

LA TEORÍA DE LA COMPARACIÓN SOCIAL COMO PROMOTORA DE LAS CONDUCTAS DE SALUD: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA

THE THEORY OF SOCIAL COMPARISON AS A PROMOTER OF HEALTH BEHAVIOURS: A THEORETICAL APPROACH

Jose A. García del Castillo, Fernando García-Castillo, Paulo C. Dias y Álvaro García del Castillo-López

Universidad Miguel Hernández (España)

La salud es uno de los principales activos para las personas en relación con el estado de bienestar y la calidad de vida. Desde la Psicología de la Salud se han desarrollado teorías y modelos eficaces para amortiguar los factores de riesgo de salud y potenciar la conducta de salud. Las acciones de control de las enfermedades no transmisibles pasan necesariamente por medidas preventivas. Es imprescindible actuar de forma rápida y eficaz para que las consecuencias de mortalidad se minimicen al máximo y para ello es necesario poner en marcha programas de educación para la salud e intervenciones psicosociales que potencien las conductas de salud. Se propone un postulado teórico desde la teoría de la comparación social para el aprendizaje y/o la modificación de conductas de salud y estilos de vida sanos. Entre las dimensiones de la comparación social revisadas, podemos destacar aquellas que parten de las motivaciones de auto mejora como contraste descendente y el deseo de superación como identificación ascendente para explicar teóricamente la promoción de conductas de salud.

Palabras clave: Salud, Conductas de salud, Teoría de la Comparación Social, Promoción de conductas de salud, Promoción de estilos de vida sanos.

Health is a major asset for people in relation to the welfare state and quality of life. Health Psychology has developed effective theories and models to cushion health risk factors and enhance health behavior. Action to control non-communicable diseases necessarily involves preventive measures. Rapid and effective action is essential to minimize the impact of mortality, and this requires health education programmes and psychosocial interventions to enhance health behaviours. A theoretical postulate is proposed from the theory of social comparison for learning and/or modifying health behaviors and healthy lifestyles. Among the dimensions of the social comparison reviewed, we can highlight those that start from the motivations of self-improvement as a downward contrast and the desire for self-improvement as an upward identification to theoretically explain the promotion of health behaviors.

Keywords: Health, Health Behaviors, Theory of Social Comparison, Promotion of Health Behaviors, Promotion of Healthy Lifestyles.

Jose Antonio García del Castillo, Universidad Miguel Hernández, España, correspondencia a jagr@umh.es, <https://orcid.org/0000-0003-3646-1477>

Fernando García-Castillo, Universidad de Alicante, España, <https://orcid.org/0000-0003-0787-132X>

Paulo Cesar Dias, Universidade Católica Portuguesa, Portugal, <https://orcid.org/0000-0001-6876-3723>

Álvaro García del Castillo-López, Universidad Miguel Hernández, España, <https://orcid.org/0000-0001-8024-9532>

Recibido: Enero 2021, Aceptado: Julio 2021



La salud es uno de los principales activos para las personas y los grupos en relación con el estado de bienestar y la calidad de vida. Estos macro conceptos están insertados en los modelos biopsicosociales, donde tienen una especial relevancia los componentes biológicos que juegan un papel fundamental en el mantenimiento de un equilibrio físico adecuado y estable, los componentes de salud mental que sustentan el bienestar psicológico y los componentes sociales que dinamizan la interacción de las personas y son capaces de regular la estabilidad interpersonal potenciando y/o minimizando los procesos de influencia entre personas, grupos y culturas.

La construcción de la salud cuenta con elementos complejos e interdependientes, que están marcados por variables temporales que determinan su propia evolución. La estructura social es en sí misma una fuente potencial de valores, creencias y normas que marcan consistentemente el cómo, en cada momento, podemos entender la salud.

Las dinámicas individuales y sociales en torno al mantenimiento de la salud también son fluctuantes en el tiempo. Pero el avance científico en todos los ámbitos consigue establecer pautas de evidencia en la forma de vida y su consecuencia en la salud. Por ello las conductas de salud y el estilo de vida son las que establecen un estado general de salud en las personas, los grupos y las sociedades en general.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), es el estilo de vida el que marca una relación básica entre la salud y la enfermedad en aquellas patologías que no son transmisibles. El ejercicio físico regular, la alimentación equilibrada o unas pautas de sueño bien protocolizadas pueden ser perfectos ejemplos de comportamientos de salud para evitar posibles enfermedades asociadas a estas dimensiones.

En relación con las enfermedades no transmisibles (ENT), conocidas también como enfermedades crónicas, tienen una incidencia muy alta en cuanto a la mortalidad y otras consecuencias (OMS, 2021):

- Más del 70% de la mortalidad en el mundo son a consecuencia de las ENT (Más de 40 millones de personas anuales).
- En referencia a las muertes anticipadas (entre los 30 y los 69 años de edad) se provocan en países medios y bajos económicamente en más del 85% de los casos.
- La mortalidad por las ENT la encabezan las enfermedades cardiovasculares, seguidas del cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes, que agrupan un total de más del 80%.
- Los factores de riesgo asociados al estilo de vida por orden de importancia en relación con la mortalidad son: el tabaco, el consumo de sal, el consumo de alcohol y la inactividad física.

Las acciones de control de las ENT pasan necesariamente por medidas preventivas que incidan directamente en los factores de mayor riesgo de salud. Es imprescindible actuar de forma rápida y eficaz para que las consecuencias de mortalidad se minimicen al máximo y para ello es necesario poner en marcha programas de educación para la salud e intervenciones psicosociales que potencien las conductas de salud.

Desde la Psicología de la Salud se han desarrollado teorías y modelos eficaces para conseguir amortiguar los factores de riesgo de salud y potenciar la conducta de salud. Según García del Castillo (2012), gran parte de las teorías y modelos se encuadran en un marco psicosocial cognitivo, destacando el Modelo de Creencias de Salud (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1974), la Teoría de la Motivación Protectora (Harris, 1996; Harris & Middleton, 1994; Prentice-Dunn & Rogers, 1986; Rogers, 1975, 1983, 1985), La teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985, 1988, 2001, 2008, 2011) y la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein, 1967, 1980; Fishbein & Ajzen, 1972, 1975, 2009).

El objetivo de nuestro trabajo es proponer un postulado teórico desde la teoría de la comparación social que pueda servir para el aprendizaje y/o la modificación de conductas de salud y estilos de vida sanos.

Concepto de salud

El concepto de salud es complejo en sí mismo y aunque todas las entidades sanitarias parecen estar de acuerdo en su concepción, en la práctica no es así, dado que nos encontramos ante una construcción biopsicosocial dinámica en el espacio y en el tiempo que, como veremos, tiene influencias marcadas desde muchos otros ámbitos, incluida la política y la economía.

Uno de los primeros principios que han marcado el constructo de salud radica en el equilibrio. Para Hipócrates y Galeno es el equilibrio en relación a factores orgánicos fundamentalmente, el que marca la pauta y su ausencia o deterioro acabaría en un proceso de enfermedad (Caponi, 1997).

La definición más clásica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la salud estaba construida a partir del binomio salud-enfermedad como términos contrarios: "Salud es la ausencia de enfermedad" (cit. Salvat, 1973).

Ante este planteamiento en negativo, según Granados et al. (2019), se desprenden dos cuestiones a analizar:

- No se define la salud, es decir, no sabemos qué es salud.
- La enfermedad se entiende como algo conocido.

La OMS (1948, p.16) establece la definición de salud, ahora en positivo, con los siguientes términos: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de dolencias o enfermedades".

Para Granados et al. (2019), este paso es considerado muy positivo desde los siguientes postulados, subrayando que la salud es:

- Una disposición de completo bienestar dentro del sistema biopsicosocial.
- Manifestación de las personas para adaptarse al medio.
- Un beneficio de carácter personal y social.
- Una cualidad que es susceptible de ser medida de forma cuantitativa y cualitativa.

A partir de esta definición, se ha ido matizando el concepto dada su alta complejidad. Algunos autores lo entienden como un constructo inalcanzable “todos hablan de salud, pero nadie sabe lo que es” (Guerrero & León, 2008, p. 613), o constreñido a los aspectos médicos únicamente, siendo más reduccionistas. También podemos encontrar los que señalan que cualquier persona tiene algún nivel de salud (Bergdolt, 1999) o los que consideran que la salud puede adoptar muchas formas diferentes, por lo que definirla y acotarla se hace más complicado (Almeida, 2000).

Otros puntos de vista sobre la salud son los que abordan el término como algo perceptivo cuando la persona se siente sana (Keyes, 2002, Kugelmann, 2003) o cuando se encadenan a otros términos relevantes como físico, psicológico, intelectual o moral (Mezzich, 2005). Los postulados más contemporáneos se orientan hacia los cambios en el estilo de vida cuando aparecen procesos de enfermedad previos (Cuba & Campuzano, 2017) y a la inclusión de aspectos espirituales para que estén representadas todas las dimensiones humanas posibles (Hurtado et al., 2021).

Desde una vertiente más global, Granda (2007), ya apuntaba que la salud está intrínsecamente vinculada con la naturaleza, la cultura y la sociedad. En esta misma línea según Vineis (2020), el constructo de salud se entiende como globalizado (Salud Global), donde las relaciones con el medio ambiente (vividas en primera persona con la crisis de la pandemia actual) y las restantes condiciones humanas (conductas de salud, política, economía, etc.) son las que marcan el proceso.

La literatura refiere dos construcciones teóricas duales acerca de la salud, por una parte, la referida a la salud subjetiva frente a la salud objetiva y, por otra, la de salud frente a la enfermedad.

Si nos basamos en las experiencias singulares de salud, entendemos que la subjetividad de la misma está marcada por cómo se percibe por cada individuo en particular. Una persona entenderá la salud en función de las pautas sociales y culturales de donde nace y se desarrolla. Por otra parte, la salud se puede llevar a un nivel objetivo, dado que está unida a determinantes materiales y formas de vida que tienen unas consecuencias invariables (Kleinman et al., 1997).

La dualidad salud-enfermedad, la podemos entender como un proceso que abarca muchos componentes en su desarrollo, por lo que podemos determinar que su evolución es dinámica, interrelacionando situaciones de carácter personal y social que de alguna forma pueden dar explicación a las manifestaciones y consecuencias del proceso (Jarillo, 2019).

Desde esta óptica, la salud la entendemos como una construcción dinámica que se modifica en función de diferentes parámetros (Granados et al., 2019):

- La temporalidad.
- Los avances científicos y tecnológicos.
- Los avances diagnósticos.
- Los progresos nosológicos.

Podemos considerar, como señala Tirado (2021), que el constructo de salud en general está muy por encima del autocuidado individual, el afrontamiento de los riesgos o la interrelación que

tiene con otros determinantes que influyen en su dinámica. La salud debemos entenderla como un valor que interviene en el desarrollo y la autorrealización tanto a nivel individual como grupal.

Conducta de salud

La conducta de salud es el eslabón principal en la prevención de enfermedades no transmisibles (EFN) y dependen exclusivamente de la forma de vida de cada persona. Por ello en la literatura podemos encontrar la equiparación conceptual entre la conducta de salud y el estilo de vida saludable (Becerra, 2016).

La construcción del concepto se basa en la forma de vida de la persona y su posible repercusión en los problemas de salud desde una perspectiva con consecuencias negativas, o bien, el mantenimiento de la salud como una consecuencia positiva. Según Rodríguez-Marín (2001), la conducta de salud se asienta en aquellos comportamientos de la persona que pueden ser protectores o promotores de la salud, por lo que su fundamento esencial es de carácter preventivo.

Desde un punto de vista formal, la conducta de salud se desarrolla a partir del estilo de vida entendido como un conjunto de comportamientos (Rodríguez-Marín & García del Castillo, 1995).

La conducta de salud y el estilo de vida saludable son las premisas básicas de la prevención y promoción de la salud. En palabras de Bonal (2019, p. 179) “la promoción de salud es incidir, influir, actuar sobre los determinantes de salud modificables, entre ellos los comportamientos insanos, incluidos los de estilo de vida, que también son determinantes de salud”. Por ello en las ENT es la persona la responsable final de su salud, ya que es su estilo de vida el que puede alterar o modificar el estado general de salud, cualquier proceso de enfermedad, ya sea crónica o aguda y, por supuesto el proceso de rehabilitación (García-Castillo et al., 2021).

Podemos dimensionar la conducta de salud y el estilo de vida desde dos puntos de vista diferentes, para intentar agrupar todas las posibilidades de este concepto.

Por una parte, tenemos las dimensiones generales de los estilos de vida agrupadas en diferentes estratos que se desprenden de investigaciones de los procesos de salud/enfermedad, grupos marginales o estudios de ocio y tiempo libre, entre otros. Desde esta perspectiva, según señalan algunos autores (Clua, 2018; Dumont & Clua, 2015; García-Castillo, 2021; Robinson, 2018), tendríamos las siguientes dimensiones:

- Dimensión de carácter temporal, que explicarían la evolución del estilo de vida de los individuos y los grupos, tanto de forma personal como en la interacción con el resto de personas.
- Dimensión con una naturaleza visible, donde cada persona y/o grupo optará por hacer manifiesto su estilo de vida hacia sí mismo y los demás, en función de la cualidad del mismo.
- Dimensión de carácter espacial, donde lo más representativo es la ubicación contextual del estilo de vida.
- Dimensión de naturaleza reflexiva, en relación con las posibles interconexiones que se pueden desarrollar entre distintas personas y grupos en referencia a su estilo de vida.

- Dimensión centrada en el compromiso, donde las personas generan su estilo de vida en base a las relaciones de compromiso consigo mismos y con los demás.

Por otra parte, el estilo de vida lo podemos entender des dimensiones operativas vinculadas a la forma de vida cotidiana. En la literatura encontramos multitud de autores que señalan estas dimensiones como fundamentales para explicar la relación entre el estilo de vida y la salud (Barragán et al., 2015; Becerra, 2016; Belem et al., 2019; García-Castillo et al., 2021; Lema et al., 2019; Rigoni et al., 2012; Rodríguez et al., 2008):

- Dimensión de actividad y ejercicio físico, buscando el equilibrio entre actividad y descanso. Fomenta el ejercicio como base de prevención de una gran cantidad de enfermedades relacionadas directamente con el sedentarismo.
- Dimensión de alimentación, en referencia al estilo de alimentación que repercute directamente en la conducta de salud.
- Dimensión de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, que está ampliamente verificado que provocan problemas de salud.
- Dimensión de ocio, donde se encuentra correlaciones significativas entre la satisfacción con el tiempo libre, el bienestar psicológico y la calidad de vida.
- Dimensión de autocuidado, muy relacionado con las conductas de salud, dado que es un comportamiento voluntario de velar por el mantenimiento del equilibrio saludable.
- Dimensión sexual, relacionado con la satisfacción y la protección de enfermedades de transmisión.
- Dimensión de relaciones interpersonales, que repercuten en el equilibrio personal y social.
- Dimensión de bienestar psicológico, donde el estilo de vida funciona como correa de transmisión en el equilibrio de la salud mental.
- Dimensión de sueño y descanso, donde es fundamental que la calidad del sueño sea óptima para que las funciones de la vigilia se mantengan sanas.

La conducta de salud y el estilo de vida son elementos imprescindibles para el buen funcionamiento de la salud en general. Tenemos que entender el concepto desde una visión de múltiples variables, donde además de las personales encontramos las de carácter social, laboral, familiar y cultural.

Teorías y modelos psicosociales promotores de las conductas de salud

Como hemos indicado, desde la Psicología de la Salud contamos con algunas teorías que podemos considerar como precursoras de conductas de salud, el Modelo de Creencias de Salud (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1974), la Teoría de la Motivación Protectora (Harris, 1996; Harris & Middleton, 1994; Prentice-Dunn & Rogers, 1986; Rogers, 1975, 1983, 1985), La teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985, 1988, 2001, 2008, 2011) y la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein, 1967, 1980; Fishbein & Ajzen, 1972, 1975, 2009).

Para que las conductas de salud y el estilo de vida de las personas sea realmente efectivo en su salud general, han de apoyarse en dos condiciones, por una parte, aprender a mantener conductas saludables en la vida cotidiana llevando un estilo de vida sano en todas las dimensiones descritas anteriormente y por otra, aquellas personas que, finalmente, adquieren una enfermedad crónica, han de ser adherentes a los tratamientos para que su proceso de enfermedad no se agrave.

En esta línea, podemos contar con otras teorías y modelos, además de los anteriormente mencionados, que pueden aportar una perspectiva potencialmente positiva en la adquisición y/o modificación de conductas de salud como son la Teoría de la Comparación Social (Festinger, 1954), el modelo Transteórico (Prochaska & DiClemente, 1983) y el modelo Procesual de Acción en Salud (HAPA, según sus siglas en inglés "*Health Action Process Approach*") (Schwarzer, 1992). En el presente artículo vamos a abordar la teoría de la Comparación Social como promotora de conductas de salud.

Teoría de la Comparación Social

Esta teoría propuesta por Festinger (1954), no ha sido muy estudiada en los comportamientos de salud y en las consecuencias de los tratamientos de enfermedades crónicas, cuando sabemos que los componentes interpersonales tienen una gran influencia en el comportamiento.

La formulación de Festinger (1954) se orienta hacia el estudio de la auto-evaluación de las personas en comparación con otras. Cuando una persona se encuentra en estado de incertidumbre ante un hecho determinado, se compara con los demás intentando situarse en un proceso de creencias y opiniones de signo positivo, para intentar mantener la estabilidad personal.

Según Li et al. (2018), la evaluación de opiniones y habilidades que se pueden observar en los demás hace que la persona busque una evaluación propia para encontrar similitudes o diferencias con las de los otros y conseguir llegar de esta forma a la reducción de la incertidumbre.

De esta forma, una persona mediante la comparación social busca evaluar sus opiniones y sus habilidades, aumentar su autoestima y mejorar en lo posible su rendimiento, pero teniendo en cuenta los factores de influencia entre personas que se comparan (Neira y Ortiz, 2020).

La conducta de salud y el estilo de vida de personas referentes como modelos de comparación serán las que actúen como patrones de influencia en la aplicación de la comparación social. Para llegar a los modelos de comparación social, se han de tener en cuenta las dimensiones donde se apoya la teoría y a partir de ellas construir el proceso de aprendizaje y/o cambio.

Dimensiones de la comparación social

Teóricamente el funcionamiento de la Comparación Social en el desarrollo y promoción de posibles conductas de salud se apoya en cuatro dimensiones: a) Dirección, b) Interpretación, c) Referentes y d) Contenidos.

a) Dirección

La acción comparativa pivota sobre tres direcciones:

- Lateral, cuando la acción comparativa se lleva a cabo entre personas de conductas de salud y estilos de vida similares o iguales. En principio esta dirección la podemos considerar neutra, dado que no promociona ni mejora la situación de la conducta de salud. Emocionalmente esta dirección también es neutra, ya que no contribuye a alterar el equilibrio emocional ni hacia arriba, ni hacia abajo, al estar a un mismo nivel de competencias, aunque según Buunk & Gibbons (1997) puede actuar como reductora de la ansiedad.
- Ascendente, cuando la acción comparativa se lleva a cabo con otras personas que se considera que sus conductas de salud y estilos de vida son mejores en relación con la persona que compara. Esta es la dirección de comparación preferida en la búsqueda de la mejora de las conductas de salud. Al ser una comparación con personas en una situación mejor, según diferentes autores (Collins, 1996; Smith, 2000; Suls & Wheeler, 2000; Wills, 1981) puede generar sentimientos de frustración, sobre todo cuando ambas posiciones están muy alejadas unas de otras.
- Descendente, cuando la acción comparativa se lleva a cabo con otras personas que se considera que sus conductas de salud y estilos de vida son peores en relación con la persona que compara. La dirección de comparación descendente genera sentimientos de superioridad y según (Collins, 1996; Smith, 2000; Suls & Wheeler, 2000; Wills, 1981) propicia que la persona se sienta más aliviada con la situación propia.

b) Interpretación

Según Buunk & Gibbons (2000), la autoevaluación de la comparación en cualquiera de sus direcciones puede ser inconsistente. Para ello se incorpora la dimensión de la interpretación que ayuda a entender las consecuencias del proceso comparativo para la persona en referencia con el modelo de comparación, independientemente de la dirección.

Los elementos que componen la interpretación son la identificación y el contraste (Buunk & Ybema, 1995, 1997; Mussweiler, 2001, 2003; Terol et al., 2012):

- La identificación se establece entre la persona y el modelo de comparación buscando las posibles similitudes en sus comportamientos. De esta forma, las conductas de salud futuras de la persona pueden aproximarse a las del modelo de comparación.
- El contraste se establece entre la persona y el modelo de comparación para detectar las posibles divergencias entre sus comportamientos. Es otro paso para aproximarse a las conductas de salud del modelo de comparación en el futuro.

c) Referente

Los referentes de comparación social son aquellas personas que actúan como modelos de comparación para una persona. Para que un modelo de comparación sea referente, la persona intenta buscar elementos de identificación y contraste para evaluar su grado de similitud y/ diferencia.

Según Buunk et al. (2006), haría falta más evidencia empírica de cómo la persona selecciona a sus referentes de comparación. De hecho, la elección de un referente no está vinculada a ningún parámetro objetivo.

De acuerdo con Goethals & Darley (1977), la persona selecciona al referente en función de parámetros que se ajusten a las propias características de quien selecciona (similitud en raza, sexo, edad, etc.). Esta forma de selección puede mejorar la promoción de futuras conductas de salud por comparación con el modelo.

d) Contenidos

Los contenidos de comparación hacen referencia a los patrones, características y/o perfiles de los modelos de comparación. Por tanto, el contenido objeto de comparación puede ser abordado desde cualquier tipo de comportamiento, desde dimensiones del estilo de vida (actividad física, alimentación, etc.) hasta cualquier otra conducta de salud (Arigo et al., 2012; Suls & Wheeler, 2012; Wood, 1989).

A partir de estas dimensiones y sus componentes podemos proponer una configuración teórica de la teoría de la Comparación Social como promotora de conductas de salud.

Configuración teórica de la teoría de la Comparación Social como promotora de conductas de salud

Las conductas de salud y los estilos de vida sanos, son susceptibles de aprendizaje y modificación. Desde la teoría de la Comparación Social podemos proponer una construcción teórica que pueda servir de promotora de conductas de salud y estilos de vida sanos (Figura 1).

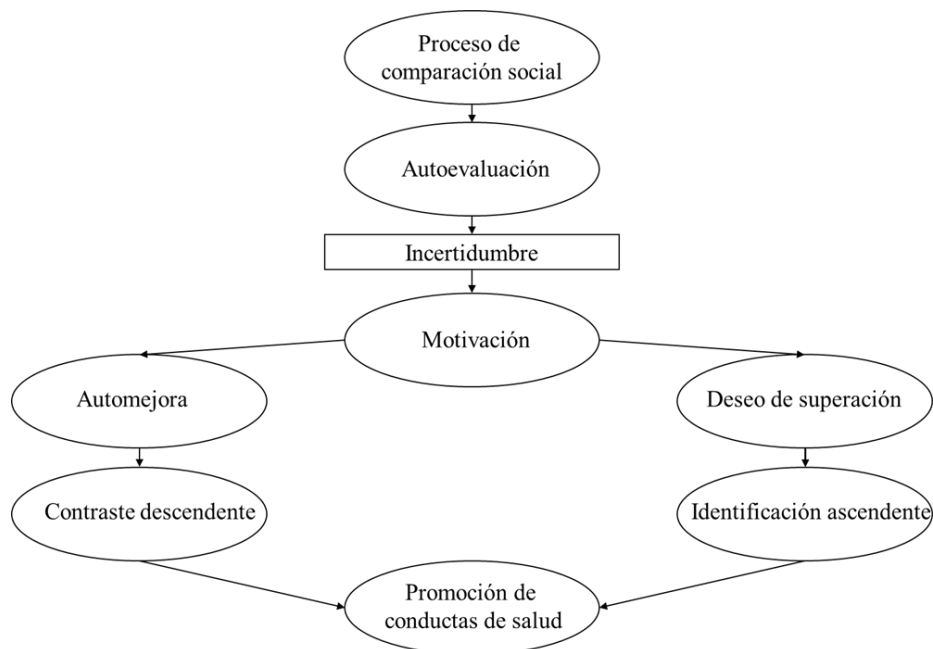


Figura 1. Configuración teórica de la comparación social en la promoción de conductas de salud

El funcionamiento del modelo teórico propuesto arranca de una autoevaluación de la persona con respecto a su conducta de salud que comparada con referentes en mejor situación genera un estado de incertidumbre que lleva a la persona a un estado de motivación en dos vertientes: por una parte la búsqueda de la auto mejora que lo deriva a una comparación descendente de contraste para restaurar el equilibrio y, por otra, al deseo de superación que propiciaría una comparación ascendente de identificación que promueve que su comportamiento intente mejorar. Los desencadenantes del proceso llevan a la persona a buscar conductas de salud y estilos de vida sanos.

Conclusiones

Hemos comprobado que son varias las teorías y modelos psicosociales que pueden promover las conductas de salud y estilos de vida sanos. Desde la teoría de la Comparación Social, se han investigado aplicaciones en diferentes contextos, tanto de salud como de otros comportamientos, destacando los relacionados con problemas de enfermedad crónica (Buunk, Zurriaga & Gonzalez, 2006; Dibb & Yardley, 2006; Gorawara-Bhat et al., 2008; Terol et al., 2012), de salud mental y bienestar psicológico (Ruggieri et al., 2021), con trastornos alimentarios (Hill & Nolan, 2021; Nagl et al., 2021), con riesgos de salud (Liu et al., 2021), con el estado de ánimo (Miramsa et al., 2016; Pang, 2021), con redes sociales y salud mental (Coynea et al., 2017; Nisar et al., 2019; Wanga et al., 2020), con consumo de alcohol (Litt et al., 2019) entre otros muchos.

Entre las dimensiones de la comparación social revisadas, podemos destacar aquellas que parten de las motivaciones de auto mejora como contraste descendente y el deseo de superación como identificación ascendente para explicar teóricamente la promoción de conductas de salud.

Esta propuesta teórica basada en otras investigaciones donde la comparación social ha servido de soporte para aprendizajes y cambios comportamentales, sería necesario ponerla a prueba en la vertiente de promoción de conductas de salud, que hasta el momento no ha sido investigada.

Referencias

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and prediction social behavior*. Prentice Hall.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.). *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Dorsey Press.
- Ajzen, I. (2001). Nature and Operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 27-58. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.27>
- Ajzen, I. (2008). Consumer attitudes and behavior. En C. P. Haugtvedt, P. M. Herr & F. R. Cardes (Eds.). *Handbook of Consumer Psychology* (pp. 525- 548). Lawrence Erlbaum Associates.
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & Health*, 26(9), 1113-1127. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>

Almeida, N. (2000). O conceito de saúde: ¿ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(1-3), 4-20. <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/j3WLwdBDQrFTtsFHMZ4giCN/?lang=pt&format=pdf>

Arigo, D., Suls, J. & Smyth, J.M (2012). Social comparisons and chronic illness: research synthesis and clinical implications. *Health Psychology Review*, 1-61. <https://doi:10.1080/17437199.2011.634572>

Barragán, L., González, M., Estrada, S., Hernández, Y., Hernández, E., Ríos, J. & Flores, M. (2015). Estilo de vida y dimensiones, en estudiantes universitarios del área de la salud. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 2(2), 53-63. <http://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/36>

Becerra, S. (2016). Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. *Revista de Psicología*, 34(2), 239-260. <http://dx.doi.org/10.18800/psico.201602.001>

Belem, I.S., Dias D.A. & Both, J. (2019). Diferentes comportamientos del estilo de vida de universitarios del curso de educación física. *Pensar en movimento. Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 17(2), 1-14. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/pem/v17n2/442059977016.pdf>

Bergdolt, K. (1999). History of Medicine and Concepts of Health. *Croatian Medical Journal*, 40(2). <http://www.cmj.hr/1999/40/2/10234052.pdf>

Bonal, R. (2019). Modelos sobre promoción de salud en medicina familiar internacional e implicaciones en medicina general integral. *Edumecentro*, 11(2), 175-191. <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v11n2/2077-2874-edu-11-02-175.pdf>

Buunk, B. & Gibbons, F. (1997). Social Comparison in Health and Illness: A Historical Overview. En B. Buunk & F. Gibbons (Eds.), *Perspectives from social comparison theory* (pp. 1-20). Erlbaum.

Buunk, B.P. & Gibbons, F.X. (2000). Toward an enlightenment in social comparison theory: Moving beyond classic and Renaissance approaches. En J.M. Suls & L. Wheeler (Eds). *Handbook of social comparison: Theory and research* (pp. 487-499). Springer.

Buunk, B.P. & Ybema, J.F. (1995). Selective Evaluation and Coping With Stress: Making One's Situation Cognitively More Livable. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(17), 1499–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb02629.x>

Buunk, B.P. & Ybema, J.F. (1997). Social comparisons and occupational stress: the identification-contrast model. In B.P. Buunk & F.X. Gibbons (Eds.), *Health, coping and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 359–388). Erlbaum.

Buunk, B.P., Zurriaga, R. & González, P. (2006). Social comparison, coping and depression in people with spinal cord injury. *Psychology & Health*, 21, 791–807. <https://doi.org/10.1080/14768320500444117>

Buunk, B.P., Zurriaga, R., Gonzalez, P., Terol, C., & López-Roig, S. L. (2006). Targets and dimensions of social comparison among people with spinal cord injury and other health problems. *Journal of Health Psychology November* 11(4), 677-693. <https://doi:10.1348/135910705X81000>

Caponi, S. (1997). Canguilhem and the epistemological status of the concept of health. *História Ciência Saúde-Manguinhos*, 4(2), 287-307. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000200006>

Clua, R. (2018). Estilos de vida de los usuarios de las salas de consumo higiénico de Barcelona. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 79-89. <http://dx.doi.org/10.21134/haaj.v18i2.369>

Collins, R. (1996). For better or worse: The impact of upward social comparison on self-evaluations. *Psychological Bulletin*, 119(1), 51-69. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.1.51>

Cuba, M.S. & Campuzano, J. (2017). Explorando la salud, la dolencia y la enfermedad. *Revista Médica Herediana*, 28(2), 116-121. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v28n2/a08v28n2.pdf>

Dibb, B., & Yardley, L. (2006). Factors important for the measurement of social comparison in chronic illness: A mixed-methods study. *Chronic Illness*, 2, 219-230. <https://doi.org/10.1177/17423953060020030301>

Dumont, G. & Clua, R. (2015). Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida. *Aposta Digital. Revista de ciencias sociales*, 66, 83-99. <https://www.redalyc.org/pdf/4959/495950262004.pdf>

Festinger, L. (1954) A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7, 117-140. <http://dx.doi.org/10.1177/001872675400700202>

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1972). Attitudes and options. *Annual Review of Psychology*, 32, 487-544. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.23.020172.002415>

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (2009). *Predicting and Changing Behavior. The Reasoned Action Approach*. Psychology Press.

Fishbein, M. (1967). Attitude and the prediction of behavior. En M. Fishbein (Ed.). *Reading in attitude theory and measurement* (pp. 389-400). Wiley.

Fishbein, M. (1980). A theory of reasoned action: some applications and implications. En H. Howe & M. Page (Eds.) *Nebraska Symposium on Motivation, 1979* (pp. 65-116). University of Nebraska Press.

García del Castillo, J.A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 12(2), 133-151. <https://doi.org/10.21134/haaj.v12i2.2>

García-Castillo, F., Ramos, I., Tortosa, J. & García del Castillo, J.A. (2021). Concepto, dimensiones y percepción del estilo de vida saludable. *Revista Interdisciplinaria* (En Prensa).

Goethals, G.R., & Darley, J.M. (1977). Social comparison theory: An attributional approach. In J.M. Suls & R.L. Miller (Eds.). *Social comparison processes: Theoretical and empirical perspectives* (pp. 259-278). Hemisphere Press.

Gorawara-Bhat, R., Huang, E.S. & Chin, M.H. (2008). Communicating with older diabetes patients: Self-management and social comparison. *Patient Education and Counseling* 72, 411-417. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.011>

Granados, J.A., Rosales, R.A. & Mendoza, J.M. (2019). Sobre el carácter complejo de la definición de salud. En R.A. Rosales, J.M. Mendoza & C.A. López (Eds.). *Epistemología de la salud* (pp. 51-79). Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Granda E. (2007, noviembre 10). Salud, ambiente y desarrollo: un reencuentro con los temas fundamentales de la salud pública. [Presentación de ponencia]. V Congreso Internacional de Salud Pública. Medellín, Colombia.

Guerrero, L. & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70517572010>

Harris, P. & Middleton, W. (1994). The illusion of control and optimism about health: on being less at risk but no more in control than others. *British Journal of Social Psychology*, 33, 369–386. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1994.tb01035.x>

Harris, P. (1996). Sufficient grounds for optimism? The relationship between perceived controllability and optimistic bias. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(1), 9–52. <https://doi.org/10.1521/jscp.1996.15.1.9>

Hill, E.M. & Nolan, M.T. (2021). Examining eating disorder-related social comparison orientation and body dissatisfaction in the relationship between fit ideal internalization and drunkorexia engagement. *Eating Behaviors*, 41, 101480. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101480>

Hochbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study*. U.S. Government Printing Office.

Hurtado, E., Losardo, R.J. & Bianchi, R.I. (2021). Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 134(1), 18-25. <https://eliashurtadohoyo.org/wp-content/uploads/2021/04/Salud-plena-e-integral.pdf>

Jarillo, E.C. (2019). La complejidad del concepto salud-enfermedad. En R.A. Rosales, J.M. Mendoza & C.A. López (Eds.). *Epistemología de la salud* (pp. 99-116). Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>

Kleinman A., Das V. & Lock, M. (eds.) *Social Suffering*. University of California Press.

Kugelmann, R. (2003). Health in the Light of a Critical Health Psychology. *Psicología desde el Caribe*, 11, 75-93. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21301106.pdf>

Lema, L., Salazar, I.C., Varela, M.T., Tamayo, J.A., Rubio, A. & Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 71-88. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111899006>

Li, J., Liu, X., Ma, L. & Zhang, W. (2018). User's intention to continue using social fitness-tracking apps. Expectation confirmation theory and social comparison theory perspective. *Informatics for Health and Social Care*, 44(3) 298–312. <https://doi.org/10.1080/17538157.2018.1434179>

Litt, D.M., Waldron, K.A., Wallace, E.C. & Lewis, M.A. (2019). Alcohol-specific social comparison as a moderator of the norms-behavior association for young adult alcohol use. *Addictive Behaviors*, 90, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.029>

Liu, Z., Elliot, A.J. & Li, Y. (2021). Social comparison orientation and trait competitiveness: Their interrelation and utility in predicting overall and domain-specific risk-taking. *Personality and Individual Differences*, 171, 110451. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110451>

Mezzich, J.E. (2005). Positive Health: Conceptual Place, Dimensions and Implications. *Psychopathology*, 38,177-179. <https://doi.org/10.1159/000086086>

Miramasa, L., Poliakoffa, E., Zandstrab, E.H., Hoeksmab, M., Thomasc, A. & El-Deredy, W. (2016). I feel bad and look worse than you: Social comparisons moderate the effect of mood on face health judgement. *Acta Psychologica*, 168, 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2016.04.002>

Mussweiler, T. (2001). Focus of Comparison as a Determinant of Assimilation Versus Contrast in Social Comparison. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(1), 38-47. <https://doi.org/10.1177/0146167201271004>

Mussweiler, T. (2003). Comparison processes in social judgment: Mechanisms and consequences. *Psychological Review*, 110(3), 472-489. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.3.472>

Nagl, M., Jepsen, L., Linde, K. & Kersting, A. (2021). Social media use and postpartum body image dissatisfaction: The role of appearance-related social comparisons and thin-ideal internalization. *Midwifery*, 100, 103038. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103038>

Neira, S. & Ortiz, M. (2020). Comparación social y su impacto en enfermedades crónicas. Una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 38(2), 243-258. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000200243>

O.M.S. (2018). *Enfermedades no transmisibles*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

OMS (1948). *Official Records of the World Health Organization*, 2. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=E00F75CA9D5BFED9045DF4B64CD2084?sequence=1

Pang, H. (2021). Unraveling the influence of passive and active WeChat interactions on upward social comparison and negative psychological consequences among university students. *Telematics and Informatics*, 57, 101510. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2020.101510>

Prentice-Dunn, S. & Rogers, R. W. (1986). Protection Motivation Theory and preventive health: beyond the Health Belief Model. *Health Education Research*, 1(3), 153-161. <https://doi.org/10.1093/her/1.3.153>

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking.

Rigoni, P.A.G., Costa, L.C.A., Belem, I.C., Passos, P.C.B., & Vieira, L.F. (2012). Orientação de vida e comportamentos de risco para a saúde em universitários: uma análise sob o olhar da psicologia positiva. *Revista da Educação Física / UEM*, 23(3), 361-368. <https://dx.doi.org/10.4025/reveducfis.v23i3.16856>

Robinson, F.J. (2018). El estilo de vida como proceso subjetivo: un estudio de caso sobre marginalidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 519-539. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repj/article/view/65287>

Rodriguez Añez, C.R., Reis, R.S., & Petroski, E.L. (2008). Versão brasileira do questionário "estilo de vida fantástico": tradução e validação para adultos jovens. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91(2), 102-109. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001400006>

Rodríguez-Marín J. (2001). *Psicología Social y de la Salud*. Síntesis.

Rodríguez-Marín, J. & García del Castillo, J.A. (1995). Psicología social de la salud. en J.L. Álvaro, A. Garrido & J.R. Torregrosa (Eds.). *Psicología Social Aplicada* (pp. 351-380). McGraw-Hill.

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 91(1), 93-114. <https://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803>

Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. En J.R. Cacioppo & R.E. Petty (Eds.). *Social Psychology: a source book* (pp. 153-156). Guildford Press.

Rogers, R.W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, 56(1), 179-182. <https://doi.org/10.2466/pr0.1985.56.1.179>

Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>

Ruggieri, E., Ingoglia, S., Bonfanti, R.C. & Lo Coco, G. (2021). The role of online social comparison as a protective factor for psychological wellbeing: A longitudinal study during the COVID-19 quarantine. *Personality and Individual Differences*, 171, 110486. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110486>

Salvat, M. (1973). *Salud y enfermedad*. Salvat editores.

Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp.217-243). Hemisphere.

Suls, J. & Wheeler, L. (2012). Social comparison theory. In P. A.M. Van Lange, A.W. Kruglanski & E.T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 460–482). Sage Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446249215.n23>

Suls, J.M. & Wheeler, L. (2000). *Handbook of social comparison: Theory and Research*. Springer.

Terol, M.C., Neipp, M.C., Lledó, A., Pons, N. & Bernabé, M. (2012). Comparación social y variables psicosociales relacionadas: una revisión de cáncer y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 28(2), 327-337. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.148931>

Tirado, A. (2021). El concepto de salud y su aproximación desde diferentes disciplinas. *Revista Ciencias Biomédicas*, 10(1), 55-60. <https://doi.org/10.32997/rcb-2021-3236>

Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>

Vineis, P. (2020). *Salute senza confini. Le epidemie della globalizzazione*. Codice Edizioni,

Wills, T. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90(2), 245-271. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.90.2.245>

Wood, J.V. (1989). Downward comparison principals in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90(2), 245–271