

Publicado en *Análisis y Modificación de Conducta*, 2003, 29, 5-49.

ESTADO DE SALUD, HÁBITOS DE VIDA Y CREENCIAS SOBRE LA SALUD: UN ESTUDIO DE CAMPO.

Jesús Gil Roales-Nieto*

Francisca López Ríos

Flor Zaldívar Basurto

Emilio Moreno San Pedro

Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico,
Universidad de Almería

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo principal la exploración comprensiva de los hábitos y creencias en salud de una muestra de sujetos sanos y de sus posibles relaciones en función del sexo y de la edad. Mediante una encuesta se han valorado el estado y los hábitos de salud, las enfermedades más temidas y las a las que se variables atribuye el mantenimiento de la salud y la evitación de las enfermedades, en 350 sujetos de entre 14 y 74 años. Los principales resultados obtenidos señalan el cáncer como enfermedad más temida, la dependencia del locus de control de la forma de medición empleada, y la aparición de diversas e importantes diferencias en hábitos de salud en función del sexo y de la edad. Asimismo, se han encontrado diferencias significativas en función del sexo en el temor a enfermedades, y se han encontrado diferencias significativas en función de la edad en el temor a padecer SIDA. No aparecen diferencias significativas en hábitos de salud en función de las creencias o del estado de salud.

Palabras clave: hábitos de salud, creencias, enfermedades, locus de control en salud.

ABSTRACT

The present study has as main goal the comprehensive exploration of health beliefs and behaviors in a sample of 350 subjects, both man and woman between 14 and 74 years old. A questionnaire containing items of several variables, as well health being, health habits, as well as beliefs about maintenance of health and prevention of illness. Results show cancer was the most negative health, a relation between locus of control and the type of response required in the questionnaires, and important differences in types of habits was found between men and women and subjects's age. Significant differences were also found between gender and fear to specific illness, and between age and fear to SIDA. No differences were found with respect to health habits and types of health beliefs or ideas.

Key words: health habit, beliefs, illness, locus of control, health

* Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Humanidades. Universidad de Almería
04120, Almería.
E-mail: jjgil@ual.es

La constatación de los cambios epidemiológicos en las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países occidentales, que se han desplazado desde las patologías infecciosas propias del siglo XIX y primera mitad del XX, a las patologías crónicas provocadas por los hábitos de vida y la influencia del ambiente, ha producido un cambio radical en los objetivos de intervención desde la perspectiva de la salud pública. Prueba de ello son las sistemáticas campañas de prevención para eliminar el consumo de tabaco, el abuso del alcohol, incrementar la realización de ejercicio físico y fomentar una alimentación saludable y una vida activa, considerado todo ello pilares fundamentales para la reducción de la incidencia de las enfermedades que mayores costos sanitarios y humanos generan, como son los trastornos cardiovasculares y el cáncer (ver por ejemplo, Gil Roales-Nieto, 1997; Jeffery, 1988; Salleras y Serra, 1991).

Igualmente, como consecuencia de la mejora en la calidad de vida, el incremento de los niveles de bienestar social y el progreso de la medicina, la vida media de los individuos se ha alargado en los países industrializados de tal manera que permite el lento e insidioso desarrollo de patologías relacionadas con hábitos de vida sostenidos a lo largo de décadas. Por todo ello, los hábitos o estilo de vida han pasado a ser un objetivo prioritario de la salud, y no sólo de la moral como sucedía en épocas pasadas. La forma en la que vivimos (esto es, qué comemos o dejamos de comer, qué hacemos y qué dejamos de hacer) parece relacionarse extensa y profundamente con las enfermedades que vamos a desarrollar a lo largo de nuestra vida (especialmente en el último tercio) y, en último extremo, con la causa principal de nuestra muerte. Estudiar los hábitos de vida relacionados con el mantenimiento de la salud o la génesis de enfermedades (en adelante, hábitos de salud) y las variables con ellos relacionados, se ha convertido en uno de los objetos de estudio prioritario de la Psicología de la Salud (p.ej., Broome, 1989; Gil Roales-Nieto, 1997, 1999; Kaplan, Sallis y Patterson, 1993; Sarafino, 1990; Stone, Cohen y Adler, 1979; Taylor, 1986). Entre las variables de tipo personal relacionadas con el mantenimiento de unos u otros hábitos de vida, las creencias acerca de la salud han figurado desde el inicio mismo de la Psicología de la Salud como uno de los campos de investigación y teorización más prolíficos.

Son ya bien conocidos los numerosos estudios epidemiológicos y de campo que durante las décadas de los años 70 y 80 señalaron la persistencia de ciertas relaciones entre determinados hábitos de vida y ciertos resultados de salud (p.ej., Belloc, 1973; Belloc y Breslow, 1972; Breslow y Estrom, 1980; Kannel et al., 1971; Keys, 1970; MRFIT Research Group, 1982); estudios a los que siguieron muchos otros sobre hábitos de vida y salud, numerosos intentos por establecer una tipología de hábitos de salud y la puesta en marcha de incontables estudios, campañas e intervenciones de uno u otro cariz, cuyo propósito fue la puesta en práctica de los conocimientos que desde diferentes ámbitos disciplinarios se habían formulado sobre las relaciones entre el comportamiento, la salud y la enfermedad (p.ej., Farquhar, 1978; Meyer et al., 1980). Como una consecuencia de todo ello, el papel activo que los seres humanos pueden jugar en la conservación de su propia salud y en la aparición, empeoramiento, facilitación o curación de sus enfermedades ha permitido la proliferación de términos pensados para describir el papel del comportamiento respecto a la salud y la enfermedad. Así, se habla de estilos de vida saludables, conductas o hábitos de salud, y hasta de inmunógenos conductuales, para referirse a todo aquello que un ser humano pueda hacer, decir o pensar y cuyo resultado sea la potenciación de su estado actual de salud o la prevención de la enfermedad, e igualmente se habla también de estilos de vida de riesgo, patrones de conducta o hábitos de riesgo, e igualmente hasta de patógenos conductuales, para referirse a todo aquello que un ser humano pueda hacer, decir o pensar y cuyo resultado sea el debilitamiento de su estado de salud a corto, medio o largo plazo (Gil Roales-Nieto, 1997).

Asimismo, en el desmenuzamiento de las variables de importancia en la predicción y control de la relación entre comportamiento y salud, el estudio de las creencias acerca de la salud ha ocupado un lugar muy destacado y generado centenares de estudios que han tratado de precisar sus funciones, relación o capacidad de control sobre los hábitos de vida y sus características (Becker, 1974; Becker y Mainan, 1975; Janz y Becker, 1984; Kelly et al., 1993; Levine, Toro y Perkins, 1993; Rosentock, 1966; Wulfert y Biglan, 1994)

Sin embargo, la mayor parte de estos estudios han sido aproximaciones globales que difícilmente permiten apresar las numerosas sutilezas y particularidades que encierra un tópico de investigación de esta envergadura y complejidad. Así, tanto los hábitos de salud como las creencias sobre la salud han sido, por ejemplo, escasamente estudiados en interacción con el suficiente detalle como para que conozcamos sus interdependencias y relaciones, aspecto de gran importancia; en tanto que hábitos y creencias son aspectos distintos que participan de una misma realidad funcional, parece conveniente ponerlos en relación.

Contamos, no obstante, con numerosos estudios que aportan datos sobre el panorama general de los principales hábitos de salud de la población de los países desarrollados (patrones de alimentación y actividad física, consumo de tabaco, etc.), y sobre la morbilidad y mortalidad asociada a dichos hábitos, y

aunque en nuestro país el número de estudios es mucho menor, buena parte de los datos obtenidos en otros países son generalizables.

Por ejemplo, a pesar de la fama de buena que goza la, así llamada, *dieta mediterránea*, en nuestro país, algunos estudios han demostrado que también ocurren ciertas descompensaciones (lógicas en tanto nuestra dieta se va pareciendo cada vez más a la norteamericana). En concreto, Gómez, Mahedero, Torres y Campillo (1995) han indicado que la dieta promedio incluye menos del 40% de hidratos y sobre el 37% de grasas (no aportando datos sobre proteínas), señalando que el 15% de las calorías diarias se toman al margen de las comidas principales (en las formas típicas de "picoteo", "tapeo" y demás prácticas similares tan extendidas en nuestro país). Igualmente, los datos obtenidos en Suecia por Becker (1992) indican lo mismo, básicamente un exceso de grasa y un déficit muy acusado en la toma de fibra, descompensaciones similares a las que ocurren en la mayoría de los países industrializados.

En cuanto a los patrones de actividad física, las consecuencias del sedentarismo epidémico que padecen los países industrializados ha llevado a un incremento alarmante del porcentaje de población con sobrepeso de carácter patológico (no confundir con el sobrepeso adaptativo presente con frecuencia a lo largo de la historia humana y que significó una ventaja para la supervivencia, véase Harris, 1989; páginas 151-157) provocado por la sobrealimentación y la falta de gasto energético, e igualmente ha provocado una disminución de la forma física en amplísimos sectores de la población adulta. Algunos estudios han comprobado empíricamente este fenómeno. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en Inglaterra (AHR, 1992), incluso en aquella parte de la población calificada con métodos objetivos como muy sedentaria (nivel 0 de actividad física) el 61% de los hombres y el 69% de las mujeres creían encontrarse en buena forma física para afrontar su día a día, mientras que el 47% de los hombres y el 57% de las mujeres se definían a sí mismos como muy activos o bastante activos.

Los datos epidemiológicos muestran insistentemente que la mayoría de la población adulta en los países desarrollados es fundamentalmente sedentaria o deficitariamente activa, que los niveles de actividad son aún menos saludables en la vejez, y que los niños, adolescentes y adultos jóvenes, con ser más *básicamente activos*, no muestran un estilo de vida acorde con las necesidades de ejercicio de sus niveles de edad (p.ej., Bauman, Owen y Rushworth, 1990; Courneya, 1995; Courneya y McAuley, 1995; Marcus y cols., 1994; Howell y cols., 1989). Por ejemplo, como recogen Kaplan, Sallis y Patterson (1993) según datos de la encuesta nacional de salud llevada a cabo en 1985 en USA, sólo el 8% de los hombres adultos y el 7% de las mujeres adultas hacían regularmente el tipo de actividad física recomendable para tener repercusiones sobre la salud y la forma física (por ejemplo, correr, montar en bicicleta, nadar, practicar deportes, hacer *aerobic*, etc.); e igualmente Rodin y Salovey (1989) informan que el 70% de la población de USA debe considerarse como físicamente inactivos, datos similares a los aportados por Kaplan, Sallis y Patterson (1993) quienes informan de una estimación del 66% de la población adulta como sedentaria.

Los datos disponibles sobre actividad física en mujeres indican que éstas, como grupo, hacen menos ejercicio que los hombres, aunque las diferencias no son grandes. Estadísticas norteamericanas indican que el 7% de las mujeres cumplen el criterio de actividad física saludable y apropiada para mejorar la forma física, mientras que éste se cumple en el 8,1% de los hombres (Caspersen, Christenson y Pollard, 1986).

Son de especial interés los hallazgos del estudio transcultural de Wold, Øygaard, Eder y Smith (1994) sobre los hábitos de ejercicio de niños y adolescentes en 11 estados europeos, que muestra cómo los jóvenes replican, en general, los patrones de actividad física acordes a su clase social (menos ejercicio para clase baja y media-baja, viceversa para alta y media-alta) y, más específicamente, tienden a replicar los patrones de actividad de sus padres y de su grupo de amigos de la misma edad. Las desigualdades en la distribución social del ejercicio se confirman también de acuerdo al estudio de Bauman, Owen y Rushworth (1990), quienes hallaron que mujeres, personas de edad avanzada e individuos de clases socioeconómicas bajas, muestran menores niveles de actividad física regular; desigualdades que paralelan las encontradas respecto a los demás riesgos para la salud. Otros hallazgos son el deterioro de los niveles de ejercicio a partir de la adolescencia, con una fuerte asociación negativa entre descenso en los niveles de ejercicio y práctica de conductas de riesgo como fumar, consumir alcohol, prácticas alimentarias no saludables y abandono de la higiene bucal (p.ej., Nutbeam y Aarø, 1991; Nutbeam, Aarø y Catford, 1989).

Relacionado con lo anterior puede encontrarse la tendencia a reducir el nivel de ejercicio con la edad que empíricamente se comprobó en el estudio de Gilliam y cols (1981), quienes midieron el nivel de actividad de niños con 6-7 años, 11-13 años y 16-17 años, encontrando que mientras los primeros gastaban el 3% de cada día (aproximadamente 1 hora en tiempo real) en actividades vigorosas (tasas cardíacas de 140 o mayores), los niños de 11-13 años empleaban en dichas actividades un promedio de 30 minutos diarios, que se reducía a 15 minutos en la muestra de 16-17 años, de tal modo que el tiempo empleado en actividades físicas va reduciéndose paulatinamente con la edad.

La tendencia mundial se encamina hacia un aumento en el consumo de tabaco entre la población adulta, con sólo algunos países (USA, Reino Unido y, probablemente, Canadá), mostrando descensos en la prevalencia e incidencia de personas fumadoras (Pierce, 1991), mientras que, por el contrario, en adolescentes y jóvenes la tendencia se mantiene ascendente. Aproximadamente el 30% de los adolescentes fuma regularmente en USA, (Kaplan, Orleans, Perkins y Pierce, 1995), mientras que para España el Ministerio de Sanidad y Consumo proporcionó en 1993 la optimista cifra de sólo un 8% de fumadores jóvenes, aunque el estricto criterio usado puede haber minusvalorado el consumo. Los datos anteriores pueden generalizarse sin apenas error a cualquier país del ámbito occidental, incluso elevando las proporciones, en tanto el porcentaje de población fumadora será probablemente superior al de los Estados Unidos. Todo ello ha llevado a calificar a la conducta de fumar como "el patógeno conductual único o simple más importante", y como la más importante de las causas de muerte susceptibles de prevención.

Por otro lado, estamos asistiendo a una sostenida proliferación de publicaciones y mensajes en los medios de comunicación que continuamente advierten de los riesgos para la salud de estos hábitos de vida (en ocasiones con hartazgo), de tal manera que han pasado a formar parte de la cultura general ciertas creencias que relacionan fumar, llevar una vida sedentaria, mantener una alimentación rica en grasas y proteínas y deficitaria en fibra y otros hábitos de vida, con un mayor riesgo de padecer enfermedades como diabetes, trastornos cardiovasculares o cáncer. Sin embargo, a pesar de este considerable aumento en la información, grandes sectores de la población continúan fumando, siguen siendo teniendo un estilo de vida sedentario y consumiendo el mismo tipo de alimentación con escasos cambios, de tal manera que el impacto de la información sobre salud tiene una repercusión muy relativa en lo que se refiere a cambios sostenidos del estilo de vida que mejoren los indicadores epidemiológicos de la salud y la enfermedad.

Esta paradoja entre una evidente y constatable mejora en el "decir" sobre la salud y un cambio mínimo en el "hacer", ha supuesto la exploración de razones que la expliquen. Desde una perspectiva cognitiva se ha propuesto que determinadas creencias funcionan como variables mediadoras de la conducta de salud, en el sentido de ser las responsables de comportamientos de salud, mientras que otras lo serían de los comportamientos de riesgo. Así han aparecido en la literatura especializada constructos como el concepto personal de salud, el locus de control en salud, los sesgos en la percepción del riesgo, la sensación de invulnerabilidad o la insensibilidad al riesgo (p.ej., Gochman, 1988; Weinstein y Nicolich, 1993; Taylor, 1986).

A su vez, desde la perspectiva del análisis funcional, es un hecho por demás conocido y contrastado experimentalmente que si un sujeto describe relaciones entre variables (para el caso que nos ocupa, entre comportamiento y salud), ello no significa que dicha descripción, en tanto que conducta verbal, de suyo tenga que controlar efectivamente el comportamiento que describe, entendiéndose que tal control depende más profundamente de otras variables, entre las cuales se encuentran, por ejemplo, el modo en que dicha relación verbal se haya establecido y se mantenga, y la historia de interacciones del sujeto respecto del control instruccional (Luciano y Herruzo, 1992). Por tanto, es fácil que se produzcan desajustes entre lo que uno conoce y lo que hace con respecto a lo que dice. Que una persona conozca (en tanto que pueda describir) los efectos de ciertos comportamientos sobre su salud no significa que los lleve a cabo, y esto depende en parte del modo en que se ha aprendido dicha relación (ver por ejemplo, Luciano, 1993; Guerin y Foster, 1994; Guerin, 1994)

El objetivo primario de este estudio se centra en la exploración comprehensiva de los hábitos y creencias en salud de una muestra de sujetos sanos. Más específicamente, los objetivos de este estudio son, por un lado, mostrar el estado de salud y los hábitos que informan los sujetos, cuáles son las enfermedades más temidas y a qué variables atribuyen el mantenimiento de la salud y la evitación de las enfermedades; y, por otro lado, comprobar si existen relaciones entre el tipo de hábitos de salud de los sujetos y el tipo de locus de control que describen, tal y como cabría esperar desde una perspectiva cognitiva, o bien, si el tipo de creencias en salud no resulta una variable relevante para explicar los hábitos de salud concretos que cada individuo posea.

El presente estudio presenta los primeros datos de una investigación más amplia sobre los concomitantes psicológicos de la salud, cuyo propósito es la exploración de las variables que explican el comportamiento de salud/enfermedad, así como la formación y consolidación de las creencias acerca de la salud y su traducción o no en comportamientos de salud o de riesgo. Dentro de este esquema de trabajo, el presente estudio se circunscribe a la exploración de las relaciones más arriba señaladas en una muestra de individuos sanos.

MÉTODO

Sujetos

Los participantes en este estudio fueron seleccionados entre los empleados de diversas instituciones y la población general adulta, de manera que la muestra comprendiera sujetos jóvenes y adultos de ambos sexos y todos los rangos de edad, ocupaciones y niveles socioeconómicos. La muestra final consta de 350 sujetos, de los cuales el 61,7% son mujeres y el 38,3 % son hombres, todos ellos residentes en Almería capital y las principales poblaciones de su provincia. El rango de edad se sitúa entre los 14 y 74 años, siendo la media de 29 años y la mediana 24.

Diseño

Se trata de un estudio epidemiológico observacional de carácter descriptivo transversal (Santisteban, 1999a,b), acorde al propósito de analizar las relaciones entre ciertos factores relacionados con la salud en una determinada muestra.

Variables e instrumentos

Como instrumento para la toma de datos se ha utilizado un cuestionario cumplimentado por los sujetos denominado “Cuestionario de Hábitos de Vida”, elaborado al efecto para este estudio. El cuestionario consta de 23 preguntas con diferente modalidad de respuesta agrupadas en 4 bloques de variables para facilitar el análisis de los datos. Las variables consideradas han sido las siguientes:

1. *Estado de salud*, inferido de las preguntas relativas al número de veces que el sujeto ha estado enfermo en los dos últimos años, el número de hospitalizaciones en dicho período, si está o no enfermo en la actualidad, y si sufre alguna enfermedad crónica.
2. *Temor a enfermedades*: los sujetos indican, de forma abierta, qué enfermedades son las que más temen sufrir.
3. *Locus de control en salud*, que ha sido valorado de dos formas: por un lado de forma similar a la manera en la que se evalúa habitualmente, es decir, preguntando de un modo genérico y en formato abierto de qué factores creen que depende principalmente la salud de una persona e, igualmente, de qué depende principalmente que una persona caiga enferma; evaluación directa que se reforzó con la interrogación acerca del modo en que piensan que pueden evitar las enfermedades que más temen. Por otro lado, el locus de control se evaluó de una manera indirecta pidiendo a los sujetos que hicieran una estimación (en una escala de 0 a 10) de la importancia que atribuyen en la determinación de la salud a diferentes factores que representan opciones de locus de control externo e interno. Las respuestas proporcionadas por los sujetos fueron clasificadas como mostrando un locus de control interno, externo o mixto respecto a la salud.
4. *Hábitos de salud*, que incorporó medidas como la frecuencia de revisiones o consultas médicas de tipo preventivo, el consumo de tabaco, las horas al día que se permanece sentado, la frecuencia semanal de consumo de vegetales en las comidas, el consumo diario de leche, la frecuencia semanal de realización de algún deporte o actividad física sistemática (incluido el paseo), y el consumo de alimentos entre comidas. Con la puntuación directa en cada hábito se confeccionó una escala de hábitos de salud como puntuación global, que comprende desde 0, los peores hábitos posibles en todas las medidas, hasta un máximo de 22 que significarían los mejores hábitos posibles en todas las medidas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se describen según los grupos de variables establecidos como estado de salud, temor a enfermedades, locus de control en salud y hábitos de salud, y se exponen a continuación de acuerdo a este orden.

La Tabla 1 muestra las características demográficas de la muestra, distribuida en grupos de edad con un intervalo de 10 años (excepto el primer y último grupo), sexo y ocupación o actividad laboral.

Aproximadamente la mitad de los sujetos se encuentran en el rango de edad comprendido entre los 21 y 30 años y son estudiantes, distribuyéndose la otra mitad de la muestra proporcionalmente entre los demás grupos de edad y categorías de actividad ocupacional.

La agrupación de los sujetos en categorías de ocupación o actividad laboral siguió criterios relacionados con el objetivo central del estudio, el comportamiento de salud y las variables relacionadas. Así, se agruparon en una sola categoría denominada “sin actividad laboral fuera de casa” aquellos sujetos cuya actividad principal se llevara a cabo en el hogar (p.ej., ama de casa, personas que desarrollen su profesión en casa), o bien no tuvieran actividad específica de tipo ocupacional fuera de su casa (p.ej., individuos sin empleo, jubilados, etc.); una segunda categoría incluyó a todos los estudiantes en tanto que las características de su ocupación en su relación con el comportamiento de salud resultan similares (i.e., horarios, tipo de actividad física relacionada con la ocupación, etc.); una tercera categoría incluyó todos los sujetos cuya actividad ocupacional se desarrollaba fuera de casa e implicaba un tipo de actividad física calificado, al menos, como activa o moderadamente activa; y una cuarta categoría incluyó aquellos sujetos cuya actividad ocupacional implicaba un tipo de actividad calificado como pasiva o sedentaria (principalmente trabajadores que permanecen una gran parte de su jornada sentados). La tabla 1 muestra la distribución de la muestra en estas categorías.

Colocar aproximadamente aquí la tabla 1

Resultados sobre el estado de salud.

El análisis estadístico de los componentes de la variable Estado de Salud no mostró diferencias significativas entre sexos y grupos de edad excepto para los componentes (los porcentajes de sujetos para cada componente y el resultado del análisis estadístico se muestran en la Tabla 2), aunque el análisis de varianza mostró diferencias significativas ($F=5,472$; $p<0.05$) entre los grupos de edad en el componente “número de veces enfermo en los últimos 2 años”, y la prueba de Scheffé ($p<0.05$) indicó que dichas diferencias se producían entre los grupos de 14-20 años y los de 31-40 y 40-50 años, indicando una mayor presencia de enfermedades en el grupo de menor edad.

Colocar aproximadamente aquí la tabla 2

Resultados sobre temor a sufrir enfermedades.

La tabla 3 recoge las respuestas de los sujetos a la pregunta sobre las enfermedades más temidas, y en ella puede comprobarse como sólo el 8% de los sujetos dice no temer el padecimiento en el futuro de ninguna enfermedad, siendo las mujeres como grupo quienes presentan el máximo temor a padecer alguna enfermedad (sólo el 3,7% de ellas indica no temer ninguna enfermedad por el 14,92% de los hombres que lo hace). El cáncer es la enfermedad temida por la amplia mayoría de los sujetos encuestados (76,57%), muy por encima de cualquier otra. El temor a padecer SIDA y problemas de corazón es informado por el 43,71 y el 10,29% de los sujetos, respectivamente. Mientras, el resto de enfermedades mencionadas fueron los accidentes e incapacidades y las demencias (con un cinco por ciento, aproximadamente, de informes), y las enfermedades infecciosas, los trastornos mentales, las enfermedades de transmisión sexual y las crónicas como la diabetes, pero en todos los casos los porcentajes de sujetos que informan temer dichas enfermedades no supera el 4% del total de la muestra. Estos datos junto a la distribución de los porcentajes por sexo se ofrecen en la figura 1a, en la que puede observarse como el cáncer es temido por la práctica totalidad del grupo de mujeres (85,19%), por encima del temor expresado por los hombres (62,69%), mientras que en el resto de temores a enfermedades la elección entre hombres y mujeres se muestra totalmente pareja.

En la figura 1b se muestran los datos sobre porcentaje de informes de temor a enfermedades en los diferentes grupos de edad, para cáncer, SIDA, trastornos cardíacos y accidentes e incapacidades, habiéndose suprimido el resto de enfermedades por mostrar porcentajes de elección muy bajos.

El análisis estadístico de los datos referidos a temores a padecer enfermedades, mediante la prueba Chi Cuadrado, indicó diferencias significativas en función del sexo en dos sentidos: las mujeres temen más padecer enfermedades que los hombres ($\chi^2= 23,5296$; $p<0.01$), y los hombres informan no temer a ninguna enfermedad más que las mujeres ($\chi^2= 23,0550$; $p<0.01$). Desglosados por enfermedades los análisis indican el cáncer como la enfermedad más temida tanto por hombres como por mujeres, apareciendo diferencias significativas entre ambos sexos en cuanto al porcentaje de sujetos que manifiesta temer al cáncer, más numerosos entre las mujeres ($\chi^2= 11,7415$; $p<0.05$). No aparecen diferencias significativas para otras enfermedades excepto para el caso del temor a sufrir accidentes e incapacidades,

que es mayor entre los hombres ($\chi^2= 23,5296$; $p<0.05$). Por edades, sólo el temor a contraer el SIDA aparece significativamente más informado en los tres primeros grupos de edad ($\chi^2= 19,42734$; $p<0.01$).

Colocar aproximadamente aquí las figuras 1a y 1b y la tabla 3

Resultados sobre locus de control en salud.

Los resultados sobre locus de control se presentan de acuerdo a las dos maneras de medir esta variable empleadas en el estudio. Por un lado una medida basada en la respuesta abierta a dos cuestiones (A: qué factores determinan la salud de una persona; B: cual es el mejor modo de evitar las enfermedades que han indicado temer), y por otro la valoración en una escala 0-10 de la importancia otorgada a determinados factores en el mantenimiento de la salud o la ocurrencia de enfermedad.

Los resultados obtenidos en la primera cuestión referida a los *factores determinantes de la salud* (forma típica de medición empleada en la literatura al uso) indicaron para la muestra total que el 69% de los encuestados señaló elementos relacionados con su propio comportamiento como factores determinantes de su estado de salud, lo que cabría categorizar como una respuesta de locus de control interno, mientras que sólo el 7% señaló factores ajenos a su comportamiento como los determinantes de su estado de salud, lo que equivaldría a una creencia de locus de control externo. El 24% restante señaló tanto elementos relacionados con su propio comportamiento como externos al mismo, lo que lleva a clasificarlos como individuos con una creencia de locus de control mixto. Estos resultados se encuentran resumidos en la tabla 4, que también contiene los datos organizados en grupos de edad y por sexos. La figura 2 recoge gráficamente la distribución de los porcentajes de sujetos con locus de control interno, externo y mixto a lo largo de los rangos de edad y por sexo. Si bien el análisis estadístico indicó independencia entre la variable locus de control y los diferentes niveles de edad y sexo, el análisis descriptivo permite observar el incremento progresivo con la edad del porcentaje de sujetos que muestran un locus de control externo, y que aumenta progresivamente desde el escaso 3,3% de sujetos en el grupo de 14-20 años hasta el 24% mostrado por el grupo de mayores de 50 años, mientras que los porcentajes de sujetos que presentan un locus de control interno apenas varía con la edad.

De manera similar, los resultados obtenidos en esta variable para la segunda de las cuestiones planteadas (una manera menos típica de evaluar el locus de control, pero que personaliza más el informe) indican para el total de la muestra que el 64,2% de los sujetos informaron que *el mejor modo de evitar las enfermedades que temen* es mostrando buenos hábitos de vida, lo que podría ser considerado como un ejemplo de locus de control interno. El 17,4% mostró un locus de control externo por cuanto que sus respuestas van en la dirección de mostrar una creencia en la falta de control personal sobre la salud, y el 18,4% de los sujetos informó de manera que cabe señalar como un locus de control mixto por contener elementos de control y falta de control.

Cuando se solicitó la valoración en una escala de 0 a 10 de la *importancia otorgada a determinados factores en el mantenimiento de la salud* o la ocurrencia de enfermedad, las anteriores creencias se invierten, y los resultados no muestran una polarización tan fuerte hacia el locus de control interno (en la tabla 5 se encuentran las puntuaciones medias y desviaciones típicas de los diferentes factores), de manera que los sujetos atribuyen una gran importancia a factores como *tener suerte*, el *lugar de residencia* o *tener dinero*. En concreto, el orden de importancia resultante fue el siguiente: (1) la suerte, (2) el lugar de residencia, (3) tener dinero, (4) el nivel de desarrollo de la sociedad en la que se viva, (5) el nivel de educación, (6) la genética, (7) los medios de atención sanitaria, (8) el nivel de ejercicio físico, (9) el tipo de alimentación, y (10) mantener buenos hábitos de vida, de manera que los cuatro primeros factores elegidos como más importantes son factores que implican una asunción de locus de control externo.

Colocar aproximadamente aquí las tablas 4 y 5 y la figura 2

Resultados sobre hábitos de salud.

En la tabla 6 se muestran los resultados obtenidos en puntuación global promedio en hábitos de salud y en los distintos componentes que conforman esta variable distribuidos por grupos de edad y por sexo. No aparecen diferencias significativas entre sexos y grupos de edad en cuanto a la puntuación promedio en hábitos de salud; sin embargo, el análisis global de los diferentes hábitos permite extraer datos de interés para las relaciones entre comportamiento y salud. Por ejemplo, es importante constatar como la mayoría de los sujetos de ambos sexos (sin diferencia entre ellos) nunca acude a revisiones o consultas médicas preventivas (en concreto el 63,4% de las mujeres y el 61,8% de los hombres), aunque

este dato se modula con la edad, ya que el análisis mediante la prueba de Scheffé arroja diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los dos primeros grupos de edad y el de mayores de 50 años (grupo que muestra el menor porcentaje de sujetos que nunca acuden a revisiones preventivas). En la figura 3 se pueden apreciar estas tendencias en los diferentes grupos de edad para este comportamiento de salud

Casi la mitad de los sujetos de ambos sexos fuma (el 47,14% de la muestra total) y aunque el análisis estadístico no arroja diferencias en este hábito de salud entre sexos y grupos de edad, la observación de los resultados a través de los diferentes grupos de edad permite apreciar una tendencia ascendente en el número de fumadores entre las edades de 14 y 30 años (con el mayor porcentaje de fumadores en el grupo de 21 a 30 años con un 50%, cifra que se mantiene en el siguiente grupo de edad), tendencia que se invierte a partir de dicha edad hasta alcanzar en el grupo de mayores de 50 años el menor porcentaje de fumadores con sólo el 23,1%; tendencia que puede apreciarse gráficamente en la figura 4.

Los patrones de alimentación han sido explorados en relación a tres hábitos de vida relacionados con la salud como son el consumo de vegetales, el de leche y el consumo de alimentos extras entre comidas (sobrealimentación). En el primer caso el análisis estadístico señala diferencias significativas entre hombres y mujeres ($\chi^2 = 9,723$, $p < 0.05$) en la medida que encontramos tanto un menor porcentaje de mujeres que toman vegetales menos de una vez a la semana (8,3% frente al 14,2% de los hombres), como un mayor porcentaje de mujeres que toman vegetales diariamente (el 59,3% frente al 42,5% de los hombres). En cuanto al consumo diario de leche no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ni entre sexos ni entre los grupos de edad. Tampoco se han encontrado diferencias significativas entre sexos en el consumo de alimentos extras entre comidas, pero sí han aparecido diferencias significativas entre grupos de edad ($\chi^2 = 29,669$, $p < 0.05$), con un porcentaje mucho mayor de sujetos que muestran este hábito entre las edades más jóvenes (la figura 5 muestra gráficamente esta notoria tendencia a través de los grupos de edad). Con todo, resulta destacable que aproximadamente la mitad de la muestra, tanto en hombres como en mujeres, muestre este comportamiento.

Por último, la actividad física ha sido evaluada mediante dos medidas complementarias, una medida que puede señalar el nivel de sedentarismo de cada sujeto, como es el número de horas que permanece sentado diariamente, y otra medida que puede señalar actividad, como es la práctica semana de algún tipo de actividad física sistemática. En el primer caso, globalmente no se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en el tiempo que permanecen sentados diariamente, aunque tomados los dos valores de medida extremos (esto es, 0-4/horas día y más de 8 horas/día) los hombres muestran como grupo valores más sedentarios que las mujeres (40,6% de los hombres permanece sentado más de 8 horas/día -un indicador de vida sedentaria- mientras que esto ocurre para el 25,6% de las mujeres e, igualmente, sólo el 18,8% de los hombres permanece sentado 4 o menos horas al día -un indicador de vida activa- algo que acontece al 34,5% de las mujeres). Sí aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad ($\chi^2 = 37,237$, $p < 0.05$), que la prueba de Scheffé señaló entre los grupos de 14-20 y de 21-30 años con el grupo de 41-50 años ($p < 0.05$). Igualmente, si tomamos como referencia el análisis del rango de frecuencias más perjudicial para la salud en esta variable (permanecer sentado más de 8 horas al día) aparece una particular tendencia entre los grupos de edad que muestra como el porcentaje de sujetos que muestra este patrón sedentario se va incrementando a lo largo de la edad hasta alcanzar su máximo valor en el grupo de 40-50 años (con el 53,7% de los sujetos), para descender notoriamente con posterioridad. Igualmente, los hombres tomados como grupo presentan un porcentaje notablemente superior a las mujeres como grupo de individuos sedentarios (40,6% de los hombres frente al 25,6% de las mujeres). La figura 6 recoge estos datos referidos al patrón de vida sedentario.

Estas diferencias entre sexos aparecen de signo contrario en la medida de la actividad física sistemática, en tanto que las mujeres presentan menores porcentajes de sujetos con un patrón sistemático de actividad física semanal, como puede apreciarse tanto en la tabla 6 como en la figura 7, lo que se ve reflejado en las diferencias significativas que se encuentran en esta medida entre ambos sexos ($\chi^2 = 14,717$, $p < 0.05$), diferencia que también aparece entre grupos de edad ($\chi^2 = 27,836$, $p < 0.05$), indicando la prueba de Scheffé que las diferencias ($p < 0.05$) se encuentran entre el grupo de 14-20 años y el de 41-50, grupos que presentan la mayor y la menor tasa de actividad física sistemática, respectivamente. Igualmente, en la figura 7 puede apreciarse el progresivo patrón de sedentarización que se produce desde los primeros niveles de edad hasta los últimos, con hasta el 96,2% de los sujetos mayores de 50 años informando que no realizan ninguna actividad física sistemática semanal.

Colocar aproximadamente aquí la tabla 6 y las figuras 3, 4, 5, 6 y 7

Resultados sobre relaciones entre variables

El análisis estadístico de las relaciones entre tipo de locus de control y el resto de variables consideradas en este estudio indicó la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de locus de control y los hábitos de salud informados, no encontrándose tampoco diferencias en locus de control según la edad o el sexo. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre hábitos de salud y estado de salud, ni, específicamente, se encontraron diferencias significativas entre fumadores y no fumadores con respecto al resto de hábitos de salud medidos. Igualmente, la prueba de chi cuadrado indicó ausencia de relaciones significativas entre estado de salud y locus de control.

El análisis de las relaciones entre temor a enfermedades y hábitos de salud también mostró ausencia de diferencias significativas, de manera que ninguno de los hábitos parece discriminar el temor a uno u otro tipo de enfermedades; por ejemplo, para el caso concreto de la relación entre informe de temor a padecer cáncer y fumar, los datos indicaron que entre los fumadores el 79,75 indicó temor a padecer cáncer, mientras que lo mismo fue señalado por el 74% de los no fumadores. Igualmente, no existen diferencias significativas en los hábitos de salud entre quienes afirmaron temer varias enfermedades y quienes afirmaron no temer ninguna.

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 la formación y consolidación de las creencias acerca de la salud, y su traducción o no en comportamientos de salud o de riesgo. Específicamente, este estudio se ha centrado en la exploración comprehensiva de los hábitos y creencias en salud de una muestra de 350 sujetos considerados sanos, de diferentes edades y ocupaciones, intentando explorar variables como el estado de salud y hábitos que informan los sujetos, el locus de control sobre la salud que muestran, las enfermedades que temen padecer y la atribución causal del mantenimiento de la salud y la evitación de las enfermedades que hacen, así como las posibles relaciones entre ellas.

Los resultados de este estudio permiten obtener diferentes conclusiones tanto a nivel global como particularizando sobre cada una de las variables, que resultan de interés para el conocimiento de la naturaleza y relaciones entre los fenómenos que conforman el complejo constructo denominado conducta de salud.

En primer lugar, los resultados obtenidos en la variable *Estado de Salud* permiten considerar que la muestra es representativa de la población general en cuanto a estado de salud, excepto probablemente para el grupo de mayores de 50 años (el subgrupo de edad menos numeroso), en la medida que el porcentaje de sujetos con enfermedad crónica no sobrepasa el 10% en ningún grupo de edad a excepción del grupo de 41-50 años que presenta un 21,4% de enfermos crónicos, preferentemente sujetos con diabetes tipo II y diferentes alteraciones cardiovasculares. Que dicho porcentaje no se mantenga, e incluso se incremente, en el grupo de mayores de 50 años es lo que lleva a considerar que este subgrupo puede estar escasamente representado. Las diferencias estadísticamente significativas surgidas entre el grupo de menor edad y los grupos de mayor edad en cuanto al número de veces enfermo en los dos últimos años, resulta de interés relativo en cuanto que las diferencias reales no son importantes y pueden ser motivadas por el amplio concepto de "enfermo" empleado. El hecho de que casi un tercio de la muestra nunca haya estado enfermo en los dos últimos años y casi la mitad sólo lo haya estado una vez, indica que estamos ante una población con muy buen estado de salud.

En segundo lugar, los resultados obtenidos en el análisis de la variable *temor a enfermedades*, indican de forma notoria que el temor a perder la salud se ha convertido en un referente casi universal, ya que sólo un escaso porcentaje de sujetos (el 8% de la muestra) manifiesta no temer ninguna enfermedad. Igualmente, también de forma notoria aparece el cáncer como el temor de referencia para las tres cuartas partes de la muestra estudiada, independientemente de la edad y del sexo, pues en todos los grupos de edad es la enfermedad más temida a gran distancia de las demás y aunque las mujeres presentan un temor más extendido que los hombres, para estos representa la elección del 62,7% del total de varones de la muestra. Por otra parte, el temor a padecer SIDA es informado como el segundo temor de referencia para ambos sexos y para los grupos de edad hasta los 40 años, aunque mostrando un porcentaje de elección mucho menor que el cáncer y una cierta lógica en la adecuación del informe de temor al nivel de riesgo asociado a la edad (mayor temor en los grupos más jóvenes y menor en los adultos).

En este sentido, los datos de nuestro estudio contrastan con los informados por estudios previos (p.ej., Bauman y Siegel, 1987; Gladis, Michela, Walter y Vaughan, 1992) que señalaron la presencia de un cierto optimismo irreal o sesgo optimista sobre el riesgo a contraer SIDA en la población general, si bien es cierto que fueron estudios llevados a cabo en épocas con menor presencia de la enfermedad en los

medios de comunicación social y en los que se estaba aún iniciando la fuerte campaña de sensibilización que ha tenido lugar en el mundo occidental respecto a este trastorno y sus formas de contagio.

Resulta paradójico, y probablemente esté mostrando una inadecuada información sobre los factores personales de riesgo, el escaso temor manifestado en todos los casos a padecer trastornos cardiovasculares, temor que sólo se incrementa muy ligeramente en los últimos niveles de edad, pero permaneciendo siempre muy por debajo de las expectativas que señalan los estudios epidemiológicos, especialmente en el caso de los hombres y en el caso de los mayores de 40 años. Que los trastornos cardiovasculares sean la primera causa de muerte prematura en los países occidentales no les ha otorgado el halo de temor generalizado que sólo despierta el cáncer, e implicaría la persistencia entre la población de un cierto sesgo optimista respecto al riesgo cardiovascular; algo ya apuntado por otros estudios llevados a cabo en otros países (p.ej., Avis et al., 1989; Becker y Levine, 1987; Kulik y Mahler, 1987; Lee, 1989; Weinstein, 1980, 1982, 1984). Por tanto, nuestro estudio replica este hallazgo en el sentido de señalar una inadecuada percepción del riesgo personal cardiovascular entre la población general independientemente de sus hábitos de vida, edad o sexo.

Esta tendencia a enfatizar el miedo al cáncer con respecto a otras enfermedades como los trastornos cardiovasculares, a pesar de que estos últimos son más frecuentes y pueden ser tanto o más graves, puede ser explicada por la consideración social del cáncer como enfermedad mortal y estigma. Además, una vez más se observa como el hecho de temer alguna enfermedad no se relaciona con mostrar mejores hábitos de salud, como medida de precaución, especialmente los relacionados con la génesis de la enfermedad temida, como es el caso de los fumadores y su temor generalizado a padecer cáncer. Otro dato de interés es la ausencia de diferencias significativas en los hábitos de salud entre quienes afirmaron temer varias enfermedades (cuyas preocupaciones deberían verse reflejadas en actuaciones preventivas) y quienes afirmaron no temer ninguna, lo que vendría a reflejar la falta de control del componente verbal de preocupación por la salud sobre los comportamientos de salud o hábitos de vida.

No temer enfermedades que representan un importante nivel de riesgo según el sexo o según el nivel de edad y/o determinados hábitos de vida, es una muestra de sesgo optimista sobre la salud o sensación de invulnerabilidad que en nuestro estudio aparece reflejada en los grupos de edad a partir de los 30 años, especialmente en lo que se refiere a la salud cardiovascular.

En tercer lugar, el análisis de los resultados obtenidos en la variable *locus de control*, una de las creencias respecto a la salud más estudiadas y enfatizadas en los últimos años, advierte sobre el fuerte control que puede ejercer la manera en la que tal constructo se mida. Así, mientras que la medición del locus de control a partir de preguntas abiertas sobre qué determina el estado de salud o la enfermedad, señaló la presencia mayoritaria de locus de control interno sobre la salud (69% de los sujetos del total de la muestra fueron clasificados como exhibiendo un locus de control interno), sin diferencias entre sexos ni grupos de edad, y minoritaria del locus de control externo (sólo el 7% de los sujetos), cuando la medición se hizo solicitando la valoración jerarquizada de la importancia para la salud de ciertas variables, los resultados indicaron un perfil de creencias de locus de control totalmente distinto. En concreto, aparecieron valoradas en primer lugar aquellas variables indicadoras de un locus de control externo mientras que las indicadoras de locus de control interno (i.e., buenos hábitos de vida, patrón de actividad física, hábitos de alimentación, etc.) aparecieron valorados en último lugar.

Que esto suceda supone una llamada de atención sobre las formas de medición y conceptualización de este constructo, con frecuencia demasiado simplificadas, puesto que podrían estar propiciando una idea equivocada del verdadero patrón de creencias de los sujetos, por lo que se intuye en nuestro estudio, más contextual de lo que se supone.

Igualmente, resulta destacable el patrón de incremento del porcentaje de sujetos con locus de control externo a lo largo de los grupos de edad (desde el escaso 3,3% inicial hasta el 24% mostrado por el grupo de mayor edad), que se podría interpretar como un aumento progresivo del escepticismo respecto a la capacidad personal de controlar la salud conforme avanza la edad. Cabría conjeturar si dicho incremento en el porcentaje de sujetos con locus de control externo se produce en detrimento de los sujetos que manifiestan un locus de control mixto, ya que el porcentaje de sujetos con locus de control interno no cambia a lo largo de la edad, pero dada la naturaleza transversal de los datos del estudio estaríamos haciendo una generalización inadecuada. En todo caso esta conjetura queda pendiente de su confirmación en estudios longitudinales que analicen los cambios en locus de control sobre la salud a lo largo de la vida.

En consecuencia, la creencia personal en la capacidad de control sobre las variables responsables de la salud, conceptualizada como locus de control, enfatizada por numerosos autores como variable mediadora de los hábitos en salud, no se confirma en este estudio como una variable psicológica consistente, ya que sus datos varían en función del modo en que se planteen las cuestiones. Así, los datos de nuestro estudio muestran que una simple variación en la forma de medida (desde un cuestionario formal de locus de control a una elección que implica uno u otro concepto acerca del control y la

naturaleza de las variables relacionadas con la salud) cambia los resultados en cuanto al locus de control, dejando vislumbrar la naturaleza verbal y social de dicha variable y su fragilidad como variable predictora del comportamiento de salud. Algo que debería ser investigado en mayor profundidad en futuros estudios.

Además la falta de una relación positiva clara y “lógica” entre locus de control y hábitos de salud (esto es: locus de control interno-comportamientos de salud /v/ locus de control externo-comportamientos de riesgo, con una posición intermedia del locus de control mixto), plantea la necesidad de profundizar en una mejor concepción y medida de esta variable.

En cuarto lugar, los resultados sobre hábitos de salud han de ser valorados por separado habida cuenta de la compleja configuración de esta variable (una síntesis de 7 puntuaciones parciales en diferentes hábitos de salud), al margen de su valoración global. Especialmente, porque tomada como puntuación global promedio no ofrece diferencias significativas entre sexos ni entre edades y muestra una población con hábitos de salud moderados, panorama que se enriquece si el análisis entra en detalles. En efecto, el análisis de los diferentes hábitos específicos que conforman la variable señala algunos aspectos de interés. Por ejemplo, se constata que el uso de revisiones o consultas médicas preventivas está sólo moderadamente extendido entre la población (a pesar de contar con un sistema público de salud) en tanto que más de la mitad de los sujetos nunca han acudido a una revisión o consulta preventiva. No obstante, la edad aparece como un factor de importancia en este tipo de comportamiento de salud al resultar significativo el aumento de las revisiones preventivas que se produce a partir de los 30 años (edad en la que se duplica el porcentaje de sujetos que acuden a revisiones respecto al rango de edad anterior), llegando a su máximo valor en el último nivel de edad estudiado, con un 65,3% de sujetos acudiendo anual o bianualmente a revisión.

Igualmente, el análisis del comportamiento de fumar replica los conocidos patrones de este hábito. Por ejemplo, se confirma que las mujeres, como grupo, están alcanzando los niveles epidemiológicos de los hombres, y en este estudio incluso los superan ligeramente. Se confirma, también, que la mayoría de los fumadores comienza a serlo a partir de su etapa adolescente-juvenil (ver, por ejemplo, la escasa diferencia en porcentaje de fumadores entre el grupo de 14-20 años y los grupos de adultos). Finalmente, se confirma también que la década de los 40 marca el punto de inflexión en la prevalencia de fumadores en la población con una tendencia al descenso que se fortalece conforme avanza la edad (existe un 9,5% de diferencia en el porcentaje de fumadores entre el grupo de 31-40 y el de 41-50 años, mientras que éste grupo presenta un 17,5% más de fumadores que el grupo de mayores de 50 años). La edad, de nuevo, aparece como una variable clave para el perfil de hábitos de salud.

El análisis de los resultados referentes a los tres hábitos de alimentación explorados muestra que el consumo de vegetales (hábito de salud vinculado a la prevención de varias enfermedades) y el consumo de leche (hábito importante durante la etapa de crecimiento y a partir de la adultez como factor preventivo de los problemas relacionados con el déficit en el aporte de calcio) son similares para el conjunto de la muestra y aparecen como pautas de comportamiento sólo moderadamente saludables, especialmente teniendo en cuenta que casi la mitad de los sujetos de ambos sexos consumen vegetales menos de tres veces por semana. Sólo la tercera pauta de alimentación, el consumo extra de alimentos entre las comidas principales, muestra diferencias en función de la edad y una tendencia descendiente desde los niveles altos de consumo del grupo más joven (66,7% de los sujetos de 14-20 años muestran este hábito) hasta los niveles más bajos mostrados por el grupo de mayor edad, con sólo el 19,2% de los sujetos informando de este hábito. No obstante que las limitaciones de este estudio impiden un análisis detallado de este comportamiento (cuyo nivel real de riesgo depende del tipo de alimentos que se consuman como calorías extras, del resto de la dieta, del nivel de actividad del sujeto, etc.), debe entenderse, en principio, como un patrón de alimentación de cierto riesgo habida cuenta de las costumbres alimentarias de nuestro país que cuentan con, al menos, dos fuertes comidas diarias y un desayuno, que de por sí debe entenderse que proporcionan las calorías necesarias. Ítem más, la práctica de este hábito alimentario representa un claro factor de riesgo para la salud bucodental (ver, p.ej., Fernández y Gil Roales-Nieto, 1994).

Por último, el análisis de los dos hábitos de actividad física estudiados, por una parte el tiempo diario sentado y por otra la práctica sistemática de ejercicio físico a cualquier nivel (desde el simple paseo diario hasta niveles de mantenimiento de la forma física), muestran un fuerte patrón sedentario en prácticamente la totalidad de la muestra, lo que confirma datos de estudios previos tanto en nuestro país como en otros del ámbito occidental. Además, resulta destacable que entre los 30 y los 50 años sea el período de la vida con mayor promedio de horas al día sentado, probablemente motivado por el creciente número de actividades ocupacionales y de ocio sedentarias que afecta cada vez a mayor porcentaje de la población (es significativo que el tipo de ocupación no ofrezca diferencias significativas en esta variable entre quienes tienen una ocupación de carácter sedentario y quienes la tienen de carácter más activo, queda por determinar en estudios más analíticos si la razón es que los sujetos con actividades ocupacionales más activas las “compensan” con actividades de ocio más sedentarias, y viceversa, de modo que la población ofrezca un nivel de sedentarismo similar).

Tomados los datos sobre actividad física sistemática aisladamente, se encuentra que la población estudiada presenta el fuerte patrón sedentario antes mencionado, y que tal patrón se va consolidando con la edad hasta alcanzar su máximo esplendor en el último grupo de edad con la práctica totalidad del grupo (96,2%) informando no hacer ninguna actividad física semanal.

Las relaciones entre sí de las variables estudiadas confirman la idea cada vez más generalizada en el ámbito de la psicología de la salud, de la independencia o autonomía de los hábitos de salud y su escaso poder predictivo entre sí (p.ej., Blair, Jacobs y Powell, 1985; Kirscht, 1983; Summerson, Konen y Dignan, 1991; The B.R.F.S., 1987), así como la falta de relación clara y precisa entre decir y hacer en el ámbito de la salud, esto es, entre las creencias sobre la salud y los hábitos de salud, en contra de los datos que señalan asociaciones entre hábitos de salud (p.ej., Altekuse et al., 1995; Colditz et al., 1991; Krick y Sobal, 1990), aunque cualquier conclusión pasa por prematura e inexacta habida cuenta de las diferencias entre estudios y las debilidades metodológicas que los estudios de campo exhiben con frecuencia.

No obstante lo anterior, los datos de nuestro estudio no confirman, por ejemplo, la capacidad del constructo locus de control para predecir la ejecución en hábitos de salud, ni tampoco que el locus de control que los sujetos manifiestan tenga relación con su estado real de salud (con las limitaciones propias de un estudio que utilizó una muestra de sujetos mayoritariamente sanos), aunque sí aparece relativamente relacionado a la edad. Igualmente, tampoco el temor a padecer ciertas enfermedades predice el comportamiento de salud o la evitación de los riesgos asociados a dichas enfermedades (al nivel general que se han medido en este estudio), no mostrando otra cosa que no sea la instrucción social y el peso de años de estigma sobre ciertas enfermedades, mientras que para otras con mayor probabilidad de ser realmente padecidas, se mantiene un sesgo optimista y no son realmente temidas por la mayoría de los sujetos aunque muestren algunos de sus más importantes factores de riesgo (p.ej., sedentarismo y fumar). Igualmente, también es destacable la ausencia de diferencias significativas en conciencia del riesgo entre fumadores y no fumadores, que informan el mismo tipo de temores y no presentan diferencias entre sí en cuanto al resto de hábitos de salud generales de salud.

En resumen, según los resultados informados, podemos concluir que los hábitos de salud de la población no se ajustan, en general, a un patrón de estilo de vida saludable, especialmente en lo que se refiere a la práctica de revisiones médicas preventivas, actividad física, consumo de vegetales, consumo de alimentos entre comidas y consumo de tabaco. Igualmente, se aprecia independencia entre hábitos dentro de los mismos sujetos y una falta de relación importante entre creencias sobre la salud y hábitos de salud. Teniendo siempre presente las debilidades metodológicas del estudio, dichos resultados deberían ser tenidos en cuenta tanto para la exploración más exhaustiva de los hábitos de salud en la población en posteriores estudios, como para el diseño de intervenciones eficaces que modifiquen aquellas pautas de vida que supongan riesgo para la salud. Igualmente, los estudios de campo sobre hábitos de salud deberían evitar los constructos demasiado generales que terminan por enmascarar y difuminar en forma de promedios demasiado ponderados, resultados que tomados independientemente ofrecen una información mucho más rica y precisa sobre la manera en la que nos comportamos de cara a la preservación de la salud y la evitación de la enfermedad.

Referencias

- Activity and Health Research. (1992). *Allied Dunbar National Fitness Survey: Main Findings*. London: Sports Council and Health Education Authority.
- 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.
- Bauman, A., Owen, N., y Rushworth, R. (1990). Recent trends and socio-demographic determinants of exercise participation in Australia. *Community Health Studies*, XIV, 19-26.
- Bauman, L., y Siegel, K. (1987). Misperceptions among gay men of the risk for AIDS associated with their sexual behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 329-350.
- Becker, M. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monograph*, 2, 220-243.
- Becker, D., y Levine, D. (1987). Risk perception, knowledge, and lifestyles in siblings of people with premature coronary disease. *American Journal of Preventive Medicine*, 3, 45-50.
- Becker, M., y Maiman, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Belloc, N.B. (1973). Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine*, 2, 67-81.
- Belloc, N.C., y Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, 409-421.
- Breslow, L., y Enstrom, J.E. (1980). Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Preventive Medicine*, 9, 469-483.
- Broome, A.K. (1989). *Health Psychology. Processes and applications*. Londres: Chapman and Hall.

- Caspersen, C., Christenson, G., y Pollard, R.A. (1986). Status of the 1990 Physical Fitness and Exercise Objectives - evidence from NHIS 1985. *Public Health Reports*, 101, 587-592.
- Courneya, K. (1995). Understanding readiness for regular physical activity in older individuals: An application of the Theory of Planned Behavior. *Health Psychology*, 14, 80-87.
- Courneya, K., y McAuley, E. (1995). Cognitive mediators of the social influence-exercise adherence relationship: A test of the Theory of Planned Behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 499-515.
- Farquhar, J.W. (1978). *The american way of life need not be hazardous to your health*. New York: Norton.
- Fernández, A., y Gil Roales-Nieto, J. (1994). *Odontología conductual*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Gil Roales-Nieto, J. (1997). *Manual de Psicología de la Salud. Volumen I. Aproximación histórica y conceptual*. Granada: Némesis.
- Gilliam, T., Freedson, P., Geenen, D., y Shahraray, B. (1981). *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 13, 65-67.
- Gladis, M., Michela, J., Walter, H., y Vaughan, R. (1992). High school students' perceptions of AIDS risk: Realistic appraisal or motivated denial? *Health Psychology*, 11, 307-316.
- Gochman, D.S. (1988). Health behavior. Plural perspectives. En Gochman, D.S. (ed). *Health behavior. Emerging research perspectives*. New York: Plenum Press.
- Gómez, M., Mahedero, G., Torres, M., y Campillo, J. (1995). Estudio sobre la distribución de la ingesta calórica mediante encuesta retrospectiva. *Alimentación, Nutrición y Salud*, 2, 30-33.
- Guerin, B. (1994). Attitudes and beliefs as verbal behavior. *The Behavior Analyst*, 17, 155-164.
- Guerin, B., y Foster, M.T. (1994). Attitudes, beliefs, and behavior: saying you like, saying you believe, and doing. *The Behavior Analyst*, 17, 127-130.
- Harris, M. (1989). *Nuestra Especie*. Madrid: Alianza Editorial.
- Howell, M., Sallis, J., Hofstetter, C., Spry, V., Faucher, P., y Caspersen, C. (1989). Identifying correlates of walking for exercise: An epidemiologic prerequisite for physical activity promotion. *Preventive Medicine*, 18, 856-866.
- Janz, N., y Becker, M. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education*, 11, 1-47.
- Jeffery, R.W. (1988). Dietary factors and their modification in cardiovascular disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 350-357.
- Kannel, W.B., Castelli, W.P., Gordon, T., y McNamara, P.M. (1971). Serum cholesterol lipoproteins and the risk of coronary heart disease: The Framingham Study. *Ann. Intern. Medicine*, 74, 1-12.
- Kaplan, R., Orleans, C., Perkins, K., y Pierce, J. (1995). Marshaling the evidence for greater regulation and control of tobacco products: A call for action. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 3-14.
- Kaplan, R.M., Sallis, J.F., y Patterson, T.L. (1993). *Health and Human Behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Kelly, J., Murphy, D., Sikkema, K., y Kalichman, S. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed. New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. *American Psychologist*, 48, 1023-1034.
- Keys, A. (1970). Coronary heart disease in seven countries. *Circulation*, 41 (Supl. I), 1-211.
- Kirscht, J.P. (1988). The health believe model and predictions of health actions. En Gochman, D.S. (ed). *Health behavior. Emerging research perspectives*. New York: Pleum Press.
- 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 Gochman, D.S. (ed). *Health behavior. Emerging research perspectives*. New York: Plenum Press.
- Lee, C. (1989). Perceptions of immunity to disease in adult smokers. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 267-277.
- Levine, M., Toro, P., y Perkins, D. (1993). Social and community interventions. *Annual Review of Psychology*, 44, 525-558.
- 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., y Herruzo, J. (1992). Some relevant componentes of adherence behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 117-124.
- Marcus, B., Pinto, B., Simkin, L., Audrain, J., y Taylor, E. (1994). Application of theoretical models to exercise behavior among employed women. *American Journal of Health Promotion*, 9, 49-55.
- Mechanic, D. (1985). Health and behavior: perspectives on risk prevention. En J.C. Rosen y L.J. Solomon (eds). *Prevention in health psychology*. New York: Plenum Press.
- Meyer, A.J., Nash, J.D., McAlister, A.L., Maccoby, N., y Farquhar, J.W. (1980). Skills training in a cardiovascular health education campaign. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 330-334.
- Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. (1982). Multiple Risk Factor Intervention Trial. Risk factor changes and mortality results. *Journal of the American Medical Association*, 248, 1465-1477.
- Pierce, J. (1991). Progress and problems in international public health efforts to reduce tobacco usage. *Annual Review of Public Health*, 12, 383-400.
- Rosenstock, I. (1966). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Rodin, J., y Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.
- Salleras, L. y Serra, L. (1991). Actividad física y salud. En G. Piédrola, J. del Rey, P. Cortina y cols. (eds.) *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Madrid: Salvat.
- Santisteban, C. (1999a) Métodos epidemiológicos en Psicología de la Salud. En M.A. Simón (ed.) *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva. Páginas 307-332.

- Santisteban, C. (1999b) Análisis de datos categóricos en epidemiología y en ciencias de la salud. En M.A. Simón (ed.) *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva. Páginas 333-382.
- Sarafino, E. (1990). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons.
- Stone, G.C., Cohen, F., y Adler, N.E. (1979). *Health Psychology: A Handbook. Theories, Applications, and Challenges of a Psychological Approach to the Health Care System*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Taylor, S.E. (1986). *Health Psychology*. New York: Random House.
- Weinstein, N. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820.
- Weinstein, N. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 441-460.
- Weinstein, N. (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and illness susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457.
- Weinstein, N.D. y Nicolich, M. (1993). Correct and incorrect interpretations of correlations between risk perceptions and risk behaviors. *Health Psychology*, 12, 235-245.
- Wold, B., Øygaard, L., Meder, A., y Smith, C. (1994). Social reproduction of physical activity. Implications for health promotion in young people. *European Journal of Public Health*, 4, 163-168.
- Wulfert, E., y Biglan, A. (1994). A contextual approach to research on AIDS prevention. *The Behavior Analyst*, 17, 353-363.

Sexo	Mujeres 61,7% Hombres.... 38,3%	
Edad	14-20 años 17,7% 21-30 años 52,4% 31-40 años 10,3% 41-50 años 12,4% > 50 años 7,4%	Media: 29,16 años Mediana: 24 años D.T.: 12,28
Categorías de actividad laboral	A. Sin actividad laboral fuera de casa 16,1% B. Estudiantes 54% C. Trabajadores/Profesionales 17,75% D. Trabajadores de administración 10,2%	

Tabla 2. Distribución de los componentes del estado de salud (en porcentaje) de acuerdo a rangos de edad y sexo.

	Rango de frecuencias	Mujeres	Hombres	14-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	>50 años
Número de veces enfermo	0	21,1	29,2	12,7	22,2	31,3	42,5	29,2
	1	47,8	48,5	44,4	50,6	53,1	45	37,5
	2	24,4	16,9	33,3	22,2	12,5	7,5	20,8
	3 o más	6,7	5,4	9,5	5	3,1	5	12,5
Alguna hospitalización en los últimos dos años		8,8	13,4	14,3	7,1	16,7	9,5	19,2
Estado de salud actual calificado como enfermo		22,2	18,5	29,4	20,4	17,5	13	23
Padecen una enfermedad crónica		8,3	13,4	7,9	9,3	8,3	21,4	7,7

* Hay diferencias significativas entre los grupos de edad (F=5,742; p<0.05); la prueba de Scheffé señala diferencias significativas (p<0.05) entre los grupos de 14-20 años y los de 31-40y 40-50 años. No se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres ni entre los diferentes grupos de edad en el resto de los componentes.

Tabla 4. Distribución del locus de control (en porcentaje de sujetos en cada categoría) de acuerdo a rangos de edad y sexo, medido en la forma de preguntas abiertas

	Total muestra	Mujeres	Hombres	14-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	> 50 años
Locus de control interno	69	69,3	68,4	75,4	68,7	69,4	68,3	56
Locus de control externo	7	9,8	5,2	3,3	3,8	8,3	14,6	24
Locus de control mixto	24	25,5	21,8	21,3	27,5	17,1	20	21,8

Tabla 3- Enfermedades más temidas en el total de la muestra y distribuidas por sexo y grupos de edad.

	Total muestra	Mujeres	Hombres	14-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	>50 años
Cáncer	76,57	85,19 ^a	62,69 ^a	69,84	83,61	72,22	64,29	69,23
SIDA	43,71	44,44	42,54	50,79 ^d	57,38 ^d	22,22 ^d	9,52	15,38
Tr. cardíacos	10,29	10,19	10,45	10,45	6,35	9,84	5,56	19,05
Accidentes e incapacidades	5,43	3,24 ^b	8,96 ^b	7,94	3,83	5,56	2,38	15,38
Demencias	5,14	5,56	4,48	4,76	4,37	11,11	0	11,54
Enfermedades infecciosas	4	4,48	3,70	14,29	2,19	0	2,38	0
Trastornos mentales	2,57	2,31	2,99	3,17	3,83	0	0	0
Enferm. de transmisión sexual	2,29	1,39	3,73	6,35	1,09	0	4,76	0
Enf. crónicas (diabetes, etc.)	2,29	1,85	2,99	1,59	3,83	0	0	0
Ninguna enfermedad	8	3,7 ^c	14,92 ^c	7,93	6,01	19,44	7,14	7,69

a Diferencias significativas entre hombres y mujeres ($\chi^2=11,7415$; $p<0,05$).
 b Diferencias significativas entre hombres y mujeres ($\chi^2=11,07611$; $p<0,05$).
 c Diferencias significativas entre hombres y mujeres ($\chi^2=21,0550$; $p<0,01$).
 d Diferencias significativas ($\chi^2=19,42734$; $p<0,01$) con los grupos de edad de 41-50 y >50 años.

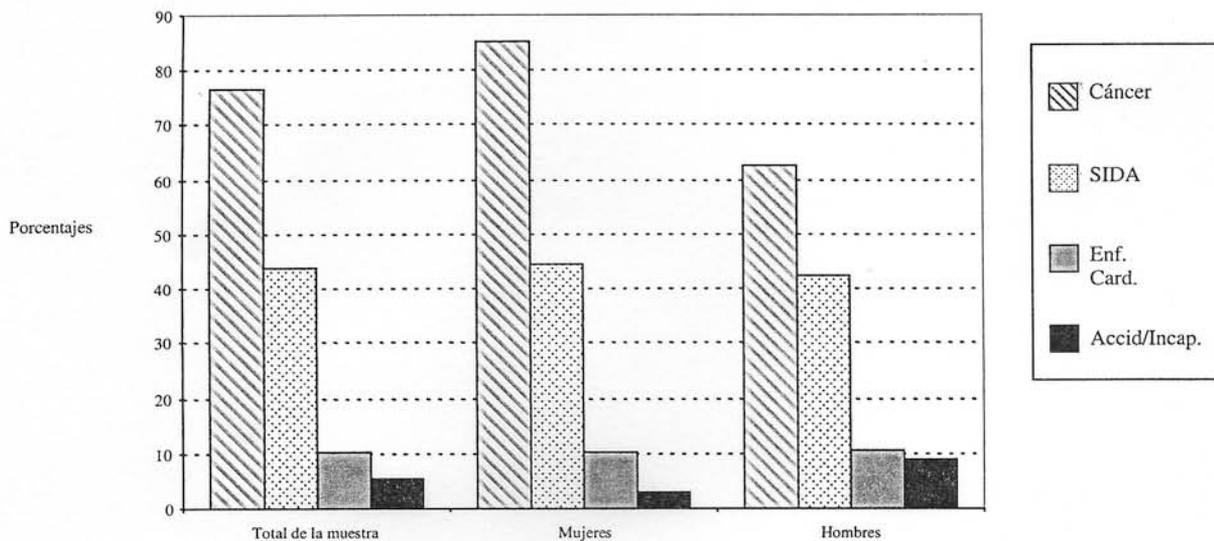


Figura 1a.- Porcentaje de sujetos que informan temer las enfermedades que se indican, para el total de la muestra y distribuidos por sexos.

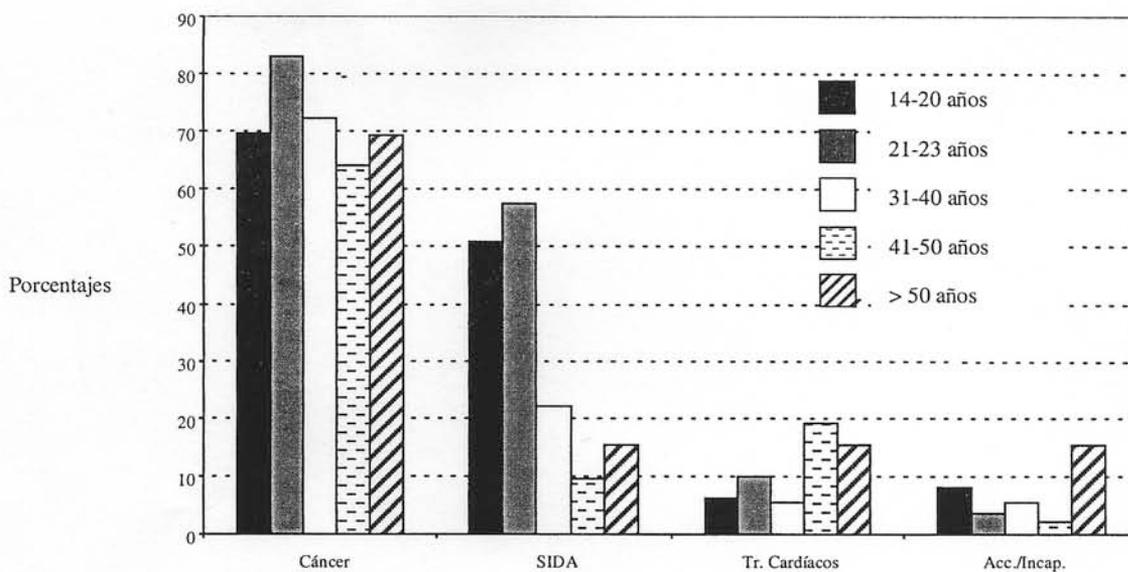


Figura 1b.- Porcentaje de sujetos en los diferentes grupos de edad que informan temer las enfermedades que se indican.

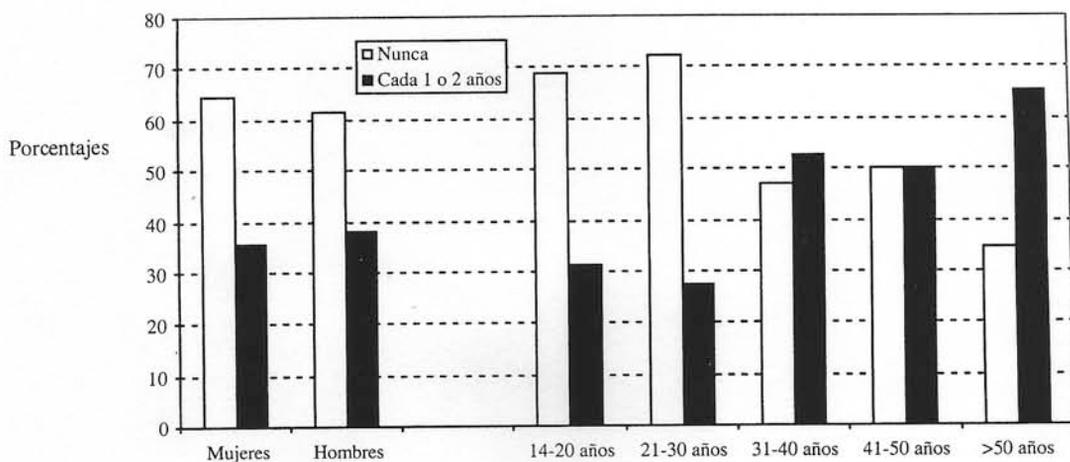


Figura 3.- Tendencia en las revisiones médicas a través de los grupos de edad

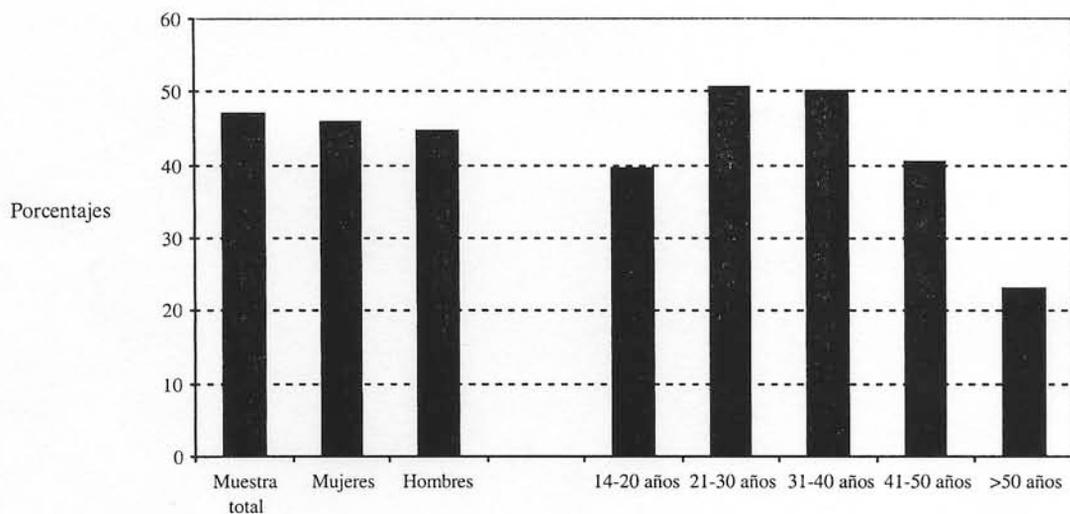


Figura 4.- Porcentaje de fumadores por sexo y grupos de edad.

Tabla 5.- Puntuaciones medias y desviaciones típicas de la importancia atribuidas a diferentes factores en la determinación de la salud y la enfermedad (escala 0-10)

Factores	Puntuación media	D.T.
1. Suerte	6,96	3,20
2. Lugar de residencia	6,74	2,68
3. Dinero	6,41	2,21
4. Nivel desarrollo social	6,27	2,98
5. Educación	6,24	2,98
6. Genética	5,31	2,75
7. Sanidad	5,20	3,39
8. Ejercicio	4,58	2,33
9. Alimentación	3,47	2,49
10. Buenos hábitos	3,13	2,59

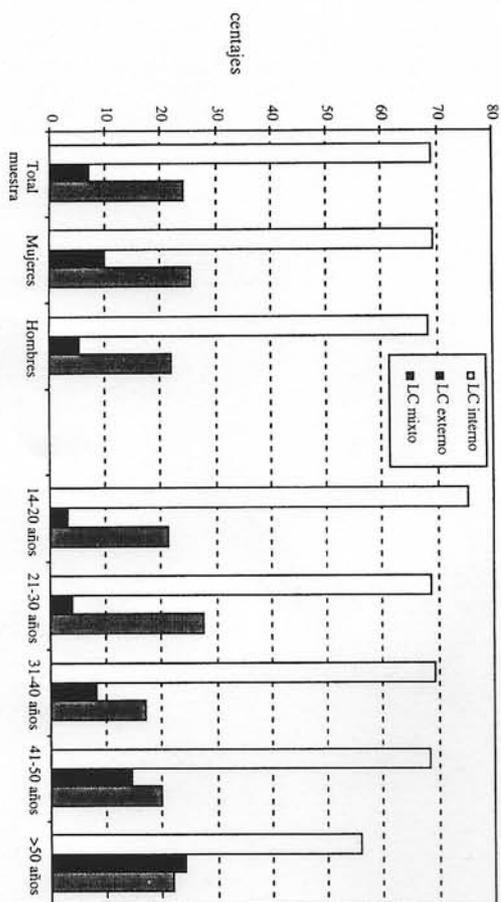


Figura 2.- Distribución de los porcentajes de sujetos con locus de control interno, externo y mixto a lo largo de los rangos de edad y por sexo

Tabla 6.- Distribución de las puntuaciones en hábitos de (en porcentaje de sujetos para el rango de frecuencias) de acuerdo a rangos de edad y sexo.

	Rango de frecuencias	Mujeres	Hombres	14-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	> 50 años
Número de revisiones o consultas médicas preventivas ¹	Nunca	64,8	61,8	68,9	72,5	47,2	50	34,6
	Cada uno o dos años	35,2	38,1	31,1	27,5	52,8	50	65,3
Consumo de tabaco ²	Fumador	45,8	44,8	39,7	50,8	50	40,5	23,1
Consumo de vegetales (veces/semana) ³	< 1 vez/semana	8,3	14,2	11,1	9,8	8,3	16,7	69,2
	de 1 a 3 veces/semana	32,4	43,3	39,7	37,2	50	26,2	23,1
	diariamente	59,3	42,5	49,2	53	41,7	57,1	7,7
Consumo de leche (vasos/día) ⁴	Ninguno	16,3	14,9	17,5	17	13,9	14,3	7,7
	1-2	72,1	70,9	66,7	69,8	77,8	78,6	76,9
	Más de 2	11,6	14,2	15,9	13,2	8,3	7,1	15,4
Consumo de alimentos extras entre comidas ⁵	Si	47,2	53	66,7	54,1	47,2	23,8	19,2
Tiempo diario sentado (horas) ⁶	0-4	34,9	18,8	45,2	39,9	33,3	22	23,1
	5-8	40	40,6	38,7	45,4	30,6	24,4	46,2
	Más de 8	25,6	40,6	16,1	14,8	36,1	53,7	30,8
Actividad física sistemática (veces/semana) ⁷	Ninguna	77,9	64,2	57,1	69,6	77,8	90,2	96,2
	1-2	8,9	8,2	7,9	11	8,3	4,9	0
	Más de 3	13,1	27,6	34,9	19,3	13,9	4,9	3,8
Puntuación global promedio en hábitos de salud ⁸	0-22	11,3	11,1	11,7	10,9	10,7	11,6	12,7

Significación estadística:

1. No hay diferencias entre hombres y mujeres, hay diferencias significativas entre grupos de edad de 14-20 y 21-30 años con el grupo de > 50 años (prueba de Scheffé; $p < 0,05$).
2. No hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ni entre grupos de edad.
3. Hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($\chi^2 = 9,723$; $p < 0,05$) y no hay diferencias entre grupos de edad.
4. No hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ni entre grupos de edad.
5. No hay diferencias entre hombres y mujeres, hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos de edad ($\chi^2 = 29,669$; $p < 0,05$).
6. No hay diferencias entre hombres y mujeres globalmente, hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos de edad ($\chi^2 = 37,237$; $p < 0,05$); entre los diferentes grupos de edad la prueba de Scheffé indica diferencias significativas entre los grupos de 14-20 y de 21-30 años con el grupo de 41-50 años ($p < 0,05$).
7. Diferencias significativas entre hombres y mujeres ($\chi^2 = 14,717$; $p < 0,05$), y entre grupos de edad ($\chi^2 = 27,836$; $p < 0,05$); entre los diferentes grupos de edad la prueba de Scheffé indica diferencias significativas entre el grupo de 14-20 años y el de 41-50 años ($p < 0,05$).
8. No hay diferencias significativas entre hombres y mujeres ni entre los diferentes grupos de edad.

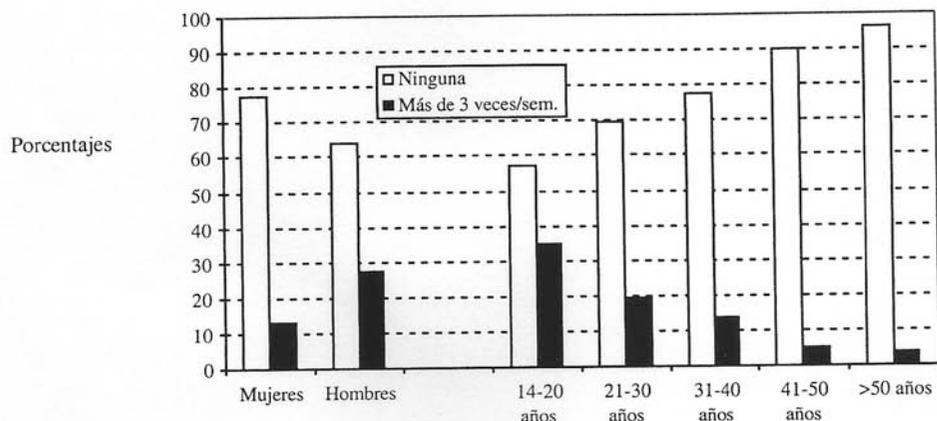


Figura 7.- Tendencias a lo largo de la edad en actividad física sistemática considerando las dos categorías de mayor incidencia en la salud: ninguna actividad (patrón sedentario de riesgo) y más de 3 veces/semana (patrón saludable de actividad física sistemática).

Tabla 7.- Porcentaje de sujetos con tipo de locus de control en función del estado de salud informado

	Locus de control interno	Locus de control externo	Locus de control mixto
Muy buena salud (MBS)	72,4%	6,1%	21,4%
Estado de salud aceptable	68,5%	5,5%	26%
Mala salud (MS)	60%	11,4%	28,6%

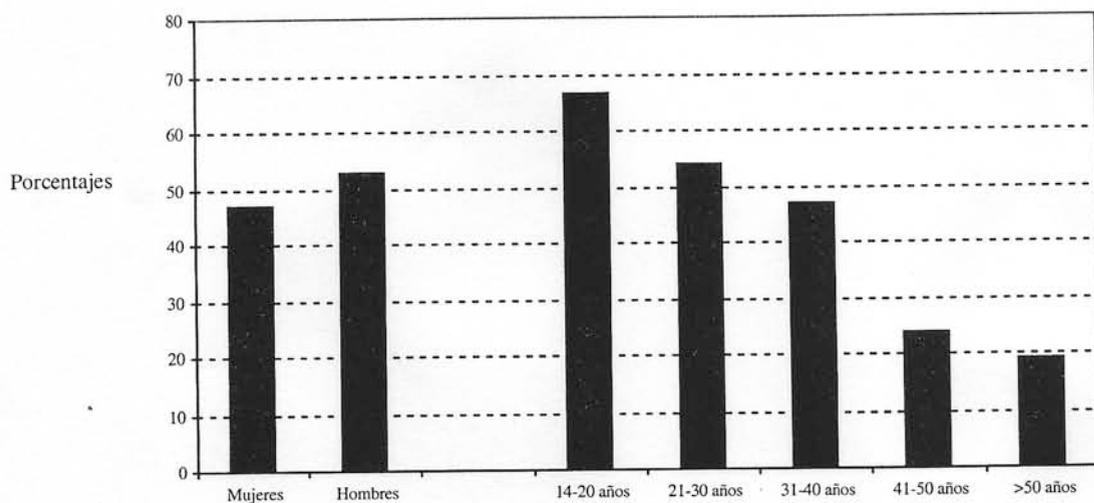


Figura 5.- Porcentaje de sujetos que consumen alimentos extras entre comidas agrupados por sexo y edad.

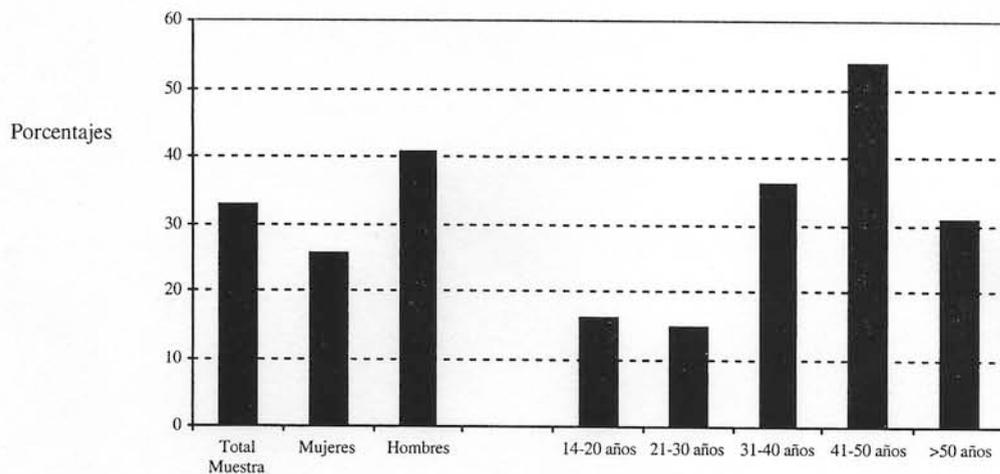


Figura 6.- Porcentaje de sujetos que permanecen sentados más de 8 horas diarias, para el total de la muestra y agrupados por sexo y edad