

Incidencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular

Amparo Carpi-Ballester¹ (*Universitat Jaume I de Castellón, España*),
Rosario Zurriaga-Llorens (*Universidad de Valencia, España*),
Pilar González-Navarro (*Universidad de Valencia, España*),
Juan C. Marzo-Campos (*Universidad Miguel Hernández, España*) y
Abraham P. Buunk (*University of Groningen, Holanda*)

(Recibido 28 de abril 2005/ Received April 28, 2005)
(Aceptado 4 de marzo 2006 / Accepted March 4, 2006)

RESUMEN. Desde la Psicología de la Salud se han propuesto distintos modelos teóricos con el fin de comprender los factores que afectan al cambio conductual requerido para llevar a cabo conductas saludables. Entre ellos, la teoría de la acción planeada ha mostrado su utilidad predictiva en numerosos trabajos relacionados con las conductas de salud. Basándonos en dicho modelo teórico, el objetivo del presente estudio descriptivo es comprobar la influencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. La muestra quedó compuesta por 152 sujetos que respondieron a un cuestionario en el que se medían conductas relativas a la prevención de la enfermedad cardiovascular. Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico *Lisrel VIII*. Los resultados obtenidos muestran que los hábitos de conducta tienen efectos significativos sobre la ejecución de la conducta actual. Esta influencia es tanto directa como indirecta a través de todas las variables de la teoría de la acción planeada.

PALABRAS CLAVE. Enfermedad coronaria. Hábito de conducta. Prevención. Teoría de acción planeada. Estudio descriptivo mediante encuesta.

ABSTRACT. Different models have been proposed from Health Psychology in order to understand and to predict healthy behaviours. Theory of Planned Behavior is a prevailing

¹ Correspondencia: Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Avda. Sos Baynat, s/n. 12071 Castellón (España). E-mail: carpi@psb.uji.es

model in the study of health. Using this theoretical framework, the objective of this descriptive study is to test the impact of behavioral habits on preventive behaviours of cardiovascular disease. To this end, 152 subjects were surveyed in an empirical study. They answered a questionnaire measuring preventive behaviours of cardiovascular disease. Data were analysed using the statistical package *Lisrel VIII*. The results indicated that behavioural habits had a positive and significant influence on current behaviour. This influence was both direct and indirect through all variables of Theory of Planned Behavior. The direct influence that habits have on current behaviour is especially remarkable.

KEYWORDS. Coronary disease. Habit. Prevention. Theory of Planned Behavior. Descriptive study by means survey.

RESUMO. Na perspectiva da Psicologia da saúde propuseram-se diferentes modelos teóricos com o objectivo de compreender os factores que afectam a mudança comportamental exigida para levar a cabo mudanças saudáveis. Entre eles, a teoria da acção planeada tem mostrado a sua utilidade preditiva em numerosos trabalhos relacionados com comportamentos de saúde. Baseando-nos no dito modelo teórico, o objectivo do presente estudo descritivo é comprovar a influência dos hábitos de comportamento na prevenção da doença cardiovascular. A amostra foi composta por 152 sujeitos que responderam a um questionário no qual se mediam comportamentos relativos à prevenção da doença cardiovascular. Os dados foram analisados utilizando a ferramenta estatística *Lisrel VIII*. Os resultados obtidos mostram que os hábitos de comportamento têm efeitos significativos sobre a execução do comportamento actual. Esta influência é tanto directa como indirecta a través de todas as variáveis da Teoria da acção planeada.

PALAVRAS CHAVE. Doença coronária. Hábito de comportamento. Prevenção. Teoria da acção planeada. Estudo descritivo mediante inquérito.

Introducción

La enfermedad cardiovascular está integrada por un conjunto de patologías del sistema circulatorio que, a través de diversos procesos patológicos, puede afectar al corazón y al cerebro. El alto grado de incidencia de estos trastornos en las sociedades industrializadas, la convierte en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad con las consiguientes repercusiones sociales y económicas para la población y el sistema sanitario. Conocer las causas que desencadenan estos trastornos permite desarrollar acciones preventivas dirigidas a reducir su incidencia e impacto. Los factores de riesgo de sufrir una de estas enfermedades son diversos, abarcando desde los más tradicionales y generales, como factores hereditarios y personales, hasta un conjunto de factores relacionados con los estilos de vida, propios de la sociedad industrializada, que son perjudiciales para la salud. Estos últimos factores, como señalan Navas, Sánchez y Molero (1990) contribuyen a ampliar los factores de riesgo que no quedaban explicados con los factores previamente citados. Hábitos de comportamiento como comer en exceso, tomar alimentos ricos en grasas animales, consumir tabaco y alcohol, la escasa realización de ejercicio físico, el afrontamiento inadecuado de las situaciones de estrés

y su consiguiente alteración emocional, etc. (Armitage, 2005; Burnout y Escobar, 2000; Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2003; Guerrero y Palmero, 2006; Jhonston, Jhonston, Pollard, Kinmonth y Mant, 2004) están presentes en la etiología de los trastornos cardiovasculares ya que contribuyen a la formación de la placa de ateroma y la consiguiente obstrucción de los vasos sanguíneos, sumando sus efectos y aumentando el riesgo de sufrir un infarto o agravar el estado de salud en las personas que previamente ya hayan sufrido un episodio de la enfermedad. De este modo, los esfuerzos preventivos de los sistemas sanitarios dirigidos a disminuir la incidencia y consecuencias de los procesos patológicos deben orientarse también a la modificación de los hábitos que sustentan las conductas perjudiciales para la salud y por tanto se consideran factores de riesgo para una enfermedad. Es en estas conductas (consumo de grasas, reducción del consumo de tabaco, realización de ejercicio físico y disminución de los niveles de estrés) en las que centramos el interés en este estudio por considerarlas como variables modificables a través de acciones preventivas primarias.

Uno de los modelos teóricos empleados para conocer los factores que mantienen o dificultan el cambio conductual necesario para mejorar la calidad de vida de las personas es la teoría de la acción planeada (Ajzen, 1985), la cual ha sido empleada en el estudio y predicción de las variables que impiden el desarrollo de conductas saludables. Las variables que integran esta teoría son la actitud, la norma subjetiva, la percepción de control y la intención de conducta. La intención de conducta es definida como la decisión o el propósito firme de realizar la conducta en el futuro próximo inmediato, siendo de este modo el inmediato precursor de la acción, mientras que las otras variables mencionadas son los antecedentes que contribuyen a su desarrollo. Así, la actitud es el juicio de la persona sobre la utilidad o conveniencia/idoneidad de realizar la conducta. La norma subjetiva es una percepción subjetiva sobre las presiones sociales para realizar la conducta e incluye, tanto la percepción de las creencias conductuales que las personas relevantes poseen acerca de si se debe o no realizar una acción, como la motivación del individuo en satisfacer dichas expectativas. La tercera de las variables antecedentes de la intención, la percepción de control, es el control conductual percibido, e integra la percepción sobre la capacidad y habilidad para realizar una acción (percepción de control interno) y la percepción sobre la facilidad para realizar la acción, es decir, la ausencia de obstáculos físicos e interpersonales, oportunidad de acción, etc. Esta variable antecedente, a diferencia de las anteriores, puede predecir directamente la conducta dependiendo de si ésta se encuentra o no bajo control voluntario y si existen discrepancias entre el control que la persona cree tener y el que realmente tiene.

La teoría de la acción planeada se ha utilizado en la predicción de conductas de salud demostrándose la utilidad del modelo en su conjunto y de cada una de las variables en particular (Alvarez y Villamarín, 2004; Armitage y Conner, 1999; Brenes, Strube y Storandt, 1998; Jhonston *et al.*, 2004). No obstante, ya que en numerosos estudios se ha visto que la conducta pasada es un buen predictor de la conducta futura (Ajzen, 1985; Armitage, 2005; Sutton, 1994), la conducta anterior o hábito ha sido incorporada a la teoría de la acción planeada con el propósito de conocer en qué medida la acción llevada a cabo anteriormente influye directamente en la realización del comportamiento y/o altera la influencia de las otras variables que influyen en la conducta.

El concepto de hábito ha sido usado por los psicólogos para referirse a actos aprendidos que llegan a ser respuestas automáticas a las situaciones. No obstante, de acuerdo con la frecuencia de ejecución de una conducta, la probabilidad de su automatización será distinta, así como sus vías de influencia sobre la acción. Esto es, a mayor frecuencia de realización de una conducta, mayor será la probabilidad de que ésta pueda influir directamente en su ejecución posterior, no necesitando, de procesos indirectos y conscientes para iniciar la acción (Brenes *et al.*, 1998; Oullette y Wood, 1998) siempre que el contexto en el que ha de llevarse a cabo ésta no se modifique de modo notorio (Oullette y Wood, 1998). Sin embargo, cuando se habla de ejecución anterior no necesariamente es un indicativo de hábito, ya que puede haberse tenido alguna experiencia ocasional previa con determinada acción sin alcanzar por ello un estatus de costumbre. Si este es el caso, la influencia que dicha experiencia puede tener en la conducta se realizará de forma indirecta, esto es, a través de la intención y de las otras variables que la sustentan. Por todo ello y como se ha puesto de manifiesto en diversos estudios, los hábitos de conducta pueden predecir la conducta futura directamente o indirectamente a través de las actitudes o intenciones (Ajzen, 1991; Armitage, 2005; Armitage y Conner, 1999; Bentler y Speckart, 1979, 1981; Conner y Armitage, 1998; Oullette y Wood, 1998).

Así, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los diferentes trabajos revisados, consideramos que es importante conocer el proceso que conduce a la conducta preventiva de la salud coronaria; es decir, si los comportamientos relevantes para la prevención son el resultado de un proceso de toma de decisiones consciente o son el resultado de un proceso automático presente en los hábitos conductuales. Además, consideramos que el conocimiento de estas vías de influencia sobre la conducta tiene importantes implicaciones en aspectos como el diseño de campañas de promoción de salud. Por otra parte, como señalan Conner y Armitage (1998), la investigación sobre esta temática debería avanzar a nivel metodológico, ya que la mayor parte de los trabajos sobre el tema utilizan metodología correlacional para demostrar una teoría que describe un proceso causal.

En este sentido, el objetivo de este estudio descriptivo mediante encuestas (Montero y León, 2005) es comprobar, utilizando técnicas de modelado causal, la importancia y el peso que la conducta anterior presenta en cada una de las variables de la teoría de acción planeada en la predicción de conductas preventivas de la enfermedad cardiovascular. Asimismo, queremos comprobar en qué medida la conducta anterior explica, de modo independiente y directo, dichas conductas. En la redacción de este artículo se siguieron en la medida de lo posible las recomendaciones de Ramos-Alvarez, Valdés-Conroy y Catena (2006).

Método

Muestra y procedimiento

La recogida de la muestra fue realizada por diez entrevistadores entrenados para este fin. Cada uno de ellos debía reunir una muestra aproximada de unos quince sujetos entre diferentes personas próximas a su ámbito de relación. Los entrevistadores in-

formaban a los participantes del interés del estudio, solicitando su consentimiento para participar en el mismo. Tras su aceptación respondían al cuestionario, el cual podía ser entregado de forma inmediata o con una dilación temporal de dos días. El procedimiento seguido fue un muestreo incidental dirigido. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión para los participantes en el estudio: a) que la edad de los participantes se situase en torno a los cuarenta años, dado que alrededor de esta edad la manifestación de enfermedad cardiovascular presenta un aumento de frecuencia (Sanz Romero, 1996); b) que en el momento de la recogida de los datos no se les hubiera detectado ningún trastorno cardiovascular, ya que el objetivo del estudio es conocer el grado de ejecución de las conductas para prevenir la enfermedad cardiovascular.

La muestra estuvo integrada por 152 sujetos de ambos géneros de los cuales el 45% fueron mujeres y el 55% hombres, con una media de edad de 40 años y una desviación típica de 12,73.

Instrumentos

Para evaluar la conducta de prevención cardiovascular se obtuvieron medidas de cada una de las variables de la teoría de la acción planeada para todas las conductas preventivas estudiadas, esto es, reducción del consumo de grasas, reducción del consumo de tabaco, realización de ejercicio físico y disminución de los niveles de estrés. El cuestionario empleado en este estudio (véase el Anexo 1) fue elaborado por los autores del presente trabajo a partir de los diferentes instrumentos empleados en la literatura revisada y siguiendo las indicaciones realizadas en la teoría de acción planeada (Ajzen, 1985). El instrumento quedó compuesto por 34 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos en la que para los 26 primeros ítems, 1 significa estar “muy en desacuerdo” y 5 significa “muy de acuerdo”; para los restantes ítems, las alternativas de la escala de respuesta van de “muy infrecuentemente” a “muy frecuentemente”.

Los ítems para evaluar la actitud recogían información sobre las creencias acerca de cada una de las conductas (cuatro ítems) y de la evaluación de las mismas (cuatro ítems). Ejemplos de ítem: “*Para evitar una enfermedad coronaria es conveniente reducir el consumo de...*”; “*Para evitar el riesgo de una enfermedad coronaria en que medida es importante para usted reducir ...*”. El alfa de Cronbach fue de 0,84.

La norma subjetiva ha sido evaluada con seis ítems. Tres se referían a la percepción que tiene la persona sobre el tipo de acción que los otros (familia, médico y amigos o compañeros de trabajo) desearían que realizara para mejorar o cuidar su salud. Ejemplo de ítem: “*¿En qué medida las personas de su entorno le aconsejan llevar una vida sana para prevenir una enfermedad coronaria?*”. Otros tres ítems recogían información acerca del grado de motivación para cumplir con dichas expectativas, como por ejemplo: “*¿En que medida intenta llevar una vida sana para complacer a las personas de su entorno?*”. El alfa de Cronbach fue de 0,88.

Otros ocho ítems recogían información acerca de la percepción de control (capacidad y facilidad/dificultad para realizar las conductas preventivas teniendo en cuenta tanto la percepción de capacidad de ejecución como la percepción de barreras externas que puedan interferir en la ejecución). Ejemplos de ítem: “*Me siento capaz de reali-*

zar...” y “*Habitualmente me resulta fácil... para prevenir la enfermedad cardiovascular*”. La fiabilidad de consistencia interna fue de 0,75.

Para medir la intención de conducta se utilizaron cuatro ítems. Ejemplo de ítem: “*Para evitar el riesgo de sufrir una enfermedad coronaria tengo la intención de reducir el consumo de...*”. El alfa de Cronbach de esta dimensión fue de 0,84.

Con el objetivo de evaluar la conducta actual se preguntaba a los participantes sobre la frecuencia de ejecución de las cuatro conductas de salud estudiadas (Armitage y Conner, 1999; Godin y Kok, 1996; Sanz Romero, 1996). Los ítems fueron formulados en términos de frecuencia de ejecución de la conducta; el alfa de Cronbach alcanzó un valor de 0,81. Ejemplo de ítem: “*Para evitar el riesgo de contraer una enfermedad coronaria con que frecuencia realiza...*”. Las alternativas de respuesta iban de “muy frecuentemente” a “muy infrecuentemente”.

Para medir el hábito de conducta preventiva de enfermedad cardiovascular se utilizó una escala de cuatro ítems que consideraban la frecuencia de conducta anterior a través de 5 alternativas de respuesta que iban de “muy frecuentemente” a “muy infrecuentemente”; la fiabilidad de esta dimensión fue de 0,82. Ejemplo de ítem: “*Para evitar el riesgo de contraer una enfermedad coronaria con que frecuencia ha realizado con anterioridad...*”.

Resultados

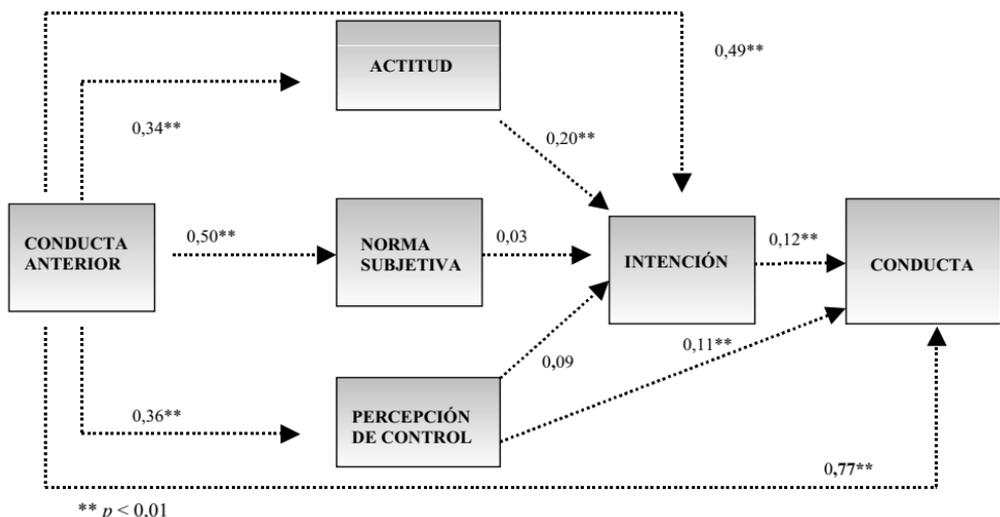
Los datos obtenidos se analizaron a través del paquete estadístico de ecuaciones estructurales LISREL VIII (Jöreskog y Sörbom, 1992) cuyos resultados comentamos a continuación.

A nivel global los resultados muestran un ajuste satisfactorio del modelo (GFI: 0,96; AGFI: 0,82; CFI: 0,96; NFI: 0,95) (véase la Tabla 1).

TABLA 1. Resultados globales del modelo.

<i>Índices</i>	<i>Valor óptimo</i>	<i>Valor obtenido</i>
Índice de bondad de ajuste GFI (<i>Goodness of Fit Index</i>)	> 0,90	0,96
Índice de ajuste ajustado AGFI (<i>Adjusted Goodness of Fit Index</i>)	> 0,90	0,82
Índice de ajuste comparativo CFI (<i>Comparative Fit Index</i>)	> 0,90	0,96
Índice de ajuste normalizado NFI (<i>Normed Fit Index</i>)	> 0,90	0,95

Desde el punto de vista analítico, los resultados son también satisfactorios. Así, tal como se muestra en la Figura 1, se puede observar que el hábito influye de manera positiva y significativa sobre la actitud con un coeficiente estructural estandarizado (CEE) de 0,34 ($p < 0,01$), sobre la norma subjetiva (CEE: 0,50; $p < 0,01$), sobre la percepción de control, con un coeficiente estructural estandarizado de 0,36 ($p < 0,01$) y sobre la intención con un coeficiente estructural estandarizado de 0,49 ($p < 0,01$). También se observa que el hábito influye de manera positiva y significativa sobre la conducta actual con un coeficiente estructural estandarizado de 0,77 ($p < 0,01$).

FIGURA 1. Efectos de las variables y valores de correlación.

Por tanto, los resultados muestran que el hábito presenta efectos significativos tanto directos como indirectos, a través de todas las variables de la teoría de la acción planeada, sobre la conducta actual. Sin embargo, podemos resaltar que el hábito permite predecir el 77% de la varianza explicada de la conducta (véase Tabla 2).

TABLA 2. Porcentaje de varianza explicada por el hábito.

<i>Actitud</i>	<i>Norma subjetiva</i>	<i>Percepción de control</i>	<i>Intención de conducta</i>	<i>Conducta</i>
12%	25%	13%	37%	77%

Así, a partir de los coeficientes obtenidos se puede afirmar que cuando una persona tiene el hábito de realizar las conductas preventivas de salud coronaria estudiadas, es más probable que las lleve a cabo.

Discusión

El objetivo de este trabajo era comprobar, utilizando técnicas de modelado causal, la influencia directa e indirecta de la conducta anterior (hábito) sobre las conductas preventivas de salud coronaria en el marco de la teoría de la acción planeada. Como se aprecia en la literatura revisada, existen numerosos trabajos en los que se ha puesto de manifiesto la relevancia de la conducta anterior en la predicción de la conducta (Aarts y Dijksterhuis, 2000; Armitage, 2005; Brenes *et al.*, 1998; Verplanken, Aarts, Knippenberg y Moneen, 1998). Los análisis realizados nos han permitido, por una parte, demostrar las relaciones causales entre las variables implicadas en la teoría de la

acción planeada y, por otra, demostrar la mejora de esta teoría con la inclusión de la conducta anterior como predictor directo de la conducta. Los coeficientes estructurales obtenidos informan que la conducta actual está predicha tanto directamente por el hábito, como indirectamente a través de la influencia que éste ejerce sobre la actitud, la norma subjetiva, la percepción de control y la intención.

Los resultados obtenidos permiten confirmar la importancia de la conducta anterior (hábito) en la formación de los antecedentes de la intención, en la intención y, sobre todo, en la ejecución de la conducta actual. De hecho, la conducta anterior ha sido el mejor predictor de la conducta actual (el 77% de la varianza explicada de la conducta), en consonancia con los resultados obtenidos por otros autores (Armitage, 2005; Oullette y Wood, 1998; Sutton, 1994). Así pues, la inclusión del hábito en la teoría de la acción planeada puede facilitar la comprensión de los factores influyentes en los comportamientos y mejorar la predicción realizada (Ajzen, 1991). No obstante, sería conveniente realizar estudios longitudinales que analizaran la influencia del hábito en el transcurso del tiempo, con el fin de constatar la estabilidad de sus efectos sobre la conducta objeto de estudio.

La influencia del hábito en la ejecución de la conducta actual en los comportamientos preventivos de salud coronaria sugiere la necesidad de facilitar la realización de acciones dirigidas en este sentido, ya que en la medida que éstas se lleven a cabo será más fácil que se sigan realizando en el futuro. De hecho, los resultados obtenidos tienen implicaciones prácticas relevantes para la promoción de cambios conductuales para la salud coronaria. Así, como indican algunos autores (Verplanken *et al.*, 1998), la mayoría de las campañas públicas asume que la conducta está guiada por las variables que contiene la teoría de la acción planeada (creencias, valores, normas e intenciones) como antecedentes de la conducta y tratan de cambiar las elecciones conductuales de las personas señalando las ventajas y desventajas de la conducta que se promueve o las normas y valores que las sustentan. Sin embargo, los resultados obtenidos por los autores, así como los obtenidos en este trabajo sugieren que, incluso aunque se produzca el cambio de las actitudes e intenciones, estos cambios es improbable que conduzcan a conductas diferentes en la medida en que existan viejos hábitos conductuales perjudiciales para la salud. La influencia basada en el cambio de actitud puede tener éxito si el hábito no existe o está roto, o cuando las personas tienen que establecer nuevos modelos de conducta. Por todo ello, una forma alternativa y altamente eficaz para la promoción de la salud consistiría en el desarrollo de estrategias pro-salud o hábitos saludables a través del refuerzo sistemático de la conducta y el incremento de su ejecución, como se desprende de los resultados obtenidos en este trabajo. Además, en este proceso de formación de hábitos las actitudes también pueden cambiar.

Los resultados de este trabajo corroboran que la conducta anterior (hábito) influye en el desarrollo de los procesos volitivos que contribuyen a tomar la decisión de ejecutar una conducta; sin embargo, también facilita e influye en la ejecución de la acción de modo directo y notorio, es decir, sin que medie la voluntad de la persona. Ambos procesos, conscientes y automáticos, no tienen por que ser excluyentes ya que el comportamiento humano es dinámico. Es por ello que las campañas de promoción de la salud deberían orientarse no sólo a la formación de actitudes, normas y valores para

promocionar la conducta sana, sino también y con especial hincapié al desarrollo de hábitos saludables que potencien las conductas sanas y/o dificulten la aparición de conductas perjudiciales para la salud coronaria.

Referencias

- Aarts, H. y Dijksterhuis A. (2000). Habits as knowledge structures: Automaticity in goal directed behaviour. *Journal Personality Psychology*, 78, 53-63.
- Alvarez, M. y Villamarín, F. (2004). El papel de la autoeficacia en el entrenamiento para controlar la frecuencia cardíaca durante las pruebas de esfuerzo. *Psicothema*, 16, 50-57.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A Theory of Planned Behaviour. En J. Khul y J. Beckmann (Eds.), *Action control from cognition to behavior* (pp.10-39). Nueva York: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Armitage, C. (2005). Can the theory of planned behavior predict the maintenance of physical activity? *Health Psychology*, 24, 235-245.
- Armitage, C. y Conner, M. (1999). The theory of planned behaviour: Assessment of predictive validity and "perceived control". *British Journal of Social Psychology*, 38, 35-54.
- Bentler, P.M. y Speckart G. (1979). Models of attitude-behavior relations. *Psychological Review*, 86, 452-464.
- Bentler, P.M. y Speckart G. (1981). Attitudes 'cause' behaviors: A structural equation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 226-238.
- Brenes, G., Strube, M. y Storandt, M. (1998). An application of the Theory of Planned Behaviour to exercise among older adults. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 2274-2290.
- Burnout, D. y Escobar E. (2000). Prevención de enfermedades cardiovasculares: ¿Deben aplicarse los mismos criterios en América Latina que en Europa y Norteamérica? *Revista Española de Cardiología*, 53, 889-895.
- Conner, M. y Armitage, C. (1998). Extending the Theory of Planned Behavior: A review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1429-1464.
- Fernández-Abascal, E., Martín, M.D. y Domínguez, F.J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15, 615-630.
- Godin, G. y Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Process*, 11, 87-98.
- Guerrero, C. y Palmero, F. (2006). Percepción de control y respuestas cardiovasculares. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 145-168.
- Jöreskog, K.G. y Sörbom, D. (1992). *LISRELL VIII. Analysis of linear structural relations*. Mooresville, IN: Scientific Software.
- Johnston, D.W., Johnston, M., Pollard, B., Kinmonth, A. L. y Mant, D. (2004). Motivation is not enough: Prediction of risk behavior following diagnosis of coronary heart disease from the Theory of planned behavior. *Health Psychology*, 23, 533-538.
- Montero, I. y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Navas, M., Sánchez, J. y Molero, E. (1990). Cardiopatía coronaria: Factores socioculturales de riesgo. En S. Barriga, J. M. León, M. F. Martínez y J. F. Jiménez (Eds.), *Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social* (pp. 317-343). SEDAL: Sevilla.

- Oullette, J. y Wood, W. (1998). Habit and intention in everyday life: The multiple process by which past behaviour predicts future behaviour. *Psychological Bulletin*, 124, 54-74.
- Ramos-Alvarez, M.M., Valdés-Conroy, B. y Catena, A. (2006). Criteria of the peer-review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 773-787.
- Sanz Romero GA. (1996). Cardiopatía isquémica. En P. Valentí (Ed.), *Medicina interna* (pp. 533-552). Barcelona: DOYMA.
- Sutton S. (1994). The past predicts the future: Interpreting behaviour-behaviour relationships in social psychological models of health behaviour. En D.R. Rutter y L. Quine (Eds.), *Social psychology and health: European perspectives* (pp. 71-88). Aldershot: Avebury.
- Verplanken, B., Aarts, H., Knippenberg, A. y Moneen, A. (1998). Habit versus planned behaviour: A field experiment. *British Journal of Social Psychology*, 3, 111-128.

ANEXO 1. Ítems del cuestionario utilizado.

1. Para evitar la enfermedad cardiovascular es conveniente evitar el consumo del tabaco.
2. Para evitar la enfermedad cardiovascular es conveniente reducir el consumo grasas animales.
3. Para evitar la enfermedad cardiovascular es conveniente realizar ejercicio físico.
4. Para evitar la enfermedad cardiovascular es conveniente controlar los niveles de estrés.
5. Para evitar la enfermedad cardiovascular es muy importante evitar el consumo del tabaco.
6. Para evitar la enfermedad cardiovascular es muy importante reducir el consumo de grasas animales.
7. Para evitar la enfermedad cardiovascular es muy importante realizar ejercicio físico.
8. Para evitar la enfermedad cardiovascular es muy importante controlar los niveles de estrés.
9. ¿En qué medida percibe que su familia desea que lleve una vida sana para prevenir una enfermedad cardiovascular?
10. ¿En qué medida percibe que sus amigos desean que lleve una vida sana para prevenir una enfermedad cardiovascular?
11. ¿En qué medida percibe que su médico desea que lleve una vida sana para prevenir una enfermedad cardiovascular?
12. ¿En qué medida intenta llevar una vida sana para complacer a su familia?
13. ¿En qué medida intenta llevar una vida sana para complacer a sus amigos?
14. ¿En qué medida intenta llevar una vida sana para complacer a su médico?
15. Me siento capaz de disminuir el consumo de tabaco para prevenir una enfermedad cardiovascular.
16. Me siento capaz de disminuir el consumo de grasas animales para prevenir una enfermedad cardiovascular.
17. Me siento capaz de disminuir los niveles de estrés para prevenir una enfermedad cardiovascular.
18. Me siento capaz de realizar ejercicio físico para prevenir una enfermedad cardiovascular.
19. Me resulta fácil disminuir el consumo de tabaco para prevenir una enfermedad cardiovascular.
20. Me resulta fácil disminuir el consumo de grasas animales para prevenir una enfermedad cardiovascular.
21. Me resulta fácil disminuir los niveles e estrés para prevenir una enfermedad cardiovascular.
22. Me resulta fácil realizar ejercicio físico para prevenir una enfermedad cardiovascular.
23. Para evitar el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular tengo la intención de reducir el consumo de tabaco.

24. Para evitar el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular tengo la intención de reducir el consumo de grasas animales.
25. Para evitar el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular tengo la intención de realizar ejercicio físico.
26. Para evitar el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular tengo la intención de disminuir los niveles de estrés.
27. Para evitar el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular, ¿con qué frecuencia, en la actualidad, disminuye el consumo de tabaco?
28. Para evitar el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular, ¿con qué frecuencia, en la actualidad, disminuye el consumo de grasas animales?
29. Para evitar el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular, ¿con qué frecuencia, en la actualidad, disminuye los niveles de estrés?
30. Para evitar el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular, ¿con qué frecuencia, en la actualidad, realiza ejercicio físico?
31. Para evitar el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular, ¿con qué frecuencia ha disminuido en los últimos meses el consumo de tabaco?
32. Para evitar el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular, ¿con qué frecuencia ha disminuido en los últimos meses el consumo de grasas animales?
33. Para evitar el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular, ¿con qué frecuencia ha controlado en los últimos meses los niveles de estrés?
34. Para evitar el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular, ¿con qué frecuencia ha realizado en los últimos meses ejercicio físico?