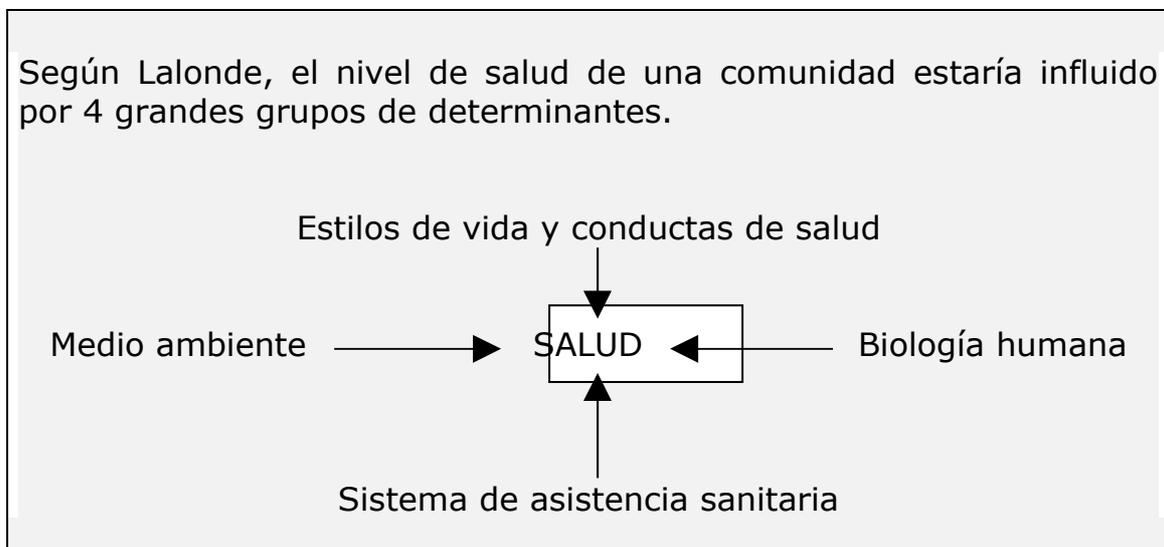


TEMA 4. DETERMINANTES DE SALUD. MODELOS Y TEORÍAS DEL CAMBIO EN CONDUCTAS DE SALUD.

4.1. Determinantes en salud.

Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan salud, lo que se conoce a partir de los años 70 como "determinantes". Varios modelos han intentado explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes. Entre los modelos clásicos, toma especial relevancia el modelo holístico de Laframbroise (1973), desarrollado por Marc Lalonde (1974), ministro de sanidad canadiense, en el documento *Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses*.

Tabla 1. Esquema del modelo holístico de Laframbroise (1973).



- Estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sanitarios).

- Biología humana (constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento).
- Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
- Sistema de asistencia sanitaria (mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia).

Tanto Blum de California y Lalonde de Canadá exponen con mayor claridad lo que Hipócrates había iniciado siglos atrás. Los famosos conceptos de Campos de Salud de los individuos o de grupos de individuos, que estaba determinado por los 4 factores antes expuestos.

Algunos años después, Lalonde valora la adecuación de gastos sanitarios y los distintos determinantes de salud, comprueba su inadecuación del reparto.

Tabla 2. Gastos federales en el sector salud (periodo 1974-1978).

	Distribución mortalidad (%)	Gastos del sector salud (%)
Sistema de asistencia médica	11	90,6
Estilo de vida	43	1,2
Medio ambiente	19	1,5
Biología humana	27	6,9

*Los porcentajes no suman 100 por el ajuste de cifras

Más adelante, en la conferencia celebrada del 10 al 12 de mayo de 1999, en Bethesda (Maryland) Tarlov, se describió un esquema de determinantes de salud, parecido al de Lalonde, que clasificó los

determinantes de salud en cinco niveles, desde el más individual hasta el más general. La atención sanitaria no se contempla como determinante de salud, sino como estrategia reparadora.

- Nivel 1. Determinantes biológicos, físicos y psíquicos.
- Nivel 2. Determinantes de estilo de vida.
- Nivel 3. Determinantes ambientales comunitarios: familia, escuela, vecindario, empleo, instituciones locales, etc.
- Nivel 4. Determinantes del ambiente físico, climático y contaminación ambiental.
- Nivel 5. Determinantes de la estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales.

Estos diferentes determinantes se pueden agrupar también en función del momento en que su influencia se hace patente con relación al proceso de enfermedad. En este sentido, los determinantes se clasificarían como *factores predisponentes*, *factores precipitantes* y *factores perpetuadores*. También se consideran aquellos otros factores que dificultan la aparición de la enfermedad, refiriéndonos en este caso a los denominados *factores protectores*. En la Tabla 3 se presenta un resumen de los factores que influyen en la enfermedad a partir de esta clasificación.

Tabla 3. Factores que influyen en la enfermedad (adaptado de Lask & Fosson, 1989).

Predisponentes
Vulnerabilidad biológica
Características de personalidad
Primeras experiencias
Respuestas al estrés
Influencias socioculturales
Precipitantes
Acontecimientos estresantes
Estímulos que provocan respuesta emocional displacentera
Perpetuadores
Estresares permanentes
Elementos temperamentales ligados a la ansiedad
Reforzadores
Influencias familiares
Protectores
Atributos temperamentales de adaptabilidad
Adecuada relación intrafamiliar
Red de hermanos
Soporte comunitario positivo

A pesar de la complejidad de todos estos factores, es necesaria su identificación, con el fin de tenerlos en cuenta en el diseño de intervenciones efectivas para el cambio de las conductas indeseables y la promoción de las saludables (Bishop, 1991).

4.2. Modelos y teorías del cambio en conductas de salud.

Es importante conocer las teorías del cambio de conductas en salud, ya que proporcionan algunos elementos fundamentales para comprender los mecanismos subyacentes a los estilos de vida relacionados con la salud y la manera de intervenir sobre ellos. A continuación se presenta una breve explicación de estas teorías y modelos, clasificándolas según la propuesta de diferentes autores como Albery y Munafú (2008), Brannon y Feist (2001), León y Medina (2002), Noar, Benac y Harris (2007), Pastor et al. (1999) y Riemsma et al. (2002). Concretamente, se resumirán las principales aportaciones de cinco enfoques diferentes: los modelos explicativos del proceso de socialización de los estilos de vida saludables, las teorías de la expectativa-valor, los modelos basados en la autorregulación del comportamiento, los modelos basados en la teoría del balance en la toma de decisiones y los modelos integradores.

- Modelos explicativos del proceso de socialización de los estilos de vida saludables:

Son varias las teorías que han afirmado que para entender cómo se adquiere el estilo de vida saludable es necesario tener en cuenta los diferentes factores psicosociales que determinan el comportamiento. Estas teorías consideran la socialización del estilo de vida como el proceso por el que las personas adquieren los patrones de conductas y de hábitos que constituyen su estilo de vida, así como las actitudes, los valores y las normas relacionadas. A continuación se van a explicar dos de las teorías más influyentes en la actualidad:

- *Teoría ecológica del desarrollo* (Bronfenbrenner, 1987).

Esta teoría es clave en la explicación de las condiciones estructurales que rodean y fundamentan el proceso de socialización. El ambiente ecológico se concibe como un conjunto de estructuras seriadas concéntricamente. En esa estructura concéntrica, el nivel más cercano al individuo corresponde al *microsistema*, que es el entorno inmediato en el que se sitúa la persona en desarrollo y hace referencia al conjunto de actividades, roles y relaciones sociales que la persona en desarrollo experimenta con su entorno. Para esta teoría los agentes socializadores del estilo de vida en este primer nivel son la familia, los iguales, la escuela, los vecinos, el trabajo y los medios de comunicación. El segundo nivel del ambiente ecológico, el *mesosistema*, comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, como pueden ser, por ejemplo, las relaciones que se establecen entre la familia y la escuela. El tercer nivel, el *exosistema*, lo conforma el entorno más amplio, como por ejemplo las instituciones sociales, que a pesar de no incluir activamente al individuo en desarrollo, recoge los hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno más inmediato del individuo. El último nivel, el *macrosistema*, hace referencia a la cultura y al contexto histórico, político, legal, moral y social en la que el individuo nace y se desarrolla, ya que, según esta teoría, la socialización del estilo de vida de un individuo tiene lugar en un contexto *macro* amplio que tiene un importante protagonismo a la hora de marcar pautas en su desarrollo.

A pesar de que esta teoría ofrece una organización de los contextos y de los sistemas que afectan al proceso de socialización de los estilos de vida, la investigación en esta materia se ha centrado fundamentalmente en estudiar al individuo y a su entorno más

inmediato, el microsistema, no prestando tanta atención al resto de estructuras del ambiente ecológico (Wold, 1989 cit. Pastor et al., 1999). Sin embargo, autores como Mendoza (1990), consideran que son los factores macrosociales y del medio físico geográfico los que poseen una mayor influencia, y ello por tres razones principalmente:

1. Dentro de cada sociedad tiende a existir bastante homogeneidad en los patrones de conducta predominantes y, a su vez, esos estilos de vida son parecidos a los de otras sociedades donde imperan factores macrosociales similares.
2. Complementariamente, existe una gran heterogeneidad en los estilos de vida cuando se comparan sociedades con diferentes estructuras sociales y diferentes marcos geográficos.
3. Al mismo tiempo, dentro de una determinada sociedad, la modificación de un factor macrosocial que influya en un grupo de conductas que sean componentes de los estilos de vida, provoca una variación significativa de dichos estilos de vida. Es decir, que los estilos de vida son sensibles a las variaciones que se producen en aquellos factores macrosociales que tienen que ver con conductas que componen los estilos de vida.

Según Pastor et al. (1999), la aportación realizada por Mendoza supone una adaptación de la teoría ecológica del desarrollo al campo de los estilos de vida saludables y, como tal, presenta sus mismas virtudes y limitaciones: esto es, por un lado, remarca los distintos niveles o elementos que influyen en el proceso de socialización del estilo de vida, pero, por otro, no informa sobre cómo tiene lugar este proceso. Aunque Mendoza confiere mayor importancia a los factores macrosociales, argumentando la similitud de los estilos de vida dentro de sociedades con estructuras macro similares, Pastor et al. advierten que en una misma sociedad como la nuestra existen personas con estilos de vida muy diferentes, de modo que algunas personas se

comprometen con comportamientos saludables y evitan las conductas de riesgo, mientras que otras, por el contrario, adoptan estilos de vida insanos. Esto indicaría que, aunque los factores macrosociales son importantes, existen otras muchas variables, tanto del contexto social más inmediato (microsistema y mesosistema) como las que tienen que ver con características personales, que también pueden tener una influencia crucial en el estilo de vida.

- *Teoría del aprendizaje social* (Rotter, 1966; Bandura, 1977).

Según esta teoría los procesos de imitación y modelaje sirven de base para entender la socialización del estilo de vida. Es decir, la conducta de los progenitores, los iguales y del profesorado, así como las consecuencias que estas conductas tienen para sus actores, influyen en el aprendizaje del estilo de vida de niños, niñas y adolescentes. Así mismo, para esta teoría, la motivación y el comportamiento están regulados por un pensamiento deliberado que adelanta a la acción, a través del cual el cambio de comportamiento se determina por el sentido de control personal sobre el ambiente (*locus de control*). Este concepto hace referencia a la creencia que una persona tiene acerca de los factores que determinan la salud, concretamente tres posibles factores: considerar que la salud depende del comportamiento propio, de otras personas influyentes o bien de la suerte. Estas creencias influyen en la implicación que las personas tienen con el comportamiento saludable o no saludable (Wallston, Wallston & De Vellis, 1978).

Estos dos modelos explicativos del proceso de socialización de los estilos de vida saludables son fundamentales, ya que explican las

claves básicas en relación con la adquisición y el mantenimiento del estilo de vida saludable en los adolescentes.

En cuanto a los tres enfoques restantes (las teorías de la expectativa-valor, los modelos basados en la autorregulación del comportamiento y los modelos basados en la teoría del balance en la toma de decisiones), a continuación se presenta una breve referencia general a ellos. Los tres tienen en común, por un lado, que surgieron bajo la concepción de estilo de vida saludable predominante en los años 80, cuando el estilo de vida dejó de entenderse únicamente como una variable comportamental para aceptar componentes más subjetivos, como las actitudes y las autopercepciones; noción de estilo de vida que posteriormente fue rebatida por uno de los expertos más importantes e influyentes en el estudio actual del estilo de vida saludable, Dellert S. Elliot (1993). En segundo lugar, estos modelos y teorías se utilizan en la prevención terciaria de los estilos de vida que ponen en riesgo la salud, es decir, en las intervenciones dirigidas a cambiar conductas de riesgo para la salud ya instauradas, lo que no se considera una prioridad en las políticas de salud dirigidas a la etapa adolescente, que están más centradas en la prevención primaria y secundaria.

- Teorías de la expectativa-valor:

Las representaciones más importantes de este grupo de teorías son el *modelo de creencias sobre salud* (Becker & Maiman, 1975), el *modelo de la motivación protectora* (Rogers, 1983), la *teoría de la acción razonada* (Ajzen & Fishbein, 1980) y, su posterior adaptación, la *teoría de la conducta planificada* (Ajzen, 1991).

Estas teorías asumen que la opción de que una persona elija un curso de acción diferente se basa en dos tipos de cogniciones:

- a. Probabilidad subjetiva de que un determinado comportamiento conducirá a un conjunto de resultados esperados, y
- b. Valoración de los resultados de la acción.

Los sujetos escogerán de entre varios cursos de acción alternativos, aquel que tenga más probabilidades de resultar en consecuencias positivas o de evitar las negativas.

- Modelos basados en la autorregulación del comportamiento:

Las teorías y los modelos más representativos de esta perspectiva son la *teoría de la autoeficacia* (Bandura, 1986), el *modelo del proceso de adopción de precauciones* (Weinstein, 1988) y, en un desarrollo posterior, el *proceso de acción a favor de la salud* (Schwarzer, 1992).

Desde esta perspectiva, el principal determinante de los comportamientos relacionados con la salud es una motivación intrínseca o la necesidad subyacente en el individuo de competencia y autodeterminación, que nace de las satisfacciones derivadas de cumplir criterios internos y de una percepción de la eficacia personal obtenida a través del propio rendimiento y de la interacción recíproca con el medio, en la que intervienen mecanismos tales como la persuasión, la comparación social o el modelado.

- Modelos basados en la teoría del balance en la toma de decisiones:

En este caso, los dos modelos más representativos son el *modelo transteórico* (Prochaska & DiClemente, 1983) y el *modelo de conflicto de toma de decisiones* (Janis & Mann, 1977).

Según estos modelos, la persona, después de juzgar los pros y los contras respecto a un curso de acción, opta por aquel que presenta los resultados más beneficiosos o que disminuye los efectos más negativos. En estos modelos, una decisión es la selección de una alternativa de entre otras posibles, cada alternativa está caracterizada por dos parámetros: la valencia de los resultados y la probabilidad de obtener este resultado. La probabilidad asociada al resultado es de carácter subjetivo; es decir, una medida de la confianza que tiene el sujeto en la obtención de un resultado. Este expectativa de éxito depende de la frecuencia del éxito anterior (experiencias de logro que alimentan la autoeficacia) y de cómo se han establecido los procesos atribucionales, del grado de control que el individuo cree tener sobre el resultado (autoeficacia o seguridad en lograr el resultado esperado).

- Modelos integradores:

A continuación se presentan y desarrollan los modelos más actuales que han surgido de la integración de teorías anteriores y que tienen en cuenta una visión más amplia y positiva de la salud.

- *Modelo de promoción de la salud (Pender, 1996).*

Este modelo fue creado a partir del modelo de creencias sobre la salud y de la teoría del aprendizaje social de Bandura, y tiene la particularidad de ser el único que introduce de forma explícita el término de *estilo de vida promotor de la salud* en sus planteamientos.

Según Pender, existen tres grandes bloques de factores que actúan como predictores del estilo de vida:

1. Afectos y cogniciones específicos de la conducta. Este primer factor conforma el mecanismo motivacional primario que afecta directamente a la adquisición y al mantenimiento de conductas promotoras de salud. Se compone de los siguientes elementos: barreras percibidas a la realización de la conducta saludable, beneficios percibidos de la misma, la autoeficacia percibida para llevarla a cabo y el afecto relacionado con la conducta. Junto a estos factores, existen influencias situacionales e interpersonales en el compromiso de llevar a cabo la conducta saludable.
2. Experiencias previas con la conducta de salud y características individuales. Estas segundas variables influyen de forma indirecta, interactuando causalmente con los afectos y las cogniciones, así como con las influencias situacionales e interpersonales.
3. Antecedentes de la acción. Se trata de estímulos internos o externos que están directamente relacionados con la conducta.

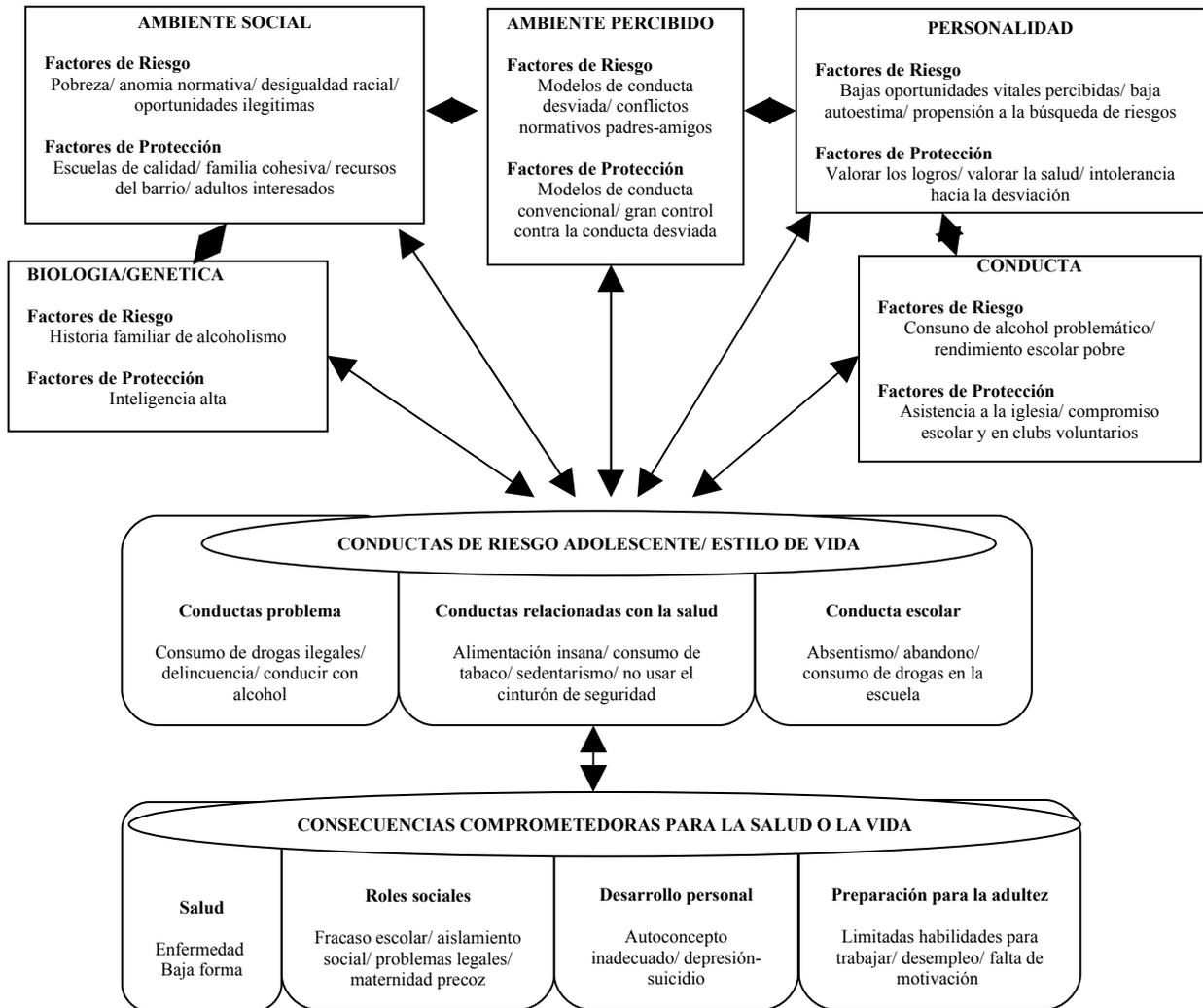
En un principio, este modelo fue empleado para predecir el estilo de vida promotor de la salud en su globalidad (de hecho, en los estudios se utilizaba como variable dependiente una puntuación global de estilo de vida). Sin embargo, debido a que el porcentaje de varianza explicada era bajo, los investigadores empezaron a aplicarlo a la predicción de conductas de salud aisladas: consumo de alcohol, tabaco, ejercicio físico, conducta sexual, alimentación, etc.

- *Teoría de la conducta problema* (Jessor & Jessor, 1977; Jessor, 1992).

Esta teoría plantea un modelo integrador que incorpora elementos de diversas orientaciones teóricas (cogniciones, aprendizajes, relaciones interpersonales y constructos intrapersonales) como predictores del comportamiento problemático en la edad adolescente: conductas de riesgo para la salud, conductas de inadaptación escolar y delincuencia juvenil.

Esas conductas problema, según estos autores, manifiestan una predisposición hacia la no-convencionalidad, conforman un síndrome y comparten un conjunto de factores determinantes de naturaleza psicosocial que se agrupan en los siguientes grandes grupos: variables de la estructura sociodemográfica, aspectos de la socialización, variables del sistema de personalidad, variables del ambiente percibido, características biológicas y genéticas, características del ambiente social y otras conductas relacionadas que practique el adolescente. En la Figura 2 se muestran los factores de riesgo y los factores protectores pertenecientes a cada uno de estos grupos de determinantes.

Figura 2. Teoría de la conducta problema (adaptada de Jessor, 1992).



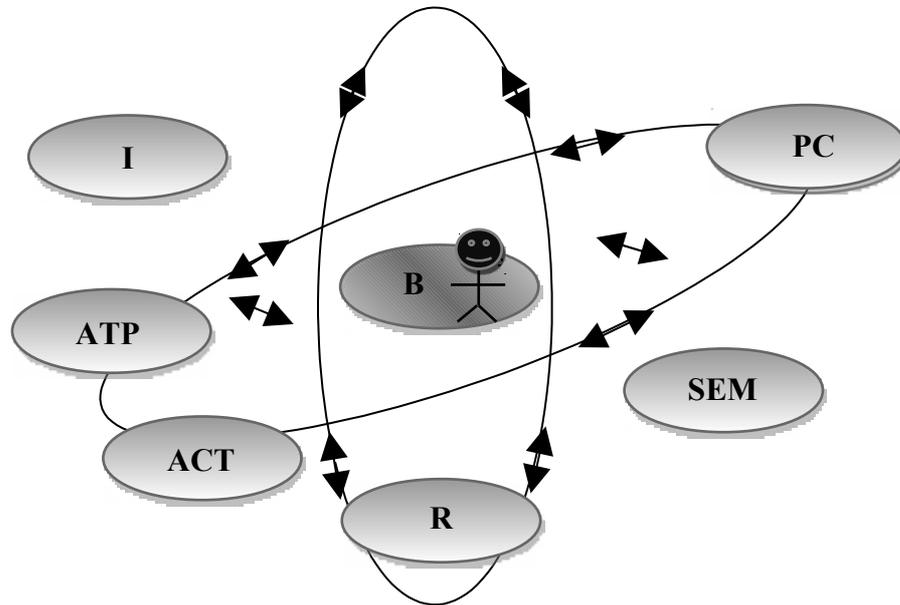
Dada la amplitud y complejidad del modelo es difícil ponerlo a prueba en su totalidad, por lo tanto los estudios realizados bajo el paradigma de esta teoría abarcan aspectos concretos, como consumo de sustancias, conducta sexual o delincuencia juvenil.

- *Modelo de las 7 esferas (Costa & López, 1996).*

Se trata de un modelo conceptual que permite comprender y explicar la génesis, el aprendizaje y el desarrollo de los comportamientos y estilos de vida de niños, niñas y adolescentes (saludables o de riesgo), predecir el sentido de sus acciones, ahondar en las raíces de los procesos de comunicación, de potenciación y de enseñanza-aprendizaje de la Educación para la Salud (EpS), diseñar las estrategias y las oportunidades para el cambio, y orientar la puesta en práctica de esas estrategias, identificando los factores que facilitan el cambio, así como aquellos que determinan resistencias a él.

El nombre de este modelo viene dado por su arquitectura, concretamente el ciclo de cada comportamiento queda condensado en 7 esferas, como se puede observar en la Figura 3, cada una de las cuales condensa, a su vez, una de las dimensiones que intervienen en la génesis de cada comportamiento. Son esferas que giran sobre sí mismas, acumulando biografía e historia personal, y que giran también en función de todas las demás, definiendo con ellas las zonas de contacto y de acción recíproca de un *sistema planetario* en continuo movimiento, una pequeña, pero muy compleja, *galaxia del comportamiento*.

Figura 3. La *galaxia* del comportamiento en el universo del entorno. El *modelo de las 7 esferas* (adaptada de Costa & López, 1996).



De las siete esferas, dos representan las dos dimensiones o polos activos del entorno: los indicadores/activadores (I) y los resultados (R). Esas dos esferas son polos activos en los que el entorno concentra para cada niño y adolescente su mayor potencial generador de comportamientos, y es también donde se materializa la reciprocidad de la interacción que los niños, niñas y adolescentes establecen con los escenarios del entorno.

- En la zona que delimita la esfera de los indicadores/activadores (esfera I) se concentran multitud de acontecimientos, objetos, personas, mensajes de salud, modelos de conducta, instrucciones y recomendaciones que actúan como señales que activan o desactivan, con más o menos fuerza, el comportamiento. Existen varias formas en las que los indicadores y señales del ambiente pueden activar el comportamiento, algunos ejemplos son el haber padecido o

padecer alguna enfermedad, crisis familiar, ruptura de una relación afectiva intensa, muerte de un ser querido...

- En la dimensión de los resultados (esfera R), se concentra el impacto y la huella que imprimen en el entorno los comportamientos de niños, niñas y adolescentes, los logros que obtienen, las recompensas y beneficios, el reconocimiento social, los castigos, los fracasos y muchos otros acontecimientos que ocurren como consecuencia de sus acciones, de sus conductas de salud o de riesgo.

Las otras cinco esferas representan las cinco dimensiones personales del comportamiento. Dos de ellas, atender-percibir (ATP) y actuar (ACT), son las que se ensamblan de manera más indisoluble con las dos del entorno, creando dos zonas de contacto y de influencia de gran potencial en la génesis de los comportamientos: la zona I-ATP y la zona ACT-R.

- La esfera ATP se configura como una dimensión y un proceso activo organizador del comportamiento, en la medida en que la puerta de entrada que define el campo de acción en que han de producirse las otras dimensiones del comportamiento y sus interacciones y el curso ulterior de los acontecimientos.
- La dimensión actuar (esfera ACT) muestra cómo la reciprocidad de las interacciones con los escenarios del entorno sería incomprensible si no existiera la acción y la intervención de niños, niñas y adolescentes sobre ellos. Por eso, conociendo y analizando sus acciones y sus repertorios habituales, se pueden hacer predicciones bastante fiables de lo que, con mucha

probabilidad, volverán a hacer en circunstancias, situaciones y escenarios parecidos.

Las otras tres esferas personales son pensar-conocer (PC), sentir emociones (SEM) y la esfera biológica (B).

- La dimensión cognitiva (esfera PC).

Los niños, niñas y adolescentes no tienen cerebros *vacíos* sino que, a lo largo de su vida, sus experiencias van quedando inscritas y acumuladas en su historia de aprendizaje y buena parte de esa historia viva se concentra en la esfera cognitiva, que desempeñará a menudo un papel activador e inductor en la determinación de las otras esferas del comportamiento y en la génesis de los comportamientos y estilos de vida saludables o de riesgo.

La dimensión cognitiva está compuesta por los siguientes elementos: conocimientos, expectativas, objetivos, predicción, creencias/valores, actitudes, evaluación de las fuentes de estrés, evaluación de la vulnerabilidad personal, evaluación de la eficacia personal, evaluación del control de resultados, evaluación y autoimagen, fantasías/recuerdos, autoinstrucciones...

- La dimensión de los sentimientos y emociones (esfera SEM).

Tan importantes son las esferas I, ATP, y PC de la galaxia del comportamiento, que a menudo se cree que basta con asegurar que los niños, niñas y adolescentes hayan atendido, percibido y comprendido los mensajes saludables de la EpS para que de manera milagrosa aparezcan los comportamientos saludables. Sin embargo,

no reside en esas esferas la última frontera de los comportamientos y estilos de vida, ni tienen ellas la última palabra. Los sentimientos, las emociones, las pasiones y los estados de ánimo, o sea, la dimensión afectiva, es la expresión más patente de que las circunstancias del entorno afectan al equilibrio del individuo.

Los sentimientos y emociones, positivos y negativos, son también, como las demás dimensiones del comportamiento, construcciones históricas, dimensiones aprendidas en los intercambios recíprocos con los escenarios del entorno y con su propio cuerpo.

- La dimensión biológica (esfera B).

A lo largo de la historia personal, y de una manera especial durante la pubertad, los sistemas biológicos experimentan transformaciones y, en las interacciones de los niños, niñas y adolescentes con el entorno, se establecen los requisitos y el soporte estructurales para que se puedan dar las experiencias transaccionales e históricas de las otras cuatro dimensiones del comportamiento y los procesos de aprendizaje.

Las siete esferas están inmersas en el universo envolvente del ambiente o entorno físico y psicosocial que constituye el campo de acción en el que acontecen los contactos e interacciones que dan lugar a los comportamientos y estilos de vida. El entorno está organizado en escenarios y las siete esferas se mueven dentro del pequeño universo de cada uno de ellos (familia, escuela, espacios abiertos, lugares de ocio, instituciones, etc.). Los escenarios contienen recursos, oportunidades, obstáculos, en definitiva, factores de riesgo y factores de protección que se conjugan de forma desigual

y condicionan los flujos de relaciones recíprocas de las siete esferas y, en consecuencia, la naturaleza evolutiva de los comportamientos.

En conclusión, todos los modelos que se han presentado aportan una amplia y sólida base conceptual. Analizan la influencia de variables sociodemográficas y variables de salud, entendida desde una concepción amplia (como por ejemplo, autoconcepto, malestar psicosomático, estado de ánimo, fuentes de estrés, vulnerabilidad personal...), sobre los estilos de vida saludables en la etapa adolescente.

4.3. Referencias bibliográficas.

- Ajzen, I. & Fishbein, R. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Albery, I. P. & Munafò, M. (2008). *Key concepts in health psychology*. Thousand Oaks, CA, EE, UU.: Sage.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Nueva Jersey, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.
- Becker, M. H. & Malman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care regimens. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Bishop, G. D. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. En J.A. Skelton y R.T. Croyle (Eds.),

- Mental representation in health and illness*. New York, Springer-Verlag.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid, España: Paraninfo.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós.
- Costa, M. & López, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid, España: Pirámide.
- Elliot, D. S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S. G. Millstein, A. C. Petersen & E. O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century* (pp. 119-150). Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Janis, I. L. & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New Haven, CT, EE. UU.: Free Press.
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. Nueva York, NY, EE. UU.: Academic Press.
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En D. E. Rogers, & E. Ginzberg (Eds.), *Adolescents at risk: Medical and social perspectives* (pp. 19-34). Boulder, CO, EE. UU.: Westview Press.
- Laframboise, H. L. (1973). Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108, 388-393.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada.

- León, J. L. & Medina, S. (2002). *Psicología social de la salud: fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla, España: Comunicación Social, Ediciones y Publicaciones.
- Mendoza, R. (1990, junio). *Concepto de estilos de vida saludables y factores determinantes*. Documento presentado en la Segunda Conferencia Europea de Educación para la Salud, Varsovia, Polonia.
- Noar, S., Benac, C. & Harris, M. (2007). Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, 133, 673-693.
- Pastor, Y., Balaguer, I. & García Merita, M. L. (1999). *Estilos de vida y salud*. Valencia, España: Albatros.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Stanford, CA, EE. UU.: Applenton & Lange.
- Prochaska, J. & Diclement, C. (1983). Stages and processes of change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical Psychology and Psychotherapy*, 51, 390-395.
- Riemsma, R. P., Pattenden, J., Bridle, C., Sowden, A. J., Mather, L., Watt, I. S., et al. (2002). A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages-of-change approach to promote individual behaviour change. *Health Technology Assessment*, 6. Recuperado el 3 de junio de 2009, de <http://www.hta.ac.uk/pdfexecs/summ624.pdf>
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. En J. T. Cacioppo & R. E. Petty, (Eds.), *Social Psychophysiology* (pp. 153-176). Nueva York, NY, EE. UU.: Guilford.

- Rotter, J. B. (1966). Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217–242). Washington, DC, EE. UU.: Hemisphere.
- Wallston, K., Wallston, B. & De Vellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 161-171.
- Weinstein, N. (1988). The Precaution Adoption Process. *Health Psychology*, 7, 355-386.