

Creencias en salud en preadolescentes con diabetes tipo 1

Carolina Greco^{*1} y Jesús Gil Roales-Nieto²

¹Universidad Aconcagua, Argentina ²Universidad de Almería, España

ABSTRACT

Health Beliefs in Type 1 Diabetes Teenagers. The study of health beliefs shows that it is during the adolescent period that takes place the formation of these important repertoires that will determine in part the behaviors related to health along life. The present study explore several health and disease beliefs in a sample of 70 type I diabetic teenagers (8-15 years old). Results confirm that adolescence is a relevant moment in the formation of health and illness beliefs and some differences between beliefs showed for diabetic teenagers. *Keywords:* Health Beliefs, Health Behavior, Diabetes, Teenagers.

RESUMEN

El estudio del desarrollo de los conceptos de salud y enfermedad y de las creencias de salud señala la adolescencia como una etapa en la que tiene lugar la formación de estos importantes repertorios que determinarán en buena medida el comportamiento relacionado con la salud durante la vida adulta. Se exploran los conceptos de salud de salud y enfermedad y diversas creencias relacionadas con la salud y la enfermedad en una muestra de 70 adolescentes (edad 11-15 años). Los resultados confirman que la adolescencia es un momento clave en la formación de los conceptos y creencias sobre salud y enfermedad y algunas diferencias en las creencias mostradas por los preadolescentes diabéticos respecto a los no diabéticos.

Palabras clave: creencias en salud, conducta de salud, diabetes, preadolescencia.

El estudio forma parte de una línea de investigación que tiene como objetivo la exploración de la formación de creencias sobre la salud en niños y adolescentes, tanto a nivel de población general (Gil Roales-Nieto, 1999; Gil Roales-Nieto, López y Moreno San Pedro, 2001; Gil Roales-Nieto, López, Zaldívar y Moreno San Pedro, 2003; Gil Roales-Nieto, Moreno San Pedro, Vinaccia, Contreras, Fernández, Londoño, Salas y Medellín, 2004; Moreno San Pedro y Gil Roales-Nieto, 2003), como en grupos afectados por enfermedades crónicas (Granados Gámez y Gil Roales-Nieto, 2005; Granados Gámez, Ybarra Sagarduy y Gil Roales-Nieto, 2006; Moreno San Pedro y Gil Roales-Nieto, 2006; Moreno San Pedro, Gil Roales-Nieto y Blanco Coronado, 2006a,b).

*Universidad Aconcagua-CRICYT. Av. Ruiz Leal S/N. Parque General San Martín, Mendoza, Argentina. C.P 5.500. cgreco@lab.cricyt.edu.ar

El objetivo general de esta línea de investigación es el avance en el análisis de la adquisición y evolución de las creencias relacionadas con la salud y del concepto de salud a lo largo de la vida, así como de las relaciones entre creencias y comportamientos relacionados con la salud. La formación de las creencias relacionadas con la salud viene siendo estudiado bajo la presunción de que un adecuado conocimiento posibilitará intervenciones educativas y preventivas más eficaces en el ámbito de la psicología de la salud (por ejemplo, Bibace, Schmidt y Walsh, 1994; García Fernández y Peralbo Uzquiano, 1999; Green y Bird, 1986; una revisión de estos estudios puede encontrarse en Gil Roales-Nieto, 1997, pp. 79-84).

El interés por el estudio de las creencias de salud en la infancia, ha estado motivado en algunas investigaciones, por el deseo de mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y los niños en temas relativos a la prevención y tratamiento de la enfermedad (p.ej., Perrin y Perrin, 1983; Potter y Robert, 1984), sin olvidar que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad desde la infancia y preadolescencia es un tema de especial interés por ser el momento de la vida en el se adquieren y consolidan patrones de comportamiento que en el futuro se resolverán en conductas saludables o en conductas de riesgo para la salud (p.ej., Acosta, Llopis, Peresmitré y Pineda, 2005; Gila, Castro, Gómez y Toro, 2005;).

En diabetes, el conocimiento de los conceptos de salud y enfermedad son de suma utilidad para el desarrollo de los programas de educación en diabetes (Gil Roales-Nieto, 1994). Un diabético debe cambiar su alimentación, su patrón de actividad y debe conocer cómo adecuar sus pautas de tratamiento ante eventualidades imprevistas. Es de suponer que para conseguir este control sobre la enfermedad, la educación en diabetes representa la mejor alternativa.

El presente estudio pretende explorar en una muestra de adolescentes con diabetes tipo insulino dependiente diversos objetivos específicos relacionados con los conceptos de salud-enfermedad y el tipo de creencias que informan los pacientes. Por ejemplo, las variables relacionadas con los conceptos de salud y enfermedad; la discriminación de los estados de glucémicos de riesgo; la importancia que otorgan los pacientes a su propio comportamiento en cuanto al mantenimiento de la salud; el riesgo percibido de sufrir otras enfermedades u otros problemas de salud, etcétera.

Igualmente, el estudio se enmarca en la consideración de las creencias en salud desde la óptica del análisis funcional como tipos de conducta verbal que han adquirido, a lo largo de la historia de cada individuo, funciones de control sobre otras conductas tanto verbales como no verbales (p.ej., Biglan, 1987; Dougher, 1995, 1997; Guerin, 1994; Hayes y Wilson, 1995; Luciano, 1993; Luciano y Gil Roales-Nieto, 1997).

MÉTODO

Participantes y Diseño

Se trata de un estudio epidemiológico, observacional, de carácter descriptivo transversal (Santisteban, 1999). Participaron en el estudio un total de 70 adolescentes con diabetes tipo 1 que acudían en régimen ambulatorio al Servicio de Diabetes del

Tabla 1. Características demográficas y sociales de los sujetos (N= 70).

Edad (media y DT)	11,8 (2,31)
Sexo	
Mujeres	44%
Hombres	56%
Escolarización	
Escolaridad General Básica, 3º ciclo (EGB3)	91,3%
Polimodal	8,7%
Residencia	
Zona metropolitana	67%
Zona rural	30%
Otras provincias	3%
Tiempo desde comienzo de la enfermedad	
1-3 años	54%
4-6 años	24,8%
7-9 años	15,6%
10-12 años	5,6%

Hospital Público Materno Infantil de la provincia de Mendoza (Argentina). El rango de edad se encuentra entre los 8 y los 15 años (media 11,8 años, DT 2,31). El 56% de la muestra eran varones.

Todos los participantes se encontraban escolarizados en el nivel E.G.B 3 (Escolaridad General Básica-tercer ciclo, el 91,3%), o en el Polimodal. El nivel socioeconómico se caracteriza por ser medio-bajo, con el 67% de la muestra viviendo en la zona metropolitana de la ciudad de Mendoza, mientras el 30% vivía en zonas rurales y el resto en otras provincias.

Todos los participantes habían sido diagnosticados de diabetes tipo 1 al menos un año antes de iniciado el estudio. El 48,6% de los participantes habían asistido a charlas de educación en diabetes. Un resumen de los datos demográficos de la muestra puede observarse en la tabla 1.

Medidas e Instrumentos

Se utilizó como instrumento para la recogida de datos una versión modificada del cuestionario original denominado "Cuestionario de Creencias de Salud en Preadolescentes, versión II (CCSP-II, Gil Roales-Nieto, 1998)", al que se realizaron algunas modificaciones en el léxico para su ajuste a las formas de trato coloquial usadas en Argentina, a la vez que se le añadieron ítems específicos sobre diabetes.

La versión final constaba de preguntas con diferentes modalidades de respuesta que recogen información sobre las siguientes cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad:

Creencias en salud: incluyendo concepto de salud que se examina en la respuesta dada a la pregunta "Explícanos qué es para ti tener buena salud"; y concepto de enferme-

dad revisado en base a las respuestas a tres preguntas, “¿Qué es para ti estar enfermo?”, “¿A qué enfermedades le tienes más miedo?” y “¿Por qué le tienes miedo a esas enfermedades?”.

Patrón de creencias sobre la salud y sobre la enfermedad: cuestión en la que se pedía señalar de entre diez ítems aquellos que considerasen importantes para mantener la salud, conformando con las respuestas el patrón general de creencias de salud de cada sujeto como patrón correcto de creencias, patrón incorrecto de creencias o patrón impreciso o no definido de creencias. El Patrón de creencias de enfermedad se obtuvo en base a las respuestas dadas a preguntas como “¿Por qué crees que las personas se ponen enfermas?” a las que podían contestar eligiendo entre varios ítems, elaborar el patrón de creencias sobre enfermedad similares categorizaciones a las anteriormente descriptas.

Correspondencia decir-hacer para mantener la salud: que interroga a los sujetos sobre lo que creen que deben hacer para cuidar la salud y lo que dicen hacer realmente para mantenerse sanos; ejemplos de preguntas en esta cuestión sería “¿Qué crees que puedes hacer por tu parte para no tener nunca esas enfermedades?” y “¿Qué cosas haces para mantenerte sano?”.

Sesgos en la percepción del riesgo y expectativas de salud: para el estudio de la percepción del riesgo se atendió a siete preguntas del cuestionario, a las cuales debían contestar eligiendo entre las alternativas: “seguro que me pasará”, “seguro que nunca me pasará”, o “no sé si me pasará o no”, sobre diferentes fenómenos relacionados con la salud, estableciendo el patrón de sesgo en la percepción del riesgo resultante como sesgo optimista (tendencia a responder “seguro que nunca me pasará”, a los ítems negativos y “seguro que me pasará” a los positivos, manifestada en más de la mitad de los ítems contestados de esta forma), sesgo pesimista (tendencia contraria), o indefinido (responder “no lo sé” o no contestar en más de la mitad de los ítems).

Atribución personal: derivada de la elección de la alternativa “depende de mí que me pase” o “no depende de mí que me pase” a las preguntas relacionadas con aspectos de la salud, elaborando un patrón general de atribución interna (responder “depende de mí” a más de la mitad de los ítems), atribución externa (responder “no depende de mí que me pase” en más de la mitad de las preguntas) o indefinido (responder “no lo sé” o no contestar en más de la mitad de los ítems).

Discriminación del riesgo y de los cambios glucémicos: a través de esta variable se busca determinar qué pistas o claves, tanto internas como externas, sirven a los sujetos para darse cuenta de sus posibles riesgos de enfermar en general y de sus estados de hipoglucemia y de hiperglucemia en particular.

Procedimiento

El cuestionario fue aplicado en forma individual por los participantes durante una de sus visitas ambulatorias al Servicio de Diabetes. El consentimiento informado fue firmado por los padres.

Se realizó una prueba piloto durante una semana con pacientes del Servicio, para asegurar que el cuestionario era comprendido sin obstáculos. La aplicación se llevó a cabo en formato de entrevista por la primera autora, leyendo cada pregunta en voz alta, con tono neutro, y deteniéndose durante un tiempo prudencial para dar la oportunidad de responder.

RESULTADOS

Los resultados se indican de acuerdo al orden de variables descrito en el apartado de medidas e instrumentos. Así, en primer lugar, los resultados referidos a las respuestas ante la preguntas sobre el concepto general de salud y el concepto general de enfermedad se incluyen en la tabla 2. En lo que se refiere al concepto general de salud puede observarse en las respuestas la imprecisión de los conceptos empleados. Nótese que la respuesta más frecuente es la genérica que se categoriza como entender que tener salud es “sentirse bien” o “poder funcionar bien” expresada por el 45,8% de los participantes. El segundo tipo de respuesta en frecuencia representa un fallo en la concepción, al derivar la descripción de un resultado (tener salud) a su aparente causa (“cuidarse-respetar los hábitos de higiene”), pero que fue expuesta por el 27,1% de los participantes. El resto de concepciones incluyen la valoración en negativo (tener salud es “no tener enfermedades”) que indicaron el 17,1% de los participantes o respuestas muy diversas que se han categorizado como “otros conceptos de salud” por su muy escasa frecuencia.

En cuanto a los conceptos de enfermedad, con ser igualmente generales se circunscriben mejor a una visión limitante de la vida. Así, el tipo de respuesta más frecuente, informada por casi la mitad de los participantes (47,1%), señala conceptos de enfermedad que giran en torno a sentimientos de malestar o al displacer (“es sufrir”, “que algo en el cuerpo ande mal”, “sentirse mal”, etc.). Sigue en importancia (21,4%) un tipo de respuesta que implica un concepto de alteración en el funcionamiento o de limitación como lo más destacable (“no poder salir a jugar”, “estar en la cama”, “no poder comer”, etc.). Conceptos muy poco frecuentes se agrupan en la categoría de otros (8,3%), y un importante porcentaje de la muestra (23,2%) de la muestra indicaron no saber cómo definir enfermedad.

La tabla 3 muestra los resultados obtenidos en las preguntas que interrogaban sobre las enfermedades más temidas y las razones de dicho temor. Cáncer (27,4%), SIDA (16,8%) y hepatitis (15,8%) son claramente las enfermedades más temidas, y resalta sobremanera el hecho de que sólo un escaso 3,2% indique la diabetes como

Tabla 2. Conceptos de salud y enfermedad informados.

Conceptos de Salud	
Funcional/Sentirse bien	45,8%
Cuidarse/Respetar hábitos de higiene	27,1%
No tener enfermedades	17,1%
Otros	4,3%
No sabe-No contesta	5,7%
Conceptos de enfermedad	
Sentimientos de malestar/di splacer	47,1%
Funcional	21,4%
Otros	8,3%
No sabe-No contesta	23,2%

Tabla 3. Enfermedades temidas y razones informadas del temor.

Enfermedades temidas	
Cáncer	27,4%
SIDA	16,8%
Hepa titis	15,8%
Diabetes	3,2%
Otras	20%
Ni nguna	9,4%
No sabe/No contesta	7,4%
Razones	
Funcional	38,6%
Muerte	18,6%
Cr onicidad/peligrosidad	17,2%
Otras	17,2%
No sabe/No contesta	8,4%

enfermedad temida cuando todos los participantes la padecen. Cuando se trata de conocer por qué tienen miedo a estas enfermedades, se observa que la mayoría de los sujetos, (38,57%), indica razones que se agrupan en la categoría de “funcional”, esto es, respuestas que denotan la imposibilidad de hacer cosas (p.e., “No podría salir a jugar”, “Estaría en cama”, “No podría ver a mis amigos”), siendo otras razones, en orden de importancia, la causa de “muerte” o el hecho de que se trate de enfermedades crónicas y “peligrosas”.

En cuanto a la evaluación del patrón de creencias relacionadas con la salud, los resultados pormenorizados de los hábitos y actuaciones que los participantes relacionan con la salud y la enfermedad se recogen en la tabla 4. Se observa que las dos categorías que obtienen mayores puntuaciones tanto para salud como para enfermedad son las relativas a la alimentación y el ejercicio, con una relación más potente con la salud

Tabla 4. Componentes de los patrones de creencias sobre aspectos relacionados con la salud y la enfermedad (las respuestas podían incluir varios aspectos).

Relacionados con la salud	% Ss que lo informan	Relacionados con la enfermedad	% Ss que lo informan
Alimentarse bien	77%	Mala alimentación	56%
Hacer ejercicio	77%	Falta de ejercicio	39%
Ir al médico	67%	Voluntad divina	10%
No fumar	54%	Mala suerte	16%
No beber alcohol	51,5%	No sabe	24%
Tener buenos hospitales	43%	Otras	6%
Tener suerte	29%		
Tener una buena casa	21,5%		
Tener dinero	19%		
Ser listo	11,5%		
Otros	6%		

Tabla 5. Patrón general de creencias sobre salud y enfermedad.

Patrón general de creencias en salud	
Correcto	32,9%
Incorrecto	0
Impreciso	67,1%
Patrón general de creencias en enfermedad	
Correcto	25,7%
Incorrecto	0
Impreciso	74,3%

(77% de sujetos opinando que una buena alimentación y el ejercicio se relacionan con la salud), aunque también importante con la enfermedad en su faceta contraria (56% relaciona una “mala alimentación” con la enfermedad, e igualmente lo hace con la “falta de ejercicio”). Del resto de categorías relacionadas con salud cabe destacar conductas pragmáticas como “ir al médico” (67%), asistenciales como “disponer de buenos hospitales” (43%), o actuaciones preventivas como no fumar o no consumir alcohol (54 y 51,5%, respectivamente).

La mezcla de aspectos personales (aquellas acciones que dependen del propio individuo) y de aspectos contextuales es una característica que cabe destacar en las creencias relacionadas con la salud. Por lo general, las creencias relacionadas con la enfermedad son menos abundantes y, además de las anteriormente mencionadas, cabe señalar el relativo porcentaje de sujetos que atribuye una influencia sobre la enfermedad a fuentes incontrolables como la “mala suerte” o “que Dios quiera”, y también resulta notorio el importante porcentaje de sujetos (24%) que no sabe que fenómenos relacionar con la enfermedad.

De acuerdo a los resultados anteriores, se observa en los resultados que recoge la tabla 5 que predomina un patrón general de creencias en salud y enfermedad calificado como impreciso (67,4% y 74,3%, respectivamente), con una parte de la indicando un patrón correcto (esto es, identificando correctamente los hábitos relacionados con salud y enfermedad (32,8% y 67,4%, respectivamente).

Los resultados sobre correspondencia decir-hacer para mantener la salud, que incluyen las respuestas de los sujetos sobre lo que creen que deben hacer para cuidar la salud y lo que dicen hacer realmente para mantenerse sanos se incluyen en la tabla 6. Puede observarse cómo la mayoría de los sujetos (57,1%) indican el genérico “cuidarse” como lo que deben hacer para no padecer enfermedades, con escasos porcentajes de sujetos que señalan aspectos concretos relacionados con el mantenimiento de la salud y un porcentaje mayor que simplemente no contesta o no sabe qué debería hacer para mantenerse sano (21,4%). Sin embargo, la misma respuesta genérica de “cuidarse” es ofrecida sólo por el 18,5% de los sujetos como respuesta a lo que realmente hacen para mantener su salud, y en este caso es mucho mayor el porcentaje de sujetos que informan llevar a cabo formas específicas de mantenimiento de la salud (35,7% indica alimentarse bien y hacer deporte, 17,1% no comer dulces, etc.), siendo muy escasos aquellos que no contestan.

Tabla 6. Correspondencia entre creencias sobre el hacer e informe del hacer para mantener la salud.

Lo que creen deben hacer (creencias sobre el hacer saludable)	Lo que dicen hacer (informe sobre el hacer saludable)
Cuidarse..... 57,1%	Cuidarse.....18,5%
Alimentarse bien y deporte..... 10%	Alimentarse bien y deporte..... 35,7%
Otros 8,6%	No comer cosas dulces..... 17,1 %
Nada..... 2,9%	Alimentarse bien y/o tener asistencia médica... 4,9%
NS/NC..... 21,4%	Alimentarse bien y controles glucémicos 2,9%
	Jugar..... 7,1%
	Nada..... 2,9%
	Otros..... 8,6%
	NS/NC..... 2,9%

Los resultados sobre los posibles sesgos en la percepción del riesgo y las expectativas de salud se muestran en las tablas 7 y 8. La tabla 7 recoge los resultados referidos a las opciones de respuesta entre las alternativas disponibles (“seguro que me pasará”, “seguro que nunca me pasará”, o “no sé si me pasará o no”), sobre siete diferentes fenómenos de salud empleados en la evaluación. Globalmente considerados, estos datos indican patrones muy diferentes de respuesta en función de la cuestión presentada. Así, mientras que un porcentaje importante de los sujetos señala que está seguro de que mantendrá una buena salud durante toda su vida (40%, aunque la mayoría -57,1%- indique duda), son muy quienes afirman estar seguros que los problemas de salud mencionados les ocurrirán, con una tendencia a incrementar el rechazo de la posibilidad de sufrir los de peor imagen social (p.ej. “consumo de drogas”), aunque del análisis de estos datos surge más un patrón de duda o falta de concreción en la percepción del riesgo, puesto que en todos los casos el porcentaje de sujetos que manifiestan no saber si les ocurrirá o no son muy superiores a cualquier otra alternativa.

Tabla 7. Percepción del nivel personal de riesgo.

Eventos	Opciones de respuesta		
	“Me pasará”	“No me pasará”	“No lo sé”
Tener buena salud toda la vida	40%	2,9%	57,1 %
Llegar a viejo	31,4%	2,9%	65,7 %
Fumar	10%	32,9%	57,1 %
Consumo de drogas	0	44,3%	55,7 %
Cáncer	2,9%	2,0%	77,1 %
Problemas de corazón	5,7%	21,4%	72,9 %
Problemas dentales	24,3%	17,1%	52,6 %
Sesgos globales en la percepción del riesgo			
	Sesgo optimista.....	24,3%	
	Sesgo pesimista.....	0%	
	NS/NC.....	75,7%	

Tabla 8. Resultados en la atribución del control de la salud y la enfermedad.

Eventos	Opciones de respuesta		
	"Depende de mí"	"No depende de mí"	"No lo sé"
Tener buena salud toda la vida	88,6%	10%	1,4%
Llegar aviejo	52,9%	45,7%	1,4%
Fumar	78,6%	21,4%	0
Consumo de drogas	82,9%	17,1%	0
Cáncer	40%	60%	0
Problemas de corazón	52,9%	41,4%	5,7%
Problemas dentales	82,9%	15,7%	1,4%
Atribución Personal			
	Interna.....	81,4%	
	Externa.....	14,3%	
	NS/NC	4,3%	

Consecuencia de los resultados anteriores, las tendencias generales en el sesgo en la percepción del riesgo aparecen muy desigualmente repartido pues sólo el 24,3% muestra un sesgo optimista (tendencia a responder "seguro que nunca me pasará", a los ítems negativos y "seguro que me pasará" a los positivos, manifestada en más de la mitad de los ítems contestados de esta forma), ninguno muestra un sesgo pesimista (tendencia contraria), y la mayoría amplia del 75,7% muestran un patrón indefinido (responder "no lo sé" o no contestar en más de la mitad de los ítems).

La tabla 8 recoge los resultados sobre atribución personal referidos a la elección de alternativa entre las formulaciones "depende de mí que me pase", "no depende de mí que me pase", o "no lo sé" frente a las mismas cuestiones antes mencionadas. Se puede observar claramente cómo la mayoría de los sujetos eligen la primera opción en todos los casos a excepción de "consumir drogas" en el que la tendencia de respuesta se invierte. Estos resultados producen un patrón general de atribución personal mayoritariamente interno (es decir, centrado en un control propio de los acontecimientos de los que dependen estas eventualidades) que se concreta en el 81,4% de los sujetos mostrando esta tendencia en sus respuestas.

Por último, y con referencia a los resultados sobre discriminación del riesgo glucémico (discriminación de episodios hipo e hiperglucémicas), específico de pacientes diabéticos, los datos que se recogen en la tabla 9 permiten observar que las sensaciones corporales son el elemento principal de discriminación de los episodios

Tabla 9. Discriminación de riesgos glucémicos.

Modos de discriminar hipoglucemias	Modos de discriminar hiperglucemias
Síntomas y sensaciones específicos hipo. 51,4%	Síntomas y sensaciones específicos hiper. 27%
Controles y síntomas específicos hipo..... 8,6%	Controles y síntomas específicos hiper..... 14,3%
Síntomas y sensaciones inespecíficos.....35,7%	Síntomas y sensaciones inespecíficos..... 41,4%
Otros síntomas..... 1,4%	Otros síntomas..... 7,1%
NS/NC..... 2,9%	NS/NC..... 10,2%

hipoglucémicas solas o en combinación con otros procedimientos como el autoanálisis de glucosa en sangre. E igual acontece en cuanto a la discriminación de las hiperglucemias, tan sólo con diferencias en cuanto a la distribución de la muestra entre las diferentes variantes de empleo de la sintomatología, y el hecho de que el porcentaje de sujetos que informa no saber cómo discriminar una hiperglucemia es mayor que en el caso de las hipoglucemias.

DISCUSIÓN

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

El carácter descriptivo y exploratorio del estudio permite conocer en detalle el panorama de creencias relacionadas con salud en esta muestra de niños diabéticos insulino-dependientes y avanzar en el conocimiento general de este importante fenómeno. Sin embargo, queda pendiente un estudio relacional de los diferentes tipos de variables medidos que permita juzgar su orden en importancia a la hora de predecir resultados en salud que, en el caso de la diabetes, son fáciles de medir. Centrados en este carácter descriptivo y exploratorio, los resultados son importantes por cuanto la información disponible en la literatura especializada es escasa para este tipo de población. Además, el detalle de los resultados mostrados permite siquiera un avance de análisis de ciertas relaciones y fenómenos que parecen atisbarse aunque necesiten de ulterior verificación.

El concepto de salud resulta impreciso, en algunos casos erróneo, y genérico. Respuestas genéricas como “cuidarse”, o “estar bien” podrían estar reflejando un control ecoico paterno, materno, del médico o de los medios de comunicación, que apunta a la necesidad de estudiar el posible carácter instruido de estas respuestas en este grupo de edad. Otros estudios (p.ej., Moreno San Pedro y Gil Roales-Nieto, 2001; Rivas y Fernández, 1996; Millstein e Irwin, 1987) que exploraron los conceptos de salud y enfermedad en preadolescentes sin enfermedades crónicas refieren resultados que consideran a la salud como “ausencia de enfermedad”. Por el contrario, el concepto de enfermedad se circunscribe mejor a la visión limitante de la vida que se asocia al mismo. Cabría concluir, por tanto, que en preadolescentes diabéticos el concepto de enfermedad parece relativamente formado, no así el de salud.

Estos datos contrastan con los obtenidos por nuestro equipo de investigación en otros estudios previos con muestras de similar nivel de edad sin enfermedades crónicas (Gil Roales-Nieto et al., 2001, 2004). Por ejemplo, el concepto de enfermedad aparecía en dichos estudios indefino y tan genérico como aparece en éste el concepto de salud

(en el primer estudio el 65,7% de los sujetos mostraron un concepto de salud genérico, mientras que en el segundo fueron el 79% los participantes que mostraron un concepto similar de salud y el 76% lo mostraron también de enfermedad), por lo que cabe sospechar que el hecho de ser diabéticos puede haber permitido el desarrollo de un concepto más preciso de enfermedad, pero no de salud. A tenor de estos datos, para los preadolescentes diabéticos el concepto de enfermedad parece resultar "más fácil" de construir que el de salud.

Los datos sobre enfermedades temidas resultan novedosos por la carencia de referentes en la literatura especializada, y arrojan un resultado lógico aunque limitado y, en ciertos aspectos, paradójico. Por ejemplo, resulta paradójico que preadolescentes diabéticos informen no temer a la diabetes como enfermedad, siquiera fuera por las razones "funcionales" por las que indican temer a otras enfermedades.

Cuando se particulariza la exploración de creencias acerca de lo que se asocia a la salud y a la enfermedad (que deben reflejar, en teoría, el concepto de ambas que se tenga), el panorama es algo más confuso que el resultante de la evaluación directa de los conceptos de salud y enfermedad, por cuanto los patrones de creencias que resultan son, para la gran mayoría de la muestra, imprecisos en ambos casos.

También imprecisión y generalidad es lo que se aprecia en la correspondencia entre lo que se informa que debe hacerse para mantenerse sano y lo que se informa que realmente se hace, aunque el carácter novedoso de la evaluación de esta relación no permite el contraste con otros estudios y sólo indica la necesidad de profundizar en este aspecto en ulteriores estudios que evalúen esta variable con mayor precisión.

Los resultados indican un sesgo optimista en un cierto porcentaje de sujetos y la ausencia total de sesgos pesimistas sobre el nivel personal de riesgo, algo común al ámbito de edad en el que se vehicula el estudio pero interesante por el hecho de tratarse de participantes cuya condición objetiva de enfermos crónicos (su conciencia de tales no ha sido evaluada). Repárese en el hecho de que los datos resultan muy similares a los obtenidos con muestras de preadolescentes y adolescentes sin enfermedad crónica (por ejemplo, en el estudio de 2001 antes mencionado un 26,5% mostraba un sesgo optimista y sólo el 1,5% pesimista), de manera que el contraste diabéticos/no diabéticos no vislumbra diferencias en este punto.

En contraste, la diferencia sí resulta muy evidente en cuanto al tipo de atribución, puesto que en el presente estudio el 81,4% de la muestra informa un patrón de atribución de control interno sobre los resultados de salud/enfermedad que se han evaluado, cuando en el estudio de 2001 la evaluación sobre los mismos resultados de salud/enfermedad indicó un patrón de locus de control interno en sólo el 15,9% de la muestra. Sería interesante explorar si esta fuerte tendencia mostrada por los preadolescentes diabéticos está relacionada con su experiencia en el manejo de una enfermedad crónica grave y resulta un efecto de generalización.

Finalmente, la exploración llevada a cabo en este estudio sobre los modos informados de detectar riesgos propios de la diabetes como son las hipo e hiperglucemias, indica una fuerte dependencia de las señales asociadas a ambos estados, un resultado que enlaza con los hallazgos provenientes de la línea de investigación sobre discriminación de los cambios glucémicos (p.ej., Cox, Gonder-Frederick, Antoun, Cryer y Clarke,

1993; Gil Roales-Nieto, 1988, 1991a,b; Gonder-Frederick y Cox, 1991; Prochownick, Becker, Brown, Liang y Bennet 1993; Ybarra Sagarduy y Gil Roales-Nieto, 2004).

En resumen, los datos de nuestro estudio confirman que la adolescencia es el momento de cristalización de los conceptos y creencias sobre salud y enfermedad que, con mínimas variaciones, parecen mantenerse a lo largo de la vida, y que los adolescentes, por ello, son sujetos especialmente sensibles a la actuación en promoción de la salud. Las actuaciones en este ámbito deberían considerar la variedad y cualidad de los repertorios personales mostrados en este nivel de edad con respecto a la salud y la enfermedad a fin de lograr un impacto apropiado en la mejora de los comportamientos de salud.

REFERENCIAS

- Acosta García MV, Llopis Marín JM, Gómez Peresmitré G y Pineda García G (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 223-232.
- Bibace R, Schmidt L y Walsh M (1994). Children's perceptions of illness. En G Penny, P Bennett y M Herbert (Eds.), *Health Psychology: A lifespan perspective* (pp. 13-30). Chur: Harwood Academic Publishers.
- Biglan A (1987). A behavior-analytic critique of Bandura's self-efficacy theory. *The Behavior Analyst*, 10, 1-15.
- Cox DJ, Gonder-Frederick L, Antoun B, Cryer PE y Clarke WL (1993). Perceived symptoms in the recognition of hypoglycemia. *Diabetes Care*, 16, 519-527
- Dougher MJ (1995). A bigger picture: cause and cognition in relation to differing scientific frameworks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 215-219.
- Dougher MJ (1997). Cognitive concepts, behavior analysis, and behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 65-70.
- García Fernández M y Peralbo Uzquiano M (1999). Desarrollo cognitivo y concepciones sobre la salud y la enfermedad. En MA Simón (Eds). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Guerin B (1994). Attitudes and beliefs as verbal behavior. *The Behavior Analyst*, 17, 155-163.
- Gil Roales-Nieto J (1994) Programas de educación en diabetes. En Polaino Lorente A y Gil Roales-Nieto J (Eds.). *Psicología y diabetes infantojuvenil* (pp. 162-200). Madrid: Siglo XXI.
- Gil Roales-Nieto J (1997). *Manual de Psicología de la Salud, Vol. 1. Aproximación histórica y conceptual*. Granada: Némesis.
- Gil Roales-Nieto J (1998). *Cuestionario de salud en preadolescentes, versión II (CCSP-II)*. Almería: Universidad de Almería.
- Gil Roales-Nieto J (1988). Blood glucose discrimination in insulin-dependent diabetics. Training in feedback and external cues. *Behavior Modification*, 12, 116-132.
- Gil Roales-Nieto J (1991a). Entrenamiento de feedback y señales externas en discriminación de niveles de glucosa en sangre en diabéticos insulino-dependientes. *Analisis y Modificación de Conducta*, 17, 951-965.
- Gil Roales-Nieto J (1991b). Intervención conductual en diabetes mellitus: procedimientos de discriminación de niveles de glucosa en sangre. En J Gil Roales-Nieto y T Ayllon (Eds.), *Medicina Conductual. Intervenciones conductuales en problemas médicos y de salud* (pp. 101-144). Gra-

nada: SPUG.

- Gil Roales-Nieto J (1999). *Conceptos y creencias relacionados con la salud y la enfermedad en niños y adolescentes*. Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud, Granada.
- Gil Roales-Nieto J, López F, Zaldívar F. y Moreno San Pedro E (2003). Estado de salud, hábitos de vida y creencias sobre la salud: estudio de campo. *Análisis y Modificación Conducta*, 29, 5-49.
- Gil Roales-Nieto J, López F y Moreno San Pedro E (2001). Concepto, creencias y comportamientos de salud en preadolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 875-903.
- Gil Roales-Nieto J, Moreno San Pedro E, Vinaccia S, Contreras F, Fernández H, Londoño X, Salas GH, Medellín J (2004). Hábitos de salud y creencias sobre salud y enfermedad en adolescentes de España, Colombia y México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 483-504.
- Gila A, Castro J, Gómez MJ y Toro J (2005). Social and body self-esteem in adolescents with eating disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 63-71.
- Granados Gámez G y Gil Roales-Nieto J. (2005). Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 5, 165-206.
- Granados Gámez G, Gil Roales-Nieto J e Ybarra Sagarduy JL (2006). Un estudio exploratorio sobre el desarrollo de creencias sobre síntomas como señales de hipertensión arterial. *Psicothema* 18, 822-827.
- Green KE y Bird JE (1986) The structure of children's belief about health and illness. *Journal of School Health*, 56, 325-328.
- Gonder-Frederick L y Cox DJ (1991). Symptom Perception, symptom belief, and blood glucose discrimination in the self-treatment of insulin-dependent diabetes. En AJ Skelton y RT Croyle (Ed), *Mental Representations in Health and Illness* (pp. 220-246). New York: Springer-Verlag.
- Hayes SC y Wilson KG (1995). The role of cognition in complex human behavior: A contextualistic perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 241-248.
- Luciano MC (1993). La conducta verbal a la luz de las recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. *Psicothema*, 5, 351- 374.
- Luciano MC y Gil Roales-Nieto J (1997). Aproximaciones explicativas en psicología clínica infantil. En MC Luciano (Ed.) *Manual de Psicología Clínica. Infancia y adolescencia*, 2ª edición (pp. 87-142). Valencia: Promolibro
- Millstein SG e Irwin CE (1987). Concepts of health and illness. Different constructs or variations on a theme? *Health Psychology*, 6, 516-524
- Moreno San Pedro E y Gil Roales-Nieto (2001). *Creencias de salud en preadolescentes. Un estudio descriptivo*. Universidad de Almería: Almería.
- Moreno San Pedro E y Gil Roales-Nieto J (2003). El modelo de creencias de salud. Revisión teórica, consideraciones críticas y propuesta alternativa. Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 91-109.
- Moreno San Pedro E, Gil Roales-Nieto J y Blanco Coronado JL (2006a). Beliefs, knowledge and use of tobacco among Spanish physicians and medical students. *Tobacco Control*, 15, 272-273.
- Moreno San Pedro E, Gil Roales-Nieto J y Blanco Coronado JL (2006b). Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de medicina. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 99-110.
- Perrin EC y Perrin JM (1983). Clinician's assessment of children's understanding of illness. *American Journal of Disease of Children*, 137, 874-878.
- Potter PC y Roberts MC (1984) Children's perceptions of chronic illness: The role of disease symptoms, cognitive development, and information. *Journal of Pediatric Psychology*, 9, 13-27.
- Prochownik DCH, Becker MH, Brown M, Liang WM, y Bennet S (1993). Understanding young children's health beliefs and diabetes regimen adherence. *The Diabetes Educator*, 19, 409-417.

- Rivas Torres RM y Fernández P (1996). Conocimiento y creencias sobre la salud en la adolescencia. *Psicología Conductual*, 4, 97-108.
- Santisteban C (1999). Análisis de datos categóricos en epidemiología y en ciencias de la salud. En MA Simón (Eds), *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ybarra Sagarduy JL y Gil Roales-Nieto J (2004). Accuracy in discriminating Blood Glucose Levels in a sample of children with Type 1 Diabetes. *The Spanish Journal of Psychology*, 7, 112-123

Recibido, 16 febrero 2006

Aceptado, 13 junio 2006