



---

## CONTRIBUCIÓN A LA VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOPERCEPCIÓN DEL RIESGO EN ADOLESCENTES MEXICANOS

Giovanna Petrillo<sup>1</sup>, Maricela Osorio Guzmán<sup>2</sup>, Anna Rosa Donizzetti<sup>3</sup>  
Università degli Studi di Napoli "Federico II"  
Dipartimento di Scienze Relazionali "G. Iacono". Italia  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Universidad Nacional Autónoma de México

### Resumen.

Respecto a otras etapas de la vida, la adolescencia se caracteriza por la tendencia a poner en acto con mayor probabilidad conductas que pueden ser nocivas para la salud. La puesta en acto de tales comportamientos nace de un complejo sistema de evaluación, en el cual la percepción del riesgo reviste un rol importante aunque no exclusivo (Petrillo, 2008). El objetivo del presente trabajo fue contribuir a la validación de la Escala de Autopercepción del Riesgo (*Self Risk Perception Scale – SRPS*: Donizzetti, 2008) en una población de adolescentes mexicanos, que permita contar con un instrumento válido y objetivo que mida el riesgo autoreferido en el ámbito de la salud, en cinco áreas (alimentación, ejercicio físico, alcohol, tabaco y comportamiento sexual). Participaron 120 estudiantes de una secundaria situada en la zona conurbana de la ciudad de México, con una media de edad de 13.2 años (D.S=.80). A partir del análisis factorial exploratorio y confirmativo, se obtuvo una estructura monodimensional y propiedades psicométricas satisfactorias. Se concluye que este instrumento puede representar una herramienta de gran utilidad para elaborar programas holísticos de atención a este grupo etáreo.

**Palabras clave:** Escala de Autopercepción del Riesgo, percepción del riesgo personal, conductas de salud, validación de instrumentos.

---

<sup>1</sup> Profesor Ordinario. Università degli Studi di Napoli "Federico II". Dipartimento di Scienze Relazionali "G. Iacono", [petrillo@unina.it](mailto:petrillo@unina.it)

<sup>2</sup> Profesor Asociado C. T. C. Definitivo. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala. [mosorio@iztacala.unam.mx](mailto:mosorio@iztacala.unam.mx)

<sup>3</sup> Investigadora de la Università degli Studi di Napoli "Federico II". Dipartimento di Scienze Relazionali "G. Iacono". [annarosa.donizzetti@unina.it](mailto:annarosa.donizzetti@unina.it)

### Abstract

If compared to other periods of life, adolescence is characterized by a tendency to implement more likely behaviors that can be harmful to health. The implementation of such behaviors stems from a complex system of assessments, in which the perception of risk is an important, though not exclusive (Petrillo, 2008), factor. The objective of the present work was contribute to the validation of the Self Risk Perception Scale-SRPS (Donizzetti, 2008) in a population of Mexican adolescents to have a valid and objective instrument that measures the self risk in the area of the health, in five spheres of behavior (diet, exercise, consumption of alcohol and cigarettes, sexuality). 120 students of high school located in Mexico suburban area participated, with an average age of 13.2 years. (D.S = .80). The exploratory and confirmative factor analysis, conducted on each scale of perceived self risk, showed monodimensional structures, with satisfactory psychometric properties. We concluded that this instrument can represent a tool of great utility to elaborate holistic programs of attention to this group.

**Key words:** Self Risk Perception Scale, personal risk perception, healthy behavior, validation of instruments.

En los jóvenes es frecuente la tendencia a poner en acto comportamientos de riesgo que responden a la exigencia de la afirmación de su propia identidad (Palmonari, 2001, Sánchez, Ángeles, Anaya y Lazcano, 2007; Gallegos, Villarruel, Loveland, Ronis, y Zhou, 2008). Estos comportamientos, se convierten en problemáticos, cuando de actos aislados se transforman en estilos de vida multi-riesgo (Pellai y Boncinelli, 2002, Pastor, Balaguer y García 2006; Castillo, Tomás, García, y Balaguer 2003; Rodríguez, Goñi, y Ruiz, 2006), mismos que requieren programas *ad hoc* de prevención y promoción de la salud, dirigidos a minimizar los comportamientos psicosociales implicados en la puesta en marcha de las conductas de riesgo. Entre tales componentes, un rol importante -aunque no exclusivo- se le otorga a la percepción del riesgo, el cual se refiere a los procesos cognitivos de evaluación del riesgo, o sea el grado en el cual las personas llevan a cabo un análisis racional del mismo (Donizzetti, 2008). La aceptación de una situación de riesgo depende, en parte, de la información con la que cuentan las personas, del tipo de información a la que le dan crédito, de los valores que, de manera individual, defiende cada persona, de las experiencias sociales que han

vivido, de las dinámicas grupales o bien de los diferentes procesos políticos o movimientos sociales e históricos que se están viviendo. Sucede sin embargo, que las personas cometan errores o sesgos cognitivos en la evaluación del grado de riesgo de un comportamiento, considerándose a sí mismos como invulnerables. Este fenómeno fue descrito por Weinstein (1980, 1987) y definido como “optimismo irreal”, que es la tendencia a considerar las propias posibilidades más altas respecto a la media, para los eventos favorables, y más bajas para los eventos negativos. Tal fenómeno es muy común entre los jóvenes quienes tienden a subestimar el riesgo personal, respecto al atribuido a las otras personas (Quadrel et al., 1993; Donizzetti, en prensa), sobre todo en aquellos eventos o conductas voluntarias, donde la percepción de control personal es mayor (Cicognani y Zani, 1999). Existen algunas investigaciones que han reportado diferencias significativas entre géneros; en las cuales las mujeres se perciben con menor riesgo en actividades que ven involucrados con mayor probabilidad los adolescentes varones (Cicognani y Zani, 1999), como accidentes de tráfico o conductas de carácter impulsivo, mientras los varones se perciben con un menor riesgo en lo que se refiere al maltrato y la violencia intrafamiliar (Alsinet, 2000a; Alsinet, Pérez y Agulló, 2003). De la misma forma, se han determinado diferencias entre la percepción del riesgo de acuerdo a la edad, los más jóvenes se preocupan, en mayor medida, por acciones y conductas propias de los comportamientos juveniles a los que aún no han tenido acceso y manifiestan inquietudes de carácter más social y comunitario (Alsinet, 2000b; Alsinet y Ballesté, 2000)

Existen diferentes investigaciones que han tratado de verificar la relación existente entre la percepción del riesgo o vulnerabilidad y los comportamientos de salud o de riesgo, sin embargo, no se ha logrado demostrar con certeza dicha relación (Weinstein, Rothman y Nicolich, 1998, en Donizzetti, op cit). Algunos estudios han demostrado la existencia de una relación entre la percepción del riesgo y la adopción de comportamientos protectivos (Becker *et al.*, 1977, López y Moral 2001), mientras otros han encontrado resultados contrarios (Gerrard *et al.*, 1993; Luszczynska e Schwarzer, 2003). Según Donizzetti (2008) la razón principal

de tales resultados, puede deberse a la dificultad en la operacionalización de este constructo.

### **Conductas de riesgo en los adolescentes mexicanos.**

Los adolescentes como es sabido, es uno de los grupos etéreos, más sanos y el que utiliza menos los servicios sanitarios (Castillo, et al., 2003; Celis de la Rosa, 2003), sin embargo, este es también un periodo decisivo en el que los jóvenes adquieren algunas conductas y hábitos de riesgo para su salud. Diversas investigaciones han señalado como en esta etapa aumenta la probabilidad de empezar a consumir tabaco, la ingesta inmoderada de alcohol y de algunas drogas (Muñoz y Graña 2001; Espada, Pereira y García 2008; Díaz y García, 2008) así mismo, se considera un periodo donde se produce un descenso de la práctica de actividad física y de deporte (Balaguer, Pastor y Moreno 1999; Aaron y Laporte, 1997; Mendoza, Sagrera y Batista 1994); y existe un incremento en la práctica de relaciones sexuales no seguras, exponiéndose a infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados (Gallegos, et al., 2008; López y Moral, 2001); además, en esta etapa se eleva el riesgo de la ingesta (excesiva o insuficiente) de alimentos, con sus respectivas consecuencias (Lete, Lozano, Martínez y Parrilla, 2001; Acosta, Llopis, Gómez, Pineda, 2005).

En México el 30% de la población son adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años de edad (INEGI, 2005) lo cual indica que en nuestro país la atención a este grupo es prioritaria.

Una de las conductas más estudiadas por las consecuencias negativas en la salud del adolescente, es el consumo de tabaco, varios estudios han determinado que en México, el 25% de los estudiantes de secundaria fuman y que el 30% de adolescentes no fumadores son susceptibles de convertirse en fumadores activos en un futuro inmediato (Arillo, Thrasher, Rodríguez, Chávez, Ruiz, Lazcano, 2007), así mismo se dice que, aunque México haya adoptado el Convenio Marco para el Control de Tabaco sugerido por la Organización Mundial de la Salud, no se ha llegado a frenar el fenómeno ni a disminuir esta probabilidad (Valdés, Reynales, Lazcano, y Hernández, 2007). Desafortunadamente el hábito de fumar esta relacionado, a la ingesta inmoderada de sustancias como el alcohol y las drogas.

Respecto al consumo del alcohol, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT, 2006), informó una prevalencia del 17.7% en adolescentes. Esta misma fuente indica que el 59.6% de adolescentes realizan algún tipo de actividad física, (35.2 % se consideran activos, -12 horas/semana -; 24.4 % son moderadamente activos, -8 horas semana-) y 40.4 % son inactivos, entendiéndose estos últimos como los que realizan menos de cuatro horas a la semana algún tipo de actividad vigorosa o moderada. Además, se sabe que el origen de los trastornos alimenticios es multifactorial, sin embargo, destacan dos causas: la falta de actividad física y los malos hábitos alimentarios. Se ha demostrado que la falta de actividad física está relacionada entre otras cosas con el sobre peso y la obesidad (Pérez, Reininger, Aguirre, Flores, Sanderson, y Roberts, 2006; Caballero, Hernández, Moreno, Hernández-Girón, Campero, Cruz, y Lazcano-Ponce, 2007) problema que según algunas cifras oficiales, está presente en un tercio de los adolescentes mexicanos (Celis de la Rosa, 2003). En lo que se refiere a la conducta sexual, algunas investigaciones muestran que el inicio de las relaciones sexuales se da cada vez a edades más tempranas, por ejemplo el 19% de las adolescentes mexicanas tuvieron su primera relación antes de los 12 años, mientras que el 99% los hombres entre los 12 y 14 años (Gallegos, et al., 2008, Hidalgo, Caballero, Celis de la Rosa, Rasmussen, 2003; Serapio, 2006). Así mismo, existe evidencia de que una proporción importante de adolescentes mexicanos practican relaciones sexuales no seguras, exponiéndose a infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. Un dato impactante es que el 17.4% de los nacimientos en 2005 corresponden a madres adolescentes. El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo y su pareja. Otros estudios han mostrado que aun cuando los adolescentes tienen información sobre los métodos anticonceptivos y su forma de uso, sólo la mitad de los jóvenes sexualmente activos se protege (Díaz, 2003; Villaseñor, Caballero, Hidalgo, Santos, 2003). A partir de lo antes expuesto, se pone en evidencia, la gran necesidad que existe de promover,

prevenir y aplicar diferentes estrategias para el cuidado de la salud integral en este sector etéreo.

Por otra parte, una de las primeras etapas de la investigación de un fenómeno consiste en la relevación de datos, para ello es necesario contar con instrumentos válidos y sensibles que permitan al investigador tener una visión objetiva y lo más completa posible de la situación de interés.

A través de un examen de la literatura sobre las problemáticas antes referidas, se pudo observar que existen dos tipos de instrumentos: aquellos que miden de forma concreta y específica una sola conducta [por ejemplo: el Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez, 1995); el cuestionario para evaluar comportamiento sexual (Hidalgo, et al., 2003); el cuestionario para evaluar consumo e intención de consumo de alcohol (Espada, Méndez e Hidalgo 2003a, 2003b); el cuestionario de autoconcepto físico (Goñi, Ruiz de Azua y Liberal, 2004); todos ellos con propiedades psicométricas satisfactorias] y aquellos que han sido elaborados para obtener una medida más general de dos o más conductas de salud (por ejemplo: Inventario de conductas de salud en adolescentes, (Wold, 1995) y el Cuestionario Salud y Bienestar en el Mundo Juvenil (Petrillo, Caso y Donizzetti, 2008a).

Como se dijo con anterioridad uno de los elementos importantes a ser evaluados en programas que tengan el objetivo de promover la salud integral de los adolescentes es la percepción del riesgo. A partir de una minuciosa búsqueda de diferentes herramientas que permitan obtener una medida objetiva de la percepción del riesgo individual y grupal, se encontró una escala<sup>4</sup> creada por un grupo de investigadoras italianas (Donizzetti, 2008; Petrillo, y Caso, 2008; Petrillo, Caso, y Donizzetti, 2008a) dirigido a medir la percepción del riesgo auto referido en adolescentes sanos en relación a cinco esferas conductuales -alimentación, ejercicio físico, alcohol, tabaco y comportamiento sexual-, consideradas como particularmente significativas en esta fase del desarrollo.

---

<sup>4</sup> Esta escala es parte integrante del Cuestionario Salud y Bienestar en el Mundo Juvenil (Petrillo, Caso y Donizzetti, 2008a).

Estas escalas fueron –según lo reportado por las autoras- elaboradas a partir de una revisión de la literatura psicosocial específicamente referida a las esferas conductuales mencionadas y de las indicaciones de tipo cualitativo que surgieron en el curso de una discusión con jóvenes sobre el tema de los riesgos para la salud de esta fase del desarrollo. De este modo fueron individuados, para cada uno de los comportamientos, seis posibles consecuencias negativas para la salud física: por ejemplo, el colesterol para la alimentación incorrecta; la reducción de la expectativa de vida para la sedentariedad; la hepatitis B para la sexualidad no segura; las manchas amarillas en los dientes para el consumo de tabaco y las enfermedades del hígado para el consumo de bebidas alcohólicas. Estas escalas fueron aplicadas a 1107 estudiantes de la escuela media superior, tanto hombres como mujeres con una edad media de 15.7 años ( $D.S.=1.64$ ). Las mismas fueron inicialmente sometidas a un análisis factorial exploratorio, *scree test* y análisis de confiabilidad a través del cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, las escalas resultaron confiables y tuvieron propiedades psicométricas adecuadas. Todas presentan, una estructura mono dimensional. Específicamente, la escala que mide la percepción del riesgo personal, en la esfera de la alimentación explicó el 42.8% de la varianza total, con saturaciones que iban de .37 a .76 y un alfa =.80; la escala sobre la actividad física explicó el 52.8% de la varianza total con saturaciones de .68 a .80. y un alfa = .87; la escala de consumo de alcohol explicó el 74.6% de la varianza total, con saturaciones muy elevadas que iban de .75 a .90 y el alfa = .94; la escala de consumo de tabaco explicó el 65.8% de la varianza total, con saturaciones de .62 a .91 y un alfa = .91; la escala de la sexualidad explicó el 66.6% de la varianza total, con saturaciones que iban de .54 a .90 y un alfa= .91. La estructura monodimensional de las escalas fue verificada sucesivamente a través del análisis factorial confirmativo. Finalmente, a través del análisis de correlaciones bivariadas se evidenció una validez de constructo aceptable de las diferentes escalas. A su vez, se verificaron la validez convergente, examinando su asociación con otras medidas que evaluaban las percepciones de los riesgos para la salud de parte de los coetáneos; y la validez discriminativa analizando su asociación con medidas de autoeficacia personal

referidas a las diferentes esferas comportamentales. Los resultados del análisis correlacional demostraron que las escalas se relacionan entre ellas y con los puntajes antes mencionados, pero tales asociaciones no comprometen su autonomía.

El objetivo de este trabajo fue contribuir a la validación de la Escala de Autopercepción del Riesgo (*Self Risk Perception Scale – SRPS*: Donizzetti, 2008) en una población de adolescentes mexicanos, que permita contar con un instrumento válido y objetivo que mida el riesgo autoreferido en el ámbito de la salud.

### **Método.**

#### *Muestra.*

Participaron en la investigación 120 estudiantes del primero (8.3%), segundo (64.2%) y tercer grado (27.5%) de una secundaria situada en la zona conurbana de la ciudad de México. La muestra, no representativa de la población de referencia, estuvo casi igualmente distribuida por sexo (45.8% hombres y 54.2% mujeres), con una edad media de 13.2 años (rango de edad 12 a 15; D.S=.80). El 91.7% de los adolescentes practica la religión católica (63.4% declaró ser practicante y 28.3% no practicante), mientras una pequeña parte se declaró ser creyente de otros credos religiosos (8.3%). Además, el 30% de los chicos entrevistados declaró ser apolítico, mientras los restantes se subdividen en aquellos de derecha (25.8%), de centro (22.5%) y de izquierda (21.7%).

Dado que la muestra estuvo conformada por menores de edad, se aceptó la participación de los mismos en el estudio, cuando dijeron estar de acuerdo en contestar el cuestionario y cuando sus padres o tutores otorgaron el correspondiente consentimiento informado a través de la firma de una carta que la dirección de la escuela les hizo llegar.

#### *Traducción de la Escala.*

Los ítems de la escala fueron traducidos del italiano al español por tres traductores independientes bilingües de madre lengua española, uno de ellos una psicóloga, la cual hizo referencia al proceso de adaptación transcultural de Beaton (Beaton, Bombardier, Guillemin, y Ferraz, 2000). Posteriormente se llevaron a

cabo los últimos ajustes para preparar la versión final del instrumento que reflejara fielmente los contenidos del texto original, pero que a su vez respetara las diferencias culturales.

#### *Instrumento.*

El instrumento utilizado fue la *Escala de Autopercepción del Riesgo (Self Risk Perception Scale – SRPS: Donizzetti, 2008)*, que consta de cinco sub-escalas referidas a la alimentación, actividad física, alcohol, tabaco y comportamiento sexual, donde a los sujetos se les pide evaluar en base a las propias conductas, cuanto se retienen personalmente expuestos a los diferentes riesgos enlistados (cfr. Apéndice). Cada una de las escalas consta de seis ítems con un rango de respuesta de cinco puntos, de 1 (para nada) a 5 (muchísimo), con las siguientes instrucciones: “En las siguientes preguntas, indica como evalúas tu riesgo personal de contraer enfermedades o de experimentar problemas en tu salud física”. El instrumento al final contiene una ficha de datos sociodemográficos, es anónimo y de autoadministración. La duración media de la compilación es de aproximadamente quince minutos. El instrumento se aplicó durante el horario de clases, por uno de los investigadores. El orden en la presentación de las escalas fue al azar.

#### *Análisis de datos.*

La validación de la escala de percepción de riesgo individual se llevó a cabo -retomando el procedimiento empleado en el estudio original de referencia- (Donizzetti, 2008) en dos fases. En la primera se realizó el análisis factorial exploratorio con el método de factorización de ejes principales, con rotación Oblimin y normalización de Kaiser. La coherencia interna fue verificada mediante la correlación ítem escala y el coeficiente alfa. La segunda fase tuvo como objetivo verificar las estructuras factoriales resultantes, mediante un análisis confirmativo. Para la primera fase del análisis se utilizó el programa SPSS 11, mientras para la segunda fase se recurrió al software Lisrel 8.51.

## Resultados

### *Análisis factorial exploratorio y confirmativo.*

A continuación, se presentaran los resultados del proceso de validación de la *Escala de Autopercepción del Riesgo (SRPS)* para cada una de las esferas conductuales.

El análisis factorial exploratorio realizado a los ítems de la escala relativa a la alimentación, dio como resultado un sólo factor con un autovalor mayor de 1 (autovalor = 3.09) (Tabla 1).

<b>Escala de Autopercepción del Riesgo</b>			
	<b>Saturaciones</b>	<i>Correlación Ítem-total</i>	<i>Alfa si el Ítem es eliminado</i>
6. Colesterol	<b>.80</b>	.66	.73
4. Reducción de la atención	<b>.78</b>	.65	.73
5. Enfermedades cardiacas y del sistema circulatorio	<b>.77</b>	.64	.73
3. Reducción de la habilidad física	<b>.72</b>	.62	.74
1. Acne	<b>.39</b>	.39	.80
2. Sobrepeso o bajo peso	<b>.34</b>	.35	.80

Tabla. 1 – Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Percepción del Riesgo Personal en la esfera de la alimentación

La Escala de Autopercepción del Riesgo explica el 43.845% de la varianza total y las saturaciones van de .34 a .80. Las correlaciones ítem–total están comprendidas entre .35 y .66 y el alfa de Cronbach resulta igual a .79. Este modelo fue sometido a una verificación mediante un Análisis Factorial Confirmativo, del cual surgieron valores de congruencia (fit), poco satisfactorios, por lo cual se llevo a cabo una modificación al modelo que requirió la formalización de las correlaciones entre los errores de medición y algunos ítems<sup>5</sup>, obteniendo así un modelo con óptimos niveles de adaptación (RMSEA=.00; NFI=.98; NNFI=1.01; CFI=1.00; SRMR=.02; GFI=.98; AGFI=.95).

<sup>5</sup> Resultan correlacionados los errores de los ítems: 6 (Colesterol) y 5 (enfermedades cardiacas y del sistema circulatorio) y 2 (Sobrepeso o bajo peso) y 1 (Acne).

A este mismo procedimiento, se sometieron los ítems de la escala relativa a los riesgos de la sedentariedad, de la cual en la fase explorativa se confirmó su estructura monofactorial (Autovalor = 3.66) (Tabla 2).

	<b>Escala de Autopercepción del Riesgo</b>		
	<b>Saturaciones</b>	<i>Correlación Ítem-total</i>	<i>Alfa si el Ítem es eliminado</i>
6. Reducción de la capacidad respiratoria	<b>.87</b>	.80	.82
2. Reducción de las expectativas de vida	<b>.82</b>	.75	.83
4. Reducción de la agilidad física	<b>.69</b>	.66	.85
1. Enfermedades cardiacas y del sistema circulatorio	<b>.67</b>	.63	.85
5. Cáncer	<b>.67</b>	.62	.86
3. Sobrepeso o bajo peso	<b>.64</b>	.59	.86

Tabla. 2 – Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Percepción del Riesgo Personal en la esfera de la actividad física

La Escala de Autopercepción del Riesgo explica el 53.68% de la varianza total, con saturaciones que van de .64 a .87. Resultaron elevadas también las correlaciones ítem-total (rango .59 - .80) y el alfa de Cronbach (.87). Resultó satisfactorio, en la fase confirmativa, el modelo que presenta una estructura monodimensional y que correlaciona los errores de medición de los ítem 4 (reducción de la actividad física) y 1 (enfermedades cardiacas y del sistema circulatorio), y de los ítems 6 (reducción de la capacidad respiratoria) y 3 (Sobrepeso o bajo peso). El modelo así definido presenta los siguientes índices de adaptación: RMSEA=.09; NFI=.97; NNFI=.96; CFI=.98; SRMR=.04; GFI=.96; AGFI=.89.

Del análisis exploratorio llevado a cabo a la escala de percepción del riesgo que se refiere a los comportamientos sexuales, resulta una estructura monodimensional (Autovalor = 3.82) (Tabla 3).

<b>Escala de Autopercepción del Riesgo</b>			
	<b>Saturaciones</b>	<i>Correlación Ítem-total</i>	<i>Alfa si el Ítem es eliminado</i>
5. Enfermedades como el herpes	<b>.83</b>	.76	.85
2. Hepatitis B	<b>.81</b>	.75	.86
4. V.I.H	<b>.78</b>	.73	.86
3. Embarazo no deseado	<b>.77</b>	.72	.86
1. Enfermedades como la gonorrea	<b>.66</b>	.62	.88
6. Enfermedades como la clamidia	<b>.65</b>	.61	.88

Tabla. 3 – Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Percepción del Riesgo Personal en la esfera del comportamiento sexual

La Escala de Autopercepción del Riesgo explica el 56.77% de la varianza total, con saturaciones que van de .65 a .83: con correlaciones ítem-total que van de .61 a .76 con un alfa de Cronbach óptimo (.88). Este modelo resulta satisfactorio, con las correlaciones entre los errores de medida y los ítems 4 (V.I.H) y 3 (Embarazo no deseado) (RMSEA=.00; NFI=.98; NNFI=1.01; CFI=1.00; SRMR=.025; GFI=.98; AGFI=.95).

En lo que se refiere a la escala relativa al consumo de tabaco, del análisis exploratorio resulta una estructura mono factorial (Autovalor = 4.14) (Tabla 4).

<b>Escala de Autopercepción del Riesgo</b>			
	<b>Saturaciones</b>	<i>Correlación Ítem-total</i>	<i>Alfa si el Ítem es eliminado</i>
2. Problemas del cabello (opaco, frágil, pérdida)	<b>.87</b>	.80	.87
5. Cáncer	<b>.85</b>	.80	.87
1. Acne	<b>.82</b>	.77	.88
6. Reducción de los sentidos como el oído y la vista	<b>.80</b>	.74	.88
4. Enfermedades de los pulmones	<b>.72</b>	.69	.89
3. Manchas en los dientes	<b>.69</b>	.67	.89

Tabla. 4 – Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Percepción del Riesgo Personal en la esfera del consumo de tabaco

La Escala de Autopercepción del Riesgo explica el 62.98% de la varianza total, con saturaciones que van desde .69 a .87; las correlaciones ítem-total van de .67 a .80 y el alfa de Cronbach es excelente (.90). Tal estructura, fue sometida a un análisis confirmativo el cual reveló no poseer altos niveles de adaptación, por lo

que fue necesario calcular las correlaciones entre los errores de medida de algunos ítems<sup>6</sup>. El modelo así obtenido presenta los siguientes índices de congruencia: RMSEA=.08; NFI=.97; NNFI=.97; CFI=.99; SRMR=.03; GFI=.97; AGFI=.90.

Finalmente, la escala de percepción del riesgo autoreferido relativa al consumo del alcohol, mostró también una estructura monodimensional (Autovalor = 4.72) (Tabla 5).

<b>Escala de Autopercepción del Riesgo</b>			
	<b>Saturaciones</b>	<i>Correlación Ítem-total</i>	<i>Alfa si el Ítem es eliminado</i>
6. Reducción de los niveles de memoria	<b>.91</b>	.88	.93
4. Problemas del estomago y del aparato digestivo	<b>.88</b>	.85	.93
5. Reducción de la capacidad sexual	<b>.88</b>	.85	.93
2. Escasa coordinación motora	<b>.86</b>	.83	.93
3. Enfermedades del hígado	<b>.85</b>	.82	.93
1. Reducción de los reflejos	<b>.79</b>	.77	.94

Tabla. 5 – Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Percepción del Riesgo Personal en la esfera del consumo de alcohol.

La Escala de Autopercepción del Riesgo explica el 74.44 de la varianza total, con saturaciones que van de .79 a .91; las correlaciones ítem-total van de .77 a .88 y el alfa de Cronbach es óptimo (.94). Este modelo resultó satisfactorio, reportando la correlación entre los errores de relevación de los ítems 6 (Reducción de los niveles de memoria) y 2 (Escasa coordinación motora) (RMSEA=.08; NFI=.98; NNFI=.98; CFI=.99; SRMR=.02; GFI=.96; AGFI=.90).

En base a los resultados anteriores, se procedió a efectuar el análisis factorial a la escala completa, partiendo de los puntajes generales, para verificar si la percepción inherente a los diversos ámbitos conductuales puede ser considerada como componente o aspecto de una única dimensión de percepción del riesgo personal referido a la salud. Del análisis explorativo resultó una estructura monofactorial (autovalor= 3.2) (Tabla 6).

<sup>6</sup> Resultan correlacionados los errores de los ítems: 4 (Enfermedades de los pulmones) y 3 (Manchas en los dientes); 6 (Reducción de sentidos como el oído y la vista) y 5 (Cáncer).

	<b>Escala de Autopercepción del Riesgo</b>		
	<b>Saturaciones</b>	<i>Correlación Ítem-total</i>	<i>Alfa si el Ítem es eliminado</i>
<b>Escala de Autopercepción del Riesgo</b> consumo de tabaco	<b>.84</b>	<i>.72</i>	<i>.76</i>
<b>Escala de Autopercepción del Riesgo</b> ejercicio físico	<b>.81</b>	<i>.74</i>	<i>.75</i>
<b>Escala de Autopercepción del Riesgo</b> consumo de alcohol	<b>.73</b>	<i>.66</i>	<i>.78</i>
<b>Escala de Autopercepción del Riesgo</b> comportamiento sexuales	<b>.72</b>	<i>.61</i>	<i>.79</i>
<b>Escala de Autopercepción del Riesgo</b> alimentación	<b>.44</b>	<i>.41</i>	<i>.85</i>

Tabla. 6 – Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Percepción del Riesgo Personal en la esfera de la salud.

La Escala de Autopercepción del Riesgo completa, explica el 51.88 de la varianza total, con saturaciones que van de .44 a .84; las correlaciones ítem-total van de .41 a .72 y el alfa de Cronbach es óptimo (.82). Este modelo resultó satisfactorio, y evidencia una correlación entre los errores de medición de la escala de percepción del riesgo de la alimentación y la del ejercicio físico (RMSEA=.09; NFI=.97; NNFI=.96; CFI=.98; SRMR=.05; GFI=.97; AGFI=.90).

#### *Correlación entre escalas*

A partir del análisis de las correlaciones entre las escalas de percepción del riesgo personal se obtuvo que todas ellas se correlacionan significativa y positivamente, como se observa en la tabla 7.

	<b>Escala de Autopercepción del Riesgo</b>				
	1	2	3	4	5
1. Alimentación	1				
2. Actividad Física	.51**	1			
3. Comp. Sexual	.20*	.54**	1		
4. Consumo de Tabaco	.27**	.65**	.71**	1	
5. Consumo de Alcohol	.38**	.57**	.52**	.60**	1

Tabla. 7 – Análisis de las correlaciones bivariadas entre las Escalas de Percepción del Riesgo Personal.

\*\* Correlaciones significativas al nivel .01 – prueba de dos colas

\* Correlaciones significativas al nivel.05 - prueba de dos colas

Como se puede observar, la percepción del riesgo personal en la esfera de la alimentación está particularmente asociada con la sedentariedad ( $r=.51^{**}$ ), la percepción del riesgo personal en la esfera de la actividad física está fuertemente asociada al consumo del tabaco ( $r=.65^{**}$ ) y de alcohol ( $r=.57^{**}$ ), el riesgo personal percibido en la esfera sexual está asociado fuertemente con el riesgo de fumar ( $r=.71^{**}$ ) y moderadamente con el riesgo en el consumo de alcohol ( $r=.60^{**}$ ).

#### *Datos descriptivos*

El análisis descriptivo de los datos evidencian las siguientes tendencias generales. Los adolescentes mexicanos de la muestra poseen niveles medios bajos de percepción de riesgo personal en cada una de las esferas consideradas; de hecho, se perciben muy poco expuestos a los riesgos que se derivan de sus conductas sexuales (1.32; D.S.: .56) y del alcohol (1.33; D.S.: .71), así como de la actividad física que se lleva a cabo (1.32; D.S.: .58) y de las conductas alimenticias (1.62; D.S.: .66).

#### **Discusión y conclusiones**

El adolescente tiene como tarea esencial, elaborar y construir una identidad propia, definida y diferente, que le permita presentarse al mundo de manera autónoma, coherente y responsable (Palmonari, 2001). Dicha construcción puede concretizarse a través de diversos recorridos y por lo tanto mediante diferentes posibilidades de acción, dependiendo de las características personales y de los vínculos y oportunidades ofrecidas en su contexto de vida. Algunas veces, este desarrollo puede configurarse con un alto riesgo, y puede con mayor probabilidad comprometer el desarrollo presente y futuro del adolescente (Bigotti, Borca e Calandri, 2008). Los comportamientos riesgosos no se presentan de manera aislada, sino como verdaderas constelaciones de conductas, que una vez instaurados, pueden estabilizarse como hábitos adultos los cuales representan a la larga, la causa de algunos problemas de salud (Pastor, Balaguer y García 2006; Castillo, Tomás, García, y Balaguer 2003; Rodríguez, Goñi, y Ruiz, 2006, Cicognani y Zani, 1999).).

Conscientes de estos riesgos, ciertos profesionistas han tratado de individuar y comprender algunas variables psicológicas y psicosociales asociadas a la

adopción de comportamientos dañinos, a través de la elaboración de varios modelos teóricos en grado de explicar las conductas de los individuos, que hacen hincapié ya sea en las percepciones, las creencias o las actitudes. En este sentido un rol importante se le ha atribuido a la percepción del riesgo (Johnson, McCaut y Klein, 2002; Savadori y Rumiati, 1996; Wiedermann, 1998; Benthin, Slovic y Severson, 1993) no obstante los resultados contradictorios obtenidos en diferentes estudios (Donizzetti, en prensa).

Los resultados obtenidos en este estudio están en línea con los encontrados en el estudio italiano. Los índices de confiabilidad son óptimos en las subescalas que miden el riesgo personal en el campo de la alimentación, en el de la actividad física y en el de la sexualidad, y muy satisfactorios en las subescalas que miden la autopercepción del riesgo en el campo del consumo de alcohol y de tabaco.

La fuerte asociación encontrada entre las subescalas de percepción personal en el campo sexual y en el consumo de tabaco, podría ser interpretada tanto una especificidad sociocultural, como una característica de la población de menor edad - menos activos sexualmente y menos asiduos al consumo de alcohol y tabaco-, es decir, los participantes de este estudio reportaron asociaciones significativas de la percepción del riesgo en ámbitos en los cuales tienen menor experiencia, datos que confirman lo encontrado por Alsinet y Ballesté (2000).

Uno de los resultados más importantes de este estudio se refiere a las propiedades psicométricas encontradas en la escala general y en cada una de las subescalas; lo cual permite tener un instrumento que puede ser aplicado para tener una medida general de la percepción del riesgo de los adolescentes en el campo de la salud, así como hacer uso en base a exigencias específicas de alguna de las subescalas.

Aunque el balance final de este trabajo se considera positivo, se esta conciente que presenta algunas limitaciones y por ello tiene que ser considerado como una primera contribución a la validación del instrumento en población mexicana. Los principales límites son: un bajo número de participantes en la investigación, por lo tanto una muestra no representativa y la necesidad de verificar la validez de constructo verificando las asociaciones eventualmente

existentes con constructos afines a la percepción del riesgo. Se espera, por ello, proseguir en la línea de la validación para poder hacer comparaciones sistemáticas con otras poblaciones con el objetivo de desarrollar investigación transcultural.

Para concluir, se puede afirmar, que vistas las condiciones de salud que presentan los adolescentes en México, este instrumento puede representar una herramienta de gran utilidad para elaborar programas holísticos de atención a este grupo etéreo; ya que como se pudo observar los adolescentes de esta muestra poseen niveles muy bajos de percepción de riesgo personal en cada una de las esferas consideradas.

### Referencias Bibliográficas.

- Aaron, D. J., y Laporte, R. E. (1997). Physical activity, adolescence, and health; an epidemiological perspective. ***Excercise and Sport Sciences Reviews***. 25: 391-405.
- Acosta, G. M., Llopis, M.J., Gómez, P.G., y Pineda, G. 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 (3) 223-232.
- Alsinet, C. y Ballesté, J. (2000). La percepción que los niños y las niñas tienen sobre su seguridad. ***Revista Catalana de Seguridad Pública***. 6 y 7.
- Alsinet, C. (2000a). ***El Maltrato infantil: causas, tipos y consecuencias***. Barcelona: Milenio, Lleida.
- Alsinet, C. (2000b). ***El bienestar en la infancia***. Barcelona. Pages, Lleida.
- Alsinet, C., Pérez, R. M. y Agulló, M. J. (2003). Adolescentes y percepciones del riesgo. ***JOVENes, Revista de Estudios sobre Juventud***. 7 (18): 90-101.
- Arillo, S.E., Thrasher, J., Rodríguez, B.R., Chávez, A.R., Ruiz, V.S., y Lazcano, P. E., (2007). Suceptibilidad al consumo de tabaco en estudiantes no fumadores de 10 ciudades mexicanas. ***Salud Pública de México***. 49 (2):170-181.
- Balaguer, I., Pastor, Y. y Moreno, Y. (1999). Algunas características de los estilos de vida de los adolescentes de la Comunidad Valenciana. ***Revista Valenciana d'Estudis Autonomics***. 26: 33-56.

- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F. y Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**. **15** (25): 3186-91.
- Becker, M.H., Haefner D.P., Kasl S.V., Kirsch J.P., Maiman L.A. y Rosenstock J.M. (1977). Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. **Medical Care**. **15**: 27-46.
- Benthin, A., Slovic P. y Severson H. (1993). A psychometric study of adolescent risk perception. **Journal of Adolescence**. **16**, 2: 153-168.
- Caballero, C., Hernández, B., Moreno, H., Hernández, G. C., Campero, L., Cruz, A. y Lazcano, P. E. (2007). Obesidad, actividad e inactividad física en adolescentes de Morelos, México: un estudio longitudinal. **Arch. Latinoam. Nutr.** **57**(3): 231-237.
- Castillo, I., Tomás, I., García, M. M., y Balaguer, I. (2003). Participación en el deporte y salud percibida en la adolescencia. **Rev. De Psicol. Gral y Aplic.** **56** (1) 77-88.
- Celis de la Rosa, A. (2003). La salud de adolescentes en cifras. **Salud Pública de México**. **45** (1):153-168.
- Cicognani, E. y Zani B. (1999). La salute «a rischio» in adolescenza: il fenomeno dell'ottimismo irrealistico. **Psicologia clinica dello sviluppo**. **3**, 1: 81-100.
- Díaz, S. V. (2003). El embarazo en las adolescentes. **Gaceta Médica de México**. **139** (1): 23-28.
- Díaz, N.B. y García, A.R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. **Pan American Journal of Public Health**. **24** (4): 223-232.
- Donizzetti, A. R. (2008). La percezione del rischio in adolescenza: costruzione e validazione di strumenti di rilevazione. **Psicologia della Salute** (en prensa).
- Donizzetti A.R., Caianiello E., Capone V., Caso D., Cozzolino M.D. y De Falco R.C. (2008). Risultati della ricerca e dell'intervento formativo con adolescenti relativi a specifici ambiti della salute. En: G. Petrillo y D. Caso, (Eds.) **Promuovere la salute nei contesti educativi. Comportamenti salutari e benessere tra gli adolescenti**. Milano: FrancoAngeli
- Espada, J. P., Méndez, F. X., e Hidalgo, M. D. (2003a). Cuestionario Consumo. En: J. P Méndez, F. X **Programa Saluda**. Madrid: Pirámide.

- Espada, J. P., Méndez, F. X., e Hidalgo, M. D. (2003b). Cuestionario de intención de Consumo. En. J. P Méndez, F. X **Programa Saluda**. Madrid: Pirámide.
- Espada, S. J. P., Pereira, J. R., y García, F. J.M. (2008).Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. **Psicothema. 20** (4): 531-537.
- Gallegos, E., Villarruel, A., Loveland, C., Ronis, D., y Zhou, Y, (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. **Salud Pública de México. 50** (1):59-66.
- Gerrard M., Gibbson F.X., Warner T.D. y Smith G.E. (1993). Perceived vulnerability to AIDS and AIDS preventive behavior: A critical review of the evidence. En: J.B. Pryor y G.D. Reeder, (Eds). **The social psychology of HIV infection**. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Gómez, P. G., (1995). Peso Real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. **Revista Mexicana de Psicología 12**: 185-198.
- Hidalgo, S. M. A., Caballero, H. R., Celis de la Rosa, A., y Rasmussen, C. B., (2003). Validación de un cuestionario para el estudio del comportamiento sexual, social y corporal, de adolescentes escolares. **Salud Pública de México. 45** (1):58-71.
- Instituto Nacional de Geografía e Informática (2005). **Síntesis de resultados. II Censo de Población y Vivienda 2005**. México: INEGI.
- Johnson R.J., McCaul K.D. y Klein W.M.P. (2002). Risk Involvement and Risk Perception Among Adolescents and Young Adults. **Journal of Behavioral Medicine. 25**, 1: 67-82.
- Lete, I. Lozano, J.L. Martínez, C., y Parrilla, J. J. (2001). Embarazo en la adolescencia. En: **Sociedad Española de Contracepción: Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia**. 817-835.
- López, R. y F. Moral, R. J (2001). Sexo, autoeficacia y actitud hacia conductas sexuales de riesgo en población adolescente. **Revista de la Escuela Universitaria de Magisterio Albacete. 16** : 207-220.
- Luszczynska, A. y Schwarzer R. (2003). Planning and self-efficacy in the adoption and maintenance of breast self-examination: a longitudinal study on self-regulatory cognitions. **Psychology and Health. 18**, 1: 93–108.
- Mendoza, R., Sagrera, M. R. y Batista, J.M. (1994). **Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud**. Madrid: C.S.I.C.

- Muñoz, R.M., y Graña, L. J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*. **13** (1): 87-94.
- Olaiz, F.G., Rivera, D. J., Shamah, L. T., Rojas, R., Villalpando, H.S. Hernández A. M., y Sepúlveda, A., J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Palmonari, A. (2001). *Gli adolescenti*. Bologna: Il Mulino.
- Pastor, Y., Balaguer, I., y García, M. M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*. **18** (1): 18-24.
- Pellai, A. y Boncinelli, S. (2002). *JUST DO IT! I comportamenti a rischio in adolescenza. Manuale di prevenzione per scuola e famiglia*. Milano: Franco Angeli.
- Pérez, A., Reininger, B. M., Aguirre, F. M. I., Sanderson, M., Roberts, y Robert, E. (2006). La actividad física y el sobrepeso en adolescentes que viven en la frontera mexicano-estadounidense. *Pan American Journal of Public Health*. **19** (4): 244-252.
- Petrillo, G. (2008). L'approccio olistico e integrato alla promozione della salute: aspetti teorici e prospettive di intervento. En: G. Petrillo y D. Caso, (Eds.) *Promuovere la salute nei contesti educativi. Comportamenti salutari e benessere tra gli adolescenti*. Milano: Franco Angeli.
- Petrillo, G., y Caso, D.,(2008). *Promuovere la salute nei contesti educativi. Comportamenti salutari e benessere tra gli adolescenti*. Milano: Franco Angeli.
- Petrillo, G., y Caso, D., (2008a). Questionario "Salute e benessere nel mondo giovanile". En: G. Petrillo y D. Caso (Eds.). *Promuovere la salute nei contesti educativi. Comportamenti salutari e benessere tra gli adolescenti*. Milano: Franco Angeli.
- Petrillo, G., Caso, D. y Donizzetti A.R. (2008b). Caratteristiche psicologiche, psicosociali e stili di vita di adolescenti: risultati della ricerca e dell'intervento formativo relativi all'intero campione. En: G. Petrillo y D. Caso (Eds.). *Promuovere la salute nei contesti educativi. Comportamenti salutari e benessere tra gli adolescenti*. Milano: Franco Angeli.
- Quadrel, M.J., Fischhoff B. y Davis W. (1993). Adolescent (In)vulnerability, *American Psychologist*. **48**, 2: 102-116.

- Rodríguez, A., Goñi, A., y Ruiz, S. (2006). Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. *Intervención psicosocial*. **15** (1): 81-94.
- Sánchez, Z. L. M., Ángeles, L. A., Anaya, O. R. y Lazcano, P. E. (2007). Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. *Salud Pública de México*. **49** (2):182-193.
- Savadori, L. y Ruminati R. (1996). Percezione del rischio negli adolescenti italiani. *Giornale italiano di psicologia*. **23**, 1: 85-106.
- Serapio, C. A. (2006). Realidad psicosocial: La adolescencia actual y su temprano comienzo. *Revista Estudios de Juventud*. **73**: 11-23.
- Valdés, S. R. Reynales, S.L., Lazcano, P. E. y Hernández, A. M. (2007). Antes y después del convenio marco en México: una comparación desde la encuesta sobre tabaquismo en jóvenes 2003 y 2006. *Salud Pública de México*. **49** (2):155-169.
- Van der Pligt J., Otten W., Richard R. y Van der Velde F. (1993). Perceived risk of AIDS: unrealistic optimism and self-protective action. En: J.B. Pryor y G.D. Reeder, (Eds.). *The social psychology of HIV infection*. Hillsdale: LEA.
- Villaseñor, S. A. Caballero, H. R., Hidalgo, S. M. A., y Santos P. J. I. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública de México*. **45** (1):73-80.
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life event. *Journal of Personality and Social Psychology*. **39**: 806-820.
- Weinstein, N.D., Rothman A.J. y Nicolich, M. (1998). Use of correlation data to examine the effects of risk perceptions on precautionary behaviour. *Psychology and Health*. **13**, 3: 479-501.
- Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*. **10** (5): 481-500.
- Wiedermann P.M. (1998). La percezione del rischio. En: P.C.R. Gray, R.M. Stern y M. Biocca, (Eds.) *La comunicazione dei rischi ambientali e per la salute in Europa*. Milano: Franco Angeli.

## APÉNDICE – Escala de Autopercepción del Riesgo

**En las siguientes preguntas indica como evalúas tu riesgo personal de contraer enfermedades o de experimentar problemas en tu salud física.**

Considerando **mi alimentación** pienso que estoy personalmente expuesto al riesgo de:

1. Acne
2. Sobre peso o peso bajo
3. Reducción de la agilidad física
4. Reducción de la atención
5. Enfermedades cardíacas o del sistema circulatorio
6. Colesterol

Considerando **mí actividad física** pienso estar personalmente expuesto al riesgo de:

1. Enfermedades cardíacas o del sistema circulatorio
2. Reducción de la expectativa de vida
3. Sobre peso o peso bajo
4. Reducción de la agilidad física
5. Cáncer
6. Reducción de la capacidad respiratoria

Considerando **mí sexualidad** pienso estar personalmente expuesto al riesgo de:

1. Enfermedades como la gonorrea
2. Hepatitis B
3. Embarazo no deseado
4. V. I. H.
5. Enfermedades como el herpes
6. Enfermedades como la clamidia

Considerando **mí consumo de tabaco** pienso estar personalmente expuesto al riesgo de:

1. Acne
2. Problemas con el cabello (opaco, frágil, pérdida)
3. Dientes amarillos
4. Enfermedades de los pulmones
5. Cáncer
6. Reducción de sentidos como el oído y la vista

Considerando **mí consumo de bebidas alcohólicas** pienso estar personalmente expuesto al riesgo de:

1. Reducción de los reflejos
2. Escasa coordinación motora
3. Enfermedades del hígado
4. Problemas del estómago y del aparato digestivo
5. Reducción de las prestaciones sexuales
6. Reducción de los niveles de memoria