IMPORTANCIA DE LAS CREENCIAS FRENTE AL CONOCIMIENTO EN LA PRACTICA DE CONDUCTAS DE SALUD (II): TABACO, ALCOHOL Y OTROS FACTORES DE RIESGO.

Mª Nieves Pérez Marfil, Humbelina Robles Ortega y Jaime Vila Castellar
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.
Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

RESUMEN

El presente trabajo forma parte de un Estudio Europeo sobre Conducta y Salud (Wardle y Steptoe, 1991; Steptoe y Wardle, 1992). El objetivo general se ha centrado en evaluar un amplio rango de conductas relacionadas con la salud, así como el nivel de conocimientos y las creencias sobre la importancia de tales conductas. A lo largo de este artículo se presentan los resultados de una muestra española en relación al consumo de alcohol, tabaco, así como un amplio espectro de hábitos saludables (cepillarse los dientes, chequeos médicos dentales, uso de protección solar, uso de cinturón de seguridad, conducir dentro de los límites de velocidad, chequeos médicos preventivos,...).

El análisis de los resultados pone de manifiesto la relación entre las creencias sobre la importancia de las conductas saludables y la ocurrencia o frecuencia de dichas conductas, aunque apenas se ha observado relación entre conductas saludables y el conocimiento del papel que juegan determinados hábitos comportamentales en las enfermedades. Creemos que estos datos pueden ser de interés de cara a la prevención y promoción de la salud.

Palabras claves: conductas de salud, creencias, conocimientos, tabaquismo, alcohol.

ABSTRACT

The present work is part of the European Health and Behaviour Survey (Wardle and Steptoe, 1991; Steptoe and Wardle, 1992). The general aim is focused on testing a wide range of health-related behaviors, as well as the level of knowledge and beliefs about the importance of the such behaviors. The results of a survey carried out in Spain concerning cigarette smoking and alcohol consumption are recorded throughout this article, as well as a wide range of health habits (tooth brushing, regular dental check-ups, sunscreen lotion and seatbelt use, obedience to speed limits, preventive health care, etc..).

The analysis of the results demonstrates the relationship between the beliefs about the importance of health behaviors and the ocurrence or frequency of the mentioned behaviors, although a relationship between health behaviors and the knowledge of the role that certain behavioral habits of disease play has hardly been observed. We believe that the data recorded in this study can be of great interest in the prevention of illness and health promotion.

Key words: Health behaviors, beliefs, knowledge, smoking habit, alcohol.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de nuestro siglo los objetivos del movimiento de salud pública en los países occidentales han ido cambiando. Durante la primera mitad del siglo XX dirigió sus esfuerzos a controlar la exposición a agentes infecciosos. En la actualidad su principal preocupación se centra en modificar el estilo de vida de las personas. Hoy día las principales causas de mortalidad de los países occidentales están relacionadas con enfermedades en las que los factores comportamentales (tales como el consumo de tabaco, alcohol, falta de ejercicio físico, dietas ricas en grasa y colesterol, escasos chequeos preventivos médicos,....) constituyen importantes factores de riesgo (Amler y Dull, 1987).

Entre los posibles factores propuestos para explicar las diferencias comportamentales, los factores cognitivos (ej. lo que la persona sabe, piensa o cree,...) está atrayendo la atención de los psicólogos (Becker, 1974; Sejwacz, Ajzen y Fishbein, 1980). Los factores cognitivos relacionados con la adquisición/no adquisición de hábitos saludables, no sólo afectan a nuestra conducta, sino que también son importantes en las actitudes de la legislación, decisiones de política social y en el desarrollo de programas de promoción de estilos de vida saludables. Así por ejemplo, se ha propuesto que el conocimiento sobre la relación entre conducta y salud podría constituir un factor esencial en la elección de un estilo de vida saludable (Charny y Lewis, 1987; Kivela, Nissinen y Puska, 1988; Dean, 1989).

Sin embargo, todo parece indicar que el conocimiento que una persona tenga sobre la relación entre conducta y salud no es suficiente (Avis y cols., 1990). Pocos adultos desconocen la influencia del consumo de azúcar en los problemas dentales, o la influencia de dietas ricas en grasa en los trastornos coronarios; sin embargo, el consumo de azúcares y grasas apenas si ha mostrado algún cambio en los últimos años; en este mismo sentido, el rol que el consumo de tabaco juega en el desarrollo del cáncer de pulmón ha sido ampliamente difundido y realmente, en los últimos 25 años -en el mundo occidental- se ha observado una reducción de su consumo (posiblemente debido al crecimiento de la conciencia sobre el riesgo que supone para la salud); sin embargo, en algunos grupos (personas de estatus socioeconómico más bajo) continúan los altos niveles de consumo, o incluso se observa un creciente aumento (chicas adolescentes). Queremos resaltar con esto que el conocimiento de los riesgos para la salud no es un elemento suficiente para evitar su consumo.

Otro factor cognitivo que actualmente se está investigando son las creencias o actitudes sobre la importancia de llevar a cabo diferentes actividades relacionadas con la salud. En este sentido, numerosos estudios han puesto de manifiesto la asociación entre actitudes y conducta (Fishbein y Ajzen, 1975; Bentler y Speckart, 1981; Speckart y Bentler, 1982; Wittenbraker y cols., 1983; Fazio y Williams, 1986; Sallis y cols., 1986; Basch, DeCicco y Malfetti, 1989; Gillman-Blum y cols. 1989; Kuhner y Raetzke, 1989; Kubicka, Kozeny y Roth, 1990; Wardle y Steptoe, 1991). La mayoría de las teorías que tratan de explicar cómo y por qué somos capaces de adoptar conductas protectoras de la salud, están de acuerdo en considerar que la motivación para asumir conductas saludables depende de las creencias sobre la probabilidad de que pueda ocurrir un hecho (Weinstein, 1993). Existen diversos trabajos que indican que las creencias pueden predecir la conducta de salud de una persona. Se ha demostrado que los cambios en las creencias se acompañan de cambios en las conductas. A partir de resultados como el anterior, se ha postulado que el valor percibido de realizar una conducta saludable, es mejor predictor de la adopción de esa conducta, que la vulnerabilidad percibida a contraer una enfermedad (Calnan y Rutter, 1988). Dentro de este contexto, se admite que a la hora de predecir los cambios de conducta, es necesario tener en cuenta que los beneficios que se esperen al reducir los factores de riesgo, deben tener mayor peso que los costes esperados de la actuación. Es decir, nuestra conducta parece estar más influenciada por un coste concreto a corto plazo que por una hipotética reducción de vulnerabilidad (Weinstein, 1993).

Este trabajo forma parte de un Estudio Europeo sobre Conducta y Salud, desarrollado dentro del Programa de Investigación de la Comunidad Europea dirigido por los doctores Andrew Steptoe y Jean Wardle. El objetivo general de esta investigación se ha centrado en evaluar conductas relacionadas con la salud y algunos

factores cognitivos relacionados con hábitos de vida saludables (ej. nivel de conocimiento y creencias sobre la relación entre conducta y salud). Con el objeto de facilitar el estudio comparativo de diferentes poblaciones europeas se ha estandarizado un protocolo (traducido en varios idiomas) y la forma de puntuar dicho protocolo.

En el presente artículo se recogen los resultados de una primera muestra española sobre la prevalencia de determinadas conductas, creencias y conocimientos relacionados con la salud (consumo de alcohol, tabaco, uso de protección solar, uso de cinturón de seguridad, conducir dentro de los límites de velocidad, uso del preservativo, cepillado de dientes, chequeos médicos preventivos,...). Los aspectos relacionados con los hábitos alimenticios y la práctica de ejercicio físico han sido presentados en otro trabajo (Robles y cols., 1996).

MÉTODO

Sujetos

El trabajo se llevó a cabo en una muestra de 402 estudiantes universitarios granadinos (200 hombres y 202 mujeres) que cursaban distintas licenciaturas (Derecho, Filología, Física, Historia, Económicas y Sociología) con edades comprendidas entre los 18 y 30 años (ME=21.47, DE=2.23).

Descripción del protocolo

El inventario recogía información sobre diversos factores relacionados con la salud. Fundamentalmente se incluyeron conductas, creencias y conocimientos que, de acuerdo con la literatura anterior, están vinculadas al proceso salud-enfermedad (Wardle y Steptoe, 1991).

Dicha información puede ser clasificada en los siguientes apartados:

1.- Uso de sustancias (tabaco y alcohol), prácticas positivas para la salud (ejercicio físico, hábitos de sueño, uso de protección durante la exposición al sol y hábitos dentales), dieta y hábitos alimenticios (consumo de carne, fruta, sal, fibra, café, evitación de grasas y colesterol, número de comidas, regularidad de desayuno y dieta), conductas de conducción (uso de cinturón de seguridad, obediencia de los límites de velocidad, y, conducción y bebida) y, cuidados preventivos de salud (acceso regular a médico y dentista, chequeos de presión arterial, autoexamen de senos y testículos, y citología cervical).

2.- Evaluación de la importancia de 25 actividades relacionadas con la salud.

3.- Conocimiento de la probable relación entre diversos factores y algunas enfermedades.

De los apartados anteriores, la información referente a dieta, alimentación y ejercicio físico, ha sido descrita en un trabajo previo (Robles y cols., 1996), por lo que no se incluirá en este informe.

La conducta de fumar fue clasificada mediante 8 categorías, abarcando desde "no haber fumado nunca, ni siquiera un solo cigarrillo" hasta "fumar más de 20 cigarrillos al día". Para el consumo de alcohol se utilizaron 4 categorías: no bebedor, bebedor en ocasiones especiales, bebedor ocasional y bebedor regular. A los sujetos que se consideraron dentro de las categorías de bebedores ocasionales o regulares se les pedía también que indicaran cuántos días, de las dos últimas semanas, habían bebido y, cuántas copas consumieron a diario. Además, se preguntaba si deseaban reducir los niveles de tabaco y de alcohol consumido. Por otra parte, se pedía a los encuestados que informaran de la media de horas de sueño por noche en horas y minutos, de si solían tomar el sol, con qué frecuencia y, si era así, si usaban protección solar. también se evaluó la frecuencia de cepillado de dientes a través de cuatro categorías (desde "dos o más veces al día" a "raramente o nunca"). La evaluación de las conductas de conducción incluía información sobre el uso del cinturón de seguridad y la velocidad de conducción dentro de 4 categorías y, la estimación del número de veces, en los últimos años, que habían conducido después de haber tomado demasiado alcohol. Las cuestiones sobre prácticas preventivas pedían información acerca de la regularidad de exámenes dentales y de las medidas de presión arterial y, sobre si tenían un médico o clínica a la que podían acudir en caso necesario. A las mujeres se les preguntaba si sabían como debían examinar sus senos para detectar un posible tumor y, la frecuencia de realización de dicha conducta y, a los hombres se les formulaba la cuestión equivalente para el examen de testículos. Por último, dentro de este apartado se preguntaba a las mujeres si en alguna ocasión les habían realizado una citología cervical y, si era así, cuánto tiempo hacía desde dicho examen.

Además de las conductas de salud, se registró la edad, altura, peso, estado civil y número de hijos de los participantes. También se preguntaba si padecían algún problema crónico de salud, si habían recibido tratamiento médico en el último mes, y si habían tomado medicamentos sin receta médica durante el mismo período de tiempo.

En el segundo apartado se presentaban 25 actividades o conductas relacionadas con la salud, que debían evaluarse a través de una escala de 10 puntos, dependiendo de la importancia que se les atribuía como conducta saludable. Seleccionar un "1" para la opción significaba considerarla como de muy poca importancia para la salud y con un "10" considerarla muy importante. Los distintos ítems aparecen en la Tabla 3.

El último apartado incluía una matriz de 7x9 donde se presentaban siete problemas de salud (diabetes, trastornos coronarios, cáncer de pulmón, enfermedades

mentales, cáncer de mama, hipertensión y cáncer de piel) y nueve factores relacionados con la salud (tabaquismo, consumo de alcohol, ejercicio físico, estrés, herencia, ingerir grasa animal, sal, fibra y tomar el sol). Los sujetos debían indicar cuáles de los factores pensaban que estaban relacionados con los distintos problemas de salud, rellenando en su caso dicha casilla.

Procedimiento

El inventario era completado al final de las clases en sesiones de grupo. Los evaluadores informaban a los sujetos de que el contenido de la encuesta era sobre actividades relacionadas con la salud y, de que se iban a realizar pasaciones similares en diversos países de la comunidad europea con objeto de realizar un estudio comparativo. Además, se garantizaba el anonimato de la información.

Análisis

Para el análisis de las diferencias sexuales se utilizaron la t de Students y el estadístico X^2 y, la relación entre conductas, conocimientos y creencias se analizó con ANOVA y el estadístico X^2.

RESULTADOS

Características de la muestra

En la Tabla 1 se incluyen las características de la muestra descritas en términos de medias y porcentajes. Encontramos que los hombres de la muestra tienen más edad ($t=4.76$, $p\leq0.0001$), pesan más ($t=17.74$, $p\leq0.0001$) y son más altos ($t=21.20$, $p\leq0.0001$) que las mujeres. Por otra parte, no existen prácticamente diferencias entre sexos en relación al estado civil o número de hijos.

Aunque no existen diferencias estadísticamente significativas, encontramos más mujeres que hombres con problemas crónicos de salud y que han acudido a la consulta de un médico en el último mes. No se aprecian diferencias en cuanto a la medicación, pero si es destacable la alta frecuencia para ambos sexos (casi la mitad de la población) que la han practicado.

Tabla 1.- Características de la muestra

	Hombres	Mujeres
Número de sujetos	200	202
Edad	21.99 (2.23)	20.96 (2.11)
Peso	72.21 (9.80)	56.38 (7.86)
Altura	176.64 (6.52)	164.29 (5.03)
% casados	1%	2%
% con hijos	0%	1.5%
% con problemas crónicos de salud	10.7%	17.7%
% con tratamiento médico en el último mes	18.7%	25.9%
% con medicación sin receta en el último mes	47.5%	48.8%

Desviación estándar entre paréntesis

Conductas relacionadas con la salud

En la Tabla 2, presentamos la información acerca de las conductas relacionadas con la salud dividida en diversos apartados. Dentro del uso de sustancias, encontramos diferencias sexuales tanto en el consumo de tabaco como de alcohol. En el caso del tabaco, son más mujeres que hombres las que informan que fuman. Más de la mitad de los fumadores fuman entre 10 a 20 cigarrillos al día (17.2% de la población total y 53.58% de los fumadores). No existen diferencias sexuales en cuanto al deseo de disminuir la cantidad de cigarrillos que se fuman, observándose un alto porcentaje de fumadores que sí desearían reducir dicha cantidad (78.7%).

En el consumo de alcohol, al contrario que para el tabaco, son los hombres los que superan a las mujeres. La mayoría de la población se incluye dentro de las categorías de bebedores ocasionales (49%) y bebedores muy ocasionales (31.1%). No aparecen diferencias en referencia al deseo de disminuir el consumo de alcohol, encontrando un bajo porcentaje que quisiera hacerlo (15.2%). Tampoco se observan diferencias para el promedio de días de consumo de alcohol en dos semanas (ME=4.78, DE=3.37) o para el número de copas al día (ME=3.25, DE=2.55).

De acuerdo con nuestros datos, las mujeres presentan comportamientos más saludables en cuanto al uso de protección solar (Hombres=25.5%, Mujeres=66.3%), número de veces de cepillado de dientes (dos o más/día: Hombres=42.6%, Mujeres=70.7%), obediencia de los límites de velocidad al conducir (Hombres=18.6%, Mujeres=49.2%), acceso a un médico (Hombres=74.7%, Mujeres=88.6%), o chequeos dentales (Hombres=20.8%, Mujeres=34.7%). No se observan diferencias en las horas de sueño, uso de cinturón del seguridad o medidas de presión sanguínea.

Por otra parte, es muy alto el porcentaje de mujeres que nunca se han hecho una citología cervical (96.5%) o un examen de senos por parte de un profesional (77.2%). Por último, aproximadamente, la mitad de las mujeres sabe como debe hacerse una exploración de senos y, un poco menos de la mitad de los hombres

conoce como llevar a cabo un exploración de testículos, en ambos casos para detectar un posible tumor.

Tabla 2.- Conductas de salud en hombres y mujeres

	Hombres	Mujeres	X^2	p
Uso de sustancias				
Fumadores (%)			17.38	0.0151
Nunca	20.7	13.5		
1 ó 2	27.3	34.5		
Ex-fumadores	14.1	13.0		
Pipa, puro	2.5	----		
<1/día	3.0	6.5		
1-10/día	7.6	13.5		
10-20/día	19.2	15.5		
>20/día	5.6	3.5		
Deseos de reducir consumo (%)	80.8	76.7		n.s.
Consumo de alcohol (%)			20.93	0.0001
Ninguno	13.0	14.9		
Sólo ocasiones especiales	22.0	40.1		
Ocasional	56.0	42.1		
Regular	9.0	3.0		
Deseos de reducir consumo (%)	17.2	13.3		n.s.
Días de consumo (14 últimos)	5.02 (3.55)	4.41 (3.07)		n.s.
Número de copas/día	3.46 (2.52)	2.93 (2.58)		n.s.
Prácticas preventivas				
Horas de sueño	7.65 (1.03)	7.60 (0.96)		n.s.
Protección solar (%)			67.72	0.0000
Sí	25.5	66.3		
No	62.5	29.2		
Nunca toma sol	12.0	4.5		
Cepillado de dientes (%)			29.55	0.0000
2 o más/día	42.6	70.7		
1 vez al día	40.0	24.6		
Menos de 1 vez/día	12.3	4.2		
Raramente o nunca	5.2	0.6		

Tabla 2.- Conductas de salud en hombres y mujeres (Continuación)

	Hombres	Mujeres	X^2	p
Conductas de conducción				

Uso cinturón de seguridad (%)				n.s.
Siempre	56.3	57.3		
Algunas veces	39.2	38.7		
Nunca	1.5	3.0		
Conduc. dentro límite velocid. (%)			22.77	0.0000
Siempre	18.6	49.2		
La mayoría de las veces	47.8	42.4		
Algunas veces	21.2	6.8		
Poco	12.4	1.7		
Cuidados preventivos				
Acceso regular a un médico (%)	74.7	88.6	9.61	0.0019
Acceso chequeos dentales (%)	20.8	34.7	7.05	0.0079
Medidas presión sanguínea (%)	78.4	82.7		n.s.
Citología cervical (%)				
Nunca		96.5		
Hace más de 3 años		1.0		
En los últimos 3 años		2.5		
Saben auto-examen de senos (%)		49.8		
Examen senos profesional (%)				
Nunca		77.2		
Hace más de 3 años		11.4		
En los últimos 3 años		11.4		
Saben auto-examen testículos (%)	40.6			
Número de veces al año	44.39 (41.72)			

Entre paréntesis desviación estándar

Creencias sobre la importancia de distintos comportamientos para la salud

En la Tabla 3 aparecen las puntuaciones medias y la desviación estándar de la evaluación de la importancia de diversos comportamientos relacionados con la salud. Estos valores se presentan por separado para hombres y mujeres, ordenados de acuerdo a la evaluación de mayor a menor importancia, indicando, al mismo tiempo, las diferencias entre sexos.

Tabla 3.- Creencias sobre la importancia estimada de distintos comportamientos relacionados con la salud

	Hombres	Mujeres	t	p
Usar un preservativo en relaciones				

sexuales con parejas no conocidas	8.92 (1.70)	9.46 (1.38)	-3.49	0.001
No conducir nunca después de beber alcohol	8.94 (1.81)	9.41 (1.36)	-2.91	0.004
Dormir 7/8 horas/día	8.57 (1.92)	8.99 (1.60)	-2.35	0.019
Cepillarse regularmente los dientes	8.19 (2.21)	9.10 (1.57)	-4.78	0.000
Llevar cinturón de seguridad	8.29 (1.98)	8.82 (1.54)	-2.97	0.003
No fumar	8.39 (2.47)	8.50 (2.32)	-0.44	0.659
Hacer ejercicio regularmente	8.36 (1.76)	8.10 (1.96)	1.40	0.162
Desayunar casi todos los días	7.61 (2.68)	8.05 (2.60)	-1.69	0.092
Examinar los senos al menos 1/mes	7.50 (2.45)	7.27 (2.43)	0.44	0.660
Conducir dentro límites de velocidad	6.92 (2.54)	7.31 (2.25)	-1.64	0.102
Hacer citología cervical al menos cada 3 años	6.65 (2.42)	7.10 (2.49)	-0.81	0.417
Hacer esfuerzos para evitar el estrés	6.46 (2.73)	7.62 (2.11)	-4.74	0.000
Chequeo dental al menos 1 vez/año	6.77 (2.60)	7.30 (2.30)	-2.18	0.030
Beber alcohol moderadamente	6.41 (2.73)	7.35 (2.35)	-3.66	0.000
Evitar tomar el sol largos períodos	6.50 (2.55)	7.26 (2.25)	-3.15	0.002
No tomar demasiado café	6.37 (2.32)	6.90 (2.15)	-2.36	0.019
Comer una dieta rica en fibra	6.24 (2.46)	6.98 (2.39)	-3.02	0.003
Tener un extintor en casa	5.82 (2.70)	7.01 (2.48)	-4.60	0.000
No comer demasiada grasa animal	5.96 (2.45)	6.65 (2.51)	-2.75	0.006
Examinar testículos al menos 1/mes	5.54 (2.76)	7.78 (2.31)	-5.22	0.000
Tomarse presión arterial al menos 1/año	5.41 (2.44)	5.85 (2.24)	-1.86	0.064
Evitar comidas con aditivos, colorantes, ...	5.19 (2.67)	5.90 (2.42)	-2.76	0.006
No tomar demasiada azúcar	4.97 (2.26)	5.97 (2.34)	-4.31	0.000
Tener un detector de humos	4.28 (2.47)	5.76 (2.64)	-5.76	0.000
No beber alcohol casi nunca	4.04 (2.70)	5.12 (2.59)	-4.07	0.000

Entre paréntesis desviación estándar

La actividad que recibió mayor puntuación y, por tanto, la que se puede considerar como la más importante, fue "utilizar un preservativo cuando se mantengan relaciones sexuales con personas a las que no se conoce con anterioridad" (ME=9.19, DE=1.57), seguida muy de cerca por "nunca conducir después de haber consumido alcohol" (ME=9.17, DE=1.61). Por el contrario, "no beber casi nunca alcohol" fue evaluada como la medida de menor importancia de las 25 propuestas (ME=4.58, DE=2.69).

Encontramos diferencias sexuales, todas ellas debidas a una mayor valoración por parte de las mujeres para los siguientes comportamientos (18 de los 25): utili-

zar un preservativo al mantener relaciones sexuales con parejas no conocidas previamente, nunca conducir después de beber alcohol, dormir 7 u 8 horas diariamente, cepillarse los dientes con regularidad, llevar cinturón de seguridad, tratar de evitar el estrés, realizar revisiones dentales al menos una vez al año, beber alcohol moderadamente, evitar tomar el sol directamente durante largos períodos de tiempo, no tomar demasiado café, tomar una dieta rica en fibra, tener un extintor en casa, evitar ingerir grasa animal, realizar auto-exámenes de testículos, evitar aditivos en las comidas, no tomar azúcar en exceso, tener un detector de humos en casa y no beber casi nunca alcohol.

En la mayoría de los casos las diferencias sexuales en creencias concuerdan con las diferencias observadas en comportamientos (consumo de alcohol, exposiciones al sol, cepillado de dientes y revisiones dentales); sólo en dos ocasiones aparecen diferencias sexuales en cuanto a la valoración de la importancia (más alto en mujeres) que no se corresponden con las diferencias observadas en la conducta real (número de horas dormidas y uso del cinturón de seguridad). Por otra parte, aunque se aprecian diferencias en la conducta de fumar y en el cumplimiento de los límites de velocidad, resultando ambos más frecuentes en mujeres, no se relacionan con diferencias en la evaluación de su importancia como actividades relacionadas con la salud.

En cuanto a la evaluación de la importancia de las auto-exploraciones para la detección precoz de cáncer. Las mujeres consideran más importante el examen periódico de testículos para detectar posibles tumores que los hombres y, aunque no de forma estadísticamente significativa, los hombres consideran más importante que las mujeres el auto-examen de senos como medida preventiva de salud. Aunque este último dato no sea significativo, es de particular interés, ya que sólo en dos de las 25 medidas los hombres puntuaron más alto que las mujeres, siendo una de ellas precisamente esta, medida, que por otra parte, no les afecta directamente.

Conocimientos sobre salud

En la Tabla 4 presentamos el porcentaje de la muestra que considera que existe relación entre las conductas de fumar, beber alcohol, tomar el sol, la herencia y, el estrés, y diversos problemas de salud (el resto de factores considerados han sido incluidos en otro trabajo, Robles y cols., 1996).

Tabla 4.- Proporción de sujetos que estiman que existe relación entre diversos factores relacionados con la salud y distintas enfermedades

Alternativas	Diabetes	Trastornos coronarios	Cáncer pulmón	Trastornos mentales	Cáncer mama	Presión arterial	Cáncer piel
Fumar	4.5	65.4	95.5	8.2	21.6	40.5	9.0
Beber alcohol	32.6	55.7	7.5	48.3	10.0	60.7	6.0

Tomar el sol	0.7	0.2	1.2	4.7	17.2	2.0	95.3
Herencia	4.5	69.2	4.0	67.9	3.5	55.5	2.7
Estrés	61.7	30.3	10.2	47.8	23.6	18.7	10.2

Se observa que, prácticamente todos los encuestados, consideran que el tabaco está relacionado con el cáncer de pulmón, y que las exposiciones al sol se relacionan con el cáncer de piel. Además, un amplio porcentaje encontró relación entre la conducta de fumar y enfermedades coronarias y, en menor cuantía, con la hipertensión. Por otra parte, el consumo de alcohol se vinculó fundamentalmente a los problemas de presión arterial, a enfermedades coronarias y a trastornos mentales.

Referidos a estos datos, sólo se observan diferencias sexuales en la relación estimada entre el tabaco y las enfermedades coronarias (X^2=10.78, p≤0.001). Son más hombres que mujeres los que entienden que existe este vínculo (hombres=73.5% y mujeres=57.4%).

Relaciones entre conductas, creencias y conocimientos

La Tabla 5 presenta las relaciones entre conductas y la estimación de la importancia de esa conducta para la salud, mediante la comparación del grado de importancia en cada una de las categorías de ocurrencia o frecuencia de la conducta.

Por ejemplo, se observa que los no fumadores consideran de mayor importancia para la salud no fumar, que los que fuman un cigarrillo al día; éstos a su vez, valoran el no fumar como más importante que los que fuman de 1 a 10 cigarrillos al día, que a su vez consideran que es más importante no fumar que los que superan los 10 cigarrillos diarios. El mismo tipo de resultado se obtuvo prácticamente en todas las conductas registradas. Sólo encontramos tres opciones en las que no se cumple esta relación: consumo de alcohol y deseo de reducir el consumo de alcohol e importancia de beber alcohol moderadamente, frecuencia de uso del cinturón de seguridad e importancia de usar el cinturón de seguridad y, número de horas de sueño por noche e importancia de dormir entre 7 y 8 horas por noche.

También se analizaron las relaciones entre conductas y los conocimientos sobre salud, encontrando sólo una de estas relaciones estadísticamente significativa. Se observa que entre los consumidores de alcohol, aquellos que desean reducir dicho consumo consideran que el alcohol afecta a enfermedades coronarias en mayor proporción que aquellos que no lo desean (X^2=5.35, p≤0.0207; 20% y 8% respectivamente). Cerca del nivel de significación estuvo la relación observada entre las distintas categorías de fumadores/no fumadores y la consideración de si o no el tabaco está asociado al cáncer de pulmón (X^2=7.78, p≤0.0508).

Tabla 5.- Prevalencia de conductas y creencia sobre la importancia de su realización en cada categoría de conducta

Importancia de las creencias frente al conocimiento en la práctica de conductas de salud (II).

Alternativas	Puntuaciones medias de la creencia sobre la importancia para la salud en cada categoría de conducta					
TABAQUISMO	*No fuma*	*<1/d.*	*1-10/d.*	*>10/d.*	*F*	*P*
Importancia de no fumar	9.16	8.05	7.40	7.01	23.80	0.0000
DESEO REDUCIR CANTIDAD FUMADA	*Sí*		*No*		*F*	*P*
Importancia de no fumar	7.94		5.36		6.70	0.0123
CONSUMO DE ALCOHOL	*No bebe*	*Muy ocas.*	*Ocas.*	*Regul.*	*F*	*P*
Importancia de no beber nunca	7.36	5.10	3.69	2.75	41.69	0.0000
Importancia de beber moderadamente	-----	6.95	6.98	5.79	2.60	0.0754
DESEO REDUCIR CONSUMO ALCOHOL	*Sí*		*No*		*F*	*P*
Importancia de no beber nunca	6.00		3.13		60.19	0.0000
Importancia de beber moderadamente	7.55		6.73		3.13	0.0783
USO PROTECCIÓN SOLAR	*Sí*	*No*	*Nunca toma sol*		*F*	*P*
Importancia evitar exposición directa	7.62	6.05	7.36		21.87	0.0000
USO CINTURÓN SEGURIDAD	*Siempre*	*A veces*	*Nunca*	*No coche*	*F*	*P*
Importancia de usar cinturón seguridad	9.17	7.71	8.67	7.13	26.08	0.000
OBEDIENCIA LÍMITES DE VELOCIDAD	*Siempre*	*Mayoría*	*A veces*	*Pocas*	*F*	*P*
Importancia conducir dentro límites	7.14	7.14	6.36	4.67	5.63	0.0000
CHEQUEOS PRESIÓN SANGUÍNEA	*Sí*		*No*		*F*	*P*
Importancia tomar presión 1 vez/año	5.83		4.83		11.69	0.0007
CEPILLADO DE DIENTES	*2 o más*	*1/día*	*<1/d.*	*Raro/nunca*	*F*	*P*
Importancia cepillarse dientes regularmente	9.24	8.39	7.38	4.25	53.51	0.000
REVISIÓN DENTAL ANUAL	*Sí*		*No*		*F*	*P*
Importancia de revisión dental anual	8.20		6.60		36.12	0.0000
AUTO-EXAMEN DE SENOS	*Sí*		*No*		*F*	*P*
Importancia auto-examen senos 1 vez/mes	7.72		6.83		6.83	0.0097
AUTO-EXAMEN TESTÍCULOS	*Sí*		*No*		*F*	*P*
Importancia auto-exam. testíc. regularmente	7.06		5.23		13.08	0.0004
HORAS DE SUEÑO	*<7 h.*	*7-8 h.*	*>8 h.*		*F*	*P*
Importancia de dormir 7/8 horas/noche	8.38	8.87	8.71		1.76	0.1727

DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio ha sido evaluar un amplio rango de actividades personales implicadas en la prevención de la enfermedad, factores cognitivos (tales como las creencias o actitudes y el nivel de conocimientos), así como la relación entre estos factores cognitivos y las conductas relacionadas con la salud.

Las diferencias sexuales encontradas en las conductas relacionadas con la salud nos presentan a las mujeres como más "saludables" que los hombres: menor consumo de alcohol, uso de protección solar, cepillado de dientes, conducción dentro de los límites de velocidad, acceso regular a un médico y chequeos dentales. Mientras que algunas diferencias (como el acceso regular al médico) podrían estar relacionadas con los requerimientos de la contracepción femenina, los otros datos sugieren un esfuerzo consciente hacia un estilo de vida saludable. Este estilo de vida más saludable también se observa en datos (recogidos en Robles y cols., 1996) sobre dieta y hábitos alimenticios, aunque no en la práctica de ejercicio físico. El hecho de que los hombres presenten un estilo de vida más saludable en términos de ejercicio físico, ha sido repetidamente observado en la literatura (Kivela, Nissien y Puska, 1988; Dean, 1989; Petersen, 1989; Wardle y Steptoe, 1991; Steptoe y Wardle, 1992). Al contrario que en otros estudios (Wardle y Steptoe, 1991), no se han encontrado en nuestra muestra diferencias sexuales en problemas médicos menores, tratamientos médicos recientes o en el uso de medicación no prescrita.

No hemos encontrado diferencias sexuales en el deseo de reducir el consumo de alcohol, en el número de días de consumo de alcohol en las dos últimas semanas, así como en el número de copas consumidas por día. Sin embargo, si hemos encontrado diferencias en el nivel de alcohol consumido informado por hombres y mujeres; en esta misma línea, muchos estudios señalan que beben más hombres que mujeres; nuestros datos indican que hay más mujeres que beben sólo en ocasiones especiales que hombres, mientras que el consumo ocasional y regular es mas frecuente en hombres.

también hemos encontrado diferencias sexuales en las conducta de fumar. Aunque se observa un mayor porcentaje de hombres que nunca han fumado (20.7% frente a 13.5%), también podemos observar una mayor proporción de hombres "fumadores mayores" (más de 10 cigarrillos al día) (Hombres = 24.8%; Mujeres = 19%) y una mayor proporción de mujeres "fumadoras menores" (menos de 10 cigarrillos al día) (Hombres = 37.9%; Mujeres = 54.5%). Estos datos contrastan con los de otros estudio en los que se señala la ausencia de diferencias sexuales en la conducta de fumar (Blaxter, 1990; Wardle y Steptoe, 1991).

Por otra parte, encontramos una alta proporción de sujetos que se les ha tomado en alguna ocasión la presión sanguínea -tanto en hombres como en mujeres- (80.5%), aunque no es de extrañar dado que es una práctica médica muy utilizada en determinados contextos (certificados médicos exigidos para la obtención del carnet de conducir, medida exigida para la donación de sangre,...).

Un aspecto interesante de resaltar es que la muestra española estudiada parece presentar un estilo de vida menos "saludable" que otras muestras estudiadas dentro del *Estudio Europeo de Conducta y Salud*, como es la muestra de Gran Bretaña (Wardle y Steptoe, 1991). Así por ejemplo, en la muestra española se observa una

menor proporción de sujetos que usen protección solar para tomar el sol, se cepillen los dientes dos o más veces al día, realicen chequeos dentales de forma regular, se hayan hecho una citología cervical (mujeres) en los últimos tres años y, usen el cinturón de seguridad siempre que conduzcan. En la muestra británica además, se observa una mayor proporción de no fumadores y exfumadores (aunque una mayor proporción de fumadores en pipa). Por otra parte, los aspectos en los que parece menos saludable la muestra británica es en el consumo regular de alcohol, en conducir siempre dentro de los límites de velocidad y en el nivel de conocimiento sobre cómo auto-explorarse senos y testículos para detectar un posible bulto.

El análisis de las creencias sobre la importancia de las diferentes actividades para el mantenimiento de la salud muestra que usar un preservativo en relaciones sexuales con parejas no conocidas y no conducir nunca después de beber alcohol son consideradas como las más importantes de los 25 ítems evaluados. Curiosamente dormir de 7 a 8 horas diarias ha sido la tercera actividad más importante para los hombres (y las 40 para las mujeres) y cepillarse regularmente los dientes, la tercera actividad m<s importantes para las mujeres (y la 70 para los hombres). Sin embargo, aspectos como comer fibra y no comer demasiada grasa animal -factores enfatizados en los programas de educación para la salud sobre hábitos de alimentación-, han sido situados en el puesto 17-18 (hombres = puesto 17; mujeres = puesto 18) y 18-20 respectivamente.

Hemos encontrado resultados similares a los publicados en otros trabajos con respecto a la evaluación de la importancia de las auto-exploraciones para la detección precoz del cáncer (Wardle y Steptoe, 1991). Otros aspectos curiosos que queremos señalar son: Las mujeres dan más importancia a examinar los testículos al menos una vez al mes (7.78) que los hombres (5.54), colocando esta actividad en el puesto número 9 (frente al puesto número 20 de los hombres), e incluso por encima de actividades más relacionadas con la mujer como es el examen de senos una vez al mes (puesto 14) o hacerse una citología cervical (puesto 16). En el mismo sentido los hombres parecen dar más importancia al examen de senos (puesto número 9) y a la citología cervical (puesto número 12) que al examen de testículos (puesto número 20).

Las prioridades en términos de creencias para hombres y mujeres han sido comparadas encontrándose diferencias sexuales en 18 ítems (siendo siempre las mujeres las que dan más importancia a dichos ítems que los hombres). En los únicos comportamientos relacionados con la salud que los hombres valoran como más importantes que las mujeres son el examen de senos y hacer ejercicio físico regularmente, aunque estas diferencias no son significativas.

En líneas generales nuestra muestra coincide en muchos aspectos con la británica (sobre todo en las dos actividades que consideran más importantes y en la que consideran menos). Entre las diferencias observadas podemos resaltar que la mues-

tra británica da menos importancia a dormir 7 u 8 horas diarias (situado en el puesto 9-10), a desayunar casi todos los días (puesto 15-19) y evitar largos períodos de sol (21-20), y da más importancia a tener un detector de humos (puesto 11-14) que la muestra española. Este último aspecto -detector de humos- podría ser explicado en base a otros factores como la legislación vigente en ese país al respecto.

También se ha puesto de manifiesto la asociación entre conductas relacionadas con la salud y las creencias. Para casi todos los ítems analizados, las creencias sobre la importancia de las conductas para la salud están significativamente relacionadas con la presencia o frecuencia con las que las conductas han sido llevadas a cabo. Las únicas excepciones las hemos encontrado entre las horas de sueño dormidas y la importancia dada a dormir 7/8 horas, la frecuencia del uso del cinturón de seguridad y la importancia concedida a su uso, y entre el deseo de reducir el consumo de alcohol y la importancia dada a beber moderadamente, relaciones que no han sido significativas. Esto quiere decir que dentro de cada categoría de conducta, las creencias están vinculadas con las actividades relacionadas con la salud. Este análisis sugiere que las creencias sobre los beneficios que resultarán de llevar a cabo conductas saludables está fuertemente asociada con la mayor probabilidad de que dichas conductas sean ejecutadas.

Similares relaciones han sido obtenidas por Davidson y Jaccard (1979), Turk, Rudy y Salovey (1984), Biddle y Ashford (1988), Calnan y Rutter (1988), Terry, Oakland y Ankeny (1991), Wardle y Steptoe (1991) y, Robles y cols. (1996). La consistente asociación entre creencias y conductas no implica excluir la existencia de otros factores que también han sido puesto de manifiesto en diferentes estudios: factores macroeconómicos y legales (Wagenear y Streff, 1989), contexto social y demográfico (Zimmerman y Connor, 1989), estatus de salud (Lau, Hartman y Ware, 1988), hábitos familiares (Sallis y Nader, 1988, conductas estables a través del tiempo (Stacy, Bentler y Flay, 1994).

Por otra parte, aunque los datos confirman una fuerte asociación entre conductas y creencias, no es posible determinar, en base a estos datos, si las creencias regulan la conducta o por el contrario, la conducta determina las creencias. En este contexto existen diversas aproximaciones. Una es consistente con la posición de que las actitudes pueden predecir la conducta (Fishbein y Ajzen, 1975; Bentler y Speckart, 1981); otra aproximación señala que la conducta causa la actitud (Bem, 1978), y una tercera postura propone que la actitud y la conducta se influencian recíprocamente (Kelman, 1974).

En contraste con los resultados obtenidos sobre creencias relacionadas con la salud, el conocimiento evaluado en este estudio ha mostrado poca relación con las conductas. Pero a la hora de analizar el papel que juega el conocimiento sobre las conductas, hay que tener en cuenta varios aspectos tales como: Por una parte, resulta difícil evaluar el conocimiento con un instrumento tan corto como el que hemos

utilizado. Por otra parte, en la investigación en el campo de la educación para la salud, se asume que al contrario que ocurre con las creencias, el conocimiento es absoluto (correcto o incorrecto). Sin embargo, el conocimiento sobre la implicación de una conducta en un trastorno raramente es certera y unánime, y existe desacuerdo incluso entre los expertos sobre la relativa importancia de los diferentes factores. También puede existir un sesgo a la hora de señalar los ítems implicados bajo condiciones de incertidumbre, llevando a inflar las respuestas positivas; así por ejemplo, existen estudios que han encontrado una tendencia entre la gente a creer que todo puede ser causa potencial de enfermedades tales como el cáncer (Berman y Wanderman, 1990).

A pesar de estas consideraciones, llama la atención que existe un considerable número de sujetos que no han señalado la asociación entre trastornos coronarios, consumo de tabaco y ejercicio físico, ni la asociación entre presión sanguínea y alcohol; esto nos sugiere que existe un importante vacío de información relacionada con la salud, teniendo en cuenta que se trata de una muestra de estudiantes universitarios.

Existen diversos estudios que ponen de manifiesto las discrepancias entre conocimiento y conducta (Gillman-Blum, Castillo-Hofer, Schmidt y Ferlinz, 1989; Ter Horst y Hoogstraten, 1989; Avis, McKinlay y Smith, 1990; Wardle y Steptoe, 1991): la aplicación de algunos programas educacionales ha aumentado el conocimiento, pero apenas si han conseguido modificaciones en las actitudes y conductas. Puede ser que la influencia del conocimiento sobre salud en el estilo de vida pueda ser modulado por factores tales como los beneficios percibidos de la actividad, la autoeficacia,.... (Waller y Bates, 1992).

De los resultados de este estudio se puede resaltar la importancia de los factores cognitivos en el mantenimiento de los hábitos saludables, y la necesidad de seguir investigando y profundizando en la relación entre actitudes y conducta en salud, de cara a desarrollar mejores programas de prevención determinando las condiciones bajo las cuales los programas de cambio de actitudes pueden tener más éxito.

REFERENCIAS

Amler RW y Dull HB: *Closing the Gap*. Nueva York: Oxford University Press, 1987.

Avis NE, McKinlay JB y Smith KW: Is cardiovascular risk factor knowledge sufficient to influence behavior? *Am J Prev Med*, 1990, 6(3): 137-144.

Basch CA, DeCicco IM y Malfetti JL: A focus group study on decision processes of young drivers: reasons that may support a decision to drink and drive. *Health Education Quarterly*, 1989, 16: 389-396.

Becker MH: The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 1974, 2: 324-508.

Bem DJ: Self-perception theory. En: L Berkowitz, (Ed.): *Cognitive theories in social psichology* (pp. 221-281). San Diego, CA: Acedemic Press, 1978.

Bentler PM y Speckart G: Attitudes "cause" behaviors: A structural equation analysis. *J Pers Soc Psychol*, 1981, 40: 226-238.

Berman SH y Wanderman A: Fear of cancer and knowledge of cancer: a review and proposed relevance to hazardous waste sites. *Sci Med*, 1990, 31: 81-90.

Biddle S y Ashford B: Cognitions and perceptions of health and exercise. *Br J Sports Med*, 1988, 22: 135-140.

Blaxter M: *Health and lifestyles*. Londres: Tavistock, 1990.

Calnan M y Rutter DR: Do health beliefs predict health behaviour? A follow-up analysis of breast self-examination. *Soc Sci Med*, 1988, 26(4): 463-465.

Charny M y Lewis PA: Does health knowledge affect eating habits?. *Health Education Journal*, 1987, 46: 172-176.

Davidson AR y Jaccard JJ: Variables that moderate the attitude-behavior relation: Results of a longitudinal survey. *J Pers Soc Psychol*, 1979, 37: 1364-1376.

Dean K: Self-care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation. *Soc Sci Med*, 1989, 29: 137-152.

Fazio RH y Williams CJ: Attitude accessibility as a moderator of the attitude-perception and attitude-behavior relations: An investigation of the 1984 presidential election. *J Pers Soc Psychol*, 1986, 51; 505-514.

Fishbein M y Ajzen I: *Bilief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.

Gillman-Blum D, Castillo-Hofer C, Smith I y Ferlinz R: Verandert das medizinstudium verhalten, meinung und wissen uber das rauchen? *Pneumologie*, 1989, 43: 284-289.

Kelman HC: Attitudes are alive and well and gainfully employed in the sphere of action. *Am Psychol*, 1974, 29: 310-324.

Kivela SL, Nissien A y Puska P: Dimensions of health behaviour among the 65-74 year old population in Eastern Finland. *Function Neurologic*, 1988, 3: 309-325.

Kubicka L, Kozeny J y Roth Z: Alcohol abuse and its psychosocial correlates in sons of alcoholics as young men in the general population of young men in Prague. *Journal of Studies on Alcohol*, 1990, 51: 49-58.

Kuhner NK y Raetzke PB: The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. *J Periodont*, 1989, 60: 51-56.

Lau RR, Hartman KA y Ware JE: Health as a value: methodological and theoretical considerations. *Health Psychol*, 1988, 5: 25-43.

Petersen PE: Smoking, alcohol consumption and dental health behaviour among 25-44 year-old Danes. *Scan J Dent Res*, 1989, 97: 422-431.

Robles H, Pérez Marfil MN y Vila J: Importancia de las creencias frente al conocimiento en la práctica de conductas de salud (I): Hábitos alimenticios y ejercicio físico. *Revista de Psicología de la Salud*, 1996, 8(1): 23-40.

Sallis JF, Haskel WL, Fortmann SP, Vranizen KM, Taylor CB y Solomon DS: Predictors of adption and maintenance of physical activity in a community sample. *Preventive Medicine*, 1986, 15: 331-341.

Sallis JF y Nader PR: Family determinants of health behaviors. En: DS Gochman, (Eds.): *Health behavior*. Nueva York: Plenum, 1988.

Sejwacz D, Ajzen I y Fishbein M: Predicting and understanding weight loss: Intentions, behavior and outcomes. En: I Ajzen y M Fishbein, (Eds.): *Understanding attitudes and prediting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.

Speckart G y Bentler PM: Application of attitude-behavior models to varied content domains. *Academic Psychology Bulletin*, 1982, 4: 453-465.

Stacy AW, Bentler PM y Flay BR: Attitudes and health behavior in diverse populations: Drunk driving, alcohol use, binge eating, marijuana use, and cigarette use. *Health Psichol*, 1994, 13(1): 73-85.

Steptoe A y Wardle J: Cognitive predictors of health behaviour in contrasting regions of Europe. *The British Psychological Society*, 1992, 31: 485-502.

Ter Horst G y Hoogstraten J: The immediate and delayed effects of a dental health education film on periodontal knowledge, attitudes and reported behavior in Dutch adolescents. *Comm Dent Oral Epidem*, 1989, 17: 183-186.

Terry RD, Oakland MJ y Ankeny K: Factors associated with adoptions of dietary behaviour to reduce heart disease risk among males. *Journal of Nutritional Education*, 1991, 23: 154-160.

Turk DC, Rudy TE y Salovey P: Health protection: attitudes and behaviors of LPNs, teachers and college students. *Health Psychol*, 1984, 3: 189-210.

Wagenear AC y Streff FM: Macroeconomic conditions and alcohol-impaired driving. *Journal of Study Alcohol*, 1989, 50: 217-225.

Waller RV y Bates RC: Health locus of control and self efficacy beliefs in a healthy elderly sample. *Am J Health Prom*, 1992, 6/4: 302-309.

Wardle J y Steptoe A: The european health and behaviour survey: Rationales, methods and initial results from the United Kingdom. *Soc Sci Med*, 1991, 33(8): 925-936.

Weinstein ND: Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychol*, 1993, 12(4): 324-333.

Wittenbaker J, Gibbs BL y Kahle LR: Seat-belt attitudes, habits, and behaviours: an adaptative amendment to the Fishbein model. *J Appl Soc Psychol*, 1983, 13: 406-421.

Zimmerman RS y Connor C: Health promotion in context: the effects of significant others on health behaviour change. *Health Education Q*, 1989, 16: 57-75.