundial de paneles y tecnología de encuestas online, abarcando hasta 46 países. En España, cuenta con un panel de internautas de aproximadamente 200.000 panelistas, cuya distribución es proporcional al universo de individuos con Internet en España.

Respecto de la selección de los individuos, se ha utilizado el panel de internautas de Toluna. La muestra es escogida de manera aleatoria entre los panelistas que cumplen los requisitos para participar en el estudio en cuanto a género y edad. Los pasos para la selección de la muestra han sido los siguientes:

- Verificación por parte de Toluna de los individuos susceptibles de ser entrevistados. Los requisitos establecidos en el proyecto se basaban en edad comprendida entre los 25-45 años de edad, 70% mujer y 30% hombre, residente principalmente en la Comunidad de Madrid.
- Si una encuesta se ajusta al perfil, Toluna enviaba una invitación por correo electrónico para contestar la encuesta, incluyendo el enlace para realizarla. En dicho correo se especificaba el mismo contenido para todos los entrevistados, de acuerdo a la norma ISO 26362:2009: primero se indica la disponibilidad de una nueva encuesta para ser contestada, después se explica que la duración no supera los 25 minutos y que recibirán un incentivo acorde a la duración de la misma y se adjunta una URL de acceso único a la encuesta.
- El cuestionario fue programado a través de [encuestafacil.com](http://encuestafacil.com), generando un enlace único para cada IP y que fue enviado a 515 panelistas de Toluna. Las respuestas eran redirigidas al servidor de [encuestafacil.com](http://encuestafacil.com) a partir del cual se extraía la información individual de cada encuestado.
- Cada entrevistado recibía un incentivo de puntos canjeables en premios Toluna por la participación en este proyecto.

El trabajo de campo definitivo se llevó a cabo durante los meses de Mayo – Junio de 2015 y se obtuvo una tasa de respuesta del 37%.

## 7.2. Cuestionario y test piloto.

La herramienta de recogida de información ha sido un cuestionario de una duración inferior a los 15 minutos y de carácter fundamentalmente cerrado. Este cuestionario estaba integrado por cuatro áreas de información:

- Preguntas sociodemográficas: sexo, edad, zona geográfica.
- Preguntas relativas al peso percibido, satisfacción y métodos para adelgazar.
- Preguntas basadas en el modelo de creencias de salud.
- Preguntas relativas al Word of Mouth.

Las cuestiones centradas en el peso percibido, la satisfacción así como la experiencia anterior para perder peso, han sido adaptadas de otros autores (Park, 2011; Anderson 2008):

### **Frecuencia con la que se controla el peso:**

Un par de veces a la semana .....	1
1 vez a la semana .....	2
1 vez cada 15 días .....	3
1 vez al mes .....	4
1 vez cada 2 meses o con mayor frecuencia .....	5

### **Motivo principal para perder peso.**

Por salud .... 1

Por estética 2

Las preguntas basadas en el Modelo de Creencias de Salud han sido adaptadas de investigaciones anteriores (Anderson, 2008; Nexoe, Kragstrup y Sogaard, 1998; Rosenstock, 1979) y concretamente en el estudio de Park (2011) centrado en el sobrepeso y la obesidad. Las escalas de medida empleadas han sido escalas tipo Likert de 5 puntuaciones, donde el punto 1 significaba totalmente en desacuerdo y el punto 5 totalmente de acuerdo.

- Escala de **susceptibilidad percibida** hacia la pérdida de peso, compuesta por 3 ítems y adaptada de Park (2011) y Cockburn, Fahey y Sanson-Fisher (1987):
  1. Siento que las posibilidades de tener sobrepeso o unos kilos de más son altas.
  2. Es más probable que llegue a tener unos kilos de más o sobrepeso por mi condición física, hábitos de alimentación o estado de salud.
  3. Siento que en algún momento puedo perder el control de mi peso y coger unos kilos de más.
  
- Escala de **severidad percibida** hacia la pérdida de peso, compuesta por 5 ítems y adaptada de Park (2011); Frankenfield (2009) y Nexoe et al. (1998).
  1. La idea de tener unos kilos de más o sobrepeso, me asusta.
  2. Tener sobrepeso o unos kilos de más dañaría mis relaciones personales.
  3. Tener sobrepeso o unos kilos de más supondría que no me puedo poner la ropa que quiero.
  4. Tener sobrepeso o unos kilos de más supondría que no me puedo poner la ropa que quiero.
  5. Me preocupa mucho tener sobrepeso por los riesgos en mi salud.

- Escala de **beneficios percibidos** hacia la pérdida de peso, compuesta por 4 ítems, adaptada de Park (2011).
  1. Si no tengo problemas de sobrepeso o kilos de más, mi salud mejorará.
  2. Puedo elegir cualquier tipo de ropa si no tengo unos kilos de más o sobrepeso.
  3. Siento que seré más atractivo/a para los demás, si no tengo kilos de más o sobrepeso.
  4. Me siento tranquilo/a al saber que haciendo una dieta especial, podría reducir peso.
  
- Escala de **barreras percibidas** hacia la pérdida de peso, compuesta por 5 ítems, adaptada de Park (2011) y Cockburn (1987).
  1. Tomar fármacos para perder peso es demasiado incómodo teniendo en cuenta mi ritmo de vida
  2. Tomar fármacos para perder peso supone un esfuerzo económico, son demasiado caros.
  3. Pienso que estos fármacos no ayudan a perder peso, no son efectivos.
  4. Pienso que estos fármacos pueden tener efecto “rebote” y volver a engordar.

Además, y como expusimos en capítulos anteriores, el Modelo de Creencias de Salud testado en esta tesis ha incluido los nuevos constructos planteados en investigaciones posteriores: claves de acción y autoeficacia.

- Escala **claves de acción** hacia la pérdida de peso, compuesta por 4 ítems adaptados de Park (2011).
  1. Si me entero que un amigo o familiar ha tenido algún problema derivado del sobrepeso, me hace pensar sobre la forma de prevenirlo.
  2. Pienso en controlar el peso cuando un amigo y/o familia me lo dicen.
  3. Pienso en controlar el peso cuando escucho alguna noticia relacionada con esto.

4. Pienso en controlar el peso cuando amigos y/o familia también lo hacen.
  5. Pienso en controlar el peso cuando me quiero poner determinada ropa.
- Escala **autoeficacia** hacia la pérdida de peso, adaptada de Kim (2012); Park (2011) y Bandura (1988). Compuesta por 6 ítems distribuidos entre dos conceptos: alimentación y deporte o realización de actividad física.
1. Yo puedo controlar el consumo de dulces, grasas, alcohol, comida “basura”, etc.
  2. Yo puedo dejar de comer incluso cuando la comida me gusta mucho.
  3. Yo puedo negarme a comer cuando amigos o familiares me ofrecen algo de comida.
  4. Yo puedo evitar comer cuando estoy aburrido/a.
  5. Yo puedo comer en cantidades moderadas.
  6. He conseguido perder peso cuando me lo he propuesto.

Las escalas utilizadas para medir **Word of Mouth** han sido adaptadas de Sweeny (2012) en relación a la estructura de las preguntas (valencia del mensaje y contenido) y East (2007) cuyo objetivo se centraba en analizar la diferencia entre el Word of Mouth positivo y negativo, respecto de la probabilidad de compra de una marca. WoM era entendido como los comentarios que se producen entre consumidores.

- Influencia del **Word of Mouth** considerando la valencia positiva y negativa, profundizando en las dimensiones de volumen y credibilidad, adaptadas de East (2007).
1. De una forma aproximada, ¿cuántas opiniones, consejos o comentarios positivos has recibido?
  2. Grado de credibilidad de estas opiniones a través de una escala de 5 puntuaciones, donde el 1 se corresponde con credibilidad muy baja y el 5 con credibilidad muy alta.

3. Relación mantenida con el emisor del mensaje o comentario:
  - a. Un conocido, pero sin ninguna relación cercana.
  - b. Amistades con poca relación, familia “lejana” o redes sociales poco frecuentes
  - c. Amistades con mucha relación o familia cercana o redes sociales frecuentes

Con el fin de validar el cuestionario, se ha llevado a cabo un **test piloto** con 35 entrevistas que han permitido evaluar la validez de las escalas utilizadas así como la comprensión de las preguntas incluidas en el cuestionario. Dicho piloto se llevó a cabo en Marzo de 2015.

Los resultados del piloto permitieron:

- Invertir los ítems que se expresaban en sentido negativo y por tanto, facilitar el análisis en la fase de campo definitiva.
- Eliminar ítems en la escala de susceptibilidad y beneficios que no eran fácilmente entendibles y no incrementaban la fiabilidad.
- Reducir ítems en las escalas de severidad manteniendo un nivel de fiabilidad superior al 0,8.
- Cambiar el orden en algunas preguntas iniciales, descriptivas del estado de salud general.

### 7.3. Muestra: justificación del perfil y del muestreo.

El universo del estudio han sido los individuos mayores de 18 años, ambos sexos, residentes principalmente en la Comunidad Madrid aunque con opción de otras Comunidades. Debido a la metodología utilizada, la edad ha quedado limitada a personas menores de 60 años de edad.

Es importante destacar que el universo no ha estado limitado a personas que declararan tener sobrepeso o alguna preocupación hacia este problema, sino que han sido aceptados como participantes en el estudio cualquier tipo de individuo con normopeso o incluso con peso más bajo del ideal.

De acuerdo a los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística, el universo de referencia estaría cuantificado en más de 37 millones de individuos<sup>10</sup>.

En cambio, si analizamos la población de acuerdo a otros criterios como el índice de masa muscular o la percepción sobre el peso en relación a la altura, la dimensión de individuos con problemas de sobrepeso es notablemente inferior, observando además algunas diferencias por género.

Como expresamos en la tabla siguiente, el 50% de la población tiene sobrepeso u obesidad de acuerdo al cálculo del índice de masa corporal, destacando que esta situación se refleja con mayor intensidad entre los hombres que las mujeres (29% vs 20% respectivamente).

Tabla 2: Índice de masa corporal en población adulta según sexo. Población de 18 y más años<sup>12</sup>

	Población mayor 18 años	%	% hombres	% mujeres
Total	37.616.000		49%	51%
Peso insuficiente (IMC <18,5 kg/m <sup>2</sup> )	753.800	2%	0%	2%
Normopeso (18,5 kg/m <sup>2</sup> <= IMC < 25 kg/m <sup>2</sup> )	15.359.800	41%	17%	24%
Sobrepeso (25 kg/m <sup>2</sup> <= IMC < 30 kg/m <sup>2</sup> )	12.747.300	34%	21%	13%
Obesidad (IMC >= 30 kg/m <sup>2</sup> )	5.922.800	16%	8%	7%
No consta	2.832.300	8%	2%	5%

<sup>10</sup> Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población 2012.

<sup>12</sup> Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.

No obstante, la valoración que los propios individuos realizan sobre su peso no difiere entre géneros, es decir, que son las mujeres las que perciben que su peso es superior al que es considerado normal de acuerdo al cálculo del IMC, tal y como expresamos en la tabla siguiente.

Tabla 3: Valoración del peso en relación con la estatura según sexo. Población de 15 y más años

	% Total mayor 15 años	% Hombre	% Mujer
Menor de lo normal	6%	3%	3%
Normal	57%	29%	28%
Algo mayor de lo normal	30%	14%	16%
Bastante mayor de lo normal	7%	3%	4%
No consta	0%	0%	0%

Nota: el universo de referencia de la valoración del peso incluye a los individuos entre 15 – 17 años.

Por este motivo se han considerado como universo válido del proyecto tesis tanto hombres como mujeres. No obstante, y puesto que la comunicación y estrategia desarrollada por las marcas va dirigida principalmente al segmento femenino, se ha realizado una afijación desproporcional y más favorable hacia las mujeres.

Respecto de la edad, y como reflejamos en la siguiente tabla 4, son los grupos comprendidos entre los 25 y 64 años los que concentran mayores niveles de sobrepeso y obesidad. Por este motivo, ha sido el grupo de edad seleccionado para el proyecto. No obstante, y debido a la técnica utilizada a través de encuesta online, el grupo de edad mayor de los 55 años ha sido excluido del diseño muestral. Es un grupo de edad donde la penetración de Internet comienza a descender, siendo una técnica que no representa al target en su mayoría.

Tabla 4: Distribución de la población por edad y cálculo del Índice de Masa Corporal<sup>15</sup>

	De 18 a 24 años	De 25 a 34 años	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años	De 65 a 74 años	De 75 a 84 años	De 85 y más años
% población	9%	18%	21%	18%	14%	11%	8%	3%
Peso insuficiente (IMC <18,5 kg/m <sup>2</sup> )	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Normopeso (18,5 kg/m <sup>2</sup> <= IMC < 25 kg/m <sup>2</sup> )	6%	10%	9%	7%	4%	2%	2%	1%
Sobrepeso (25 kg/m <sup>2</sup> <= IMC < 30 kg/m <sup>2</sup> )	1%	5%	7%	7%	6%	4%	3%	1%
Obesidad (IMC >= 30 kg/m <sup>2</sup> )	0%	2%	3%	3%	3%	2%	2%	0%
No consta	0%	1%	1%	1%	1%	1%	2%	1%

Teniendo en cuenta estas condiciones, la **muestra final ha estado constituida por 193 personas** cuya distribución por género y edad presentamos en el capítulo 8, y que como avanzamos en líneas anteriores, ha sido desproporcional al universo y por tanto, es considerada una muestra de conveniencia.

Para un tamaño muestral de 193 personas, el error muestral con el que estamos trabajando es de  $\pm 7,2\%$  bajo los supuestos de:

- Población Infinita.
- Nivel de Confianza del 95,5%
- Varianza de la población donde  $p=q=0,5$

<sup>15</sup> Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.

## 8. Resultados

## 8. Resultados

En este capítulo presentamos los resultados de nuestro trabajo comenzando con la exposición de los resultados descriptivos en relación al perfil sociodemográfico y el comportamiento declarado de los individuos hacia la pérdida de peso. Continuaremos con el análisis de datos, realizando un análisis factorial exploratorio y a continuación un Path analysis para verificar las hipótesis de nuestro modelo.

### *8.1. Análisis descriptivo: perfil sociodemográfico y comportamiento hacia la pérdida de peso.*

Como paso previo al análisis del modelo teórico, comenzamos exponiendo la distribución de la muestra que ha participado en la encuesta. En primer lugar, analizaremos las variables sociodemográficas definidas por el género, edad y Comunidad Autónoma de residencia. A continuación, profundizaremos en diferentes variables que han determinado el perfil del individuo respecto de su condición de peso y su actitud hacia la pérdida de peso.

En la tabla 5 se presentan todos los datos que acabamos de indicar, donde la muestra se distribuye 70.5% entre el colectivo de mujeres y 29.5% para los hombres. En cuanto a la edad, se han establecido cuatro grupos, donde el 52.9% tiene una edad entre los 25 y 44 años de edad y el 34.7% es mayor de 45 años.

La muestra se ha distribuido considerando diferentes zonas de España, si bien la Comunidad de Madrid concentra el 54,4% de los casos.

Tabla 5: Descripción de la muestra según variables sociodemográficas.

		Genero		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	57	29.5	29.5
	Mujer	136	70.5	100.0
	Total	193	100.0	

**Edad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	18 - 24 años	26	13.5	13.5
	25 - 34	47	24.4	37.8
	35 - 44	53	27.5	65.3
	Más de 45 años	67	34.7	100.0
	Total	193	100.0	

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Andalucía	17	8.8	8.8
	Cataluña	20	10.4	19.2
	C. Madrid	105	54.4	73.6
	C. Valenciana	19	9.8	83.4
	Extremadura	4	2.1	85.5
	Otra	28	14.5	100.0
	Total	193	100.0	

Profundizando en otras variables relativas al objetivo del estudio, nos encontramos con una muestra que declara tener un peso medio de 70.7 kilos y una altura de 168 centímetros de promedio. La desviación típica en la variable peso es más elevada, con valores mínimos y máximos de 41 kilos y 140 kilos respectivamente.

En el caso de la altura, observamos que los valores mínimos y máximos oscilan entre los 1.50 metros y 1.97 metros, si bien recordamos que la muestra está compuesta tanto de hombres como mujeres.

Tabla 6: Descripción de la muestra según peso y altura.

**Estadísticos**

		peso	altura
N	Válidos	193	193
	Perdidos	0	0
Media		70.77	168.19
Mediana		68.00	168.00
Moda		68	170
Desv. típ.		16.915	9.310
Mínimo		41	150
Máximo		140	197

Comparando estas dos variables, el resultado es el Índice de Masa Corporal como indicamos en capítulos previos. En este caso, observamos que el 56.5% de los entrevistados tienen normopeso, siendo una cifra en línea a la expresada por el Instituto Nacional de Estadística según la Encuesta Nacional de Salud para los segmentos de edad incluidos en este proyecto.

El 24.9% de la muestra tiene sobrepeso y el 14.5% tiene obesidad de acuerdo a los valores declarados de peso y altura.

Tabla 7: Descripción de la muestra según Índice de Masa Corporal.

IMC		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Peso insuficiente	8	4.1	4.1
	Normopeso	109	56.5	60.6
	Sobrepeso I	15	7.8	68.4
	Sobrepeso II	33	17.1	85.5
	Obesidad I	21	10.9	96.4
	Obesidad II	5	2.6	99.0
	Obesidad III	2	1.0	100.0
	Total	193	100.0	

A continuación, presentamos los datos de la muestra relativos al estado de salud y percepción sobre el peso.

Como muestra la tabla 8, nos encontramos con una población que se considera “sana”, ya que el 42.0% admite tener un estado de salud normal e incluso el 39.4% declara que su estado de salud es bastante bueno.

Tabla 8: Descripción de la muestra según percepción del estado de salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Bastante malo	15	7.8	7.8
	Normal	81	42.0	49.7
	Bastante bueno	76	39.4	89.1
	Muy bueno	21	10.9	100.0
	Total	193	100.0	

Profundizando en variables relativas al peso, observamos que el 39.4% de la muestra reconoce llevar un control de su peso al menos con una frecuencia semanal. En el extremo, el 23.8% de la muestra afirma que mide su peso una vez cada dos meses o incluso con mayor frecuencia.

Por otra parte, el 64.8% de la muestra entrevistada afirma tener más peso del normal, repartiéndose prácticamente por igual entre los que afirman tener “bastantes” o “muchos” kilos de más. En el lado contrario, el 15.0% percibe tener menos kilos de los normales.

En cualquier caso, es destacable que el 18.6% de los individuos que participan en esta encuesta reconocen estar “satisfechos” con su peso, mientras que el 46.1% restante afirma un nivel de insatisfacción.

Tabla 9: Descripción de la muestra según variables relativas al peso.

		Frecuencia control peso		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Un par de veces a la semana	37	19.2	19.2
	1 vez a la semana	39	20.2	39.4
	1 vez cada 15 días	34	17.6	57.0
	1 vez al mes	37	19.2	76.2
	1 vez cada 2 meses o con mayor frecuencia	46	23.8	100.0
	Total	193	100.0	

		Peso percibido		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Tienes bastantes menos kilos de tu peso ideal	8	4.1	4.1
	Tienes un par de kilos menos de tu peso ideal	21	10.9	15.0
	Estás en tu peso ideal	39	20.3	35.2
	Tienes un par de kilos más de tu peso ideal	67	34.7	69.9
	Tienes bastantes más kilos de tu peso ideal	58	30.1	100.0
	Total	193	100.0	

		satisfacción peso		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy insatisfecho/a	24	12.4	12.4
	Bastante insatisfecho/a	65	33.7	46.1
	Normal	68	35.2	81.3
	Bastante satisfecho/a	34	17.6	99.0
	Muy satisfecho/a	2	1.0	100.0
	Total	193	100.0	

Por último, exponemos en la tabla 10 la distribución de la muestra de acuerdo a la actitud hacia el control de peso a través de dietas, así como del consumo de fármacos para perder peso.

En primer lugar, es destacable que el 25.9% de la muestra entrevistada haya seguido alguna dieta durante 2015 o que el 27.5% se lo haya planteado.

Considerando estos dos grupos que concentran el 53.4% de la muestra, el método que han seguido o se piensa seguir para perder peso, se basa fundamentalmente en cambiar los hábitos de alimentación y/o haciendo ejercicio. Esta es la respuesta para el 87.3% de los individuos. Pero además, dietas más populares como Dukan o cualquier dieta más estricta es la opción planteada por el 19.4% de los individuos. Respecto de los fármacos, el 18.4% piensa comprar o ha comprado algún producto sin necesidad de receta médica, mientras que la compra de fármaco con receta es mencionada solo por el 4.8%.

No hay un comportamiento homogéneo respecto del motivo que determina la decisión de adelgazar, observando que la mitad de este grupo de personas lo justifica por salud y el resto por estética.

Por otra parte, aunque el 46.9% no haya seguido ninguna dieta o no se lo planteara en 2015, el 77.7% ha llevado alguna de estas medidas en alguna otra ocasión. De nuevo, el cambio de hábitos de alimentación y/o ejercicio es el método seguido por mayor número de individuos (66.8%). Además, se observa que la compra de un fármaco sin receta es mencionada con la misma intensidad que la práctica de alguna dieta más estricta.

En definitiva, el 16.6% de la muestra ha sido compradora de un fármaco sin receta para perder peso, considerando los individuos que en 2015 o años anteriores declaran este comportamiento.

Tabla 10: Descripción de la muestra por comportamiento hacia el control de peso y métodos para adelgazar.

<b>Comportamiento hacia dieta</b>				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No has seguido ninguna dieta, método o tomado algún fármaco para perder peso	90	46.6	46.6
	Te has planteado, pero todavía no	50	25.9	72.5
	Has seguido alguna dieta, método o has tomado algún fármaco para perder peso	53	27.5	100.0
	Total	193	100.0	

<b>Método para adelgazar – respuesta múltiple</b>				
		Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	Cambiando los hábitos de alimentación y/o haciendo deporte	90	87.3	
	Haciendo alguna dieta, tipo dieta Dukan o similar	20	19.4	
	Comprando fármaco sin receta	19	18.4	
	Comprando fármaco con receta	5	4.8	
	Total	103		

<b>Salud o Belleza</b>				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Salud	52	50.5	50.5
	Estética	51	49.5	100.0
	Total	103	100.0	

**Método adelgazar – respuesta múltiple**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos			
Cambiar los hábitos de alimentación y/o haciendo deporte.	129	66.8	
Hacer alguna dieta, tipo dieta Dukan o similar	33	17.1	
Comprar fármaco sin receta	32	16.6	
Comprar fármaco con receta	11	5.7	
Nunca he intentado perder peso	43	22.3	
Total	193		

Por último, y profundizando en los individuos que afirman haber comprado algún fármaco sin receta, la media de veces que han comprado este tipo de producto es de 4,1 siendo la moda el valor de 2 veces.

Tabla 11: Distribución de número veces compra fármaco para adelgazar sin receta médica

**Veces compra fármaco**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos			
1	5	15.6	15.6
2	12	37.5	53.1
3	3	9.4	62.5
4	3	9.4	79.1
5	2	6.3	78.1
6	2	6.3	84.4
10	4	12.5	96.9
25	1	3.1	100.0
Total	32	100.0	

Después del análisis descriptivo presentado en las páginas anteriores, continuamos con el análisis de la normalidad univariada, examinando la asimetría y curtosis de cada variable observada. Valores entre +1.00 y -1.00 se considerarán excelentes, mientras que valores inferiores a 1.60, adecuados (George y Mallery, 2001).

De acuerdo a los valores resultantes en la tabla que presentamos a continuación, los ítems relativos al método para adelgazar podrían dar problemas de normalidad, si bien son variables que no se han utilizado como variables únicas en el modelo.

Tabla 12: Análisis de normalidad de variables sociodemográficas y comportamiento hacia el peso.

Estadísticos descriptivos					
	N	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico	Error típico
Genero	193	-.904	.175	-1.195	.348
Edad	193	-.367	.175	-1.117	.348
CCAA	193	.679	.175	.143	.348
estado de salud	193	.080	.175	-.432	.348
Frecuencia control peso	193	-.053	.175	-1.373	.348
Peso percibido	193	-.693	.175	-.286	.348
peso	193	.965	.175	1.381	.348
altura	193	.157	.175	-.368	.348
satisfacción peso	193	.043	.175	-.662	.348
Método perder peso	193	.376	.175	-1.488	.348
IMC	193	1.000	.175	.067	.348
N válido (según lista)	193				

Tabla 13: Análisis de normalidad de escalas de medida.

Estadísticos descriptivos					
	N	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico	Error típico
P16_1	192	-.477	.175	-.702	.349
P16_2	192	-.641	.175	-.393	.349
P16_3	192	-.547	.175	-.385	.349
P17_2	192	.052	.175	-.749	.349
P17_3	192	.082	.175	-.925	.349
P18_5	192	-.786	.175	.473	.349
P18_6	192	-.829	.175	.602	.349
P18_7	192	-.722	.175	.401	.349
P19_2	192	-.059	.175	-.009	.349
P19_3	192	-.551	.175	-.066	.349
P19_4	192	-.112	.175	-.087	.349
P20_4	192	-.420	.175	-.380	.349
P20_5	192	-.270	.175	-.752	.349
P20_6	192	-.275	.175	-.693	.349
P20_7	192	-.333	.175	-.656	.349
P20_8	192	-.564	.175	-.056	.349
P21_1	192	-.579	.175	-.308	.349
P21_2	192	-.178	.175	-.902	.349
P21_3	192	-.218	.175	-.758	.349
P21_4	192	-.312	.175	-.670	.349
P21_5	192	-.737	.175	.234	.349
P21_8	192	-.730	.175	.082	.349
Volumen positivos	192	2.780	.175	8.211	.349
Credibilidad +	192	.746	.175	-1.282	.349
Volumen negativos	192	3.768	.175	15.188	.349
Credibilidad -	192	2.193	.175	3.332	.349
N válido (según lista)	192				

Los ítems relativos al volumen de mensajes negativos podrían dar problemas de normalidad, si bien son variables que no se han utilizado como variables únicas en el modelo.

## 8.2. Análisis factorial exploratorio.

Se realiza un análisis exploratorio con objeto de identificar la dimensionalidad de los constructos del modelo. A la hora de resumir datos, con el análisis factorial se obtienen unas dimensiones denominadas factores, que cuando son interpretadas y comprendidas, describen las variables individuales originales con un número de ítems más reducido (Hair *et al.*, 2005).

Para llevar a cabo este análisis factorial exploratorio, se han llevado a cabo una serie de procesos tales como:

- **Análisis de Casos ausentes:** El impacto de los datos ausentes afecta al tamaño de la muestra disponible para el análisis. Dada la mecánica del e-cuestionario utilizado no aparecen datos ausentes.
- **Análisis de Casos atípicos:** Los casos atípicos son observaciones con una combinación única de características identificables que les diferencia claramente de las otras observaciones (Hair *et al.*, 2005). Para su detección se pueden utilizar diferentes técnicas, en este caso, se recurre al gráfico de cajas, o *boxplot*, una representación gráfica de la distribución de los datos. No se identifican casos atípicos.
- **Unificación de las variables de estudio:** Para que todas las escalas puedan ser medidas bajo los mismos parámetros, se homologan las variables en escala Likert de cinco posiciones:
  - Salud Percibida: 1= desfavorable y 5 = favorable
  - Peso Percibido1: 1 = satisfecho con su peso y 5 = insatisfecho con su peso
  - Intención de compra 1= No comprará y 5 = Comprará seguro.
  - Volumen WoM Positivo y Volumen WoM Negativo: escala Likert de 5 posiciones donde 1= No ha recibido WoM y 5 = Elevado nivel de WoM,
  - Credibilidad WoM Positivo y Credibilidad WoM Negativo: Likert de 5 posiciones donde 1= No confiere credibilidad al WoM recibido y 5 = Confío en el WoM recibido.

A continuación se ha llevado a cabo el análisis factorial de componentes principales, bajo las siguientes condiciones:

- **Método de extracción:** Se opta por el método de componentes principales -cuyo objetivo es resumir la mayoría de la información inicial (varianza) en una cantidad mínima de factores (Hair *et al.*, 2005). El método de extracción elegido es el análisis de componentes principales.
- **Rotación de factores:** Con objeto de facilitar la interpretación de los factores, optamos por una rotación ortogonal en la que los ejes se mantienen formando un ángulo de 90°. Dentro de las posibles rotaciones ortogonales, la rotación Varimax ofrece la separación más clara de factores. El patrón factorial obtenido con dicha rotación tiende a resultar más robusto que el obtenido por el Quartimax (Hair *et al.*, 2005).

Tras someter la muestra a un proceso de depuración de los ítems que presentan comunales bajas y cargas factoriales cruzadas obtenemos la siguiente solución. Una estructura de 10 factores que para mayor información sobre los ítems excluidos remitimos al anexo 11.3. Se excluye la variable Intención de compra puesto que se trata de una variable dependiente con un único indicador.

La solución obtenida explica el 77,705 % de la varianza.

Tabla 14: Varianza total explicada por factores.

## Varianza total explicada

Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	19,743	3,635	12,533	12,533
2	33,846	3,360	11,585	24,119
3	43,216	2,660	9,173	33,292
4	52,142	2,654	9,153	42,445
5	58,120	1,987	6,852	49,297
6	63,664	1,907	6,576	55,873
7	68,318	1,833	6,320	62,193
8	71,977	1,681	5,796	67,990
9	75,078	1,466	5,054	73,044
10	77,705	1,352	4,661	77,705

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Los índices de adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett, que mide la conveniencia del análisis factorial, son en ambos casos satisfactorios. El primero muestra un valor superior al 0.7 y el segundo presenta un p-valor inferior al nivel de significación límite de 0.05 para rechazar la hipótesis nula. Para más detalle ver Anexo 11.3.

Tabla 15: Análisis de KMO y prueba de esfericidad de Bartlett

## KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,778
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	2977,472
	gl	406
	Sig.	,000

Se examinan las comunalidades de los 48 ítems del cuestionario y se establece como criterio para mantenerlo que explique al menos el 60% de la varianza, por lo que fueron descartados aquellos con comunalidades inferiores a 0,6. Prescindir de estas variables es, además, apropiado puesto que el objetivo del factorial es la reducción de datos (Hair *et al.*, 2005).

Tabla 16: Comunalidades de los ítems que configuran la estructura factorial final

	Inicial	Extracción
p4	1,000	,739
p9	1,000	,776
p6	1,000	,699
P16_1	1,000	,832
P16_2	1,000	,823
P16_3	1,000	,801
P17_2	1,000	,790
P17_3	1,000	,815
P18_5	1,000	,788
P18_6	1,000	,790
P18_7	1,000	,787
P19_2	1,000	,714
P19_3	1,000	,715
P19_4	1,000	,761
P20_4	1,000	,731
P20_5	1,000	,789
P20_6	1,000	,825
P20_7	1,000	,857
P20_8	1,000	,709
P21_1	1,000	,685
P21_2	1,000	,738
P21_3	1,000	,736
P21_4	1,000	,680
P21_5	1,000	,662
P21_8	1,000	,725
P22_Wom_p_cred_R	1,000	,902
P22_Wom_p_vol_R	1,000	,899
P23_Wom_n_cred_R	1,000	,880
P23_Wom_n_vol_R	1,000	,884

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Por último, las cargas factoriales de cada ítem sigue las dimensiones de nuestro modelo teórico, creándose 10 factores cada uno de los cuales responde a dichas variables:

- Claves de acción.
- Autoeficacia
- Beneficios
- Susceptibilidad
- Barreras
- WoM negativo
- WoM positivo
- Peso percibido
- Salud percibida

Tabla 17: Matriz de componentes rotados para las dimensiones del Modelo de Creencias de Salud.

**Matriz de componentes rotados**

	Componente									
	CLAVES DE ACCIÓN	AUTOEFICACIA	BENEFICIOS	SUSCEPTIBILIDAD	BARRERAS	WoM NEGATIVO	WoM POSITIVO	SEVERIDAD	PESO PERCIBIDO	SALUD PERCIBIDA
Claves_Acción_7	,899	,003	-,017	,120	,057	,031	,024	,132	,086	,077
Claves_Acción_6	,875	,130	-,025	,103	,077	,074	-,009	,133	,073	,025
Claves_Acción_5	,858	,040	,028	-,007	,052	-,097	,048	,153	-,134	-,002
Claves_Acción_4	,710	,178	,367	,053	-,091	-,008	,124	,039	-,148	-,111
Claves_Acción_8	,705	-,003	,291	,162	-,052	,100	,015	,033	,275	,131
Autoeficacia_2	,032	,814	-,035	-,030	-,048	,117	-,096	,193	-,083	,028
Autoeficacia_3	,140	,789	-,019	,111	,002	,035	-,146	,027	-,068	-,217
Autoeficacia_1	,083	,779	,064	-,122	,021	-,093	-,066	-,018	-,050	,202
Autoeficacia_4	-,013	,778	,030	-,137	,092	-,107	,183	-,092	-,086	-,060
Autoeficacia_5	-,011	,621	,273	-,116	,118	-,075	,172	-,119	-,009	,359
Autoeficacia_8	,263	,547	,130	-,125	,017	-,041	,099	,028	,032	,558
Beneficios_7	,231	,026	,806	,196	-,002	,088	,103	,127	-,102	-,004
Beneficios_5	,009	,057	,804	,264	,164	,052	,158	,054	,069	,088
Beneficios_6	,111	,128	,795	,061	,213	,082	,102	,056	,195	,148
Susceptibilidad_1	,098	-,038	,170	,879	,045	-,020	,002	-,030	,130	-,018
Susceptibilidad_2	,120	-,093	,094	,863	,116	,086	,007	-,012	,164	,019
Susceptibilidad_3	,130	-,139	,199	,802	,163	-,038	,178	,161	,000	,039
Barreras_4	,022	,097	-,044	,108	,844	-,009	,031	,137	,070	,004
Barreras_2	-,016	,069	,159	,088	,766	,082	-,276	,041	-,080	-,078
Barreras_3	,096	-,080	,391	,134	,693	-,019	,046	-,136	,154	-,037

Wom_neg_volumen	-.008	-.080	,062	,007	,006	,899	,205	-.048	,041	-.068
Wom_neg_credibilid	,058	,001	,097	,015	,046	,870	,198	,087	,025	-.010
Wom_pos_credibilid	,111	,067	,181	,047	-.124	,186	,845	,041	,020	-.012
Wom_pos_volumen	,026	-.087	,156	,123	-.040	,321	,806	-.056	,008	,068
Severidad_2	,206	,030	-.008	-.034	,082	,023	-.020	,852	-.081	-.084
Severidad_3	,206	,003	,208	,103	,008	,014	,012	,840	,011	,114
Peso percibido2	,084	-.235	-.007	,086	,063	,052	,032	,035	,772	-.316
Peso percibido1	,000	-.069	,190	,403	,057	,022	,002	-.154	,680	-.029
Salud percibida	,024	,007	,109	,109	-.117	-.054	-.003	,027	-.329	,773

***Fiabilidad de las escalas de medida:***

La fiabilidad es el grado de consistencia entre las múltiples medidas de una variable. El **estadístico Alfa de Cronbach** es la medida más extensamente utilizada para valorar la consistencia de las escalas. El acuerdo general del límite inferior para el Alfa de Cronbach es de 0,70, aunque puede bajar al 0,60 en la investigación exploratoria (Hair *et al.*, 2005).

A continuación presentamos los valores del Alfa de Cronbach para cada uno de los constructos del modelo. Para más detalle, ver el Anexo 11.4.

Tabla 18: Valores del Alfa de Cronbach de los constructos del modelo.

<b>Dimensión</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>CLAVES DE ACCIÓN</b>	.893
<b>AUTOEFICACIA</b>	.834
<b>BENEFICIOS</b>	.847
<b>SUSCEPTIBILIDAD</b>	.881
<b>BARRERAS</b>	.733
<b>WoM NEGATIVO</b>	.859
<b>WoM POSITIVO</b>	.913
<b>SEVERIDAD</b>	.74
<b>PESO PERCIBIDO</b>	.6

### 8.3. Aplicación de Path Análisis.

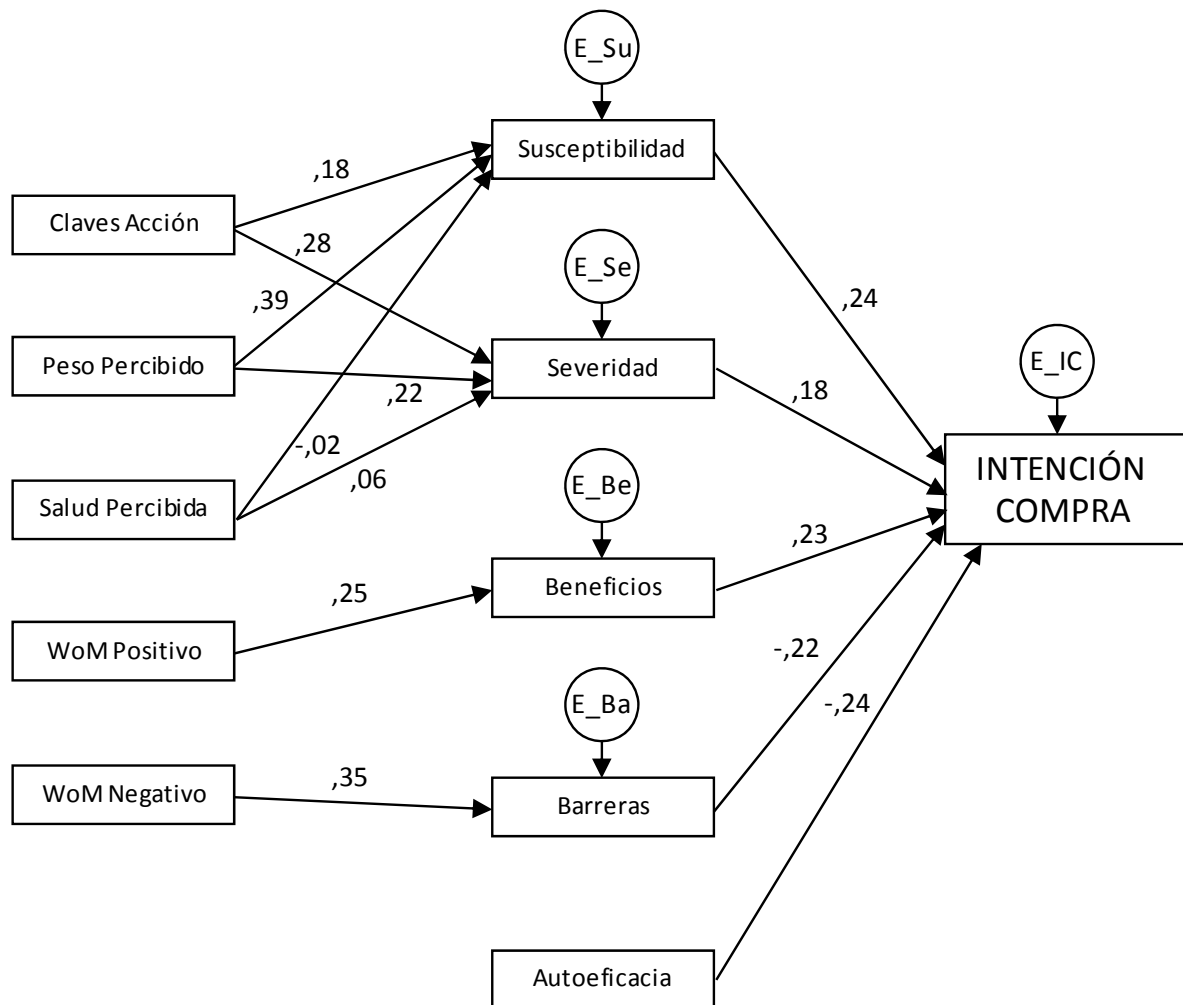
Con el fin de evaluar el modelo teórico propuesto en el capítulo 6, hemos llevado a cabo un Path analysis, que ayuda a inferir las hipótesis (Batista Foguet y Coenders Gallart, 2000). Bajo este análisis no solo estamos verificando la contribución de las variables independientes sobre la intención de compra del fármaco OTC, sino también la influencia indirecta de las mismas sobre la variable dependiente (Aron y Aron, 2001).

La figura 4 muestra el modelo estructural testado. El modelo teórico ajusta a los datos de la muestra de modo adecuado. La chi-cuadrado fue significativa  $p < ,000$  ( $\chi^2 = 113,235$ ; g.l. = 27; ver Tabla 23), los índices de ajuste entre los rangos recomendados (CFI = 0.963; RMSEA = 0.062). Los estimadores significativos y en la dirección esperada, salvo la Salud Percibida cuya significatividad no se alcanza.

Tabla 19: Valores de chi-cuadrado y ajuste del modelo

Chi-cuadrado = 113.235
Grados de libertad = 27
Nivel de probabilidad (p-valor) = .000

Figura 4: Modelo estructural testado.



El resto de indicadores de ajuste del modelo sobrepasan los valores recomendados. El indicador GFI supera el valor de 0.95 recomendado (Perez, Medrano y Sánchez, 2013). El RMSEA es de 0.062 por debajo de 0.8, representando un buen ajuste (Hair et al., 2007). Para más detalles de los resultados del ajuste del modelo, véase el anexo 11.5.

Tabla 20: Medidas de bondad de ajuste.

Indicador	Resultado
GFI	.963
RMSEA	.062

Una vez descritos los principales indicadores del ajuste del modelo, los resultados muestran que todas las hipótesis han sido verificadas con la excepción de la H6a y H6b que era formulada con la relación entre la salud percibida y la susceptibilidad percibida. Tal y como se muestra en la tabla siguiente, los niveles de significación de los coeficientes estandarizados no son suficientes para verificar estas hipótesis.

Tabla 21: Niveles de significación de los coeficientes estandarizados de las relaciones.

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Susceptibilidad	<--- Claves_Accion	,122	,045	2,713	,007	
Severidad	<--- Claves_Accion	,124	,030	4,123	***	
Severidad	<--- Peso_Percibido	,364	,112	3,242	,001	
Beneficios	<--- WoM_Positivo	,296	,084	3,545	***	
Barreras	<--- WoM_Negativo	,355	,068	5,228	***	
Susceptibilidad	<--- Peso_Percibido	1,001	,167	5,988	***	
Susceptibilidad	<--- Salud_Percibida	-,067	,257	-,261	,794	
Severidad	<--- Salud_Percibida	,150	,173	,867	,386	
Intencion_Compra	<--- Susceptibilidad	,087	,023	3,861	***	
Intencion_Compra	<--- Severidad	,098	,035	2,818	,005	
Intencion_Compra	<--- Beneficios	,080	,022	3,711	***	
Intencion_Compra	<--- Barreras	-,109	,030	-3,606	***	
Intencion_Compra	<--- Autoeficacia	-,049	,013	-3,886	***	

En primer lugar, podemos concluir que tanto las cuatro dimensiones del Modelo de Creencias de Salud como la autoeficacia, tienen una relación directa con la intención de compra de un fármaco OTC para la pérdida de peso.

Respecto de la autoeficacia, recordemos que es una dimensión que fue introducida en el modelo por Bandura en 1988, por las continuas revisiones efectuadas y las críticas centradas en la necesidad de incluir la capacidad del individuo para llevar a cabo un comportamiento (Moreno, 2003).

Los resultados de nuestro estudio muestran que es una dimensión relacionada inversamente con la intención de compra, es decir, cuanto menor capacidad perciba el individuo para controlar su peso, seguir una dieta o llevar actividad física, mayor será su intención de compra de un fármaco OTC para perder peso.

Por otra parte, las claves de acción están relacionadas con las dimensiones de susceptibilidad y severidad percibida.

De igual manera, el peso percibido está relacionado con ambas dimensiones, resultando que cuanto mayor es el peso percibido, mayor es la susceptibilidad y severidad percibida.

En cambio, la salud percibida no ha resultado ser significativa en el modelo, de manera que no podemos concluir su relación con las variables anteriores. Una justificación posible a este resultado en comparación con otros estudios realizados, es la consideración de un problema como es el sobrepeso que tiene un componente de estética importante y no sólo de salud como es el caso de enfermedades graves que hemos comentado en el capítulo 5.

Además, el Word of Mouth positivo está relacionado con los beneficios percibidos, mientras que el Word of Mouth negativo está relacionado con las barreras, resultando que cuanto mayor es cualquier tipo de Word of Mouth mayor es el beneficio o la barrera percibida.

Tabla 22: Resumen de las hipótesis a verificar.

	FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS	Verificación
H1	Hay una relación positiva entre el nivel de susceptibilidad y la intención de compra de un fármaco OTC para perder peso.	SI
H2	Hay una relación positiva entre el nivel de severidad y la intención de compra de un fármaco OTC para perder peso.	SI
H3	Hay una relación positiva entre los beneficios percibidos y la intención de compra de un fármaco OTC para perder peso. Cuantos mayores sean los beneficios percibidos, mayor será la intención de compra.	SI
H4	Hay una relación inversa entre las barreras percibidas y la intención de compra de un fármaco OTC para perder peso. Cuanto menores sean las barreras percibidas, mayor será la intención de compra.	SI
H5	La capacidad de cada individuo para perder su peso (autoeficacia), está relacionada con la intención de compra de fármacos OTC. Cuanto mayor sea la autoeficacia percibida, menor será la intención de compra del fármaco OTC para perder peso.	SI
H6a	Las claves de acción influyen positivamente en la susceptibilidad percibida de tener sobrepeso.	SI
H6b	Las claves de acción influyen positivamente en la severidad percibida de tener sobrepeso	SI
H7a	Hay una relación positiva entre el peso percibido y la susceptibilidad de tener sobrepeso.	SI
H7b	Hay una relación positiva entre el estado de salud percibido y la susceptibilidad percibida ante el sobrepeso.	NO
H8a	Hay una relación positiva entre el peso percibido y la severidad que supone tener sobrepeso.	SI
H8b	Hay una relación positiva entre el estado de salud percibido y la severidad percibida que supone tener sobrepeso.	NO
H9	Las opiniones positivas recibidas de otros consumidores, Word of Mouth positivo, influye positivamente en los beneficios percibidos de perder peso.	SI
H10	Las opiniones negativas recibidas de otros consumidores, Word of Mouth negativo, influye positivamente en las barreras percibidas de perder peso. Es decir, las opiniones negativas refuerzan las barreras para la compra de un fármaco OTC.	SI

## 9. Discusión

## **9. Discusión.**

En este apartado pretendemos hacer una reflexión sobre los resultados obtenidos en el trabajo empírico, destacando las conclusiones más relevantes de la presente investigación. Seguiremos con la explicación de las implicaciones académicas y profesionales, describiendo después las limitaciones de nuestra investigación. Por último, acabaremos con la exposición de futuras líneas de investigación.

### *9.1. Discusión de los resultados*

El objetivo principal que se marcaba en esta tesis se centraba en medir la influencia del Word of Mouth en la intención de compra de un fármaco OTC para perder peso, utilizando el Modelo de Creencias de Salud como enfoque teórico.

La principal aportación de esta tesis radica en la introducción del Word of Mouth como variable influyente en otras dimensiones del Modelo de Creencias de Salud, así como la inclusión de una variable dependiente basada en la intención de compra de un fármaco, y no sólo el cambio de creencia que genere un comportamiento saludable.

Para ello, hemos aplicado las escalas utilizadas en dicho Modelo e incorporado otras variables que permiten analizar el Word of Mouth como es el volumen de mensajes recibidos y la credibilidad que se otorga a los mismos. Además, el Word of Mouth se ha medido considerando su valencia, y por tanto, la influencia de los mensajes cuando son positivos o cuando son negativos.

El modelo teórico que hemos planteado bajo 10 hipótesis ha sido explicado en el capítulo anterior, pero donde concluíamos que prácticamente todas las hipótesis han podido ser verificadas.

Los resultados obtenidos en este trabajo muestran la relación de todas las dimensiones del Modelo de Creencias de Salud con la intención de compra de un fármaco OTC para la pérdida de peso, manteniendo las mismas conclusiones que las primeras investigaciones desarrolladas con este modelo (Rosestock et al., 1979) así como sus posteriores revisiones (Bandura, 1978).

García y Mann (2003), Nejad, Wertheim, y Greenwood (2005) también verificaban que todas las dimensiones del Modelo de Creencias de Salud resultaron ser significativas, pero que incluso la susceptibilidad percibida en los desórdenes de la alimentación y las barreras percibidas que se levantan para evitar comer tenían menor capacidad predictiva que los beneficios percibidos en la intención de evitar comer.

En cambio, los resultados de nuestro modelo contradicen otros trabajos donde alguna de las dimensiones no resultaba significativa. Por ejemplo, trabajos donde los beneficios no resultaban significativos (Park, 2011) o las barreras percibidas no resultaban significativas (Kim, 2012; Park, 2011; Anderson, 2008). Incluso frente a otros que concluían que no todas las dimensiones del modelo de creencias de salud eran significativas con la variable dependiente (Sullivan, 2008).

Analizando cada una de las dimensiones que componen el Modelo de Creencias de Salud, comenzamos con la dimensión de **susceptibilidad percibida y severidad percibida**. Los resultados de nuestra investigación se mantienen con los obtenidos por otros autores (Anderson, 2008), pero recordemos que la severidad percibida no siempre resultaba significativa (Coe et al., 2012; Nejad et al., 2005; Rundall y Wheeler, 1979) con la intención de llevar a cabo un cambio de comportamiento, generalmente orientado hacia las pruebas de diagnóstico y prevención y había sido de múltiples debates.

O incluso, otras investigaciones mostraban que a pesar de que los individuos percibieran una enfermedad como grave, el nivel de susceptibilidad podría ser bajo y esto conducía a no llevar un comportamiento preventivo (Soto, 1997). Champion y Skinner (2008) sostienen que es necesario incrementar la severidad percibida para que la susceptibilidad juegue un papel predictivo en el comportamiento.

Pero también se podía dar la situación contraria, donde los individuos se sintieran susceptibles de tener una enfermedad, pero no se consideraba severa y por este motivo no se llevaba a cabo el comportamiento preventivo (Turner, 2004). O que no se manifieste ninguna de las dos dimensiones y por tanto, no hay una amenaza percibida de la enfermedad (Londoño, 2009).

Estudios más recientes (Daddario, 2007; Sapp, 2006; Ali, 2002), también mostraban esta relación, llegando incluso a decir que la primera motivación para el cambio de comportamiento es el nivel de amenaza percibida o percepción de tener un riesgo de tener obesidad, es decir, las variables de susceptibilidad y severidad.

En cualquier caso, los resultados de nuestra investigación ponen de manifiesto que tanto la susceptibilidad percibida como la severidad que conlleva tener sobrepeso, son dimensiones relacionadas positivamente con la intención de compra de un fármaco OTC.

Otros trabajos que han centrado su investigación en el sobrepeso u obesidad, sostenían que los **beneficios** se convertían en el predictor más importante de la intención de controlar la obesidad frente a la amenaza o barreras de la obesidad (Kang, 1998), sobre todo entre la población que ya tiene un problema de obesidad (O'Connell et al, 1985). Es una dimensión que también resultaba significativa en la intención de reducir los riesgos de fracturas en población mayor (Sullivan, 2008)

En cualquier caso, tanto la dimensión de susceptibilidad percibida como la de beneficios percibidos son los más significativos en el comportamiento de perder peso (Nejad et al, 2005, O'Connell et al, 1985), mismo resultado que el obtenido en nuestro trabajo aunque las diferencias significativas no son tan elevadas como manifestar esta conclusión con rotundidad.

La dimensión de **barreras percibidas** ha resultado significativa en nuestro trabajo, siendo una conclusión que se mantiene con otras investigaciones donde las barreras se convierten en la dimensión más significativa (Carpenter, 2010; Champion, 1987; Janz y Becker, 1984). Los individuos que mostraban mayor intención de vacunarse frente a la Gripe A eran a su vez los que menos barreras percibidas (Jones, 2014).

La relación de los beneficios percibidos y las barreras percibidas ha sido enfatizada para el análisis de comportamiento hacia las pruebas de diagnóstico. Tal es el caso de la prevención del cáncer de colon (Frank, 2004) donde se concluye que las personas que perciben menos barreras y más beneficios en las pruebas de diagnóstico del cáncer de colon o colonoscopias y además crean alta susceptibilidad percibida, serán las que tengan más probabilidad de cambiar comportamiento y hacer dichas pruebas.

Esto mismo ocurría para las pruebas de diagnóstico de osteoporosis, donde los beneficios percibidos y las barreras se convertían en las dimensiones que significativamente afectan en la decisión de llevar un comportamiento preventivo hacia la osteoporosis (Priyanka et al, 2013).

En nuestro trabajo, tanto las barreras percibidas como los beneficios percibidos, muestran una relación significativa con la intención de compra de fármacos OTC, siendo un resultado que no se mantiene con otros que se han centrado en el análisis del cambio de comportamiento hacia la pérdida de peso Park (2011) y Anderson (2008), donde los beneficios no resultaron significativos.

Respecto de la dimensión de **autoeficacia**, ha resultado ser significativa con la intención de compra del fármaco OTC. Por tanto, nuestra conclusión está en línea con los investigadores que mantienen la necesidad de incluir esta dimensión en el modelo teórico (Moreno 2003; Vassallo 2008; Bylund 2010 y Blugar 2010).

Otras investigaciones (García y Mann, 2003), concluyen que los modelos que incluyen la variable de autoeficacia son más efectivos que aquellos que no la incluyen para analizar el comportamiento de evitar la comida y el sobrepeso o realizar autoexploración de senos.

Sullivan et al., (2008) concluía que la autoeficacia basada en la realización de ejercicio era una dimensión significativa para explicar la intención de reducir el riesgo de fractura.

Las **claves de acción** también son significativas con la susceptibilidad y severidad percibida, en línea con los resultados de otras investigaciones (Anderson, 2008) que muestran que es una dimensión significativa en la intención de realizarse pruebas de diagnóstico y que además es significativa respecto al constructo de amenaza percibida compuesto de la susceptibilidad percibida y la severidad percibida.

Park (2011), sostiene que las claves de acción es la dimensión más importante referida a la influencia del entorno social en la decisión de controlar el peso, la actitud del propio individuo para obtener información sobre obesidad e incluso la disposición a tener pareja.

En definitiva, las conclusiones a las que llegamos con esta investigación están en línea con las expresadas por otros investigadores (Jones, 2014; Park, 2011; Anderson, 2008), que situaban a las claves de acción como una de las más relevantes para explicar el comportamiento preventivo de los individuos.

Por otra parte, la introducción de **variables individuales** como el peso percibido y su satisfacción han resultado significativas en su relación con la susceptibilidad y severidad, en línea con otros autores (Kang et al., 1998) que manifestaban que el grado de insatisfacción con el peso se convertía en una variable significativa respecto del comportamiento para controlar la obesidad.

Por último, y respecto del **Word of Mouth**, los resultados muestran una relación directa entre la valencia de estos comentarios y su influencia en los beneficios percibidos y barreras percibidas. Aunque en nuestro trabajo no pretendemos medir la dimensión de esta relación, los resultados muestran mayor significación para la valencia negativa.

Esta conclusión estaría en línea con otros autores que sostienen que las opiniones transmitidas o recibidas desde el plano negativo tienen más impacto en las decisiones del consumidor que las generadas a nivel positivo. (Sweeny, 2012; Chevalier y Mayzlin, 2008).

En cambio, nuestros resultados no serían coherentes con East (2007) que concluía que las opiniones positivas tienen mayor impacto que las negativas, debido a la mayor frecuencia con la que se producen.

Tal y como apuntaba East (2008), de todas las variables que componían cada tipo de Word of Mouth, tales como el volumen de mensajes, la fuente, el grado de credibilidad, etc., lo relevante es la valencia de dicho mensaje, esto es, si es positivo o negativo.

Esta conclusión se alcanza en el momento en que el análisis factorial distribuye las cargas de cada conjunto de preguntas en un mismo factor, agrupando por tanto los positivos y por otro lado los negativos. En esta simplificación, el volumen o la credibilidad no tienen tanta influencia como el simple hecho de ser positivo o negativo.

La relevancia de esta conclusión es que los individuos actúan de un modo similar una vez que han recibido el mensaje, siguiendo un modelo de comportamiento donde lo importante no es tanto el volumen o el tema como la valencia positiva o negativa (East, 2007).

En resumen, el modelo testado en nuestra investigación refleja la existencia de cinco dimensiones que afectan directamente a la intención de compra de un fármaco OTC para la pérdida de peso.

Pero además, variables externas como el Word of Mouth está relacionado con los beneficios percibidos en la compra de un fármaco pero también en las barreras que se levantan para no comprarlo.

### *9.2. Implicaciones académicas y profesionales*

Después de la exposición de los resultados y el debate de los mismos, exponemos a continuación las implicaciones que este trabajo podría tener a nivel académico y profesional y que de algún modo se explicaban con la justificación del tema seleccionado en la presente tesis.

Comenzando con las **implicaciones académicas**, el Modelo de Creencias de Salud ha sido tomado como base teórica en este proyecto por ser considerado uno de los más relevantes para estudiar el comportamiento de los individuos respecto del cuidado de la salud y su prevención.

Por este motivo, se han seguido los mismos procesos que otros autores han llevado a cabo para medir el comportamiento hacia la intención de perder peso (Park, 2011; Nejad, 2005; Kang, 1998) pero ampliando el modelo de análisis e incorporando otras variables como es el Word of Mouth.

En cierto modo, a través de esta variable se ha intentado desagregar la dimensión de claves de acción que incluye las fuerzas externas que recibe el sujeto para la toma de sus decisiones, resultando una variable que influye directamente en los beneficios percibidos, así como en las barreras percibidas.

Además, hemos aplicado el Modelo de Creencias de Salud hacia situaciones que implican el consumo de medicamentos sin receta, manifestando que de las cuatro principales dimensiones todas son significativas con la intención de compra, incluyendo además la autoeficacia.

Esto supone que el Modelo por sí mismo aplicado a fármacos OTC podría seguir el mismo proceso que cuando se trata de enfermedades graves o se pretende analizar el comportamiento del consumidor hacia el inicio de tratamientos o la prevención con comportamientos saludables. No obstante, y como expondremos en las futuras líneas de investigación, serían necesarias mayor número de investigaciones en la compra de otros fármacos OTC.

Continuando con las **implicaciones profesionales**, el proyecto presentado en esta tesis tenía como objetivo fundamental analizar la influencia del Word of Mouth en la intención de compra de un fármaco OTC, según el modelo de creencias de salud. Esto supone que el análisis no solo se realiza desde una perspectiva psicológica sino también desde el punto de vista de Marketing y empresarial.

En este sentido, la implicación de este proyecto a nivel profesional se soporta en los siguientes elementos:

- Conocimiento del consumidor como persona que toma la decisión de compra de un fármaco sin receta. Hasta el momento, las investigaciones que habían tomado el Modelo de Creencias de Salud como base teórica, no habían tenido este componente empresarial. El conocimiento del individuo en cuanto a su comportamiento hacia la prevención de enfermedades era el objetivo buscado en estas investigaciones.

En cambio, el análisis de estos individuos como sujetos que inician un tratamiento, que compran un fármaco y que toman decisiones relativas a estos aspectos no había sido estudiado anteriormente.

Esto implica que los laboratorios farmacéuticos y las empresas que dedican su actividad al desarrollo de fármacos OTC, podrán tener una visión más completa de su futuro consumidor, realizando las estrategias de comunicación de un modo más adecuado teniendo en cuenta el momento en que se encuentra con respecto a la prevención de la salud.

Es decir, si el individuo ya tiene la creencia de ser vulnerable a una enfermedad o por el contrario no ha iniciado el proceso de sensibilización; si ya es consciente de la amenaza percibida de la enfermedad, es cuando podrán iniciar la comunicación de los beneficios del producto, minimizando las barreras que pudieran levantarse.

Considero que este punto es importante porque muchas marcas inician la comunicación directamente en el beneficio del fármaco, destacando las ventajas competitivas con respecto a otras marcas (en caso de tenerlas), y se obvia la necesidad de recordar la importancia de la propia enfermedad o síntomas. Variables que ha quedado demostrada la significación con la intención de compra de los productos.

### *9.3. Limitaciones*

Por último, vamos a exponer en este capítulo las principales limitaciones que hemos tenido con el trabajo presentado en estas páginas y que son las siguientes:

- Limitaciones del diseño muestral.
- Limitaciones en la recogida de la información del Word of Mouth.

En primer lugar, una de las principales limitaciones se centra en el diseño muestral por conveniencia que ha sido utilizado en este trabajo, es decir, la muestra ha sido seleccionada según un criterio de accesibilidad y comodidad para el investigador. Esto implica que el muestreo es no probabilístico y por tanto, la muestra no ha sido seleccionada bajo un proceso aleatorio. El universo ha sido desproporcional en el momento en que la muestra de mujeres ha sido del 70%, así como sin seguir una proporcionalidad por otras variables como edad o zona geográfica.

La muestra no ha superado los 200 individuos y ha limitado el análisis de variables como el Word of Mouth negativo, donde el nivel de respuestas ha sido reducido, generando dificultades para un óptimo análisis multivariante. Estudiar el comportamiento WoM supone un incremento considerable del tamaño muestral, teniendo en cuenta que un segmento importante de la muestra total afirmará no haber generado ningún comentario u opinión, a menos que, como apuntábamos en otras páginas, el tema a tratar sea de máximo interés para los individuos (tecnología, viajes, etc.).

En segundo lugar, la técnica de recogida de información ha sido la encuesta online, donde cada individuo administraba su respuesta en base a su recuerdo. Para las dimensiones del modelo de creencias de salud, consideramos que no es una limitación, ya que la mayoría de dichas dimensiones se centran en la percepción del individuo.

En cambio, el análisis de Word of Mouth se ha realizado bajo la declaración del individuo, siendo una limitación teniendo en cuenta que la mayoría de las ocasiones se produce bajo conversaciones privadas y es difícil saber qué parte de esta conversación puede ser medida y recordada. En este sentido, y como apuntaremos en el siguiente capítulo, otros métodos de recogida de información podrían ser utilizados, tales como el diseño experimental o incluso nuevos métodos de rastreo del *buzz* en internet.

#### *9.4. Futuras líneas de investigación.*

Para finalizar este documento, presentamos futuras líneas que puedan servir para futuros modelos de investigación siguiendo el mismo modelo que el presentado en esta tesis.

En primer lugar, exponemos futuras líneas de investigación orientadas a otros mercados, aunque siempre desde la perspectiva del producto farmacéutico que puede ser comprado sin receta médica. A continuación, las propuestas de investigación giran en torno a las variables mediadoras incluidas en este proyecto. Finalmente, el target de estudio y la recogida de información se convierten en otra alternativa para ser estudiada en el futuro.

La aplicación del WoM como variable que está relacionada con otras dimensiones del Modelo de Creencias de Salud y la intención de compra de un producto OTC para perder peso, puede ser extensible a cualquier otra categoría de producto que cumpla al menos la condición de generar un cambio de hábitos en el consumidor y asumir un nivel de conciencia de la susceptibilidad de la enfermedad.

Por otra parte, en nuestra investigación se ha recurrido al Word of Mouth como variable mediadora de los constructos del modelo de creencias de salud, pero son diferentes las variables que pueden ser introducidas en el análisis y que en esta ocasión han sido excluidas.

En este sentido, el farmacéutico podría ser incorporado en el modelo como otro influenciador en la compra del producto o incluso de la decisión de la marca que finalmente se va a comprar.

Recordemos que los productos expuestos en esta tesis son de libre dispensación en la Farmacia, asumiendo que el consumidor tiene la última decisión de compra. Concretamente, esta es la hipótesis de partida, que junto con mi experiencia profesional en el ámbito de la salud, sitúa al farmacéutico como la persona influyente en la variedad o la marca que finalmente se vaya a comprar pero que también puede hacer cambiar la opinión a los clientes hacia productos que el farmacéutico estime más adecuados.

Por este motivo, el farmacéutico no fue incluido en nuestro modelo, si bien, sería interesante analizar el rol que ejerce este profesional en compras repetidas o incluso en la decisión de la marca a comprar, que sería el siguiente eslabón de este modelo presentado.

Por último, futuras líneas de investigación podrían basarse en la herramienta de recogida de datos. Los datos analizados en esta tesis han sido obtenidos a través de una encuesta, incluyendo las dimensiones de Word of Mouth que han sido recogidas por declaración de los individuos.

Sin duda, esto es una limitación de la investigación pero también abre la posibilidad a nuevas líneas de investigación a través del análisis del *buzz* generado en la red, estudiando la influencia que tienen en la compra final, midiendo la navegación de los consumidores en la Web de la marca o analizando los comentarios que expresan en foros y blogs. A través de esta técnica de recogida de información, el Word of Mouth negativo tendría más fuerza en el análisis y no se mitigaría como ha ocurrido cuando se recoge de forma declarativa.

De igual manera, el análisis del Word of Mouth podría ser realizado bajo otra perspectiva de diseño experimental donde muestras independientes de individuos sean expuestos a diferentes mensajes positivos o negativos, analizando de esta manera la influencia que el WoM tiene en la intención de compra.

En este diseño experimental, se crearían unas condiciones para comprobar la influencia del Word of Mouth (causa) sobre la intención de compra de fármacos OTC (resultados), evitando por tanto el sesgo que la falta de recuerdo pueda generar, especialmente en los mensajes negativos.

## 10. Bibliografía

## 10. Bibliografía

- Abraham S., Sheeran P. (2005). The Health Belief Model. *Predicting Health Behaviour* (2) 23-61. Buckingham: Open University Press.
- AIMC: Asociación para la investigación de los medios de comunicación. Informe sobre navegación en Internet. Abril-Mayo 2013
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211
- Ali, N. S. (2002). Prediction of coronary heart disease preventive behaviors in women: a test of the health belief model. *Women and Health*, 35 (1), 83-96.
- Anderson, M (2013): *Testing the Health Belief Model Using Prostate Cancer Screening Intention*. Thesis Submitted to the Faculty of the Graduate School of Vanderbilt University.
- Aron, A. & Aron, E. (2001) *Estadística para Psicología*. Pearson Education.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In *Encyclopedia of human behavior, Vol 4*, pp 71-81. New York: Academic Press.
- Becker, M. y Janz, N. (1984). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 11, 1-47.
- Belcher, L., Sternberg, M.R., Wolotski, R.J., Halkitis, P., & Hoff, C. (2005). Condom use and perceived risk of HIV transmission among sexually active HIV positive men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 17 (1), 79-89

- Bimbela y Gomez Rodriguez (1994): SIDA y comportamientos preventivos: el modelo PRECEDE. *Revista Psicología. General y Aplicada*, 47, 151-157.
- Bond G., Aiken L, y Somerville S. (1992). The health belief model and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychology*, 11, 190-198.
- Boroumandfar K., Shabani, F. y Ghaffari, M. (2012), An investigation on the effect of Health Belief Model-based education on refusal skills in high risk situations among female students. *Iranian Journal of Nurses and Midwifery Research* 17, (3), 229–233.
- Bush A.J., W. Boller Gregory (1991). Rethinking the role of television advertising during health crises: a rhetorical analysis of the federal AIDS campaigns. *Journal of Advertising*, 20, 1, 28-37
- Cabrera G., Tascón J. y Lucumi D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista Fac. Nac. Salud Pública*, 19, 99-101.
- Carnel S., Wardle J. (2007): Measuring behavioural susceptibility to obesity: Validation of the child eating behaviour questionnaire. *El Servier. Appetite* 48 104–113
- Clark, M.; Abrams, D.; Raymond N.; Eaton, Cheryl A.; Rossi, J. (1991) Self-efficacy in weight management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, (5), 739-744
- Coe A, Gatewood S, Moczygemba L, Goode J, Beckner JO. (2012). The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the novel H1N1 influenza vaccine. *Innovations in Pharmacy*, 3, 2, Article 74
- Codeço C. y Flávio (2009). Dynamic modeling of vaccinating behavior as a function of individual beliefs. *Plos Computational Biology*, 5 (7).
- Conner, M., y Norman, P. (2005). Predicting health behavior. Buckingham: Open University Press (2)
- Chen, J. Fox, S, Cantrell, C, Stockdale, S. y Kagawa-Singer M. (2007). Health disparities and prevention: Racial/ethnic barriers to flu vaccinations. *Journal of Community Health*, 32, (1), 5–20.

- Chevalier J. y Mayzlin D., (2006). The effect of word of mouth on sales: online book reviews. *Journal of Marketing Research*, 63, 345–354.
- Daddario, DK. (2007). A Review of the Use of the Health Belief Model for Weight Management. *Medsurg Nursing*, 16, 6
- East, R., Hammond, K., Lomax, W. (2008): Measuring the impact of positive and negative Word of Mouth on brand purchase probability. *International Journal of Research in Marketing* 25, 215–224
- Ehreth J. (2003): The global value of vaccination. *Vaccine* 21, 596-600.
- Garcia, K., & Mann, T. (2003). From "I wish" to "I will": Social-cognitive predictors of behavioral intentions. *Journal of Health Psychology*, 8, 347-360.
- Gelb, B., y Johnson, M. (1995). Word-of-mouth communication: causes and consequences. *Journal of Health Care Marketing*, 15, 54-58.
- Gildin, S. (2003). Understanding the power of word-of-mouth. *Revista de Administração Mackenzie*, 4, 1, 92-106.
- Goldman K. ySchmalz K. (2001): Theoretically speaking: overview and summary of key health education theories. *Health Promotion Practice*, 2, 277-281.
- Grande I., Abascal E. (2011). La encuesta. En I. Grande y E. Abascal (2011) *Fundamentos y técnicas de investigación comercial* (pp. 143-156). (11a. ed.). Madrid: ESIC.
- Ha, Sejin y Lee, Yun Jung (2001): Determinants of consumer-driven healthcare. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 5, 1, 8-24
- Hair J., Anderson R., Tatham R., Black W., (1999). *Análisis multivariante*. (5a. ed.). Prentice Hall.
- Hernandez M., Helena (2010): *Modelo de creencias de salud y Obesidad. Un estudio de adolescentes de la provincia de Guadalajara*. Tesis. Universidad de Alcalá. 2010
- Infoadex: Estudio Infoadex de la inversión publicitaria en España. Informe 2010.
- Instituto Nacional de Estadística (INE): Encuesta de Salud 2010.

- James, A., Campbell M., Hudson M. (2002): Perceived Barriers and Benefits to Colon Cancer Screening among African Americans in North Carolina: How Does Perception Relate to Screening Behavior. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 11, 529–534.
- James D., Pobee J., Oxidine D., Brown L., Joshi G. (2012). Using the Health Belief Model to Develop Culturally Appropriate Weight Management Materials for African-American Women. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112, 664–670.
- Janz N., Becker M. (1984). The health believe model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Jisu Huh (2002). Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising: Understanding its Consequences. *Public Opinion Research, Chicago*.
- Jones, Christina (2015): The Health Belief Model as an Explanatory Framework in Communication Research: Exploring Parallel, Serial, and Moderated Mediation. *Health Communications*, 30, 566-576
- Kang Y, Jin K, Lee H. (1998). Factors influencing weight control intention of obese adolescents. *Korean Journal of Preventive Medicine*, 31(2): 199-214
- Kalichman S., Cain D., Simbayi L., Cherry C., Kaufman M., (2005). Gender attitudes, sexual violence, and HIV/AIDS risks among men and women in Cape Town, South Africa. *The Journal of Sex Research* 11; 42, (4), 299-305.
- Lee CM. (2004). *The effect of health belief and self-efficiency on weight-control behavior and intention to obesity control among elementary schoolers*. Thesis. Catholic University of Daegu. 2004
- Londoño C., Amézquita M, Cortés J. (2009). Diseño de cuestionario de creencias referidas al consumo de alcohol para jóvenes universitarios. *Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología*, 5 (2), 337-347.
- McKay, Susan (2003). Adolescent risk behaviors and communication research: current directions. *Journal of Language and Social Psychology*, 74-82.

- Martos, A. J. (2001): Conocimientos y actitudes de los médicos ante los medicamentos genéricos. Universidad de Málaga. Departamento de Fisiología, Educación Física y Deportiva.
- Mayo, E. (2005): Vacunación antigripal en España, análisis de las encuestas nacionales de salud en los años 1993, 1995, 1997 y 2001. Universidad Rey Juan Carlos I, Madrid. Departamento de Ciencias de la Salud II.
- McClendon, D. (2011): Perceived Susceptibility of Cardiovascular Disease as a Moderator of Relationships between Perceived Severity and Cardiovascular Health Promoting Behaviors among Female Registered Nurses. Dissertation, Georgia State University.
- Mullen P., Hersey J., Iverson D., (1987). Health behavior models compared. *Social Science and Medicine*, 24 (11), 973-981.
- Mugarza, F. (2001): Perfil actitudinal de los padres españoles de niños de 0 a 6 años ante la vacunación infantil y diseño de estrategias de comunicación diferenciadas. Universidad Autónoma de Madrid. Medicina Preventiva.
- Moreno E. y Gil Roales J. (2003): El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3, 1, 91-109.
- Nejad, L., Wertheim, E., Greenwood, K. (2005): Comparison of the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour in the Prediction of Dieting and Fasting Behaviour. *E-Journal of Applied Psychology: social section*. 1(1) 63-74.
- Nielsen Scan\*Pharma: información del volumen de ventas de las vacunas objeto de estudio durante el período de 2008 – 2010.
- Norman P., y Brain K. (2005): An application of the health belief model to the prediction of breast self-examination in a national sample of women with a family history of breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 10, 1-16.
- Notarantonio, E. y Quigley, Charles (2009). The effectiveness of a *Buzz* Marketing Approach compared to traditional advertising: an exploration. *Journal of Promotion Management*, 15, 455-464.

- O'Connell JK, Price JH, Roberts SM, Jurs SG, McKinley R. (1985). Utilizing the Health Belief Model to predict dieting and exercising behavior of obese and non obese adolescents. *Health Education Quarterly*. 12, 343-51
- Ozden D., Cicek F. (2011) Development and Evaluation of The Health Belief Model Scale in Obesity. *Preventive Medicine Bulletin*, 10 (5): 533-542
- Páez D. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicadas al caso del Sida. *Revista Psicología General y Aplicada*, 47, 141-149.
- Park, Dong-Yean (2011). Utilizing the Health Belief Model to predicting female middle school students' behavioral intention of weight reduction by weight status. *Nutritional Research and Practice*, 5 (4) 337 - 348
- Priyanka D., Rajesh N., Jigar R. (2013). Women's Attitudes and Health Beliefs toward Osteoporosis Screening in a Community Pharmacy. *Journal of Osteoporosis*.
- Raziuddin Taufique, K. (2011). Online social media as a driver of *buzz* marketing: who's riding. Annual Conference on Innovations in Business & Management. Londres.
- Renkama J., Hoeken H. (1998).The influence of negative newspaper publicity on corporate image in the Netherlands. *The Journal of Business Communication*, 35, 4, 521–535.
- Reyes Rodríguez, L. (2007): La teoría de la Acción Razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. Universidad pedagógica de Durango. *Investigación Pedagógica*, 7, 66-77.
- Riegner, Cate (2007). Word of Mouth on the Web: The impact of Web 2.0. on Consumer Purchase Decisions. *Journal of Advertising Research*.
- Romano, V., Scott, I.: Using Health Belief Model to Reduce Obesity amongst African American and Hispanic Populations. *El Servier*.
- Rosen, E. (2000). The Anatomy of buzz: how to create word-of-mouth marketing. New York: Doubleday
- Rosenstock I. (1959). Why people fail to seek poliomyelitis vaccination. *Public Health Reports*, 98–104.

- Rosenstock I., Strecher V., Becker M. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15, 175–183.
- Ruiz de Maya, Salvador y Munuera Alemán, Jose Luis (2001). Decisiones de compra de medicamentos sin receta y productos de parafarmacia. *Distribución y Consumo*. 79-89
- Sago B. y Hinnenkamp C., (2014). The impact of significant negative news on consumer behavior towards favorite brands. *Global journal of business research*, 8, 1.
- Sapp S. y Weng Y. (2006) Examination of the health belief model to predict the dietary quality and body mass of adults. *International Journal of Consumer Studies* 29, 234-245.
- Sheeran, P., y Abraham, C. (1996). The health belief model. Buckingham: Open University Press. 23-61
- Smith E. (1995). The effects of integrating advertising and negative Word of Mouth communications on message processing and response. *Journal of Consumer Psychology*, 4, 131-151.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (2011). *Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos*, 10, 1.
- Soto F., Lacoste J., Papenfuss R. y Gutierrez A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. Instituto para el estudio de las Adicciones. Santa Cruz de Tenerife.
- Strecher V., Becker M., Rosenstock I. (1986). The role of Self-efficacy in Achieving Health Behavior Change. *Health Education Quarterly*, 13 (1), 73-91.
- Sullivan, K.; White, K.; Young, R.; Scott, C. (2008). Predictors of intention to exercise to reduce stroke risk among people at risk of stroke: An application of an extended Health Belief Model.
- Swenney, J., Soutar, G., Mazarrol, T. (2010): Word of Mouth: measuring the power of individual messages. *European Journal of Marketing*, 46, 1/2, 237-257.

- Swenney, J., Soutar, G., Mazarrol, T. (2012): Factors enhancing word of-mouth influence: positive and negative service-related messages. *European Journal of Marketing*, 48, 1/2, 336-359.
- Turner L, Hunt S, Di Brezzo R, Jones C. (2004). Design and implementation of an osteoporosis prevention program using the health belief model. *American Journal of Health Studies*, 19, 115–122.
- Wallace, L. S. (2002). Osteoporosis prevention in college women: application of the expanded health belief model. *American Journal of Health Behavior*, 26, 163-172.
- Wilkes, Michael S., Bell Robert A. (2000). Direct to Consumer Prescription drug advertising: Trends, Impact, and Implications. *Health Affairs* 19, 2.

## 11. Anexos

## 11. Anexos

### *11.1. Explicación de ScanPharma: información del panel de Farmacia de Nielsen.*

El Panel de Farmacia de Nielsen está integrado por una muestra de 1.000 Farmacias distribuidas por toda la geografía española y cuya sistemática es la siguiente:

- En primer lugar, y después de una cuantificación del universo de Farmacia (dimensionado en más de 21.000 Farmacias), se realiza una selección de la muestra de farmacias, representativa de dicho universo y que se mantiene constante a lo largo del tiempo.  
La afijación muestral se realiza de manera proporcional al universo por provincia y tipo de hábitat y con un mínimo provincial para dar el dato agregado por microárea.
- Cada Farmacia seleccionada y colaboradora con el Panel, envía datos semanales a Nielsen, entre ellos, las unidades vendidas de determinados medicamentos, incluyendo en este caso, las vacunas no financiadas y que son de venta en este canal.
- Los datos obtenidos de esta muestra se extrapolan teniendo en cuenta el estimador de razón, obteniéndose por tanto los datos a nivel nacional y por áreas Nielsen.

La información utilizada y presentada en este documento, se ha centrado en el análisis de las ventas en volumen y valor del mercado OTC y concretamente los productos para la pérdida de peso.

### ***11.2. Cuestionario utilizado.***

**Estamos haciendo esta encuesta para conocer tu opinión sobre determinados aspectos relacionados con la Salud. Este estudio es objeto de una tesis doctoral. Te agradecemos de antemano tu participación y tus respuestas serán anónimas. En pantalla irán apareciendo las preguntas, estimando una duración máxima de la encuesta de 10 minutos. Antes de empezar la encuesta, aparecerán en pantalla unas preguntas de clasificación.**

Preg.1.- Marca si eres hombre o mujer.

(\* Marque una sola opción)

- Hombre
- Mujer

Preg.2.- Por favor, marca el intervalo de edad en que te encuentras.

(\* Marque una sola opción)

- Menos de 18 años
- 18-24 años
- 25-34 años
- 35-44 años
- Más de 45 años

Preg.3.- ¿En qué Comunidad Autónoma vives actualmente?

(\* Marque una sola opción)

- Andalucía
- Cataluña
- Comunidad de Madrid
- Comunidad Valenciana
- Extremadura
- Otra Comunidad

**A continuación aparecerán en pantalla unas preguntas relacionadas con la Salud.**

Preg.4.- ¿Cómo describirías tu estado de salud actual?

(\* Marque una sola opción)

- Muy malo
- Bastante malo
- Normal
- Bastante bueno
- Muy bueno

Preg.5.- A partir de ahora las preguntas harán referencia al peso. ¿Con qué frecuencia dirías que controlas tu peso?

(\* Marque una sola opción)

- Un par de veces a la semana
- 1 vez a la semana
- 1 vez cada 15 días
- 1 vez al mes
- 1 vez cada 2 meses o con mayor frecuencia

Preg.6.- De las siguientes opciones que aparecen en pantalla relacionada con el peso, con cuál te sientes identificado/a?

(\* Marque una sola opción)

- Tienes bastantes menos kilos de tu peso ideal
- Tienes un par de kilos menos de tu peso “ideal”
- Estás en tu peso ideal
- Tienes un par de kilos más de tu peso ideal
- Tienes bastantes más kilos de tu peso ideal

Preg.7.- ¿Podrías escribir cuántos kilos pesas?

Respuesta: \_\_\_\_\_

Preg.8.- ¿Podrías escribir cuánto mides? Escríbelo en centímetros y sin decimales.

Respuesta: \_\_\_\_\_

Preg.9.- ¿En qué medida estás satisfecho/a – insatisfecho/a con tu peso actual?

(\* Marque una sola opción)

- Muy insatisfecho/a
- Bastante insatisfecho/a
- Normal
- Bastante satisfecho/a
- Muy satisfecho/a

Preg.10.- Durante este año 2015, dirías que:

(\* Marque una sola opción)

- No has seguido ninguna dieta, método o tomado algún fármaco para perder peso (SALTAR A P.13)
- Te has planteado en algún momento hacer una dieta, método o tomar algún fármaco para reducir peso, pero todavía no lo has hecho
- Has seguido alguna dieta, método o has tomado algún fármaco para perder peso

Preg. 11 ¿Cómo piensas llevar o cómo llevaste a cabo esta dieta? Puedes marcar más de una respuesta

- Cambiando los hábitos de alimentación y/o haciendo deporte
- Haciendo alguna dieta, tipo dieta Dukan o similar
- Comprando un producto en la farmacia que me ayudara a perder peso (sin necesidad de receta médica) como puede ser Lipograsil, Obregrass, Bimanan, XLS, Siken, Alli, etc
- Comprando un producto en la farmacia pero con receta del médico (tipo Redugras)

Preg. 12 ¿Por qué motivo principal llevaste o quieres llevar este método para perder peso? Solo puedes marcar una respuesta.

(\* Marque una sola opción)

- Por salud
- Por estética

Preg. 13.- Aunque no haya sido en 2015, ¿has llevado a cabo alguno de los siguientes comportamientos para perder peso?

- Cambiar los hábitos de alimentación y/o haciendo deporte.
- Hacer alguna dieta, tipo dieta Dukan o similar
- Comprar un producto en la farmacia que ayude a perder peso (sin necesidad de receta médica) como puede ser Lipograsil, Obregrass, Bimanan, XLS, Siken, Alli, etc.
- Comprar un producto en la farmacia pero con receta del médico (tipo Redugras)
- Nunca he intentado perder peso (SALTAR A P.15)

Preg. 14 Concretamente, ¿cuántas veces has comprado algún fármaco de este tipo?

Respuesta: \_\_\_\_\_

Preg. 15.- Pensando en el momento actual o en el próximo año, ¿con qué probabilidad crees que comprarías estos fármacos para perder peso en caso de tener sobrepeso o unos kilos de más?

(\* Marque una sola opción)

- Ninguna, no pienso comprar
- Casi seguro no pienso comprar
- Muy poco probable que compre
- Bastante poco probable que compre
- Poco probable
- Alguna probabilidad que compre
- Bastante probable voy a comprar
- Muy probable voy a comprar
- Casi seguro voy a comprar
- Con total seguridad voy a comprar

**Ahora aparecerán en pantalla una serie de preguntas para que indiques tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas. Cuando en alguna pregunta se haga referencia a "fármacos", hacemos referencia a marcas para perder peso que se compran en Farmacia sin receta médica: Alli, Bimanan, Obegrass, Lipograsil, Redugras, XLS.**

Preg.16.- Marca tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas.

(\* Marque una sola opción por fila)

	Totalmente desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Siento que las posibilidades de tener sobrepeso o unos kilillos de más son altas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es más probable que llegue a tener unos kilos de más o sobrepeso por mi condición física, hábitos de alimentación o estado de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Siento que en algún momento puedo perder el control de mi peso y coger unos kilos de más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg.17.- Marca tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas.

(\* Marque una sola opción por fila)

	Totalmente desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La idea de tener unos kilos de más o sobrepeso, me asusta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tener sobrepeso dañaría mis relaciones personales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los problemas que podría experimentar con el sobrepeso se prolongarían durante largo tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tener sobrepeso o unos kilos de más supondría que no me puedo poner la ropa que quiero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mis sentimientos sobre mí mismo/a cambiarían si tuviera sobrepeso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg.18.- De nuevo aparecerán unas preguntas para que marques tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas.

(\* Marque una sola opción por fila)

	Totalmente desacuerdo	Bastante desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Si no tengo problemas de sobrepeso o kilos de más, mi salud mejorará.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La confianza en mí mismo/a incrementa si no tengo kilos de más o sobrepeso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me siento tranquilo/a al saber que hay fármacos eficaces para reducir peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La confianza en mí mismo/a incrementa si no tengo kilos de más o sobrepeso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mi apariencia física mejora si no tengo unos kilos de más o sobrepeso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Puedo elegir cualquier tipo de ropa si no tengo unos kilos de más o sobrepeso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Siento que seré más atractivo/a para los demás, si no tengo kilos de más o sobrepeso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg.19.- Marca tu grado de acuerdo o desacuerdo con estas frases.

(\* Marque una sola opción por fila)

	Totalmente desacuerdo	Bastante desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Es difícil hacer dieta cuando mis amigos, familia a menudo cenan fuera o toman comida "rápida".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tomar fármacos para perder peso es demasiado incómodo teniendo en cuenta mi ritmo de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tomar fármacos para perder peso supone un esfuerzo económico, son demasiado caros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pienso que estos fármacos no ayudan a perder peso, no son efectivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pienso que estos fármacos pueden tener efecto "rebote" y volver a engordar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg.20.- Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas afirmaciones.

(\* Marque una sola opción por fila)

	Totalmente desacuerdo	Bastante desacuerdo	Ni de acuerdo, ni desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Sigo buenos hábitos de alimentación para evitar sobrepeso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me gusta buscar información relacionada con la salud y el sobrepeso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hago ejercicio físico un par de veces a la semana porque será bueno para evitar sobrepeso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si me entero que un amigo o familiar ha tenido algún problema derivado del sobrepeso, me hace pensar sobre la forma de prevenirlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pienso en controlar el peso cuando un amigo y/o familia me lo dicen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pienso en controlar el peso cuando escucho alguna noticia relacionada con esto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pienso en controlar el peso cuando amigos y/o familia también lo hacen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pienso en controlar el peso cuando me quiero poner determinada ropa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg.21.- Por último, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas afirmaciones.

(\* Marque una sola opción por fila)

	Totalmente desacuerdo	Bastante desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Yo puedo controlar el consumo de dulces, grasas, alcohol, comida "basura", etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Yo puedo dejar de comer incluso cuando la comida me gusta mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Yo puedo negarme a comer cuando amigos o familiares me ofrecen algo de comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Yo puedo evitar comer cuando estoy aburrido/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Yo puedo comer en cantidades moderadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Si detectara un problema de sobrepeso o unos kilos de más, sabría qué hacer para perderlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pág. 5.- Para ir finalizando la encuesta, ahora aparecerán unas preguntas relacionadas con la comunicación para perder peso.**

-----  
Preg.22.- En los últimos 6 meses, ¿has recibido alguna opinión, consejo o comentario POSITIVO de amigos, familia o redes sociales sobre cualquier aspecto para perder peso?

(\* Marque una sola opción)

- Sí  
 No (\* Continuar en la pág.:6)

P22A De una forma aproximada, ¿cuántas opiniones, consejos o comentarios positivos has recibido?

Respuesta: \_\_\_\_\_

P22B La última vez que escuchaste una opinión, consejo o comentario positivo relacionado con la pérdida de peso:

- Fuiste tú quien preguntaste por esa opinión, consejo o comentario  
 No preguntaste, sino que te dieron esa opinión, consejo o comentario

P22C ¿Qué relación mantienes con la persona que te dio esta opinión, consejo o comentario positivo?

(\* Marque una sola opción)

- Un conocido, pero sin ninguna relación cercana.  
 Amistades con poca relación, familia “lejana” o redes sociales poco frecuentes  
 Amistades con mucha relación o familia cercana o redes sociales frecuentes

P22D ¿Qué grado de credibilidad has dado a estos comentarios?

(\* Marque una sola opción)

- Muy baja  
 Baja  
 Intermedia  
 Alta  
 Muy alta

Preg.23.- En los últimos 6 meses, ¿has recibido alguna opinión, consejo o comentario NEGATIVO de amigos, familia o redes sociales sobre cualquier aspecto para perder peso?

(\* Marque una sola opción)

- Sí  
 No (\* Finalizar encuesta)

P23A De una forma aproximada, ¿cuántas opiniones, consejos o comentarios negativos has recibido?

Respuesta: \_\_\_\_\_

P23B Ahora nos centramos en los mensajes negativos. La última vez que escuchaste una opinión, consejo o comentario negativo relacionado con la pérdida de peso

- Fuiste tú quien preguntaste por esa opinión, consejo o comentario  
 No preguntaste, sino que te dieron esa opinión, consejo o comentario

P23C ¿Qué relación mantienes con la persona que te dio esta opinión, consejo o comentario negativo?

- Un conocido, pero sin ninguna relación cercana  
 Amistades con poca relación, familia “lejana” o redes sociales poco frecuentes.  
 Amistades con mucha relación o familia cercana o redes sociales frecuentes

P23D ¿Qué grado de credibilidad has dado a estos comentarios negativos?

- Muy Baja  
 Baja  
 Intermedia  
 Alta  
 Muy alta

MUCHAS GRACIAS POR CONTESTAR ESTA ENCUESTA

-----

**11.3. Detalle del Análisis Factorial Exploratorio.****Matriz de componentes<sup>a</sup>**

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
P20_8	,705	-,039	-,288	-,114	-,058	,178
P18_7	,687	-,052	,216	-,038	-,147	-,266
P20_4	,662	,236	-,264	-,164	-,052	,068
P18_6	,652	-,013	,393	,122	-,021	-,186
P20_7	,648	,088	-,596	-,084	,030	,150
P20_6	,641	,179	-,556	-,043	,103	,188
P18_5	,638	-,142	,451	,120	-,141	-,219
P16_3	,568	-,441	,042	,195	-,259	-,037
P16_1	,499	-,451	,083	,255	-,295	,223
P21_1	,174	,742	,189	,168	-,019	,165
P21_2	,162	,697	,127	,097	,161	,138
P21_4	,109	,667	,303	,116	,111	,247
P21_8	,368	,631	,118	-,001	-,166	,022
P21_5	,271	,580	,434	,101	-,102	,052
P21_3	,213	,575	,055	,230	,163	,335
p9	,126	-,522	-,117	,065	,285	,380
P16_2	,493	-,496	,042	,253	-,218	,206
p6	,301	-,468	,164	,219	-,048	,413
P20_5	,558	,229	-,595	-,082	,014	,018
P22_Wom_p_vol_R	,437	-,097	,360	-,638	-,036	,068
P22_Wom_p_cred_R	,409	-,034	,346	-,626	,010	,068

P19_2	,205	-,050	,125	,603	,412	-,221
P23_Wom_n_vol_R	,235	-,244	,330	-,531	,461	,020
P19_4	,253	-,053	,103	,529	,442	-,147
P19_3	,422	-,249	,238	,455	,211	-,077
p4	,128	,249	,078	-,061	-,554	-,367
P23_Wom_n_cred_R	,315	-,132	,248	-,482	,522	-,056
P17_3	,458	,055	-,276	-,021	,073	-,519
P17_2	,278	,126	-,396	-,012	,277	-,486

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 10 componentes extraídos

**Matriz de componentes<sup>a</sup>**

	Componente			
	7	8	9	10
P20_8	-,199	,000	-,164	,116
P18_7	-,140	-,200	-,165	-,291
P20_4	-,172	-,032	-,036	-,317
P18_6	-,295	-,221	-,157	,027
P20_7	-,121	,154	,039	,072
P20_6	-,075	,138	,004	,033
P18_5	-,142	-,188	-,093	-,107
P16_3	,369	,110	,152	-,057
P16_1	,392	,099	-,013	-,083
P21_1	,071	-,026	-,016	,080
P21_2	,361	-,110	-,113	,000
P21_4	,065	-,076	,163	-,092

P21_8	-,083	,109	-,050	,359
P21_5	-,113	,041	,000	,163
P21_3	,314	-,112	-,069	-,223
p9	-,120	-,393	-,015	,274
P16_2	,387	,166	-,026	-,002
p6	-,034	-,208	-,153	,273
P20_5	-,164	,130	,088	-,111
P22_Wom_p_vol_R	,041	-,015	,390	,026
P22_Wom_p_cred_R	,024	-,053	,461	,031
P19_2	-,070	,236	,019	-,097
P23_Wom_n_vol_R	,114	,249	-,301	-,005
P19_4	-,009	,251	,311	,166
P19_3	-,343	,102	,181	-,022
p4	,036	,357	-,133	,251
P23_Wom_n_cred_R	,169	,263	-,307	,040
P17_3	,323	-,325	-,015	,199
P17_2	,349	-,294	,096	,096

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 10 componentes extraídos

**Matriz de transformación de las componentes**

Componente	1	2	3	4	5	6	7
1	,603	,185	,511	,390	,194	,244	,169
2	,163	,781	-,059	-,428	-,088	-,038	-,131
3	-,663	,284	,415	,072	,158	,319	,248
4	-,134	,197	,070	,267	,578	-,559	-,454
5	,026	,117	-,178	-,357	,500	-,029	,540
6	,205	,347	-,312	,216	-,202	,072	-,010
7	-,264	,293	-,374	,605	-,196	-,004	,200
8	,186	-,122	-,360	,192	,351	-,054	,343
9	-,003	-,030	-,277	,016	,364	,713	-,486
10	-,074	-,023	-,289	-,106	,105	,091	,029

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

**Matriz de transformación de las componentes**

Componente	8	9	10
1	,196	,116	,109
2	,066	-,305	,231
3	-,311	,030	,131
4	-,022	,116	-,029
5	,210	,175	-,458
6	-,588	,478	-,270
7	,476	-,158	-,087
8	-,427	-,452	,393

9	,066	-,133	-,153
10	,238	,611	,670

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

**Relación de ítems excluidos del modelo.**

<b>P17</b>	<b>SEVERIDAD PERCIBIDA</b>
	1. La idea de tener unos kilos de más o sobrepeso, me asusta.
	2. Tener sobrepeso dañaría mis relaciones personales.
	3. Los problemas que podría experimentar con el sobrepeso se prolongarían durante largo tiempo.
	4. Tener sobrepeso o unos kilos de más supondría que no me puedo poner la ropa que quiero.
<b>P18</b>	<b>BENEFICIOS PERCIBIDOS</b>
	1. Si no tengo problemas de sobrepeso o kilos de más, mi salud mejorará.
	2. La confianza en mí mismo/a incrementa si no tengo kilos de más o sobrepeso.
	3. Me siento tranquilo/a al saber que hay fármacos eficaces para reducir peso.
	4. La confianza en mí mismo/a incrementa si no tengo kilos de más o sobrepeso.
<b>P19</b>	<b>BARRERAS PERCIBIDAS</b>
	1. Es difícil hacer dieta cuando mis amigos, familia a menudo cenan fuera o toman comida “rápida”.
	5. Pienso que estos fármacos pueden tener efecto “rebote” y volver a engordar.
<b>P20</b>	<b>CLAVES DE ACCIÓN</b>
	1. Sigo buenos hábitos de alimentación para evitar sobrepeso.
	2. Me gusta buscar información relacionada con la salud y el sobrepeso.
	3. Hago ejercicio físico un par de veces a la semana porque será bueno para evitar sobrepeso.
	<b>WORD OF MOUTH</b>
P22b	La última vez que escuchaste una opinión, consejo o comentario positivo relacionado con la pérdida de peso.
P22c	¿Qué relación mantienes con la persona que te dio esta opinión, consejo o comentario positivo?
P23b	La última vez que escuchaste una opinión, consejo o comentario negativo relacionado con la pérdida de peso.
P23c	¿Qué relación mantienes con la persona que te dio esta opinión, consejo o comentario negativo?

**11.4. Detalle del Análisis de Fiabilidad de las escalas de medida.****Escala de susceptibilidad percibida.****Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,881	3

**Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
P16_1	3,31	1,200	192
P16_2	3,34	1,152	192
P16_3	3,39	1,120	192

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P16_1	6,73	4,406	,775	,828
P16_2	6,70	4,534	,793	,811
P16_3	6,66	4,834	,744	,855

**Escala de severidad percibida.****Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,740	2

**Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
P17_2	2,73	1,147	192
P17_3	2,83	1,205	192

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P17_2	2,83	1,452	,588	. <sup>a</sup>
P17_3	2,73	1,317	,588	. <sup>a</sup>

**Escala de beneficios percibidos.****Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,847	3

**Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
P18_5	3,93	,895	192
P18_6	3,98	,915	192
P18_7	3,87	,943	192

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P18_5	7,85	2,768	,752	,753
P18_6	7,80	2,791	,713	,789
P18_7	7,91	2,777	,682	,820

**Escala de barreras percibidas.****Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,733	3

**Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
P19_2	3,27	,964	192
P19_3	3,77	,950	192
P19_4	3,32	1,018	192

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P19_2	7,09	2,846	,565	,637
P19_3	6,59	2,945	,541	,665
P19_4	7,03	2,690	,565	,638

**Escala de claves de acción****Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,893	5

**Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
P20_4	3,26	1,060	192
P20_5	3,05	1,127	192
P20_6	2,98	1,104	192
P20_7	3,05	1,115	192
P20_8	3,41	1,079	192

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P20_4	12,49	14,722	,646	,890
P20_5	12,70	13,542	,758	,866
P20_6	12,76	13,366	,807	,854
P20_7	12,69	13,104	,837	,847
P20_8	12,34	14,592	,649	,890

**Escala de autoeficacia****Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,847	6

**Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
P21_1	3,47	1,139	192
P21_2	3,16	1,162	192
P21_3	3,31	1,076	192
P21_4	3,37	1,090	192
P21_5	3,71	,974	192
P21_8	3,52	1,013	192

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P21_1	17,08	15,926	,713	,805
P21_2	17,39	16,114	,669	,814
P21_3	17,24	17,262	,591	,829
P21_4	17,18	16,747	,647	,818
P21_5	16,84	17,874	,593	,829
P21_8	17,03	17,863	,562	,834

**Escala de WoM Positivo****Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,913	2

**Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
P22_Wom_p_cred	2,0313	1,45403	192
P22_Wom_p_vol	1,9167	1,37034	192

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P22_Wom_p_cred	1,9167	1,878	,842	. <sup>a</sup>
P22_Wom_p_vol	2,0313	2,114	,842	. <sup>a</sup>

**Escala de WoM Negativo****Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,859	2

**Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
P23_Wom_n_cred_R	1,3594	,90433	192
P23_Wom_n_vol_R	1,4271	1,06584	192

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P23_Wom_n_cred_R	1,4271	1,136	,763	. <sup>a</sup>
P23_Wom_n_vol_R	1,3594	,818	,763	. <sup>a</sup>

### 11.5. Resultados del ajuste del modelo Path Analysis.

#### Notes for Model (Default model)

#### Computation of degrees of freedom (Default model)

Number of distinct sample moments: 66  
 Number of distinct parameters to be estimated: 39  
 Degrees of freedom (66 - 39): 27

#### Result (Default model)

Minimum was achieved  
 Chi-square = 113,235  
 Degrees of freedom = 27  
 Probability level = ,000

#### Model Fit Summary

##### CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	39	113,235	27	,000	4,194
Saturated model	66	,000	0		
Independence model	11	351,775	55	,000	6,833

##### RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,066	,963	,940	,593
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,682	,335	,214	,283

##### Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	,965	,951	,972	,961	,972
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

##### Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,727	,702	,707
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

**RMSEA**

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,062	,054	,070	,006
Independence model	,315	,308	,321	,000

**VALOR DE LOS COEFICIENTES ESTANDARIZADOS Y NIVEL DE SIGNIFICACIÓN****Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)**

			Estimate
Susceptibilidad	<---	Claves_Accion	,178
Severidad	<---	Claves_Accion	,280
Severidad	<---	Peso_Percibido	,220
Beneficios	<---	WoM_Positivo	,248
Barreras	<---	WoM_Negativo	,354
Susceptibilidad	<---	Peso_Percibido	,392
Susceptibilidad	<---	Salud_Percibida	-,017
Severidad	<---	Salud_Percibida	,058
Intencion_Compra	<---	Susceptibilidad	,242
Intencion_Compra	<---	Severidad	,177
Intencion_Compra	<---	Beneficios	,230
Intencion_Compra	<---	Barreras	-,223
Intencion_Compra	<---	Autoeficacia	-,241

**Regression Weights: (Group number 1 - Default model)**

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Susceptibilidad	<---	Claves_Accion	,122	,045	2,713	,007	
Severidad	<---	Claves_Accion	,124	,030	4,123	***	
Severidad	<---	Peso_Percibido	,364	,112	3,242	,001	
Beneficios	<---	WoM_Positivo	,296	,084	3,545	***	
Barreras	<---	WoM_Negativo	,355	,068	5,228	***	
Susceptibilidad	<---	Peso_Percibido	1,001	,167	5,988	***	
Susceptibilidad	<---	Salud_Percibida	-,067	,257	-,261	,794	
Severidad	<---	Salud_Percibida	,150	,173	,867	,386	
Intencion_Compra	<---	Susceptibilidad	,087	,023	3,861	***	
Intencion_Compra	<---	Severidad	,098	,035	2,818	,005	
Intencion_Compra	<---	Beneficios	,080	,022	3,711	***	
Intencion_Compra	<---	Barreras	-,109	,030	-3,606	***	
Intencion_Compra	<---	Autoeficacia	-,049	,013	-3,886	***	

