

CONCEPTO, CREENCIAS Y COMPORTAMIENTOS DE SALUD EN PREADOLESCENTES

Jesús Gil Roales-Nieto*
Francisca López Ríos
Emilio Moreno San Pedro

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

RESUMEN

En el ámbito de la Psicología de la Salud el estudio del desarrollo del concepto y las creencias de salud ha señalado que en la etapa adolescente tienen lugar la formación de estos importantes repertorios que determinarán en buena medida el comportamiento relacionado con la salud durante la vida adulta. En este estudio se han analizado los hábitos de salud, conceptos y creencias sobre la salud y la enfermedad de 200 adolescentes de ambos sexos (11-14 años). Los resultados obtenidos confirman que la adolescencia es un momento clave en la formación de los conceptos y creencias sobre salud y enfermedad, a la vez que señalan ciertas relaciones de interés entre hábitos de vida relacionados con la salud y el informe de cierto tipo de creencias sobre locus de control y percepción del riesgo.

Palabras clave: ADOLESCENTES, CONCEPTO DE SALUD, HÁBITOS DE SALUD, CREENCIAS DE SALUD.

* La correspondencia sobre este artículo puede dirigirse a este autor, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Humanidades. Universidad de Almería, 04120 Almería. Email: jgil@ual.es.

SUMMARY

In the Health Psychology's field, the study of the health concept and health beliefs shows that it is during the adolescent period that takes place the formation of these important repertoires that will determine in part the behaviors related to health along life. The present study analyzes health concept and health belief. Twenty two hundred preadolescents (11-14 years old) responded to a survey. Results confirm that this period in life is a relevant moment for ideas on health and illness as well as results show several relations among health habits and health belief (locus of control and risk perception).

Key words: ADOLESCENTS, HEALTH CONCEPT, HEALTH HABITS, HEALTH BELIEFS.

Las intervenciones preventivas y de promoción de la salud podrían ser más eficaces si tuvieran en cuenta las peculiaridades del desarrollo humano (Budman y Wertlieb, 1979), en tanto que parece obvio esperar que los mensajes y las propuestas de actuación que se amolden a los repertorios, actitudes, creencias y características de cada grupo de edad, serán más eficaces que los mensajes y propuestas uniformes para toda la población. Por otra parte, es claro que cada grupo de edad en los que tradicionalmente se divide el desarrollo humano, presenta particulares necesidades en cuanto a salud y enfermedad.

En el ámbito de la Psicología de la Salud se han desarrollado varias líneas de investigación sobre la formación y desarrollo de los comportamientos de salud en las primeras etapas de la vida. Así, uno de los estudios pioneros fue el de David Mechanic sobre las relaciones entre conducta y salud a lo largo del desarrollo, interesado en conocer la estabilidad de las actitudes individuales hacia la salud desde la infancia a la edad adulta, y su traducción en conductas de salud o de riesgo. Mechanic (1979) publicó los resultados de un seguimiento durante 16 años de 350 niños y sus madres (333 sujetos en la muestra final) sobre la estabilidad de las actitudes hacia la salud desde la época infantil (9-12 años) hasta el momento de la

segunda entrevista cuando eran adultos (25-28 años), encontrando una relativa estabilidad para ciertas actitudes, aunque las correlaciones fueron sólo moderadas en el mejor de los casos. Esta línea de trabajo representa una oportunidad para estudiar el proceso de formación de actitudes y creencias sobre la salud que finalmente no ha tenido la atención que merece.

Otra línea de trabajo en este ámbito tiene que ver con el desarrollo de los conceptos de enfermedad y síntoma en los niños, normalmente estudiado desde la perspectiva de las teorías del desarrollo de Piaget y Werner, o desde la perspectiva cognitiva en Psicología de la Salud, si bien algunos autores han acabado fusionando ambos puntos de vista (p.ej., Bibace y Walsh, 1980; Bibace, Schmidt y Walsh, 1994; Burbach y Peterson, 1986; Eiser, 1985; Karoly, Steffen y O'Grady, 1982; Schmidt y Weishaupt, 1990; Varni, 1983), línea de trabajo más desarrollada que la anterior y para la que se dispone ya de varias revisiones centradas en el estudio de la percepción de la enfermedad en niños (p.ej., Bibace Schmidt y Walsh, 1994; Burbach y Peterson, 1986; Eiser, 1985, 1989; Jordan y O'Grady, 1982; Schmidt y Weishaupt, 1990).

Sobre este particular, Nagy (1951) ya informó que los conceptos de los niños acerca de la enfermedad (y del hecho de llegar a estar enfermo) cambian en función de la edad, señalando que los niños entre 6 y 7 años piensan que la enfermedad tiene una causa pero sin que comprendan los mecanismos implicados, mientras que entre 8 y 10 años conciben más la causa de la enfermedad de una forma general, sin que sea hasta los 11-12 años cuando se asocian ciertas enfermedades con ciertas causas específicas. Estas diferencias en función de la edad han sido halladas también en otros estudios realizados en Alemania (Lohaus, 1990; Poida, 1990; Huda, 1991 - citados en Bibace, Schmidt y Walsh, 1994), que además han reflejado un concepto «negativo» de salud (p.ej., «no estar enfermo», «no sentirse mal») y cierta atención a los síntomas inhabilitantes que conformarían un concepto «funcional» (p.ej., «estoy enfermo si no puedo jugar») como característicos de la infancia.

Igualmente, se ha estudiado el cambio en el concepto de salud en preadolescentes y adolescentes, encontrándose diferencias entre la preadolescencia (12-13 años) y la adolescencia (hasta los 16-18

años), que indican el mantenimiento de un concepto "negativo" de salud en el primer caso (muy centrado en la ausencia de enfermedad o malestar), y un concepto más global, o si se quiere más amplio, pero a la vez vago, de salud en los adolescentes que incluye ya los estados psicológicos de bienestar (p.ej., Eiser, 1985; Millstein e Irwin, 1987; Rivas y Fernández, 1996). En concreto, Millstein e Irwin (1987) encontraron sobre una muestra de 218 adolescentes entre 11-18 años un *énfasis en las representaciones somáticas* (síntomas y sensaciones corporales) como base para la definición de enfermedad, mientras que el concepto de salud estuvo más centrado en la *capacidad funcional*. Comparando el concepto de salud en niños y adolescentes, Natapoff (1982) señaló que los adolescentes muestran un concepto de salud más abstracto y amplio que el de los niños.

Por otro lado, permanecen abiertas líneas de trabajo que pueden ayudar a comprender los mecanismos de formación de ciertas formas de actuar respecto a la salud que son objetivos prioritarios de investigación en sujetos adultos. Por ejemplo, Parcel y Meyer (1978) mostraron cómo el locus de control en salud llega a ser gradualmente internalizado con la edad, y Gochman (1985) sugirió que deberían estudiarse las motivaciones que los niños desarrollan para estar sanos y cómo trasladan esto en hábitos de salud, en tanto que los datos obtenidos por él apuntan a un descenso en la motivación por estar sanos en torno a los 9 años.

Una de las posibles consecuencias de mantenerse insensible a los riesgos para la salud, sería lo que ha sido denominado en la literatura especializada como *sesgo optimista* acerca de la salud (reconocido también bajo otros términos tales como *invulnerabilidad percibida*, *invulnerabilidad irreal*, *optimismo irreal*, etc.), concepto con el cual Weinstein (1980) quiso destacar el hecho de que muchas personas subestimen sus riesgos relativos a la salud. Si esto es así, tener un sesgo optimista llevaría a minimizar los riesgos, no emprender conductas preventivas y no prestar atención a las señales o síntomas internos que anuncian estadios previos de una posible enfermedad. Un sesgo optimista sería pues, técnicamente, una conducta de riesgo. Se entiende que un individuo mantiene un sesgo optimista cuando informa percibirse a sí mismo con un riesgo inferior o muy inferior al de la población equiparable (Avis, Smith y McKinlay, 1989).

Numerosos estudios han mostrado que gran parte de la población informa un exceso de confianza sobre sus riesgos en salud (p.ej., Adler, Kegeles y Genevro, 1992; Avis y cols., 1989; Becker y Levine, 1987; De Joy, 1989; Kirscht y cols., 1966; Kulik y Mahler, 1987; Lee, 1989; Svenson, 1978; Weinstein, 1980, 1982, 1983, 1984, 1987) habiéndose relacionado el fenómeno con los problemas de salud en general y con numerosos trastornos o riesgos específicos (por ejemplo, trastornos cardíacos, cáncer de pulmón, cáncer en general, accidentes de circulación y prácticas de contracepción). El fenómeno del sesgo optimista acerca de la salud ha sido estudiado también en niños (Whalen y cols., 1994) y adolescentes (Cohn, Macfarlane, Yáñez y Imai, 1995; Quadrel, Fischhoff y Davis, 1993), aunque ciertamente con menos extensión que para la población adulta. Así, en el único estudio llevado a cabo con niños de 11-12 años Whalen y cols. (1994) encontraron que los niveles más fuertes de optimismo infundado o irreal acerca de los riesgos para la salud, se referían a los problemas de salud con fuerte implicación del comportamiento y socialmente estigmatizados en su contexto cultural, como fue el caso para el SIDA, el abuso de drogas y fumar, lo que no permite evitar la sospecha de que los informes de los niños estuvieran respondiendo al control social más que a sus propias creencias de invulnerabilidad u optimismo. En el caso de adolescentes, Cohn y cols. (1995) han informado haber encontrado un sesgo optimista restringido tan sólo a ciertos riesgos para la salud, aquellos que, precisamente, caracterizan a la adolescencia como período de alto riesgo, tales como llegar a conducir bebido, padecer accidentes de circulación, cometer imprudencias, tomar drogas, etc.

Durante la adolescencia aparecen y/o se consolidan patrones de conducta de enorme trascendencia para la salud el resto de la vida. En concreto, Jessor (1984) señaló que se trata (a) de un período en el que se adquieren diversos comportamientos relevantes para la salud tanto en un sentido negativo (comportamientos de riesgo como abuso de drogas, fumar, beber alcohol, etc.), como positivo (comportamientos de salud como actividad física regular, patrones adecuados de alimentación, higiene, descanso, etc.); (b) de un período en el que se forman y consolidan los valores, creencias, actitudes, motivaciones, autoconceptos, etcétera, implicados luego en la regu-

lación del comportamiento relacionado con la salud; (c) de un período en el que los controles sociales, las relaciones interpersonales y los modelos cambian radicalmente, perdiendo relevancia los típicos de la infancia (padres y familiares como fundamentales «puntos de referencia»), y ganándola otros (compañeros, ciertos modelos adultos extrafamiliares, etc.); (d) en este período de la vida se produce el acceso a ciertas actividades y oportunidades que pueden suponer un determinado grado de riesgo potencial (p.ej., vehículos, establecimientos relacionados con el alcohol y la diversión, sustancias psicoactivas legales e ilegales, etc.); y (e) se produce también el desarrollo del sentido de responsabilidad como individuo ante el cumplimiento de leyes, normas y costumbres (aspecto que representa la oportunidad de encauzar su aprovechamiento hacia la instauración de responsabilidades respecto a la propia salud).

Por otro lado, la adolescencia es también el período de consolidación del control -o de su falta- por los medios de comunicación (hoy por hoy, los «modificadores sociales de conducta» por excelencia), que con frecuencia potencian comportamientos contrarios a la salud asociados a modelos de alta sensibilidad para los adolescentes, de modo que el consumo de tabaco, de alcohol, de alimentos preparados ricos en carbohidratos y grasas, etcétera, con frecuencia hacen mella en los adolescentes (p.ej., Atkin, 1980; Atkin, Hocking y Block, 1984; Chapman y Fitzgerald, 1982; Freimouth y cols., 1984). En la adolescencia se presentan, además, múltiples oportunidades de implicarse en acciones socialmente propias de adultos (actividad sexual, consumo de alcohol y sustancias adictivas, conducción de vehículos), sin el correspondiente reconocimiento de las consecuencias negativas de tales acciones y una más que probable falta de habilidades para conocer los límites no peligrosos de tales acciones (¿cuánto alcohol se puede beber? ¿Hasta qué velocidad correr? ¿Hasta dónde llegar en el sexo?...). Sumada a todo esto, la sensación o creencia en la invulnerabilidad que caracteriza a los adolescentes ha sido señalada como una variable de riesgo añadido (Nutbeam y Booth, 1994).

De este modo, la etapa pre y adolescente parece representar una situación de especial riesgo para la consolidación de ciertos comportamientos que derivarán años más tarde en problemas de

salud (v.g., Guthrie, Loveland-Cherry, Frey y Dielman, 1994), siendo por tanto una excelente oportunidad para estudiar la formación de estos patrones comportamentales de salud y de riesgo.

Es hoy bien conocido que una buena parte de los aspectos relativos a la prevención y/o promoción de la salud se orienta cada vez más hacia determinantes psicológicos, aceptando que prevenir es comportarse en la dirección de reducir la presencia o incidencia de factores nocivos para la salud, entre los cuales uno de los principales focos de interés lo constituyen los llamados comportamientos de riesgo. Igualmente, entre los comportamientos preventivos que han recibido apoyo empírico se encuentran aspectos como una alimentación sana y equilibrada, la práctica de ejercicio físico de forma habitual, un patrón de descanso adecuado, el desarrollo de varios comportamientos de higiene y autocuidado (por ejemplo, cuidado dental), y la evitación de condiciones potencialmente peligrosas para la salud (por ejemplo, fumar, abusar del alcohol, etcétera) (Belloc y Breslow, 1972; Blasco, 1994; Gil Roales-Nieto, 1997; Hegsted, 1984; Matarazzo, 1984; Tapp y Goldenthal, 1982).

Desde una perspectiva cognitiva se ha propugnado la existencia de distintas variables vinculadas al desarrollo de comportamientos de salud y a su establecimiento como hábitos, variables entre las cuales las creencias sobre la salud han despertado el mayor interés entre los investigadores, hasta el punto de haberse generado un modelo de creencias en salud (Becker, 1974; Janz y Becker, 1984; Kirscht, 1988; Rosenstock, 1966, 1974a) con la pretensión de explicar *ad origine* el comportamiento preventivo o arriesgado propio de cada sujeto. Otros ejemplos de estas variables son el concepto de *locus* de control interno en salud (Lau, 1988; Lefcourt, 1976; Wallston, Wallston y DeVellis, 1978; Wallston, Wallston, Kaplan y Mades, 1976), el de autoeficacia percibida (Bandura, 1977; Earley y Lituchy 1991; O'Leary, 1985) o lo que se conoce en la literatura especializada como sesgo optimista (Avis, Smith y McKinlay, 1989; Janz y Becker, 1984). Todos estos constructos presentan dos características comunes: en primer lugar, se les considera generalmente como procesos o mecanismos de carácter *interno* y, en segundo lugar, se asume que causan, determinan o explican los comportamientos de salud o de riesgo que presenta el sujeto.

De acuerdo a este planteamiento, debería apreciarse un alto grado de correspondencia entre estas variables internas y los comportamientos que los sujetos llevan a la práctica. Sin embargo, una revisión de los estudios publicados al respecto muestra que tal relación bien no existe o existe en grado mínimo y en ocasiones contradictorio (Catania, 1995; Gil Roales-Nieto, 1997; Guerin, 1994; Kirscht, 1988; Layng, 1995; Lee, 1989, 1992, 1995; Levine, Toro y Perkins, 1993; Lloyd, 1994; Nisbett y Wilson, 1977; Street, 1994; Wicker, 1969).

Desde la perspectiva del análisis de la conducta, en cambio, los anteriores fenómenos son considerados como tipos de comportamiento verbal -en tanto que reglas o descripciones de relaciones entre variables- que pueden controlar comportamientos no verbales (Biglan, 1987; Catania, 1995; Dougher, 1995; Gil Roales-Nieto, 1997; Guerin, 1994; Guerin y Foster, 1994; Hawkins, 1992, 1995; Hayes, 1989; Hayes y Wilson, 1995; Herruzo y Luciano, 1994; Lee, 1992, 1995; Luciano, 1992, 1993; Skinner, 1945, 1957; Wilson, Hayes y Gifford, 1997). Tomados así, desde este punto de vista resulta de especial relevancia determinar el modo en que las reglas se forman a lo largo del desarrollo del individuo, ya que ello parece repercutir en su eficacia como elementos de control del comportamiento no verbal en la edad adulta. A nivel aplicado, conocer el tipo de repertorio verbal con respecto a la salud con que cuentan los sujetos a diferentes edades, así como el nivel de correspondencia de dichos repertorios con los comportamientos de protección de la salud que desarrollan en la práctica, constituye un paso previo necesario para establecer los objetivos y procedimientos útiles en el diseño de programas de salud (por ej., Luciano, 1995; Palomares, 1990; Rivas Torres y Fernández Fernández, 1996).

Con este planteamiento como telón de fondo teórico, el presente estudio es un trabajo exploratorio dentro de una línea de investigación más amplia cuyo objetivo principal es profundizar en el conocimiento de los hábitos y comportamientos de salud que informan niños y niñas en edad preadolescente y adolescente, y su relación con las creencias de salud que muestran. Específicamente, se ha buscado obtener datos sobre la relevancia que atribuyen a su propio comportamiento en cuanto al manteni-

miento de la salud, la presencia o no de sensación de vulnerabilidad o sesgo optimista respecto al riesgo percibido de sufrir diferentes enfermedades o problemas relacionados de salud que los sujetos informan.

Asimismo, a pesar de su importancia, el estudio del concepto y creencias sobre salud en niños y adolescentes no ha recibido la atención que merece entre los investigadores de nuestro país, con la excepción del ya citado estudio de Rivas y Fernández (1996), por lo que la comparación de los resultados que se obtengan con los informados para otros contextos culturales se convierte en otro objetivo añadido.

Igualmente, otro objetivo de este estudio es la exploración de las posibles relaciones e interacciones entre las variables medidas. Por ejemplo, la posible relación entre aquello que los sujetos *dicen* sobre qué hacer para mantener la salud y lo que realmente *hacen*; la relación entre sus creencias sobre la salud y los hábitos de salud que muestran; la relación entre percepción del riesgo y hábitos de salud (diversos estudios han señalado que un sesgo optimista llevaría a minimizar los riesgos y no emprender conductas de salud preventivas -i.e., Avis, Smith y McKinlay, 1989; Cohn, Macfarlane, Yanez e Imai, 1995; Quadrel, Fischhoff y Davis, 1993; Weinstein, 1980); o, finalmente, la relación entre el *locus* de control sobre la salud que manifiestan y sus hábitos de salud (se ha asumido que los individuos que manifiestan un *locus* de control interno presentan mejores hábitos de salud que los individuos con *locus* de control externo -i.e., Lau, 1988; Seeman y Seeman, 1983; Strickland, 1978).

MÉTODO

Sujetos

La muestra utilizada estuvo formada por 200 sujetos escolarizados en 6º curso de Educación Primaria, con una edad media de 11 años, y un rango de edad de 10 a 14 años, de los que el 44,5% son niños y el 55,5% niñas.

Diseño

El presente trabajo se diseñó como un estudio de campo que utiliza una metodología correlacional. Para la detección de posibles sesgos en las respuestas se emplearon pruebas chi-cuadrado y *odds-ratio* (Santisteban, 1999).

Variables e instrumentos

Como instrumento mediante el cual recabar la información de interés respecto a los objetivos planteados, se utilizó un *Cuestionario de Concepto, Creencias y Hábitos de Salud* (CCCHS-98), elaborado expresamente para este estudio y que fue cumplimentado por los sujetos en sus propias aulas durante el horario escolar. Dos ayudantes de investigación fueron los encargados de controlar la aplicación del cuestionario en cada grupo garantizando la privacidad de las respuestas. La cumplimentación del cuestionario fue, en todo caso, voluntaria de manera que a los sujetos que no desearon participar se les permitió permanecer en la clase realizando sus tareas escolares.

El Cuestionario consta de 29 preguntas con diferentes modalidades de respuesta, y en las que las variables consideradas han sido las siguientes:

1. *Hábitos de salud*: que incluye las respuestas a las preguntas del Cuestionario referidas a los *hábitos de alimentación*, el *patrón de actividad* y *patrón de descanso diario*; respuestas que fueron codificadas del siguiente modo:

(a) *Hábitos de alimentación*: el valor de esta variable se extrajo a partir de diferentes preguntas que hacen referencia al tipo de desayuno habitual, al consumo de vegetales, a la ingesta diaria de leche y al tipo de alimentos consumidos entre las comidas principales. El rango de puntuación se situó entre 0 y 4, donde 0 supone que el sujeto no cumple con ninguno de los criterios establecidos como saludables en ninguno de los cuatro aspectos, y 4 que cumple dichos criterios en su totalidad.

(b) *Patrón de actividad*: que permitió distinguir si los sujetos mantenían un patrón de actividad sedentario, activo o no definido.

(c) Patrón de descanso diario: que valora si, como término medio, el sujeto descansa un promedio de ocho horas diarias.

2. *Estado de Salud/Experiencia con Enfermedad*: variable que intenta detectar los problemas de salud actuales y pasados y las experiencias habidas con la enfermedad y el contacto con el sistema de salud. En este estudio la variable se compone de los siguientes cuatro elementos:

(a) Frecuencia de enfermedad o número de veces que el sujeto ha estado enfermo durante el último año (categorizada como “más de 2 veces enfermo” o “hasta 2 veces enfermo”).

(b) Tipo de enfermedades padecidas en los últimos años (categorizadas como graves y leves).

(c) Hospitalizaciones por cualquier motivo (categorizadas como “algún ingreso” o “ningún ingreso”).

(d) Contacto con personas enfermas (categorizado como Si o No).

3. *Creencias sobre la salud*: variable que incluye como componentes (a) la valoración de la propia salud; (b) el concepto de salud; (c) el concepto de enfermedad; (d) las creencias sobre mantenimiento de la salud; y (e) las creencias sobre prevención de enfermedades (circunscritas a las enfermedades más temidas por cada sujeto). Todos los componentes, a excepción del primero, se evaluaron mediante preguntas abiertas.

4. *Sesgos en la percepción del riesgo*: determinados mediante preguntas del cuestionario que incidían sobre diferentes fenómenos que suponen un riesgo para la salud (p.ej., consumir drogas, padecer cáncer, tener problemas de corazón, etc.) y la probabilidad de sufrirlos a lo largo de la vida, así como fenómenos positivos asociados a buena salud (p.ej., llegar a viejo, disfrutar de buena salud durante toda la vida, etc.). Los sujetos fueron clasificados como manifestando (a) un *sesgo optimista* si mostraban una tendencia de respuesta con más de la mitad de los ítems contestados en la forma “seguro que nunca me pasará” para los negativos y “seguro que me pasará” para los positivos; (b) un *sesgo pesimista* si mostraban una tendencia de respuesta contraria a la anterior; o (c) *sin sesgo definido* si no cumplían las condiciones anteriores.

5. *Creencias sobre locus de control*: para obtener los datos relativos a este constructo se recurrió a las mismas cuestiones em-

pleadas en la determinación de los sesgos en la percepción del riesgo cambiando la respuesta, de modo que los sujetos debían responder a cada ítem eligiendo entre “depende de mí que me pase” o “no depende de mí que me pase”. Con los resultados obtenidos se clasificó a los sujetos como mostrando un *locus de control interno* (aquellos que respondieron “depende de mí” en más de la mitad de los ítems), *locus de control externo* (aquellos que respondieron “no depende de mí” en más de la mitad de los ítems), *locus de control mixto* (aquellos cuyas respuestas se distribuyeron equitativamente), y *sin locus definido* (aquellos que respondieron “no lo se” al menos a la mitad de los ítems).

RESULTADOS

En primer lugar se señalan los resultados de carácter descriptivo relativos a la distribución de las puntuaciones obtenidas en los componentes que configuran las diferentes variables analizadas, para posteriormente indicar los resultados derivados de las relaciones entre las diferentes variables medidas, y la comparación de los resultados en función del género.

La tabla 1 recoge los porcentajes de sujetos que fueron clasificados en los diferentes componentes de cada una de las seis variables medidas. Así, encontramos que en la variable *hábitos de salud*, que incluye los componentes hábitos de alimentación, patrón de actividad y patrón de descanso diario, los resultados revelan que un importante segmento de la muestra mantiene hábitos de vida inadecuados en los tres componentes evaluados. Por ejemplo, más del 33% de la muestra mantiene hábitos de alimentación que no cumplen varios de los criterios señalados (sujetos que puntuaron entre 0 y 2, indicando que incumplían entre la mitad y todos los criterios). Igualmente, casi la mitad de la muestra (45,2%) mantiene un patrón de vida que puede calificarse como sedentario, un dato especialmente preocupante a tenor de la edad de los sujetos, con otro 15,6% de sujetos que mantienen un patrón de actividad no abiertamente sedentario pero tampoco activo, por lo que fue calificado como “no definido”. Por último, el 60,1% de la muestra presenta un patrón de descanso

Tabla 1.- Variables, elementos que las componen y porcentaje de sujetos en cada caso

Variables	Componentes	Categorías	% Suj.	
Hábitos de salud	- Hábitos de alimentación	Puntuación 0:	2,5%	
		Puntuación 1:	7,8%	
		Puntuación 2:	23,0%	
		Puntuación 3:	41,1%	
		Puntuación 4:	25,5%	
	- Patrón de actividad	Sedentario :	45,2%	
		Activo:	39,2%	
		No definido:	15,6%	
	- Patrón de descanso diario	Inadecuado :	60,1%	
		Adecuado:	39,9%	
Estado de salud/ Experiencia con enfermedad	- Frecuencia de enfermedad	Más de 2 veces:	64,2%	
		Hasta 2 veces:	35,7%	
	- Tipos de enfermedad	Graves:	6,5%	
		Leves:	93,5%	
	- Hospitalizaciones	Algún ingreso:	38,6%	
		Ningún ingreso:	61,4%	
	- Contacto con enfermos	Sí:	55,8%	
		No:	44,2%	
	Creencias sobre salud	- Valoración de la propia salud	Buena:	95,9%
			Mala:	3,1%
NS/NC:			1,0%	
- Concepto de salud		Concepto en negativo:	34,3%	
		Concepto en positivo:	29,3%	
		Concepto funcional:	10,6%	
		Otros:	19,9%	
		NS/NC:	5,9%	
- Concepto de enfermedad		Concepto dolor:	17,4%	
		Concepto genérico:	65,7%	
		Concepto funcional:	9,9%	
		NS/NC:	6,8%	
- Creencias sobre mantenimiento de la salud		Comer bien y/o deporte:	82,2%	
		No tomar drogas:	0,9%	
		Ir al médico:	0,9%	
	Genérico ("cuidarse" ..):	8,1%		
	Otros:	4,3%		
	Nada:	3,4%		
- Creencias sobre prevención de enfermedades	Comer bien y/o deporte:	14,6%		
	No tomar drogas:	6,5%		
	Ir al médico:	4,6%		
	Genérico ("cuidarse" ..):	39,2%		
	Otros:	21,8%		
	Nada:	13,1%		
Sesgos en percepción del riesgo	Sesgo optimista:	26,5%		
	Sesgo pesimista:	1,5%		
	Sin sesgo definido:	71,9%		
Creencias sobre locus de control en salud	Interno:	15,9%		
	Externo:	3,1%		
	Mixto:	20,5%		
	Sin locus definido:	60,4%		

diario inadecuado (descansan un promedio de menos de 8 horas diarias), otro dato de importancia dada la trascendencia del descanso diario en esta etapa de la vida.

En cuanto a la variable *estado de salud/experiencia con enfermedad*, los resultados obtenidos no presentan datos de especial significación por sí mismos, en la medida que la muestra responde a los patrones de salud de los países desarrollados para estas edades (i.e., pocos episodios de hospitalización, algunas enfermedades leves, pocos casos de enfermedades graves, etc.). El alto porcentaje de sujetos que informa haber experimentado algún ingreso hospitalario (38,6%) debe considerarse en el amplio espectro de experiencias que recogió esta pregunta, en tanto que incluye cualquier tipo de contacto con el sistema de asistencia sanitario en un ámbito hospitalario.

Los resultados obtenidos en los diferentes componentes de la variable *creencias sobre la salud*, indican que en este momento del desarrollo humano aún no se han perfilado conceptos concretos de salud y de enfermedad. Sobresale que el mayor grupo de sujetos (34,8%) sea el que mantiene un concepto de salud "en negativo" (básicamente, salud es "no estar enfermo", "no sentirse mal", etc.), aunque el 10,6% de los sujetos presenta un concepto funcional de la salud (esto es, que atiende al mantenimiento de las capacidades de funcionamiento humano). Con todo, casi un 20% de los sujetos presenta conceptos de salud de lo más dispar recogidos bajo la categoría de "otros".

En cuanto al *concepto de enfermedad*, los resultados indican que la mayoría de la muestra (65,7%) muestra un concepto indeterminado o genérico (i.e., enfermedad conceptuada como "estar mal", "no encontrarse bien", "estar malo", etc.), con sólo un 9,9% mostrando un concepto funcional de enfermedad (i.e., "no poder salir a jugar", "estar en cama sin poder moverse", "no poder ir al colegio", etc.), y un 17,5% de los sujetos conceptuando enfermedad en torno al sufrimiento de dolor.

Igual falta de concreción se aprecia en los resultados de la variable informe de *creencias sobre prevención de enfermedades* en la que sólo el 14,6% de los sujetos informaron que "comer bien" y/o "hacer deporte" previene las enfermedades temidas, mientras que la ma-

yoría de la muestra se distribuyó entre el 39,2% que respondió con un genérico "cuidarse", y el 13,1% que respondió que "nada" se puede hacer para evitarlas, con un elevado porcentaje de sujetos indicando respuestas muy diversas (el 21,8% incluido en la categoría de "otros").

Más concretos aparecen los resultados en *creencias sobre mantenimiento de la salud*, en la medida que el 82,2% de los sujetos indica que "comer bien" y/o "hacer deporte" está relacionado con mantener la salud.

Tampoco parece que la población de esta edad muestre mayoritariamente sesgos definidos, pesimista u optimista, respecto a la percepción del riesgo (creencias en vulnerabilidad/invulnerabilidad), ya que la mayoría de la muestra (casi el 72%) no presenta sesgo definido alguno, mientras que sólo el 1,5% muestran un sesgo pesimista y menos de un tercio de la muestra (el 26,5%) presenta un sesgo optimista acerca del riesgo.

Finalmente, en lo que respecta a las *creencias sobre locus de control en salud*, los resultados indican, en la misma dirección de los datos comentados anteriormente, que la mayoría de la muestra no presenta un locus de control en salud definido (el 60,4%), con un 15,9% de sujetos mostrando un locus de control interno y sólo un 3,1% un locus de control externo, mientras que el 20,5% de los sujetos muestra un locus de control mixto.

Analizados los resultados confrontando las respuestas de ambos sexos, se encontró que niños y niñas sólo presentan algunas diferencias significativas como grupos en determinadas variables y componentes. Así, no aparecen diferencias significativas entre ambos sexos en la variable *hábitos de vida*, ni tomada en general ni en ninguno de sus componentes en particular. En la variable *estado de salud/experiencia con la enfermedad*, sólo aparecen diferencias significativas en el componente "hospitalizaciones" informando significativamente más hospitalizaciones las niñas ($\chi^2= 7,67269234$; $gl= 1$; $p < 0,01$) y una mayor "frecuencia de enfermedades" en los dos últimos años ($\chi^2= 6,3325629$; $gl= 1$; $p < 0,05$).

En cuanto a la variable *creencias sobre la salud* han aparecido diferencias significativas entre ambos sexos en la categoría "concepto en negativo" del componente "concepto de salud", en cuanto que

las niñas significativamente informan más de un concepto negativo de la salud ($\chi^2 = 14,4766387$; gl = 4; $p < 0,01$; odds-ratio = 3,21).

Aparecen también diferencias significativas en dos componentes de la variable informe de creencias sobre prevención de la enfermedad, concretamente en la categoría de respuesta denominada como "genérica", informada por mayor número de niñas que de niños ($\chi^2 = 13,2116593$; gl = 5; $p < 0,05$; odds-ratio = 2,23), y en la categoría de respuesta denominada como "nada", informada por mayor número de niños que de niñas ($\chi^2 = 11,138733$; gl = 5; $p < 0,05$; odds-ratio = 3,01).

Contrastados los resultados de los diferentes componentes de las variables entre sí no se han encontrado diferencias significativas, excepto para los casos que se mencionan a continuación. El coeficiente de correlación Pearson-Spearman sí resultó significativo (0,2345; $p < 0,05$) entre los componentes "patrón de actividad" de la variable *hábitos de salud* y "concepto de salud" de la variable *creencias sobre la salud*, revelando las pruebas chi-cuadrado y las odds-ratio que la significatividad se produce entre la categoría de patrón de actividad "activo" y la categoría de concepto de salud "concepto funcional" ($\chi^2 = 25,588976$; gl = 8; $p < 0,01$; odds-ratio = 2,80); resultando significativo también (0,3367; $p < 0,05$) entre los componentes "patrón de actividad" de la variable *hábitos de salud* y "concepto de enfermedad" de la variable *creencias sobre la salud*, revelando las pruebas chi-cuadrado y las odds-ratio que la significatividad se produce entre la categoría de patrón de actividad "activo" y la categoría de concepto de enfermedad "concepto funcional" ($\chi^2 = 13,772062$; gl = 6; $p < 0,05$; odds-ratio = 1,90), y entre la categoría de patrón de actividad "sedentario" y la categoría de concepto de enfermedad "concepto genérico" ($\chi^2 = 24,3062677$; gl = 6; $p < 0,01$; odds-ratio = 2,37).

Asimismo, el coeficiente de correlación Pearson-Spearman resultó significativo (0,4345; $p < 0,05$) entre los componentes "patrón de actividad" de la variable *hábitos de salud* y la variable *sesgos en la percepción del riesgo*, revelando las pruebas chi-cuadrado y las odds-ratio que la significatividad se produce entre la categoría de patrón de actividad "activo" y la categoría "sesgo optimista" ($\chi^2 = 9,69557557$; gl = 4; $p < 0,05$; odds-ratio = 2,11).

Se encontró también un coeficiente de correlación Pearson-Sperman significativo (0,4298765; $p < 0.01$) entre los componentes "frecuencia de enfermedad" de la variable *estado de salud* y el componente "concepto de enfermedad" de la variable *creencias sobre la salud*, revelando las pruebas chi-cuadrado y las odds-ratio que la significatividad se produce entre la categoría de frecuencia de enfermedad "más de 2 veces enfermo" (en los últimos 2 años) y la categoría de concepto de enfermedad "dolor" ($\chi^2 = 15,6660901$; $gl = 3$; $p < 0,01$; odds-ratio = 3,42). E igualmente, se encontró un coeficiente de correlación Pearson-Sperman significativo (0,2764899; $p < 0.05$) entre los componentes "creencias sobre prevención de enfermedades" de la variable *creencias sobre salud* y la variable *creencias sobre locus de control en salud*, revelando las pruebas chi-cuadrado y las odds-ratio que la significatividad se produce entre la categorías "cuidarse" y "sin locus de control definido" ($\chi^2 = 24,9971877$; $gl = 15$; $p < 0,05$; odds-ratio = 2,05).

A la vez, se encontraron ciertas relaciones significativas entre categorías de respuesta aún y cuando los coeficientes de correlación Pearson-Spearman de los componentes implicados resultaran no significativos. Es el caso entre los componentes "hospitalizaciones" de la variable *estado de salud* y "concepto de salud" de la variable *creencias sobre la salud*, en cuanto que las pruebas chi-cuadrado y las odds-ratio revelaron relaciones significativas entre las categorías de respuesta de ambos componentes "algún ingreso" y "concepto en negativo" ($\chi^2 = 9,52072769$; $gl = 4$; $p < 0,05$; odds-ratio = 2,03). También ocurre esto entre los componentes "tipo de enfermedad" de la variable *estado de salud* y la variable *sesgo en la percepción del riesgo*, en cuanto que las pruebas chi-cuadrado y las odds-ratio revelaron relaciones significativas entre las categorías de respuesta "tipo de enfermedad grave" y "sesgo pesimista" ($\chi^2 = 11,1027508$; $gl = 2$; $p < 0,01$; odds-ratio = 2).

Igualmente acontece entre los componentes "tipo de enfermedad" de la variable *estado de salud* y la variable *creencias sobre el locus de control*, en cuanto que las pruebas chi-cuadrado y las odds-ratio revelaron relaciones significativas entre las categorías de respuesta "tipo de enfermedad grave" y "locus de control externo" ($\chi^2 = 8,10185542$; $gl = 3$; $p < 0,05$; odds-ratio = 3,01).

Finalmente, sucede lo mismo entre los componentes "creencias sobre el mantenimiento de la salud" de la variable *creencias sobre la salud* y el componente "patrón de actividad" la variable *hábitos de salud*, en cuanto que las pruebas chi-cuadrado y las odds-ratio revelaron relaciones significativas entre las categorías de respuesta "comer bien y/o deporte" y patrón de actividad "activo" ($\chi^2 = 19,1201982$; gl = 10; $p < 0,05$; odds-ratio = 1).

DISCUSIÓN

El presente estudio se enmarca en una línea de investigación cuyo propósito es la exploración de las variables relacionadas con el comportamiento de salud/enfermedad, así como el estudio de la formación y consolidación de los conceptos y creencias acerca de la salud. Específicamente, este estudio se ha centrado en la exploración de los hábitos y comportamientos de salud que informan niños y niñas en edad preadolescente y adolescente, y su relación con las creencias de salud que muestran, en especial la relevancia que atribuyen a su propio comportamiento para el mantenimiento de la salud, la presencia o no de sesgos en la percepción del riesgo de sufrir diferentes enfermedades o problemas relacionados de salud, y los conceptos de salud y enfermedad que muestran en estos niveles de edad.

Los resultados de este estudio permiten obtener diferentes conclusiones, tanto a nivel global como particularizando sobre cada una de las variables medidas y las relaciones encontradas entre ellas, que resultan de interés para el conocimiento de la naturaleza y relaciones entre los fenómenos que conforman el complejo constructo denominado conducta de salud, y se muestran complementarios de otros resultados informados por nuestro equipo dentro de la misma línea de estudio (p.ej., Gil Roales-Nieto y cols., en prensa).

Una exploración de los datos obtenidos en este estudio indica que nos encontramos ante una muestra de sujetos preadolescentes y adolescentes que presentan similares hábitos de salud que el promedio de población adulta, en tanto que casi un tercio de los sujetos informan hábitos de alimentación poco saludables, casi la mitad

informan hábitos de actividad sedentarios y más de la mitad informa patrones de descanso diario inadecuados. Teniendo en cuenta que la tendencia normal en este tipo de patrones es hacia la cronificación en la edad adulta de los patrones que se “apuntan” durante la adolescencia y la juventud, los resultados de este estudio indican que un importante porcentaje de esta muestra de adolescentes presentará hábitos inadecuados de salud en su adultez.

Los datos sobre informe del estado de salud y la experiencia con la enfermedad resultan datos acordes a lo esperado para esta edad, en tanto que la mayoría de los sujetos informa haber estado enfermo una o dos veces en los dos últimos años pero teniendo en cuenta que para el 93,5% se trata sólo de episodios de enfermedades leves (las llamadas “enfermedades comunes”), e igualmente la mayoría no ha sufrido hospitalizaciones aunque sí ha tenido algún contacto con personas que padecen enfermedades, de tal manera que podemos concluir que la mayoría de los sujetos a esta edad ha tenido, y es consciente de ello, experiencias directas o vicarias con la enfermedad que puedan modular un concepto de enfermedad junto a los esquemas culturales en vigor. Cabe resaltar las escasas diferencias significativas encontradas entre sexos respecto a las diferentes variables, aunque algunas de ellas pueden tener cierta relevancia como pasa en el caso del número de hospitalizaciones, aspecto en el que las niñas muestran valores significativamente mayores que los niños, algo que también sucede para la categoría “frecuencia de enfermedad”. Cabría hipotetizar si las diferencias significativas entre niños y niñas encontradas en la categoría “concepto negativo de salud” de la variable concepto de salud no resultan, precisamente, del mayor número de hospitalizaciones y frecuencia de enfermedades que presentan las niñas como subgrupo, que les llevaría a conceptualizar salud como “ausencia de enfermedad” a sujetos que han tenido la enfermedad presente en sus vidas con una cierta frecuencia.

Los datos obtenidos acerca del informe de las creencias sobre la salud evaluadas indican, en primer lugar un contraste entre los conceptos de salud y de enfermedad, una notoria imprecisión en dichos conceptos, en segundo lugar un contraste más aparente que real entre las creencias sobre mantenimiento de la salud y preven-

ción de la enfermedad, y finalmente una clara valoración de la propia salud independiente de otras medidas que, en buena lógica, deberían estar relacionadas con ella.

En lo que se refiere a los conceptos de salud y enfermedad, se ha encontrado en este estudio que los datos indican cómo el concepto de salud para la mayoría de los sujetos de esta muestra se agrupa en las tres categorías que hemos definido como concepto en negativo, concepto en positivo y concepto funcional, sin que uno de ellos predomine de manera clara sobre los demás, si bien el concepto funcional se encuentra menos representado. No obstante, casi el 20% de los sujetos ha mostrado conceptos de salud peculiares y muy difíciles de encuadrar en categorías por su disparidad (recogidos bajo la categoría de "otros"). Todo ello hace vislumbrar un panorama de inconcreción aunque los conceptos mayoritariamente vigentes en la población adulta (básicamente una combinación del concepto en negativo con el funcional o del concepto en positivo con el funcional) ya aparece en germen en la mayoría de los sujetos de la muestra, lo que vendría a consolidar la idea formulada en estudios previos de que en esta etapa del desarrollo termina de conformarse el concepto de salud. Por su parte, los datos sobre el concepto de enfermedad muestran de igual manera un concepto poco conformado, por demás cuanto resulta un concepto "más fácil" de construir que el de salud, por sus obvios referentes de dolor y sufrimiento. Sin embargo, que sólo el 17,4% de los sujetos muestre un concepto de enfermedad vinculado al dolor o al sufrimiento viene a reflejar las circunstancias de desarrollo sanitario logrado en los países industrializados y el contacto cada vez menor, epidemiológicamente hablando, con experiencias extremas de dolor por cuanto la mayoría de los sujetos (como se indica en los datos concernientes a estado de salud) informan padecer sólo enfermedades relativamente vinculadas al dolor que cursan usualmente con moderado o fuerte apoyo médico y farmacológico, de tal modo que datos como el expuesto no deberían sorprender. Por contra, la mayoría de los sujetos informa un concepto genérico (en negativo, pero impreciso) acerca de la enfermedad y sólo una pequeña parte de ellos (9,9%) informa un concepto de enfermedad vinculado al funcionamiento personal.

Como antes señalábamos, los datos obtenidos respecto a las creencias sobre el mantenimiento de la salud (qué hacer para mantenerse sano) y la prevención de la enfermedad (qué hacer para no padecer una serie de enfermedades concretas) muestran un contraste aparente, puesto que un análisis detallado revela que las respuestas de los sujetos a ambas cuestiones reflejan la misma inconcreción y falta de consistencia como grupo, además de suponer una advertencia sobre la cautela de medir un concepto similar de diferentes maneras, en tanto que los resultados pueden indicar más la forma en la que se ha evaluado una creencia que particularidades de la creencia misma. Esto es, aunque el 82,2% de los sujetos hayan señalado que comer bien y hacer deporte es la mejor manera de mantener la salud, mientras que sólo el 14,6% de ellos vincule esos dos hábitos con la prevención de enfermedades, puede estar reflejando el particular efecto de instrucciones genéricas provenientes del medio educativo o de los medios de comunicación y del propio entorno familiar (que vincula coloquialmente salud con comer bien y hacer ejercicio, pero mucho menos con la prevención de, por ejemplo, enfermedades del corazón), lo que habría formado una regla general meramente instruida de alimentación-ejercicio-salud.

Tampoco en este nivel de edad aparece claramente establecido un sesgo optimista sobre la percepción de riesgos asociados a la pérdida de la salud. La mayoría de los sujetos no muestra sesgos en la percepción del riesgo personal a padecer diferentes fenómenos que suponen un riesgo para la salud (p.ej., llegar a consumir drogas, padecer cáncer, tener problemas de corazón, etc.) a lo largo de la vida, así como tampoco muestran sesgos definidos en la apreciación de ciertos fenómenos positivos asociados a buena salud (p.ej., llegar a viejo, disfrutar de buena salud durante toda la vida, etc.). No obstante, el único sesgo que aparece establecido es el sesgo optimista que muestran el 26,5% de los sujetos. Habida cuenta que en nuestro estudio hemos empleado una media general del sesgo en la percepción del riesgo, estos resultados deben contrastarse con los previamente informados en la literatura especializada.

Por último, en lo que se refiere al *locus* de control en salud informado por los sujetos, los resultados indican nuevamente un

patrón poco definido en el que la mayoría de los sujetos no muestran *locus* de control definido.

Por ello, los resultados de este estudio nos llevan a concluir que en la etapa del desarrollo cubierta por la muestra utilizada en nuestro estudio, no se vislumbra aún un concepto de salud y enfermedad dominante claramente establecido para el grupo como tal, ni tampoco las creencias en salud muestran una consistencia grupal, como tampoco lo hacen las pautas de percepción del riesgo ni las creencias sobre el *locus* de control en salud. Propios de una etapa de transición, estos resultados llevan a fortalecer la idea de que estas edades son el momento óptimo para intervenir en comportamiento de salud, en la medida que las creencias y esquemas relacionados con la salud aún están débilmente instalados y la ocasión de establecer creencias adecuadas sobre la relación entre comportamiento y salud parece propicia. No obstante, las relaciones entre variables y categorías de variables apuntadas permiten entrever que para cierto porcentaje de esta población ya están conformados patrones de creencias y hábitos hasta cierto punto consolidados, si bien este hecho queda pendiente de una ulterior exploración más exhaustiva y específica.

Por último, las relaciones entre los datos de las diferentes variables medidas en este estudio señalan algunos aspectos de interés. Por ejemplo, parece que mantener un patrón activo como hábito de vida está relacionado con la formación de ciertas creencias y conceptos acerca de la salud y la enfermedad que representan objetivos perseguidos en los programas de promoción de la salud. En nuestro estudio, mantener un patrón activo se ha relacionado significativamente con informar un concepto funcional sobre la salud y la enfermedad (esto es, poner el énfasis en lo positivo o negativo para el funcionamiento y la plena capacidad que salud y enfermedad representan) y con relacionar el mantenimiento de la salud con el propio comportamiento, lo que resulta de sumo interés para aquellos investigadores y profesionales interesados en las consecuencias de promover ciertos objetivos de salud. Sin embargo, también el mantenimiento de un patrón activo tiene su lado oscuro, en tanto que igualmente muestra una relación significativa con el informe de un sesgo optimista en la percepción de los riesgos asociados a la salud.

Un patrón de vida físicamente activo tendría interesantes consecuencias en cuanto a la conformación de creencias y conceptos pero también parece hacer a los sujetos más insensibles al riesgo.

En sentido contrario, parece que la interacción con la enfermedad produce una serie de consecuencias definidas a nivel de formación de creencias y conceptos sobre salud y enfermedad, ya que la puntuación en ingresos hospitalarios está significativamente relacionada con el informe de un concepto de salud en negativo, en igual medida que la frecuencia de enfermedades se relaciona significativamente con mantener un concepto de enfermedad en el que el dolor ocupa el lugar central y, finalmente, padecer una enfermedad grave se relaciona significativamente tanto con el informe de un sesgo pesimista en la percepción del riesgo personal como con el informe de un locus de control externo. Esto es, vivir la enfermedad condiciona el tipo de creencias y conceptos sobre salud y enfermedad que se amoldarían a lo que la historia del sujeto hubiera moldeado.

En resumen, los datos de nuestro estudio confirman que la adolescencia es el momento de cristalización de los conceptos y creencias sobre salud y enfermedad que guiarán la vida adulta, que los adolescentes, por ello, son sujetos especialmente sensibles a la actuación en promoción de la salud, y que estas actuaciones deben considerar la variedad y cualidad de los repertorios personales si queremos que tengan el impacto apropiado.

BIBLIOGRAFÍA .

- Adler, N., Kegeles, S. y Genevro, J. (1992). Risk taking and health. En J. Yates (Ed.). *Risk-taking behavior*. New York: John Wiley.
- Atkin, C. (1980). Effects of television on children. En E. Palmer y A. Dorr (Eds.), *Children and the faces of television: Teaching, violence and selling*. New York: Academic Press.
- Atkin, C., Hocking, J. y Block, M. (1984). Teenage drinking: Do advertising make a difference? *Journal of Communication*, 34, 157-167.
- Avis N., Smith, K. y McKinlay, J. (1989). Accuracy of perceptions of heart attack risk: What influences perceptions and can't they be changed? *American Journal of Public Health*, 79, 1608-1612.

- Bandura, A.** (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191-215.
- Becker, M. H.** (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, *2*, 324-508.
- Becker, M. H. y Levine, D.** (1987). Risk perception, knowledge, and lifestyles in siblings of people with premature coronary disease. *Journal of Preventive Medicine*, *3*, 45-50.
- Belloc, N. C. y Breslow, L.** (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, *1*, 409-421.
- Bibace, R., Schmidt, L. y Walsh, M.** (1994). Children's perceptions of illness. En G. Penny, P. Bennett y M. Herbert (Eds.), *Health Psychology: A lifespan perspective* (pp. 13-30). Chur, Suiza: Harwood Academic Publishers.
- Bibace, R. y Walsh, M. E.** (1980). Development of children's concepts of illness. *Pediatrics*, *66*, 912-917.
- Biglan, A.** (1987). A behavior-analytic critique of Bandura's self-efficacy theory. *The Behavior Analyst*, *10*, 1-15.
- Blasco, T.** (1994). *Actividad física y salud*. Barcelona: Martínez Roca.
- Budman, S. H. y Wertlieb, D.** (1979). Psychologists in health care settings: An introduction to the special issue. *Professional Psychology*, *10*, 397-401.
- Burbach, D. J. y Peterson, L.** (1986). Children's concepts of physical illness: A review and critique of the cognitive-developmental literature. *Health Psychology*, *5*, 307-325.
- Catania, A. C.** (1995). Higher-order behavior classes: contingencies, beliefs, and verbal behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *26*, 191-200.
- Chapman, S. y Fitzgerald, B.** (1982). Brand preference and recall in adolescent smokers: Some implications for health promotion. *American Journal of Public Health*, *75*, 491-494.
- Cohn, L. D., Macfarlane, S., Yanez, C. e Imai, W. K.** (1995). Risk-perception: differences between adolescents and adults. *Health Psychology*, *14*, 217-222.
- De Joy** (1989). The optimism bias and traffic accident risk perception. *Accident Analysis and Prevention*, *21*, 333-340.
- Dougher, M. J.** (1995). A bigger picture: cause and cognition in relation to differing scientific frameworks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *26*, 215-219.
- Earley, P. C. y Lituchy, T. R.** (1991). Delineating goal and efficacy effects: A test of three models. *Journal of Applied Psychology*, *76*, 81-98.
- Eiser, C.** (1985). *The psychology of childhood illness*. New York: Springer-Verlag.

- Eiser, C. (1989). Children's concepts of illness: Toward an alternative to the «stage» approach. *Psychology and Health*, 3, 93-101.
- Freimuth, V., Greenburg, R., DeWitt, J. y Romano, R. (1984). Covering cancer: Newspapers and the public interest. *Journal of Communication*, 34, 234-256.
- Gil Roales-Nieto, J. (1997). *Manual de Psicología de la Salud, vol. 1. Aproximación histórica y conceptual (10 ed.)*. Granada: Némesis.
- Gochman, D. (1985). Family determinants of children's concepts of health and illness. En D. Turk y R. Kerns (Eds.), *Health, illness, and families: A lifespan perspective*. New York: Wiley.
- Green, K. E. y Bird, J. E. (1986). The structure of children's beliefs about health and illness. *Journal of School Health*, 56, 325-328.
- Guerin, B. (1994). Attitudes and beliefs as verbal behavior. *The Behavior Analyst*, 17, 155-163.
- Guerin, B. y Foster, T. M. (1994). Attitudes, beliefs and behavior: saying you like, saying you believe, and doing. *The Behavior Analyst*, 1, 127-129.
- Guthrie, B., Loveland-Cherry, C., Frey, M. y Dielman, T. (1994). A theoretical approach to studying health behaviors in adolescents: An at-risk population. *Family and Community Health*, 17, 35-48.
- Hawkins, R. M. F. (1992). Self-efficacy: a predictor but not a cause of behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 251-256.
- Hawkins, R. M. F. (1995). Self-efficacy: a cause of debate. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 235-240.
- Hayes, S. (1989). *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C. y Wilson, K. G. (1995). The role of cognition in complex human behavior: a contextualistic perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 241-248.
- Hegsted, D. M. (1984). What is a healthful diet?. En J. D. Matarazzo (Ed.), *Behavioral Health. A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley & Sons.
- Herruzo, J. y Luciano, M. C. (1994). Procedimientos para establecer la «correspondencia decir-hacer». Un análisis de sus elementos y problemas pendientes. *Acta Comportamental*, 2, 192-218.
- Huda, C. (1991). *Gesundheit und Krankheit: Konzepte von Heimplindern*. Trier: tesis doctoral no publicada.
- Janz, N. y Becker, M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Jessor, R. (1984). Adolescent development and behavioral health. En J. D. Matarazzo, N. Miller, C. Weiss y J. Herd (Dir.). *Behavioral health. A*

- handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: John Wiley.
- Jordan, M. K. y O'Grady, D. J.** (1982). Children's health beliefs and concepts: Implications for child health care. En P. Karoly, J. J. Steffen y D. J. O'Grady (Eds.). *Child health psychology*. New York: Pergamon.
- Karoly, P., Steffan, J. y O'Grady, D.** (1982). *Child health psychology: Concepts and issues*. New York: Pergamon.
- Kirscht, J. P.** (1988). The health belief model and predictions of health actions. En D. S. Gochman (Ed.), *Health behavior: emerging research perspectives* (pp. 27-41). New York: Plenum Publishing Corporation.
- Kirscht, J. P., Haefner, D. P., Kegeles, S. S. y Rosenstock, I. M.** (1966). A national study of health beliefs. *Journal of Health and Human Behavior*, 7, 248-254.
- Kulik, J. y Mahler, H.** (1987). Health status, perceptions of risk and prevention interest for health and non-health problems. *Health Psychology*, 6, 15-27.
- Lau, R. R.** (1988). Beliefs about control and health behavior. En D. S. Gochman (Ed.), *Health behavior: emerging research perspectives* (pp. 43-63). New York: Plenum Publishing Corporation.
- Layng, T. V. J.** (1995). Causation and complexity: old lessons, new crusades. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 249-258.
- Lee, C.** (1989). Theoretical weaknesses lead to practical problems: the example of self-efficacy theory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 115-123.
- Lee, C.** (1992). On cognitive theories and causation in human behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 257-268.
- Lee, C.** (1995). Comparing the incommensurable: where science and politics collide. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 259-263.
- Lefcourt, H. M.** (1976). *Locus of control: Current trends in theory and research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Levine, M., Toro, P. y Perkins, D.** (1993). Social and community interventions. *Annual Review of Psychology*, 44, 525-558.
- Lloyd, K. E.** (1994). Do as I say, not as I do. *The Behavior Analyst*, 1, 131-139.
- Lohaus, A.** (1990). *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Luciano, M. C.** (1992). Algunos significados aplicados de los tópicos de investigación básica conocidos como «relaciones de equivalencia», «decir y hacer» y «sensibilidad e insensibilidad» a las contingencias. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 805-859.

- Luciano, M. C.** (1993). La conducta verbal a la luz de las recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. *Psicothema*, 5, 351-374.
- Luciano, M. C.** (1995). *Análisis y Modificación de Conducta en Infancia y Adolescencia. Proyecto Docente*. Almería: Universidad de Almería.
- Matarazzo, J. D.** (1984). Behavioral immunogeus and pathogeus in health and illness. En B. Hammonds y C. Schreier (Eds.), *Psychology and Health. The Master Lecture Series, vol. 3*. Washington, DC: APA.
- Mechanic, D.** (1979). Development of psychological distress among young adults. *Archives of General Psychiatry*, 36,123-1239.
- Millstein, S. G. e Irwin, C. E.** (1987). Concepts of health and illness. Different constructs or variations on a theme?. *Health Psychology*, 6, 516-524.
- Nagy, M. H.** (1951). Children's ideas on the origin of illness. *Health Education Journal*, 9,6-12.
- Natapoff, J. N.** (1982). A developmental analysis of children's ideas of health. *Health Education Quarterly*, 9,34-45.
- Nisbett, R. E. y Wilson, T. D.** (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84, 231-259.
- Nutbeam, D. y Booth, M.** (1994). Health behaviour in adolescence: Risks and reasons. En G. Penny, P. Bennett y M. Herbert (Eds.), *Health Psychology: A lifespan perspective*. Chur, Suiza: Harwood Academic Publishers.
- O'Leary, A.** (1985). Self-efficacy and health. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 437-451.
- Palomares, A.** (1990). La promoción de la salud en la infancia: factores en el diseño de programas. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 277-295.
- Parcel, G. y Meyer, M.** (1978). Development on an instrument to measure children's locus of control. En B. Wallston y K. Wallston (Eds.), *Health Locus of Control. Health Education Monographs*, 6.
- Poida, E.** (1990). *Kindliche Konsepte von Kranckheit und Gesundheit*. Triar: manuscrito no publicado.
- Quadrel, M. J., Fischhoff, B. y Davis, W.** (1993). Adolescent (in)vulnerability. *American Psychologist*, 48, 102-116.
- Rivas Torres, R. M. y Fernández Fernández, P.** (1996). Conocimiento y creencias sobre la salud en la adolescencia. *Psicología Conductual*, 4, 97-108.
- Rosenstock, I. M.** (1966). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Rosenstock, I. M.** (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.

- Santisteban, C.** (1999). Análisis de datos categóricos en epidemiología y en ciencias de la salud. En M. A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud* (pp. 333-381). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Schmidt, L. y Weishaupt, I.** (1990). Children's concepts of symptoms, causality, and the course of disease. En L. Schmidt, P. Schwenkmezger, J. Weinman y S. Maes (Eds.). *Theoretical and Applied Aspects of Health Psychology*. Chur, Suiza: Harwood Academic Publishers.
- Seeman, M. y Seeman, T.** (1983). Health behavior and personal autonomy: A longitudinal study of the sense of control in illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 144-159.
- Skinner, B. F.** (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, 52, 270-277.
- Skinner, B. F.** (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Street, W. R.** (1994). Attitude-behavior congruity, mindfulness, and self-focused attention: a behavior-analytic reconstruction. *The Behavior Analyst*, 17, 145-153.
- Strickland, B. R.** (1978). Internal-external expectancies and health-related behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1192-1211.
- Svenson, O.** (1978). Risks of road transportation in a psychological perspective. *Accident Analysis and Prevention*, 10, 267-280.
- Tapp, J. T. y Goldenthal, P. A.** (1982). A factor analytic study of health habits. *Preventive Medicine*, 11, 724-728.
- Varni, J.** (1983). *Clinical behavioral pediatrics*. New York: Pergamon.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. y Maides, S.** (1976). Development and validation of the health related locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. y DeVellis, R.** (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 161-170.
- Weinstein, N. D.** (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820.
- Weinstein, N. D.** (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 441-460.
- Weinstein, N. D.** (1983). Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. *Health Psychology*, 2, 11-20.
- Weinstein, N. D.** (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and illness susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457.
- Weinstein, N. D.** (1987). Unrealistic optimism about illness susceptibility: conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500.

- Whalen, C. K., Henker, B., O'Neil, R., Hollingshead, J., Holman, A. y Moore, B. (1994). Optimism in children's judgments of health and environmental risks. *Health Psychology, 13*, 319-325.
- Wicker, A. (1969). Attitudes versus actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. *Journal of Social Issues, 25*, 41-78.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C. y Gifford, E. V. (1997). Cognition in behavior therapy: agreements and differences. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 28*, 53-63.