

Determinantes Psicológicos de la Salud de los Jóvenes

(nº referencia/ticket 798450387)

Autores:

Carlos Manuel Sousa Albuquerque¹
Ana Paula Soares de Matos²
Cristina Paula Ferreira O.Albuquerque³
António José Eugénio Oliveira¹

¹ Profesor – Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal

² Profesora – Universidade de Coimbra, Portugal

³ Enfermera – Hospital de São Teotónio de Viseu, Portugal

Dirección: Carlos Manuel de Sousa Albuquerque. Escola Superior de Saúde de Viseu. Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102, 3500-843 Viseu, Portugal. E-Mail: cmalbuquerque@gmail.com

Resumen. En este estudio se evalúa la relación que diversas variables psicológicas (locus de control, coping y auto-concepto) tienen sobre determinadas variables de salud (estilo de vida, estado de salud y percepción general de salud) en jóvenes universitarios portugueses. La muestra es compuesta por 621 estudiantes (76,58% mujeres) con edad media de 19.91 años. Los resultados permiten concluir que las variables psicológicas están asociadas a las variables de salud y el sentido encontrado, de esta asociación, apunta para que, en su generalidad, los estudiantes cuyas variables psicológicas presenten valores más positivos expresen, también, valores más positivos en las variables de salud en estudio; por otro lado, alerta para la necesidad de servicios de acompañamiento psicológico y de promoción de la salud destinados a los jóvenes que frecuenten la enseñanza superior. Se trata de un estudio ex post hecho retrospectivo. que frecuenten la enseñanza superior. Se trata de un estudio ex post hecho retrospectivo.

Palabras Llave: estudiantes de la enseñanza superior; auto-concepto, locus de control de salud, coping, estilo de vida, salud.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, en la promoción de la salud, en la prevención y en la rehabilitación se considera cada vez más la importancia de factores psicológicos (Matos, Simões, Carvalhosa, Reis y Canha, 2000; McIntyre y Soares, 2002). En estos contextos se realizan tratamientos para problemas psicológicos, intervenciones psicológicas para conseguir formas más funcionales de lidiar con problemas de salud, se eliminan hábitos nocivos para la salud, se desarrollan comportamientos promotores de salud y se interviene junto de los técnicos de salud y en el propio sistema de cuidados de salud (Matos, 1995; McIntyre, Soares y Silva, 1997; Ribeiro, 1998). Para tal es necesario poseer buenos conocimientos de las bases biológicas, sociales, cognitivas y emocionales de la salud y de la enfermedad y del comportamiento; y tener en cuenta, entre otros aspectos, el estado de salud, los recursos, las necesidades y las preferencias de los individuos. El objetivo de la Psicología Clínica de la Salud es comprender e intervenir en las interacciones que se establecen entre la persona, su estado de salud y su ambiente (Belar y Park, 2001) y hacer la integración entre la investigación y la práctica.

Han sido desarrollados diversos modelos psicológicos generales de la salud y de la enfermedad, la mayor parte de ellos basados en el modelo biopsicosocial desarrollado por Engel (y.g., Belar, Deardorff y Kelly, 1987; Belar y Park, 2001; Leigh y Reiser, 1980) y también en el modelo holístico (y.g., Bliss, Baumam, Piper, Brint y Wright, 1985; Sobel, 1979; Stanway, 1982). Estos modelos consideran la importancia de los dominios biológico o físico, afectivo, cognitivo, comportamental y ambiental y han destacado el papel de diversas variables, como es el caso de características personales estables o trazos de personalidad, indicadores de funcionamiento psicológico y bienestar, acontecimientos traumáticos o inductores de stress, posición en la estructura social y características del ambiente social e interpersonal, etc. (Kasl y Jones, 2001). Es consensual considerar que el comportamiento puede influenciar la salud y que modificar el comportamiento puede afectar la salud (Schwartz, Brotman y Jilinskaia, 2001).

Destáquese que el concepto de salud es complejo y ha sido blanco de acceso debate, confrontándose perspectivas (biomédica y psicológica; negativa – salud como ausencia de enfermedad, y positiva – salud como un estadio de desarrollo). La definición más consensualmente endoso, aunque obviamente no redime de críticas, ha sido a de la Organización Mundial de Salud, que es bastante amplia, incluye la salud positiva y distingue tres dimensiones (física, mental y social). La adopción de esta definición ha llevado al desarrollo y utilización en las investigaciones de medidas de estado de salud amplias, genéricas y multidimensionales, (como el MOS 36 Ítem Short-Form Health Survey – SF-36, de Ware y Sherbourn, 1992; Nottingham Health Profile – NHP, de Hunt, McEwen y McKenna, 1986; y el Sickness Impact Profile – SIP, de Bergner et al., 1976 (Furer, Konig-Zahan y Tax, 2001)). Este tipo de medidas más complejas habitualmente focam-se en las percepciones subjetivas del estado de salud y son consideradas más adecuadas que otras, más simples o objetivas, como por ejemplo las medidas de un único ítem (una cuestión del siguiente tipo: ‘como es que eva-

luaría su propia salud?’ - Idler y Kasl, 1995) o el indicador epidemiológico de tasa de mortalidad (Bowling, 1997; Ogden, 2001). La salud subjetiva o percibida puede ser definida como la experiencia que el individuo tiene de sus acontecimientos mentales físicos y sociales que son inductores de sentimientos de bienestar (Hunt, 1988; in Bowling, 1997).

Como tuvimos la oportunidad de constatar, los conceptos y las medidas de salud han evolucionado desde los más simples y objetivos hasta a los más complejos y subjetivos. En el ámbito de la psicología, hacemos este recorrido de la simplicidad para la complejidad, tendemos a tener una perspectiva multi-dimensional y podemos comprender mejor la subjetividad del individuo en estudio (los significa-de los que da, sus emociones y comportamiento).

El coping y el estilo de vida también han sido muy estudiados en la psicología de la salud y en la medicina comportamental, sobre todo su papel moderador y mediador en resultados de salud (Endler y Johnson, 2001; Snel y Twisk, 2001). El coping incluye componentes comportamentales, emocionales y cognitivos que el individuo utiliza para disminuir la discrepancia percibida entre las exi-gências situacionais y sus capacidades o cualificaciones (Lazarus y Folkman, 1984; Endler y Johnson, 2001). El estilo de vida incluye una serie de comportamientos relacionados con la salud, como el ejercicio físico, la dieta alimentar, el consumo de alcohol y tabaco, etc. Se ha destacado la influencia del estilo de vida en el estado de salud, el valor preventivo de estilos de vida saludables y la necesidad de que se conozcan mejor sus determinantes (Snel y Twisk, 2001).

Son diversos los factores que han sido asociados a la práctica de comportamientos relacionados con la salud y al estado de salud, desde factores ambientales, culturales, sociales, económicos hasta factores personales (y.g., Matos et al., 2000; McIntyre y Soares, 2002). Para que comprendamos estos factores y sus mecanismos de influencia han sido desarrollados varios modelos teóricos, que ayudan también a percibir como las personas cambian sus comportamientos.

La teoría cognitivo-comportamental ha sido aplicada con éxito en el contexto de la salud y de la enfermedad (mental y física). Comenzó por ser aplicada con bastante éxito en la salud y enfermedad mental y más recientemente ha sido aplicada a la salud y enfermedad física, también con bastante éxito. (y.g., Bandura, 1986; Beck, 1976, 1985, 1987, 1991; Beck, Emery y Greenberg, 1985; Folkman y Lazarus, 1991; Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1999; Leventhal, 1984; Leventhal y Cleary, 1980; Leventhal, Prochaska y Hirshman, 1985; Meichenbaum, 1985; Miller y Rollnick, 1991; White, 2001).

Jessor y colaboradores elaboraron un modelo específico denominado “teoría del comportamiento-problema” que visa una mejor comprensión de los comportamientos disfuncionais de los adolescentes y adultos jóvenes y que comprende los comportamientos que ponen en riesgo la salud. Destacaron la importancia de los factores de riesgo y de los factores protectores y de la interacción de los mismos con el estilo de vida en la promoción de la salud. A nivel de los atributos personales,

mencionaron la importancia de factores de riesgo como baja auto-estima y baja auto-eficacia, locus de control externo y estrategias de coping inmaduras o inflexibles, y de factores protectores, como buena auto-estima y auto-eficacia, locus de control interno y estrategias de coping eficaces (Jessor, 1984, 1991, 1993; Jessor, Donovan y Costa, 1990; Jessor, Donovan y Costa, 1991).

Los estudios han mostrado que un buen auto-concepto se relaciona con mejores resultados de salud (Andrade, 1997; Burton, Sussman, Hansen, Jonhson y Flay, 1989; Duffy, 1988; Essex y Klein, 1989; Jamison, Lewis y Burish, 1986; Leviner, Galili, Lowenthal y Sarna, 1991; Muhlenkamp y Sayles, 1986; Pender, Walker, Sechrist y Frank-Stromborg, 1990; Rutledge, 1987; Vaz Serra y Firmino, 1986; Vaz Serra, Matos y Gonçalves, 1986; Snow y Bruce, 2003).

Por su parte el locus de control también se ha revelado un importante predictor de resultados de salud (Lau, 1982; Casey, Kingery, Bowen y Corbet, 1993; Waller y Bates, 1992; Steptoe y Wardle, 2001).

Las investigaciones tienen aún confirmado que el estilo de coping, expresamente el constructo de Sentido Interno de Coherencia, desarrollado por Antonovsky (con sus tres dimensiones de comprensibilidad, manejabilidad y significabilidad), se relaciona positivamente con el estado de salud (Antonovsky, 1987, 1990, 1992; Helada, 1990, 1994, 1996, 1997; Helada, Justo, Santos, Steptoe y Wardle, 1994; Johnson, 2004).

Faz a todas estas evidencias, parece así necesario e importante estudiar más en detalle no sólo los efectos principales de un conjunto de variables psicológicas (auto-concepto, locus de control de salud y sentido interno de coherencia) en la predicción del estilo de vida, estado de salud y percepción general de salud (variables de salud), como igualmente, tal como es referido por Baron y Kenny (1986), considerar la posibilidad de las variables - estilo de vida y percepción general de salud - que puedan ejercer efectos de interacción en la relación entre las variables psicológicas y el estado de salud (variable dependiente), en una muestra de estudiantes universitarios portugueses. Destáquese que dada la confusión que, por veces, el concepto de efecto de interacción suscita, verificándose que es utilizado en diversos estudios con significados tan diversos como “efecto moderador”, “efecto de ajustamiento”, “efecto de correlación” y efecto “de interacción” propiamente dicho, juzgamos ser importante lo definís, en el ámbito de este trabajo, de forma operacional. Así, la utilización de la nomenclatura de efecto de interacción, en este estudio, se refiere al concepto tal como es definido por Stevens (1996), o sea, al “efecto que una variable independiente he en una drogadicta, no ser siempre el mismo, para todos los niveles de otra variable independiente” (p.221).

En suma, el objetivo general del presente estudio “ex post hecho” (Montero y León, 2002), es lo de buscar evaluar la relación entre un conjunto de variables psicológicas (locus de control, coping y auto-conceito) y determinadas variables de salud (estilo de vida, percepción general de salud y estado de salud), en una muestra de estudiantes de la enseñanza superior portugués.

En la elaboración de este artículo se siguió la estructura propuesta por Bobenrieth (2002).

MÉTODO

MUESTRA

En la tabla 1 están representadas las características generales de la muestra, donde podremos constatar que en el estudio participaron 621 estudiantes que frecuentan el Curso de Enfermería, con una media de edades de 19.91 años ($Dp=2.18$) y con predominio del sexo femenino (un 76.58%); se verifica también que esta muestra es esencialmente constituida por estudiantes solteros (un 98.04%), residentes en medio rural (un 52.33%), en la franja etaria de los 18 a los 20 años (un 41.55%) y que frecuentan el 1º año lectivo del respectivo curso (un 56.84%).

Relativamente al grupo Socio-Económico, se verifica que la capa social más frecuente es la IV, seguida de la III. Para esta estratificación utilizamos la clasificación de Sedas Nunes (1970), que clasifica los individuos en 4 Capas Sociales, teniendo en cuenta el grado de instrucción y la profesión del jefe de familia: Capa I - Superior; Capa II - Media; Capa III - Inferior-Alta; Capa IV - Inferior-Baja.

Tabla 1 - Características generales de la muestra

	N=621	%
Sexo		
Homens	133	21.42
Mulheres	488	78.58
Estado Civil		
Solteiro	609	98.04
Casado	12	1.93
Ano Lectivo		
1º Ano	353	56.84
3º Ano	268	43.16
Área de Residência		
Rural	325	52.33
Urbana	296	47.67
Camada Social		
I	33	5.32
II	157	25.28
III	205	33.01
IV	226	36.39
Idade		
Grupo etário		
16-18	29	4.67
18-20	258	41.55
20-22	241	38.81
22-24	48	7.73
24-26	25	4.03
26-28	14	2.25
28-30	5	0.80
30-32	1	0.16

PROCEDIMIENTOS

Los instrumentos de cosecha de datos fueron administrados en los tiempos lectivos de los estudiantes a quienes propusimos participar en el estudio; el tiempo necesario a su preenchimento fue cerca de 60 minutos. Los instrumentos fueron administrados por uno de los autores del presente estudio y por una profesional de salud (enfermera) que colaboró en la cosecha de datos. Antes de la administración de los instrumentos fue explicitado el objetivo del estudio (la relación de predicción

entre variables psicológicas y de salud en jóvenes universitarios) y el carácter voluntario y anónimo de la participación, pudiendo los sujetos llenar o no los cuestionarios, no debiendo pero escribir el nombre en ninguna de las partes del mismo. Los diversos cuestionarios que integraban los instrumentos de cosecha de datos fueron colocados en todas las órdenes y distribuidos al acaso por los sujetos, siendo que los devueltos, después de respectivo preenchimento, constituyeron un 95% de los entregues

INSTRUMENTOS

Para evaluar las variables psicológicas fueron utilizados los siguientes instrumentos de auto-respuesta:

- Sense of Coherence Questionnaire (SOC) (Antonovsky, 1987; versión adaptada para la población portuguesa por Helada, 1990). El SOC permite evaluar los recursos individuales de coping “” definidos por el autor como una aptitud interna, global, para percibir, interpretar y dar significado a las experiencias stressantes de la vida, que posiciona el individuo en una orientación de salud, física y psicológica. Constituido por 29 ítems (en una escala de likert con 7 categorías de respuesta) comprende tres factores/dimensiones principales, consideradas como formando parte del “sentido interno de coherencia”: comprensibilidad (11 ítems - y.g., ‘cuando habla con otras personas, tiene el sentimiento de que ellas no lo comprenden?’); manejabilidad (10 ítems - y.g., ‘ya le aconteceu que lo tengan desapontado personas con quienes usted contaba?’); y significabilidad (8 ítems - y.g., ‘tiene el sentimiento de que no se interesa realmente por lo que se pasa a la su vuelta?’). El SOC presenta buena consistencia interna. Los valores de alpha, para a escala total, han oscilado entre .82 y .95 (Antonovsky, 1987, 1993), valores ligeramente superiores a los presentados para la versión portuguesa - entre .79 y .90 (Helada,1996,1997).

- Inventario Clínico de Auto-Concepto (ICAC) (De Vaz Serra, 1986). Es un instrumento que evalúa los aspectos emocionales y sociales del auto-concepto; es fiable (coeficiente de Spearman-Brown de .79 para una muestra de 920 individuos, y una correlación prueba-reteste de .83, para un intervalo de 4 semanas) y ha sido extensamente utilizado y validado (Vaz Serra, 1995). Los 20 ítems (en un formato tipo likert con 5 categorías de respuesta) que lo constituyen están agrupados en cuatro factores: factor 1 - aceptación/rechazo (y.g., ‘soy una usualmente bien endoso por los otros’), factor 2 - auto-eficacia (y.g., ‘tengo por hábito desistir de mis tareas cuando encuentro dificultades’), factor 3 - madurez psicológica (y.g., ‘suelo ser franco y expresar mis opi-niões’), y factor 4 - impulsividad/actividad (y.g., ‘soy una persona que gusto mucho de hacer lo que me apetece’).

- Inventario de Auto-Concepto Físico (IACF) (De Vaz Serra, 1988). El IACF tiene por objetivo medir los aspectos físicos del auto-concepto, mostrando tener una buena fiabilidad; su autor obtuvo un coeficiente de Spearman-Brown de .68, valor particularmente alto, considerando el cuantitativo de la muestra - 760 individuos. Es compuesto por 40 ítems (en una escala de likert con 5 categorías de respuesta) que se agrupan en cinco factores, con raíces latentes superiores la 1, que contribuyen con un 61,21% para el porcentaje cumulativo de la varianza, a saber: factor 1- las cuestiones que lo constituyen revelan una dimensión traductora de buena o mala impresión física, producida en los otros (y.g., ‘me considero una personas físicamente atractiva’); factor 2- traduce facilidad o dificul-

tad en el contacto de los ojos, que tiene un innegable valor en el contexto de los mensajes no-verbales (y.g., ‘cuando falo con otra persona, me cuesta mirarlo bien en los ojos’; factor 3- es traductor de una buena o mala vitalidad física (y.g., ‘me considero, de modo general, una persona con energía’); factor 4 - destaca la forma como el individuo habla, pelo que es otra dimensión relacionada con comportamiento no-verbal (y.g., ‘mi voz causa buena impresión en las otras personas’); factor 5 - traduce la apreciación de la morfología corporal’ (y.g., ‘cuando me comparo con los otros reconozco que tengo usualmente una postura más rígida’), y factor 6 - los ítems que lo constituyen revelan una dimensión traductora de satisfacción o insatisfacción sexual (y.g., ‘me gustaba ser sexualmente más activo que realmente soy’).

- Cuestionario “Lo que Pienso de la Salud” (OQPS) (De Ribeiro, 1993,1994). Constituido por 14 ítems (seleccionados de las siguientes escalas: Health Locus of Control Scale - Wallston B.S., Wallston K.A., Kaplan G.A. y Maides S.A., 1976; Multidimensional Health Locus of Control Scales - Wallston y DeVellis,1978, y Health -Specific Locus of Control - Lau y Ware,1981) permite efectuar la evaluación del locus de control de salud. En una muestra de 609 individuos portugueses, que sirvió para su construcción, el autor obtuvo, para los dos factores que la integran, los siguientes valores de consistencia interna, a saber: “locus de control” - que refleja el grado por lo cual el individuo espera que determinados resultados relacionados con la salud sean contingentes con su comportamiento o atribuidos a la suerte o acaso (y.g., ‘si una persona tuviera cuidado con lo que hace consigue evitar muchas enfermedades’ - ($\alpha = .75$); y otros “poderosos” - que refleja el grado por lo cual el individuo espera que determinados resultados relacionados con la salud sean contingentes con acciones de otras personas (y.g., ‘buscar el médico para hacer check-ups regulares es un factor llave para mantenerse saludable’) - ($\alpha = .74$).

Para medir las variables de salud fueron utilizados los siguientes instrumentos de auto-respuesta:

- Life-Style Assessment Questionnaire (LAQ) (Hettler, 1982; versión adaptada para la población portuguesa por Ribeiro, 1993). Con la designación portuguesa de Mi “Estilo de Vida” (OMEV), el inventario permite evaluar comportamientos de salud y de riesgo. Es compuesto por 27 ítems (en una escala de likert con 5 categorías de respuesta) que se agrupan en diez factores, con raíces latentes superiores la 1, que explican un 64,20% de la varianza: el primero, caracteriza el cuidado con la alimentación - nutrición (5 ítems); el segundo, la preocupación con el ambiente poluido - polución (3 ítems); el tercero, con el ejercicio - ejercicio (3 ítems), el cuarto, el cuidado con las relaciones sexuales - sexual (3 ítems) ; el quinto, la prevención de las enfermedades - prevención (3 ítems); el sexto, el cuidado con las drogas semi-legales - drogas (2 ítems); el séptimo, la preocupación con las bebidas alcohólicas - alcohol (2 ítems); el octavo, la preocupación con el tabaco y medicamentos - riesgo (2 ítems); el noveno, los cuidados con el transporte automóvil - auto (2 ítems); y el décimo, la protección de la salud - protección (2 ítems). El análisis de consistencia interna (α de Cronbach) para la versión portuguesa, reveló, para todos los factores, valores por encima de los .60.

- Escala de Estado de Salud (EES) (De Albuquerque, 1999). Constituida por 19 ítems (en un que sea-mato tipo likert con 5 categorías de respuesta) permite evaluar dimensiones de salud física y psico-lógica. En una muestra de 948 individuos portugueses, que sirvió para su construcción, el autor obtuvo elevados valores de consistencia interna en los tres factores que la integran, a saber:

salud física ($\alpha = .78$), salud psicológica ($\alpha = .86$) y desempeño del papel - evalúa la interferencia de la salud en las actividades diarias (escolares y no escolares) del sujeto - ($\alpha = .85$).

- General Health Perception Battery (GHPB) (Brook et al., 1980; versión reconstruida y adaptada para la población portuguesa por Ribeiro, 1993). La GHPB permite evaluar la percepción general de salud. La versión portuguesa, con la designación de Mi "Salud" (AMS), es constituida por 18 ítems (en una escala de likert con 5 categorías de respuesta) que se agrupan en cuatro factores: percepción de la salud actual (9 ítems), percepción de la salud pasada (3 ítems), preocupación con la salud (4 ítems) y actitud para con la ida al médico (2 ítems). En este estudio la versión de la escala revela una buena consistencia interna, cuando se considera la totalidad de los ítems ($\alpha = .80$), en el res-peatante a los factores, los valores de la consistencia interna son sin embargo substancialmente inferiores, destacándose el factor percepción de la salud actual ($\alpha = .71$) con valores de α de Cronbach superiores a los factores preocupación con la salud ($\alpha = .69$), percepción de la salud pasada ($\alpha = .66$) y actitud para con la ida al médico ($\alpha = .65$).

RESULTADOS

Para el tratamiento estadístico se utilizó el programa STATISTICA 5.1 y como pruebas fueron aplicadas Análisis de Regresión Múltiple para determinar, a partir de las variables psicológicas, el conjunto con mayor capacidad predictiva del estado de salud, estilo de vida y percepción general de salud de los sujetos inquiridos. Con la realización de este análisis, fue posible probar no sólo los efectos principales ⁽¹⁾, pero también los efectos de interacción. Se juzgó, así, poder conocer, de forma más fiable y detallada, la contribución, para el resultado final, de cada variable por sí sólo y en interacción con las restantes ⁽²⁾. En este sentido, fueron aplicados Análisis de Regresión Múltiple Paso a Paso ⁽³⁾, en que los totales de los instrumentos de evaluación "Mi Estilo de Vida", "Escala de Estado de Salud" y Mi "Salud" fueron utilizados como variables dependientes y los factores/dimensiones de los instrumentos que evalúan las variables psicológicas como variables independientes. El total de las escalas utilizadas para evaluar las variables psicológicas no fue introducido en el análisis de regresión dada su alta correlación con los factores (multicolinearidade). En las tablas 2, 3, 4 y 5 son presentados los resultados de los análisis de regresión múltiple en función de las variables de salud estudiadas. La orden de presentación de los resultados obedecerá a la siguiente secuencia - estilo de vida, percepción general de salud y finalmente estado de salud.

(1) Pedhazur y Schmelkin (1991) refieren que, en la práctica, "el estudio de los efectos principales es calculado para cada variable independiente considerada como si no existieran otras variables independientes" (p.220); (2) El estudio de los efectos de interacción sólo se procesó en la predicción del Estado de Salud mientras variable drogadicta; (3) 'Stepwise' en lengua inglesa. El hecho de tratarse de una regresión paso a paso significa que sólo permite la entrada en el modelo de las variables que contribuyen para un incremento significativo de la varianza explicada (Dilon y Goldstein, 1984). O sea, siempre que, por el método Stepwise, entra una variable nueva en el modelo se analiza la significancia de cada variable X, siendo eliminadas las variables que no tengan una capacidad de explicación significativa; el proceso se repite hasta que las variables no introducidas en el modelo no tengan capacidad explicativa significativa y cuando todas las que están en el modelo a hayan (Pestaña y Gageiro, 2003).

En este análisis de regresión para variables correlacionadas entre sí, introducimos como variables independientes los factores de los instrumentos que evalúan el Sentido Interno de Coherencia (SOC), el Auto-Concepto - Social y Emocional (ICAC), el Auto-Concepto Físico (IACF) y el Locus de Control de Salud (OQPS); y como variable dependiente, el Estilo de Vida (Tabla 2). Los valores totales de las escalas referentes a las variables psicológicas no fueron introducidos en los análisis de regresión dada su alta correlación, con los factores, desaconsejar su utilización debido al efecto de la multicolinealidad.

Tabla 2 - Análisis de Regresión Múltiple Paso a Paso: las variables psicológicas en la predicción del estilo de vida

<i>Variáveis na equação</i>	<i>Incremento de R²</i>	<i>β</i>	<i>F(df,df)</i>	<i>R² Ajustado</i>
Factor 3 - ICAC	.058	.172		
Manejabilidade - SOC	.026	.130		
Factor 1 - IACF	.012	.127	15.57 (5,615)	.11
Factor 4 - ICAC	.009	-.117		
Factor 2 - ICAC	.007	.095		

Los resultados de la regresión (Tabla 2) revelan que, la primera variable entrada es el factor 3 del ICAC - madurez psicológica. Esta primera variable es la que explica el mayor porcentaje de varianza del Estilo de Vida (un 5.80%, $p < .001$). En segundo lugar aparece el factor - manejabilidade - del SOC, a explicar 2.60% más ($p < .001$) de la varianza, siguiéndose el factor 1 - buena o mala impresión física - del IACF con un 1.20% ($p < .01$), y el factor 4 del ICAC - impulsividade/actividad - a explicar 0.90% más ($p < .05$). La contribución de este último factor es de sentido inverso ($\beta = -.117$), lo que significa que cuánto mayor que sea la impulsividade/actividad, menores serán los valores del Estilo de Vida. La otra variable a continuación, que aún contribuye con p significativa para la ecuación de regresión, es el factor 2 del ICAC - auto-eficacia - que aumenta en un 0.70% la varianza explicada ($p < .05$). Estas variables, en su conjunto, explican un total del 11.24% de la varianza de la variable de salud - “Estilo de Vida”. Los datos evidencian un modelo bien endoso de regresión ($F = 15.57$, $p < .001$) aunque con un valor explicativo reducido. Pestana y Gageiro (2003) refieren que este valor es, en la regresión para variables correlacionadas entre sí, disminuido artificialmente pelo que realisticamente le corresponderá un valor más elevado.

Estos resultados permiten concluir que, en este conjunto de variables, se verifica un predominio de los factores del auto-concepto (social/emocional) en lo que respecta al valor predictivo del Estilo de Vida de los Estudiantes que frecuentan el Curso de Enfermería. Añadimos aunque ningún factor del Cuestionario “Lo que Pienso de la Salud” (Locus de Control de Salud) entró en este modelo de

regresión, no mostrándose por eso significativamente predictivo del Estilo de Vida de los Estudiantes.

VARIBLES PSICOLÓGICAS Y PERCEPCIÓN GENERAL DE SALUD

En esta regresión (Tabla 3), apareció como primero predictor de la Percepción General de Salud el factor - manejabilidad - del SOC, que explica un 12.10% ($p < .001$) de la varianza; en segundo lugar, el factor 1 - aceptación/rechazo - del ICAC, que añade un 2.00% ($p < .001$) a la varianza explicada; después surgen dos factores del IACF, el factor 2 - facilidad o dificultad en el contacto con los ojos - a explicar un 1.00% ($p < .01$) de la varianza y el factor 1 - buena o mala impresión física - que acrecienta a la varianza un 0.70% ($p < .05$).

Tabla 3 - Análisis de Regresión Múltiple Paso a Paso: las variables psicológicas en la predicción de la percepción general de salud

<i>Variáveis na equação</i>	<i>Incremento de R²</i>	<i>β</i>	<i>F(df,df)</i>	<i>R² Ajustado</i>
Manejabilidade - SOC	.121	.132		
Factor 1 - ICAC	.020	.121	28.64 (4,616)	.15
Factor 2 - IACF	.010	.092		
Factor 1 - IACF	.007	.070		

Aunque con un reducido valor explicativo (un 15.68%), este modelo de regresión encontrado es un modelo bien endoso ($F=28.64$, $p < .001$) y todas las variables que lo constituyen contribuyen de forma positiva para el aumento de los índices de la Percepción General de Salud.

Reportándonos de nuevo al análisis de los resultados del modelo de regresión encontrado para la predicción de la Percepción General de Salud, los mismos permiten concluir que los estudiantes que no se sienten víctimas de los acontecimientos, que consideran tener una buena aceptación social, que tienen facilidad en el contacto visual y que juzgan causar buena impresión física en los otros, tienden a evidenciar una Percepción General de Salud más elevada. Destacamos, tal como aconteció en el estudio de la predicción del Estilo de Vida y del Estado de Salud, el hecho de ninguno de los dos factores relativos al Locus de Control de Salud haber entrado en el modelo y como tal no que se hayan mostrado significativos en la predicción de la Percepción General de Salud.

VARIBLES PSICOLÓGICAS Y ESTADO DE SALUD

Con El Estado de Salud como variable dependiente, 3 factores psicológicos entraron en la ecuación de regresión (Tabla 4). El factor manejabilidad del SOC entró en primer lugar y se mostró responsable por un 19.90% de la varianza ($p < .001$). El factor comprensibilidad del mismo cu-

estionario entró a continuación y contribuyó con 3.60% más para la explicación de la varianza ($p < .001$). Se siguió después el factor significabilidad aún del mismo cuestionario con una contribución del 2.40% ($p < .05$) para explicar la varianza. Todos estos factores, con la particularidad de que se constituyan como los tres factores del SOC, contribuyen para el aumento de los niveles del Estado de Salud de los Estu-antes. También estos resultados revelan un modelo bien endoso de regresión ($F=50.54$, $p < .001$) a pesar de su reducido valor explicativo (un 25,83%).

Tabla 4 - Análisis de Regresión Múltiple Paso a Paso: las variables psicológicas en la predicción del estado de salud

<i>Variáveis na equação</i>	<i>Incremento de R²</i>	<i>β</i>	<i>F(df,df)</i>	<i>R² Ajustado</i>
Manejabilidade - SOC	.199	.267		
Compreensibilidade- SOC	.036	.228	71.62(3,617)	.25
Significabilidade - SOC	.024	.109		

Los resultados de esta ecuación de regresión permiten concluir que el Estado de Salud de los Estu-antes del Curso de Enfermería es significativamente predicho sólo por los tres factores del SOC. Estos contribuyen de forma positiva para el aumento de los índices relativos al Estado de Salud. Es decir, los estudiantes que perciben que existen recursos adecuados para hacer faz a la adversidad o a los estímulos que los bombardean, no sintiéndose por eso víctimas de los acontecimientos, que esperan que los estímulos futuros sean previsibles o, por lo menos, tengan orden y sean explicables y que consideran los desafíos bienvenidos y no amenazas que deben ser evitadas, tienden a evidenciar mejor Estado de Salud.

Nuestro modelo teórico de investigación colocaba la hipótesis de las variables Estilo de Vida y Percepción General de Que salud puedan tener un efecto moderador de la relación entre las variables psicológicas y el Estado de Salud. El análisis de regresión efectuada para el estudio de esta relación reveló que existían relaciones significativas entre los factores del SOC (manejabilidad, comprensibilidad y significabilidad), pero que el valor predictivo de los mismos era reducido. Faz a la magnitud de estos resultados, una vez que la relación entre predictores y variable dependiente se mostró más baja que sería de esperar, no estudiamos el efecto mediador. Estudiamos entonces el efecto moderador, para además del efecto principal, de las variables Estilo de Vida y Percepción General de Salud en el Estado de Salud, como sugieren Baron y Kenny (1986) y Holmebeck (1997).

La cuestión que se colocaba era a de saber si serían los estudiantes con determinadas características psicológicas que, sobre todo a lo que presenten mejor Estilo de Vida y Percepción General de Saú-de, evidenciarían un nivel de Estado de Salud más elevado. Pretendíamos entonces determinar

se existían interacciones significativas entre las variables. Para probar el papel de las variables de interacción como predictoras del Estado de Salud de los estudiantes, realizamos un Análisis de Regresión Múltiple Paso a Paso con todas las variables de la anterior Regresión Múltiple y con las variables de interacción, resultantes de la interacción de cada uno de los factores de los instrumentos que evalúan las variables psicológicas con la nota global del cuestionario que evalúa el Estilo de Vida - “OMEV” - y la nota global del cuestionario que evalúa la Percepción General de Salud - “AMS”.

INTERACCIÓN CON EL ESTILO DE VIDA Y LA PERCEPCIÓN GENERAL DE SALUD

Los resultados de la regresión múltiple llevada a efecto (Tabla 5) evidenciam un modelo bien endoso de regresión ($F=84.81$, $p<.001$) en lo cual la primera variable entrada se refiere a la interacción del factor comprensibilidad del SOC con el índice de Total Percepción General de Salud (AMS). Esta primera variable de interacción es la que explica el mayor porcentaje de varianza del Estado de Saú-de (un 29.40%, $p<.001$). En segundo lugar aparece la variable resultante de la interacción del factor significabilidad del SOC con el índice de Total Percepción General de Salud (AMS) a explicar 4.80% más ($p<.001$) de la varianza, siguiéndose otra variable de interacción - factor 4 (impulsividad/actividad) del ICAC con el índice de Total Estilo de Vida (OMEV) - con una contribución de 0.90% más ($p<.01$). La última variable endoso por el modelo de regresión se refiere no la una variable de interacción pero al factor 3 - madurez psicológica - del ICAC, que aumenta ligeramente, en un 0.50%, la varianza explicada ($p<.05$). Estas variables, en su conjunto, explican un total del 35.50% de la varianza de la variable de salud - “Estado de Salud”.

Tabla 5 - Análisis de Regresión Múltiple Paso a Paso: la interacción de las variables psicológicas con el estilo de vida y la percepción general de salud en la predicción del estado de salud

<i>Variáveis na equação</i>	<i>Incremento de R²</i>	<i>β</i>	<i>F(df,df)</i>	<i>R² Ajustado</i>
Compreensibilidade * Total AMS	.294	.336		
Significabilidade * Total AMS	.048	.294	84.81(4,616)	.35
Fator 4 - ICAC * Total OMEV	.009	.114		
Fator 3 - ICAC	.005	-.074		

La comparación de las dos regresiones múltiples efectuadas para el estudio de la predicción del Estado de Salud revela que el porcentaje de varianza explicada por el modelo encontrado aumenta (del 25.83% para un 35.50%) cuando se utilizan variables de interacción, y contribuye para reforzar la idea de que la predicción del Estado de Salud es fuertemente influenciada por los factores del

SOC. Es decir, en su conjunto, los resultados sugieren que las dimensiones del SOC (manejabilidad, significabilidad y comprensibilidad), quiere consideradas aisladamente, con efectos aditivos, quiere consideradas en interacción con La Percepción General de Salud predicen, de forma positiva y significativa, el Estado de Salud de los estudiantes del curso de enfermería.

Destacamos aunque la interacción del factor 4 - impulsividades/actividad - del ICAC con el índice de Total Estilo de Vida también se mostró con efectos aditivos significativos.

CONCLUSIONES

En síntesis, nuestra investigación confirmó gran parte de los resultados de la literatura, evidenciando que, genéricamente, las variables psicológicas predicen significativamente, y de forma positiva, las variables de salud, en una muestra de jóvenes estudiantes de la enseñanza superior, que frecuentan un curso en el área de la salud - Enfermería.

Especificando:

Estilo de Vida. Los resultados los permiten concluir que el auto-concepto (físico, emocional y social) se presenta como el mejor predictor del estilo de vida. Para además de este dato, verificamos que los factores del auto-concepto más importantes, por su valor predictivo, son la madurez psicológica, impulsividades/actividad (con una relación negativa), auto-eficacia y buena impresión física. Estos resultados están de acuerdo con la mayor parte de los estudios hechos (y.g., Duffy,1988; Burton et al.,1989; Essex y Klein,1989; Ribeiro, 1993; Snow y Bruce, 2003). Se verificó también, que el locus de control de salud no se mostró predictivo del estilo de vida. Sin embargo, estos resultados no están de acuerdo con otros estudios que constataron que esta variable es un importante predictor de la adopción de comportamientos, de salud y de riesgo, conducentes a la salud (y.g., Carlson y Petti, 1989; Clark,1982; Lau,1982; Steptoe y Wardle, 2001).

Percepción General de Salud. Los resultados obtenidos permiten afirmar que los estudiantes que no se sienten víctimas de los acontecimientos (manejabilidad del SOC), que consideran tener una buena aceptación social, que tienen facilidad en el contacto visual y que juzgan causar buena impresión física en los otros (auto-concepto), tienden a tener una percepción general de salud más elevada. Datos que apoyan parcialmente esta constatación fueron obtenidos en estudios efectuados, por ejemplo, por Ribeiro (1993) y Helada (1994) donde constataron que los individuos que presentaban mejor auto-concepto y auto-eficacia evidenciaban una percepción general de salud más elevada y que el locus de control parecía no tener influencia en la predicción de la percepción general de salud.

Estado de Salud. En el estudio de los “efectos principales” verificamos que el único predictor del estado de salud se refería al sentido interno de coherencia. Sus tres factores - manejabilidad, con-

preensibilidad, significabilidad - contribuyen de forma positiva para el aumento de los niveles del estado de salud. Se verifica, de este modo, que nuestros resultados son semejantes a los encontrados en otros estudios (Antonovsky, 1990, 1992; Helada, 1996; Johnson, 2004). Helada (1996) en una muestra de 114 adultos portugueses de ambos sexos con edades comprendidas entre los 19 y los 58 años, constató que, cuando comparados los grupos más o menos saludable (controlada la edad), el grupo más saludable presentaba valores del sentido interno de coherencia significativamente más elevados que en el grupo menos saludable.

Nuestros resultados del estudio de los “efectos de interacción” sugieren también que los factores del sentido interno de coherencia en interacción con la percepción general de salud y el factor 4 - impulsividad/actividad - del Inventario Clínico de Auto-Concepto (Social/Emocional) en interacción con el índice de Total Estilo de Vida predicen de forma positiva el estado de salud de los estudiantes.

Relativamente a la magnitud de los efectos encontrados, el porcentaje de varianza explicada por los diversos modelos que fuimos probando es habitualmente baja. De acuerdo con Myers (1995) para conocerse lo que significa un valor aceptable de R^2 , hay que tener en consideración la naturaleza del fenómeno en causa, así como las medidas utilizadas en su evaluación. Teniendo en consideración los dos aspectos mencionados, y no olvidando las cautelas teóricas y metodológicas que tuvimos en la evaluación de las variables en causa, descritas anteriormente, juzgamos que en la interpretación de los valores encontrados se deberá tener en cuenta la naturaleza del “fenómeno” estudiado: la salud “”, que cómo tuvimos oportunidad de mencionar es “muy complejo y multifacético”. En este contexto, podremos afirmar que los valores encontrados, en los diversos modelos de regresión, son aceptables.

Outra importante questão prende-se com a relevância futura dois resultados do presente estudo. Hettler (1984, p.1117) afirmava: “espera-se que vos estudantes persigam um bem-estar ótimo através do desenvolvimento de perícias..., em vez de se limitarem a viver as suas vidas tal como ou têm feito as pessoas das suas comunidades ou famílias durante gerações, à espera que as coisas corram mau e, entou, esperando que o sistema de cuidados de saúde corrija o problema”.

A análise da saúde e das doenças nos jovens mostra que, nos países desenvolvidos, ou comportamento está associado à principal causa de mortalidade - acidentes motorizados - (WHO,1986), e que vos comportamentos desenvolvidos neste período de vida, são fatores de risco com muito peso vinte anos mais tarde no desenvolvimento de determinadas doenças, por exemplo, doenças do aparelho circulatório e neoplasias (Ministério da Saúde, 1997). Em Portugal, ao contrário de lo que es común en los países desarrollados, el grupo populacional más instruído tiende, por ejemplo, a fumar más que los menos instruídos (Padua,1993), llamando la atención para la importancia que puede tener la intervención sobre esta población.

Por las razones expuestas, se justifica la intervención intencional en el grupo de estudiantes de la enseñanza superior, visando la promoción de la salud. Tal intervención constituye una inversión a corto, medio y largo plazo. La prevención en la escuela es, hoy, un desafío cada vez más necesario y con mayor oportunidad. “Si las culturas son patrimonio heredado, ellas también son patrimonio reinventado, consecuencia de una reflexión crítica que se hizo interviniente” (Playa, 1995). Estimular valores, desarrollar actitudes, suministrar las “herramientas” necesarias para la creación de respuestas adecuadas, son aspectos educativos del desarrollo personal y social que la escuela protagoniza en el “saber ser” de cada uno.

Por otro lado, si es verdad que la información y la educación para la salud son necesarias, no es menos verdad que, sólo por sí, no promueven los necesarios cambios de comportamientos ni la adopción de estilos de vida saludables. De hecho, tal como refieren Teixeira y Leal (1994), no fumar, tener una alimentación equilibrada no abusando de sal ni de grasas, no consumir alcohol u otras drogas, hacer ejercicio físico regular, adoptar comportamientos sexuales seguros o, aún, adoptar estrategias eficaces para lidiar con el stress exigen bastante más que la información/educación. Se presupone, por lo tanto, una cada vez mayor participación, no sólo de los profesionales de salud, pero también de los profesionales de la Psicología.

En suma, pensamos que la influencia de variables psicológicas y de características personales son determinantes en este proceso, por eso nos propusimos estudiarlas en la presente investigación. Sin embargo, es importante referir que la muestra que estamos a tratar es mayoritariamente constituida por mujeres, pero que este hecho nos lleva a encarar algunos de los resultados obtenidos como preliminares, necesitando de confirmación en una muestra más equilibrada. Para además de este hecho, este estudio presenta otras limitaciones que presentamos de seguida:

- No debemos olvidar tratarse de un estudio retrospectivo, que presenta las limitaciones inherentes a este tipo de procedimientos;
- Parte de los estudios referencados se centra en muestras clínicas, pero que la comparación con los mismos debe ser hecha con algún cuidado;
- Si por un lado el número de sujetos que constituye la muestra nos parece adecuado para los análisis efectuados, por otro lado, consideramos ser una limitación del estudio el hecho de no incluir estudiantes de otras áreas de formación, para además de la enfermería;
- Y por fin, a pesar de haber hecho un esfuerzo para realizar un estudio integrador y comprensivo, se quedó-nos la impresión de haber observado sólo algunos pormenores, que juzgamos importantes, de un paisaje muy vasto y complejo que consiste en el conjunto de los posibles factores y mecanismos que contribuyen para el completo bienestar biopsicosocial.

En este sentido, los resultados obtenidos aconsejan la realización de estudios con metodología

del tipo experimental (o longitudinal y experimental) que, en un trabajo conjunto con los profesores, se busca ensayar, por ejemplo, la promoción del sentido interno de coherencia o del auto-concepto de los estudiantes y analizar los efectos ocurridos en los comportamientos de salud y de riesgo de los mismos. Un estudio con este objetivo podría traer informaciones más incisivas y permitir detectar la osci “-lação” de los resultados en estos instrumentos, atribuida a la intervención, además de representar un imponderable contribución en el acompañamiento a los profesores a los propios alumnos. A este propósito, será legítimo entender, por ejemplo, el desarrollo positivo del auto-concepto como una de las mayores tareas de la Psicología y de la Educación (Richman et al., 1985, cit. in Veiga, 1995; Veiga, 1989; Dias, 2000), y considerar el papel de los profesores como capaz de un importante impacto en el auto-concepto y en la adecuación comportamental de los alumnos (Purkey et al., 1984, cit. in Veiga, 1995; Dias, 2000).

Por último, y como orientación general, la futura investigación deberá interesarse más por el aprofundamiento de los diversos constructos psicosociales y cognitivos que estuvieron en análisis que por intentar demostrar la superioridad de determinado posicionamiento teórico en este campo. Estos constructos pueden y deben ser investigados bajo varias perspectivas, por la riqueza informativa que comportan. Transcurrirían de ahí nuevos avances en la conceptualização de estos constructos fascinantes, nuevos datos diferenciales, y tal vez una superior y más universal comprensión de la persona humana y como tal de sus comportamientos relacionados con la salud – comportamientos de salud y de riesgo.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, C.M. (1999). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes do ensino superior*. Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra, Portugal.
- Andrade, M.C. (1997). *Abordagem Psicossocial dos Comportamentos Orientados para a Saúde*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1992). Can attitudes contribute to health?. *Advances*, 8 (4) 33-49.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36, 725-733.
- Antonovsky, A., Sagy, S. e Adler, I. (1990). Attitudes toward retirement in an Israel cohort. *International Journal of Aging and Human Development*, 31, 57-77.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: a Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Baron, R.M. e Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social-psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beck, A.T. (1985). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: A cognitive continuum. In M.J. Mahoney e A. Freeman. *Cognition and psychotherapy* (pp.325-347). New York: Plenum Press.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy of the emotional disorders*. New York: New American Library.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37.
- Beck, A.T. (1991). Cognitive Therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp.1-25). New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Emery, G. e Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Guilford Press.
- Belar, C.D. e Park, T.L. (2001). Psychological assessment in the medical setting. In *Assessment in Behavioral Medicine*. A. Vingerhoets (Ed.). New York: Brunner-Rouledge.
- Belar, C.D., Deardorff, W.W. e Kelly, K.E. (1987). *The practice of Clinical Health Psychology*. New York: Pergamon Press.
- Bergner, M., Bobbitt, R.A., Kressel, S., Pollard, W.E., Gilson, B.S. e Morris, J.R. (1976). The Sickness Impact Profile: Conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *International Journal of Health Services*, 6, 303-415.
- Bliss, S., Baumam, E., Piper, L., Brint, A. e Wright, P. (1985). *The new holistic health handbook*. Lexington: The Stephen Green Press.
- Bobenrieth, M. (2002). Normas para la revisión de artículos originales en Ciências de la Salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 509-523.
- Bowling, A. (1997). *Measuring health. A review of quality of life measurement scales* (2nd edn). Buckingham: Library of Congress Cataloging –in–Publication Data.
- Brook, R., Ware, J., Davies-Averie, A., Stewart, A., Donald, C., Rogers, H., Williams e Johnston, S. (1980). Overview of adults health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care* (suppl.),17 (7).
- Burton, D., Sussman, S., Hansen., W., Jonhson, C. e Flay, B. (1989). Image attributions and smoking intentions among seventh grade students. *Journal of Applied Social Psychology*, 19 (8), 656-664.
- Carlson, B.R. e Petti, K. (1989). Health locus of control and participation in physical activity. *American Journal of Health Promotion*, 3 (3), 32-37.
- Casey, T., Kingery, P., Bowen, R. e Corbet, B. (1993). An investigation of the factor structure of the multidimensional health locus of control scales in a health promotion program. *Educational and Psychological Measurement*, 53, 493-498.
- Clarke, L. (1982). Cigarette smoking and external locus of control among young adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 253-259.
- Dias, E. (2000). *Em busca do sucesso escolar*. Lisboa: Livros Horizonte.

- Dillon, W.R e Goldstein, M. (1984). *Multivariate analysis: Methods and applications*. New York: Wiley & Sons.
- Duffy, M.E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. *Nursing Research*, 37 (6), 358-362.
- Endler, N.S. e Johnson, J.M. (2001). Assessment of coping with health problems. In *Assessment in Behavioral Medicine*. A. Vingerhoets (Ed.). New York: Brunner-Rouledge.
- Essex, M.J. e Klein, M.H. (1989). The importance of the self-concept and coping responses in explaining physical health status and depression among older women. *Journal of Aging and Health*, 1 (3), 327-348.
- Folkman, S. e Lazarus, R.S. (1991). Coping and emotion. In A. Monat e R.S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping, an anthology* (3rd edn., pp.207-227). New York: Columbia University Press.
- Furer, J.W, Konig-Zahan, C. e Tax, B. (2001). Health Status Measurement. In *Assessment in Behavioral Medicine*. A. Vingerhoets (Ed.). New York: Brunner-Rouledge.
- Geadá, M. (1990). O Modelo de Saúde Positiva - Salutogénico - de Aron Antonovsky: Resultados preliminares de um estudo com toxicodependentes. In I. Botelho, J.P. Almeida, M. Geadá, e J. Justo (Eds.), *A psicologia nos Serviços de Saúde* (pp.135-145). Lisboa: APPORT.
- Geadá, M. (1994). Sentido interno de coerência, clima familiar e comportamentos de risco de consumo de drogas na adolescência. *Análise Psicológica*, 12 (2/3), 315-321.
- Geadá, M. (1996). Mecanismos de defesa e de *coping* e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica*, 14 (2/3), 191-201.
- Geadá, M. (1997). Experiências de vinculação afectiva aos pais e companheiros e aptidões de “*coping*” em heroinodependentes e num grupo de controlo. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2 (2), 251-258.
- Geadá, M., Justo, J., Santos, S., Steptoe, A. e Wardle, J. (1994). Hábitos de saúde, comportamentos de risco e níveis de saúde física e psicológica em estudantes universitários. In T.M. MacIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp.157-175). Braga: APPORT.
- Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In M. M. Faber e A.M. Reinhardt (Eds), *Promoting health through risk reduction* (pp.99-134). New York: Collier MacMillan Publishers.
- Hettler, W. (1984). Wellness: The lifetime goal of a university experience. In J.D. Matarazzo, J.A. Herd, N.E. Miller, e S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral health* (pp.1117-1124), New York: John Wiley and Sons.
- Hunt, S.M., McEwen, J. e McKenna, S.P. (1986). *Measuring Health Status*. London: Croom Helm.
- Idler, E.L. e Kasl, S.V. (1995). Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *Journals of Gerontology*, Series B - Psychological Sciences and Social Sciences, 50, 344-353.
- Jamison, R. N., Lewis, S. e Burish, T.G. (1986). Cooperation with treatment in adolescent cancer patients. *Journal of Adolescent Health Care*, 7 (3), 162-167.
- Jessor, R. (1984). Adolescent development and behavioral health. In J. Matarazzo, J. Herd, N. Miller, e S. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health and disease prevention*. New York: John Wiley and Sons.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.

- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48 (2), 117-126.
- Jessor, R., Donovan, J. e Costa, F. (1990). Personality, perceived life chances, and adolescent health behavior. In K. Hurrelmano e F. Losel (Ed.), *Health hazards in adolescence*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Jessor, R., Donovan, J. e Costa, F. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Johnson, M. (2004). Approaching the salutogenesis of sense of coherence: The role of 'active' self-esteem and coping. *British Journal of Health Psychology*, 9, 419-432.
- Kasl, S.V. e Jones, B.A. (2001). Methodological considerations in the study of psychosocial influences on health. In *Assessment in Behavioral Medicine*. A. Vingerhoets (Ed.). New York: Brunner-Routledge.
- Lau, R. (1982). Origins of health locus of control beliefs. In J.L. Ribeiro (1994). Reconstrução de uma escala de locus-de-controlo de Saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15 (4), 207 - 214.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R.S. e Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leigh, H. e Reiser, M.F (1980). *Biological, psychological and social dimensions of medical practice*. New York: Plenum.
- Leventhal, H. e Cleary, P. (1980). The smoking problem: a review of the research and theory in behavioral risk reduction. *Psychological Bulletin*, 88: 370-405.
- Leventhal, H., Prochaska, T.R. e Hirshman, R.S. (1985). Preventive health behaviour across life span. In J.C. Cohen e L.J. Solomon (Eds.) *Prevention in Health Psychology*. Hanôver, NH: University Press of England.
- Leviner, E., Galili, D., Lowenthal, U. e Sarna, D. (1991). The attitude of patients at risk for infective endocarditis toward dental treatment. *International Journal of Psychosomatics*, 38 (4), 48-51.
- Matos, A.P. (1995). *Factores psicológicos na doença coronária*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Matos, A.P.S. e Sousa-Albuquerque, C.M. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: Influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 647-663.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S. F., Reis, C. e Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1998)*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- McIntyre, T.M. e Soares, V. (2002). Preditores psicossociais dos comportamentos de risco. In T.M. MacIntyre & V. Soares, *Programa integrado de promoção da saúde para adolescentes*. Braga: Universidade do Minho.
- McIntyre, T.M., Soares, V. e Silva, S. (1997). Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: Implicações para a prevenção. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2 (2), 219-232.
- Meichenbaum, D (1985). *Stress Inoculation Training*. New York: Pergamon.
- Meyers, R. (1995). *Classical and modern regressions with applications*. Boston: Duxbury Press.
- Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11: 147-172.

- Miller, W.R. e Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford.
- Ministério da Saúde (1997). *Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Montero, I. e León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Muhlenkamp, A. e Sayles, J. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. *Nursing Research*, 35 (6), 334-338.
- Ogden, J (2001). Theory and measurement: Conceptualization, operationalization and the example of health care. In *Assessment in Behavioral Medicine*. A. Vingerhoets (Ed.). New York: Brunner-Rouledge.
- Pádua, F. (1993). Cessar de fumar. *Cardiologia Actual*, 20, 740.
- Pedhazur, E.J. e Schmelkin, L. (1991). *Measurement, design and analysis: an integrated approach*. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates.
- Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R. e Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research*, 39 (6), 326-332.
- Pestana, M.H. e Gageiro, J.N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Praia, M.C. (1995). *Educação Escolar: Implicações do grupo de pares*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo.
- Ribeiro, J.L. (1993). *Características Psicológicas Associadas à Saúde em Estudantes, Jovens, da Cidade do Porto*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto.
- Ribeiro, J.L. (1994). Reconstrução de uma escala de locus-de-Controlo de Saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15 (4), 207 - 214.
- Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Rutledge, D.H. (1987). Factors related to women's practice of breast self-examination. *Nursing Research*, 36 (2), 117-121.
- Schwartz, C. E., Brotman, S. e Jilinskaia, E. (2001). Methodological considerations for psychosocial intervention studies. In *Assessment in Behavioral Medicine*. A. Vingerhoets (Ed.). New York: Brunner-Rouledge.
- Sedas Nunes, A. (1970). A Composição Social da População Portuguesa. *Análise Social*, II, 27-28, 331-381.
- Snel, J. e Twisk, J. (2001). Assessment of life style. In *Assessment in Behavioral Medicine*. A. Vingerhoets (Ed.). New York: Brunner-Rouledge.
- Snow, P.C. e Bruce, D.D. (2003). Cigarette smoking in teenage girls: Exploring the role of peer reputations, self-concept and coping. *Health Education Research*, 18 (4), 439-452.
- Sobel, S.D. (1979). Introduction. In S.D. Sobel (Ed.), *Ways of Health: holistics approaches to ancient and contemporary medicine* (pp.77-89). New York: Hercourt Brace Jovanovich.
- Stanway, A. (1982). *Alternative medicine: a guide to natural therapies*. New York: Penguin.
- Steptoe, A. e Wardle, J. (2001). Locus of control and health behaviour revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology*, 92, 659-672.
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

- Teixeira, J.C. e Leal, I.P. (1994). Psicologia da Saúde: Contributos para a descrição do seu estado actual e perspectivas futuras no ISPA. In T.M. MacIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp.177-181). Braga: APPORT.
- Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 37-48.
- Vaz Serra, A. (1988). Atribuição e auto-conceito. *Psicologica*, 1, 127-141.
- Vaz Serra, A. (1995). Inventário Clínico de Auto-Conceito. In L.S. Almeida, M.R. Simões, e M.M. Gonçalves (Eds.), *Provas psicológicas em Portugal* (pp.151-163). Lisboa: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Vaz Serra, A. e Firmino, H. (1986). O auto-conceito nos doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 91-96.
- Vaz Serra, A., Matos, A.P. e Gonçalves, S. (1986) Auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 97-101.
- Veiga, F.H. (1989). Escala de auto-conceito: Adaptação portuguesa do “Piers-Harris children’s self-concept scale”. *Psicologia*, 3 (VII), 275-284.
- Veiga, F.H. (1995). *Transgressão e autoconceito dos jovens na escola*. Lisboa: Fim de Século.
- Waller, K., e Bates, R. (1992). Health locus of control and self-efficacy beliefs in a healthy elderly sample. *American Journal of Health Promotion*, 6 (4), 302-309.
- Ware, J.E. e Sherbourn, C.D. (1992). The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- White, C.A.(2001). *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems*. Chichester: Wiley.
- WHO (1986). *Young people’s health - A challenge for society: report of a WHO study group on young people and “Health for all by the year 2000”*. Geneva: World Health Organization.