

## **CREENCIAS RELACIONADAS CON EL ESTILO DE VIDA DE JÓVENES LATINOAMERICANOS<sup>1</sup>**

Marcela Arrivillaga Quintero<sup>2</sup> e Isabel Cristina Salazar Torres  
*Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia)*

### **Resumen**

Este artículo presenta las creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos, específicamente estudiantes universitarios de Colombia, a partir de un estudio de tipo no experimental, descriptivo y transversal. Se describen las creencias en salud de 754 jóvenes en seis dimensiones del estilo de vida: condición, actividad física y deporte; tiempo de ocio; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y sueño. Para esto se diseñó, validó y aplicó el Cuestionario de prácticas y creencias relacionadas con estilos de vida y la Encuesta sobre factores del contexto relacionados con el estilo de vida. Se encontró alta o muy alta presencia de creencias favorables a la salud en todas las dimensiones evaluadas, excepto en sueño. Estos resultados fueron discutidos a partir del Modelo de creencias en salud (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1990), la Teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1980) y el Modelo de adopción de precauciones (Weinstein, 1998). Como conclusión, se planteó la necesidad de diseñar programas orientados a la promoción de estilos de vida saludables en población joven, que contemplen distintos procesos psicosociales como el aprendizaje, la cognición, la motivación y la emoción.

PALABRAS CLAVE: *Creencias, salud, estilos de vida.*

### **Abstract**

This article presents the lifestyle-related beliefs of young Latin-Americans, in particular Colombian university students. It is based on a non-experimental, descriptive and cross-sectional study. A description is made of the health-related beliefs of 754 youths regarding six different lifestyle variables: condition, physical and sporting activity, recreation and use of free time, self-care and medical care, eating habits, the consumption of alcohol, tobacco and other drugs, and sleep.

---

1 Esta investigación fue realizada por el Grupo de Investigación «Psicología, Salud y Calidad de Vida» (Colciencias 2002-2006) y financiada por la Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia). <http://correo.puj.edu.co/psicosalud/>

2 *Correspondencia:* Marcela Arrivillaga Quintero, Calle 18 No. 118-250 Vía a Pance, Carrera de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, Santiago de Cali (Colombia). E-mail: marceq@puj.edu.co

For this purpose, the Lifestyle-related questionnaire on practices and beliefs, and a Lifestyle-related survey on environmental factors were applied. A high presence of beliefs favorable to health was found in all the variables measured, except in sleep. Results are discussed in the light of the Health beliefs model (Hochbaum, 1958, Rosenstock, 1990), the Theory of reasoned action (Fishbein and Ajzen, 1980) and the Adoption of precautions model (Weinstein, 1998). Finally, it is highlighted that we need to design programs which are aimed at the promotion of healthy lifestyles among youths, taking into account various psycho-social processes such as learning, cognition, motivation and emotion.

KEY WORDS: *Beliefs, health, lifestyles.*

## Introducción

El estilo de vida comprendido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona (Rodríguez, 1995) o como aquellos patrones de conducta individuales, que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad, dependiendo de su naturaleza (Roth, 1990), incluye entre sus componentes el factor cognitivo. Específicamente, los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer y/o mejorar su salud (Goodman, 1982).

La educación en salud no puede desconocer el valor que tiene el factor cognoscitivo como determinante o predisponente de cambios conductuales y la adopción de estilos de vida saludables. Aunque el conocimiento de algo, por sí solo, no es un indicador de cambio conductual, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento (Fineberg, 1988). Las intervenciones preventivas que intentan controlar y evitar conductas de riesgo resultan mejores si incluyen el componente cognoscitivo.

Es importante resolver la cuestión sobre cómo deben diseñarse adecuados modelos de prevención e intervención en salud con ciertos grupos poblacionales, que incluyan factores cognoscitivos que produzcan el impacto deseado, o al menos, aumenten las probabilidades de éxito. Por esto, Hochbaum, Sorenson y Lorig (1992) han señalado que las teorías cognoscitivo-sociales y del comportamiento proveen elementos valiosos que proporcionan una estructura sobre la que apoyar su planificación, realización y evaluación.

En el campo de la prevención en salud se ha trabajado con una serie de modelos referidos al componente cognoscitivo, entre los cuales se destacan el Modelo de creencias en salud de Hochbaum (1958), el Modelo de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1980) y el Modelo de adopción de precauciones de Weinstein (1988).

El Modelo de creencias en salud fue desarrollado en 1950 con la intención de explicar por qué las personas no participan en programas preventivos de salud pública. Posteriormente, se adaptó para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad (Kirscht,

1974), el cumplimiento de pacientes con los tratamientos y recomendaciones médicas (Becker, 1974), la práctica de autoexploraciones, (Calnan y Moss, 1984), el consumo de tabaco (Weinberger, Greene y Mamlin, 1981), la participación de inmigrantes latinos en los Estados Unidos en programas de prevención de la tuberculosis (Poss, 2001), entre muchas otras investigaciones.

Rosenstock (1966), citado por Beneit (1994), propone que los factores del Modelo que determinan la conducta de salud son de dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de gravedad).

Por su parte, las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza se encuentran en función de la percepción sobre la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción de beneficios y barreras).

Para completar este modelo, Poss (2001) señala la importancia de estímulos discriminativos internos o externos, que se constituyen en claves para actuar. Un estímulo interno puede ser el síntoma de alguna enfermedad, mientras que un estímulo externo puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad. Adicionalmente, el concepto de autoeficacia ha sido adherido a algunas versiones del Modelo de creencias de salud. Rosenstock (1990) sugirió que la autoeficacia es útil para entender comportamientos relacionados con el cuidado de la enfermedad crónica que requiere cambios comportamentales en un largo período de tiempo.

En síntesis, este modelo plantea que las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema, el análisis costo-beneficio y el sentido de autoeficacia, favorecen la conservación y mejoría de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y lo que en general, puede denominarse la adopción de estilos de vida saludables.

Por otra parte, la Teoría de la acción razonada intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud. Este modelo fue introducido por Fishbein (1975) y desarrollado y evaluado por Fishbein y Ajzen (1980). El planteamiento del modelo es que una conducta de salud es resultado directo de la intención comportamental, que depende a su vez, de las actitudes que se tengan respecto al comportamiento concreto y de las valoraciones o normas subjetivas respecto a lo apropiado de la acción comportamental. El supuesto del modelo es que los seres humanos somos seres racionales y aplicamos información disponible de manera sistemática para evaluar el costo-beneficio de una acción particular. El objetivo de la Teoría de la acción razonada es ser capaz de predecir y entender directamente comportamientos observables que están primariamente bajo el control de los individuos.

Es importante señalar también el método de trabajo para la promoción de la salud propuesto por Weinstein (1988) en la Universidad de New Jersey, conocido como el modelo de adopción de precauciones. Este modelo plantea la existencia

de cinco etapas que se dirigen a la meta de identificar, valorar y fomentar los factores de protección para la salud: a) la percepción del riesgo, de la gravedad de la enfermedad y la susceptibilidad, así como el valor de las precauciones; b) el reconocimiento de estos factores para otras personas como iguales o grupos de referencia; c) la percepción de los factores en sí mismo o la aceptación de la susceptibilidad personal; d) la decisión de adoptar la precaución y e) la toma de la precaución.

El objetivo del presente artículo es describir las creencias sobre la salud de jóvenes universitarios latinoamericanos y su relación con las prácticas y los factores del contexto que implican riesgo o protección para la salud. Las dimensiones del estilo de vida consideradas fueron: *condición, actividad física y deporte, tiempo de ocio, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y sueño*. Los tres modelos teóricos presentados se tomaron en cuenta en el análisis y discusión de los hallazgos de la investigación.

## Método

### Sujetos

Para la investigación se tomó como *población* el conjunto de jóvenes y adultos de una Universidad privada de la ciudad de Cali, Colombia. Concretamente, la población fue de 4416 jóvenes de las diferentes Facultades de esta Universidad. La *muestra* fue estratificada y se conformó con 754 jóvenes. Para los cálculos se consideró un nivel de significancia estadística del 5%; el parámetro poblacional estimado fue la proporción de individuos con estilos de vida poco o nada saludables, la cual se esperaba que estuviera cerca al 50%.

El 53,1 % de los sujetos fueron hombres, el 46,6% fueron mujeres; la edad promedio fue de 20,8 años con una desviación estándar de 3,2 años (véase tabla 1). El 83,3% de los jóvenes pertenecen a estratos socioeconómicos altos (4, 5 y 6); por el contrario, el 16,7% de la muestra pertenece a estratos bajos (1, 2 y 3).

**Tabla 1**  
Distribución de estudiantes según la edad

EDAD (años)	N	%
16 – 20	382	51,4
21 – 25	316	42,5
26 – 30	40	5,4
31 – 35	3	0,4
36 – 40	2	0,3
No hay dato	11	1,5
TOTAL	754	100

## Diseño

La investigación fue de carácter no experimental, de tipo descriptivo, con diseño transversal.

## Instrumentos

a) *Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida* (Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2002) (véase Anexo). Está formado por 116 ítems distribuidos en dos subescalas: prácticas (69 ítems) y creencias (47 ítems). El cuestionario evalúa seis dimensiones del estilo de vida: condición, actividad física y deporte; tiempo de ocio; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño. Su formato de respuesta es de tipo Likert de cuatro alternativas con un rango de «siempre» a «nunca» y de «totalmente de acuerdo» a «totalmente en desacuerdo», respectivamente.

b) *Encuesta sobre factores del contexto relacionados con el estilo de vida* (Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2002). Está formada por 30 ítems que evalúan factores del contexto familiar, social, ocupacional y otros, relacionados con cada dimensión del estilo de vida evaluado en el cuestionario. Su formato de respuesta es de «sí» (1) o «no» (0).

Los instrumentos fueron validados por jueces y mediante una prueba piloto; y fueron aplicados bajo el consentimiento informado de los sujetos de investigación.

## Resultados

En general, se encontró alta o muy alta presencia de creencias favorables a la salud en todas las dimensiones evaluadas, excepto en Sueño (véase tabla 2).

**Tabla 2**

Distribución de los jóvenes para identificar la presencia de creencias en cada dimensión del estilo de vida

DIMENSIONES	n	F	%	F	%	F	%	F	%
		Muy Bajo	Muy Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Muy Alto	Muy Alto
Condición, actividad física y deporte	748	0	0%	25	3%	336	45%	383	51%
Recreación y manejo del tiempo libre	748	2	0%	23	3%	304	41%	419	56%
Autocuidado y cuidado médico	746	4	1%	129	17%	527	71%	86	12%
Hábitos alimenticios	747	12	2%	191	26%	495	66%	49	7%
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	745	16	2%	209	28%	412	55%	108	14%
Sueño	747	7	1%	511	68%	228	31%	1	0%

En la tabla 3 se muestra el nivel de presencia de creencias favorables a la salud en todas las dimensiones, según la *edad*.

**Tabla 3**

Creencias promedio de los jóvenes según las dimensiones del estilo de vida y la edad

DIMENSIONES	GRUPOS DE EDAD			
	16 – 20	21 – 25	26 – 30	31– 36
Condición, actividad física y deporte	Muy alto	Alto	Alto	Alto
Recreación y manejo del tiempo libre	Alto	Alto	Alto	Muy alto
Autocuidado y cuidado médico	Alto	Alto	Alto	Alto
Hábitos alimenticios	Alto	Alto	Alto	Alto
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	Alto	Alto	Alto	Muy alto
Sueño	Alto	Bajo	Bajo	Alto

Los resultados por *sexo* indican que hombres y mujeres presentan alta o muy alta presencia de creencias favorables en las dimensiones *condición, actividad física y deporte* y *tiempo de ocio*; mientras que los niveles más bajos de este tipo de creencias se encontraron en las dimensiones *sueño, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y hábitos alimenticios*.

En cuanto al *estrato socioeconómico* se encontró una mayor presencia de creencias favorables a la salud en jóvenes de estrato medio, medio-alto y alto; por el contrario, en jóvenes de estratos medio-bajo y bajo se dieron niveles bajos o muy bajos de presencia de estas creencias.

Los resultados en cada dimensión del estilo de vida fueron:

*Condición, actividad física y deporte*: Los jóvenes presentaron una alta o muy alta presencia de creencias favorables relacionadas con esta dimensión (96%). A pesar de lo anterior, no coincidió la presencia de creencias favorables con las prácticas, que resultaron poco o nada saludables. Se identificaron las siguientes creencias positivas: «La actividad física ayuda a mejorar la salud» con un 98%, «Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades», 96%; «Con el ejercicio mejora el estado de ánimo», 88% y «Los cambios repentinos en el peso corporal afectan la salud», 89%. Se encontró un porcentaje significativo de jóvenes en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con la creencia negativa de «El ejercicio puede esperar», 61%. No se encontraron creencias negativas con las que los jóvenes estuvieran de acuerdo.

*Tiempo de ocio*: Los jóvenes tienen una alta o muy alta presencia de creencias favorables al respecto (96,6%). Esta fue la única dimensión donde el comportamiento de los jóvenes es coincidente entre creencias y prácticas. Se destacaron las siguientes creencias positivas: «Es importante compartir actividades de recreación [ocio] con familia y amigos», 95,6% y «El descanso es importante para la salud», 93,7%. Se encontró un alto porcentaje de jóvenes en desacuerdo o totalmente en

desacuerdo con las siguientes creencias negativas: «La recreación [el ocio] es para los que no tienen mucho trabajo», 75,6% y «El trabajo es lo más importante en la vida», 60%. Estos dos grupos de jóvenes incluyen momentos de descanso en su rutina diaria.

*Autocuidado y cuidado médico:* Los jóvenes presentan una alta o muy alta presencia de creencias favorables (82%). Como en el caso de la condición, actividad física y el deporte, los jóvenes con creencias favorables en esta dimensión tienen prácticas poco o nada saludables. Se encontraron las siguientes creencias positivas: «Cada persona es responsable de su salud», 95,9%; «Es mejor prevenir que curar», 93,8%; «Los factores ambientales (el sol, la contaminación, el ruido) influyen en la salud», 89,8% y «El estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento», 81,1%. Asimismo, se encontró un alto porcentaje de jóvenes en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con las siguientes creencias negativas: «Tener buena salud es asunto de la suerte o del destino», 79,9%; «La relajación no sirve para nada», 78,2%; «Sólo cuando se está enfermo, se debe ir al médico», 69,8%; «En tramos cortos no es necesario el cinturón de seguridad», 65,5%; «Es importante que le caiga bien el médico para que el tratamiento funcione», 66,4% y «En la vida hay que probarlo todo para morir contento», 55,5%

Por otra parte, los jóvenes cuyas familias promueven el uso de medicina alternativa (10,4%) también presentan niveles altos o muy altos de presencia de las creencias favorables a la salud relacionadas con esta dimensión ( $\chi^2 (3) = 4,12$   $p = 0,042$ ).

*Hábitos alimenticios:* Los jóvenes tienen alta o muy alta presencia de creencias favorables en esta dimensión (73%). A pesar de ello tienen prácticas poco o nada saludables. La creencia positiva que se destacó fue: «El agua es importante para la salud» con un 91,4%. Complementariamente, altos porcentajes de jóvenes están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con las siguientes creencias negativas, que bien podrían señalarse como factores de protección: «Entre más flaco más sano<sup>3</sup>», 77,6%; «Lo más importante es la figura», 73,9%; «Entre más grasosita la comida más sabrosa»<sup>4</sup>, 67,8%; «Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo», 65,9% y «Las dietas son lo mejor para bajar de peso», 57,6%.

El respeto a los horarios de comidas en las familias es un factor del contexto con fuerte asociación estadística para la alta o muy alta presencia de creencias favorables en esta dimensión ( $\chi^2 (3) = 11,21$   $p = 0,00$ ). Al establecer la relación existente entre las calificaciones obtenidas en las creencias y el tener familia con tendencia al sobrepeso y la obesidad, se encontró que la asociación es estadísticamente significativa ( $\chi^2 (3) = 23,57$   $p = 0,00$ ). De igual forma, se encontró que jóvenes con un nivel alto o muy alto de presencia de creencias favorables en Autocuidado y cuidado médico suelen provenir de familias donde no hay tendencia al sobrepeso y la obesidad; se obtuvo valor del estadístico que refleja una asociación importante ( $\chi^2 (3) = 20,24$   $p = 0,00$ ).

---

3 Esta expresión equivale a «Cuanto más flaco más sano».

4 Esta expresión equivale a «Cuanto más grasosita la comida más sabrosa».

*Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas:* Los jóvenes tienen una alta o muy alta presencia de creencias favorables al respecto, (69,8%). De igual forma, que en el caso anterior, este resultado no es coincidente con las prácticas que fueron poco o nada saludables. Se halló la siguiente creencia positiva: «El licor es dañino para la salud», en el 76,8% de los jóvenes. Un alto porcentaje de jóvenes está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con las siguientes creencias negativas: «Consumir uno o dos cigarrillos al día no es dañino para la salud», 70,3%; «Se disfruta más una rumba si se consume licor o drogas»<sup>5</sup>, 66,1% y «Al consumir licor se logran estados de mayor sociabilidad», 56,2%. Las creencias negativas con las que los jóvenes están de acuerdo o totalmente de acuerdo y constituyen un factor de riesgo para la salud son: «Un traguito de vez en cuando no le hace daño a nadie», 78%; «El café le permite a la gente estar despierta», 59,9%; «Nada como una coca-cola con hielo para quitar la sed», 55,2%; «Una borrachera de vez en cuando no le hace daño a nadie», 54,3% y «Tomar trago es menos dañino que consumir drogas», 52,4%.

Se encontró una asociación estadística fuertemente significativa entre las creencias desfavorables de los jóvenes en esta dimensión y el hecho de que alguno de los padres ( $\chi^2(3) = 42,09 p = 0,000$ ) y amigos sean fumadores y/o consuman licor.

*Sueño:* En esta dimensión un 69,3% de los jóvenes presentaron niveles bajos o muy bajos de creencias favorables. Este resultado no coincide con el resultado de las prácticas que fueron saludables y muy saludables. Se encontraron las siguientes creencias positivas con las que los jóvenes están de acuerdo o totalmente de acuerdo: «Dormir bien, alarga la vida», 76,1%; «La siesta es necesaria para continuar la actividad diaria», 55,9%; «Si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien», 54% y «Sólo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas», 64,4%.

## Discusión

Los resultados de la investigación identifican conductas de riesgo y de protección asociadas a la salud en una población específica, lo cual favorece el posterior diseño de programas que fomenten comportamientos saludables. El interés fue lograr una descripción detallada de tales comportamientos, de forma que puedan modificarse las dimensiones de riesgo asociadas con la enfermedad o la disfunción, así como promover aquellos que resultan protectores de la salud. Esta idea es el centro de la intervención en salud.

Antes de centrar la atención en los modelos de creencias en salud es importante reconocer que en la consolidación del estilo de vida están en juego una serie de procesos de aprendizaje que se presentan en contextos específicos. El valor de los ambientes en el aprendizaje de los estilos de vida es importante, pues en ellos se generan las variables y aspectos que en alguna medida los controlan. Las evaluacio-

---

5 Esta expresión equivale a «Se disfruta más de una fiesta si se consume licor o drogas».



nes de los estilos de vida pueden realizarse de forma ecopsicológica, dado que es en los nichos naturales de los sujetos donde se encuentran muchos de los factores que pueden enunciarse como de predisposición y de mantenimiento, y que probablemente corresponden también a los de adquisición de los comportamientos que se traducen en estilos de vida a favor o en contra de la salud. Como es obvio, el componente cognoscitivo forma parte de la estructuración de un estilo de vida saludable, aunque no necesariamente lo determine.

Por ejemplo, en la investigación fueron significativos los resultados concernientes a la influencia de factores socioambientales de la familia y amigos en el desarrollo de pautas de comportamiento y creencias saludables en la dimensión hábitos alimenticios (vr.g., alimentación saludable, respeto a los horarios de comida). Por el contrario, la influencia de la familia y los amigos se relaciona con creencias desfavorables sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (vr.g. padres y amigos fumadores y/o consumidores de licor).

Otros factores que se convierten en variables importantes al momento de evaluar las creencias relacionadas con el estilo de vida son la edad, el sexo y el estrato socioeconómico. Concretamente, sobre la variable edad, a mayor edad, mayor la presencia de creencias favorables a la salud en dos de las dimensiones evaluadas, lo cual puede estar directamente relacionado con la percepción de vulnerabilidad que se produce con el paso del tiempo y de los años. En los más jóvenes la percepción de vulnerabilidad puede ser más baja, lo que tiene que ver además con la contingencia entre un comportamiento de riesgo para la salud y la aparición de la disfunción. Generalmente, ambos procesos no se dan temporalmente cercanos, a no ser que se trate de un trauma para la salud intenso, agudo y de alto impacto emocional. En otras palabras, sujetos jóvenes no perciben el riesgo como algo cercano, o se perciben como sujetos invulnerables y por ende ejecutan conductas insanas que afectan la salud a mediano o largo plazo, esto puede indicarse como un comportamiento deficitario en autocontrol (Bandura, 1986).

La otra variable a señalar es el sexo. Según los resultados de la investigación, las mujeres jóvenes tienen más creencias favorables que los hombres en tres de las seis dimensiones evaluadas (Condición, actividad física y deporte, Hábitos alimenticios y Autocuidado y cuidado médico). Se podría argumentar al respecto que entre las condiciones de la cultura latinoamericana que predisponen el desarrollo de tales comportamientos se encuentran el énfasis del medio en el estereotipo de belleza, que puede ser bien o mal interpretado y asumido por las mujeres, ya sea con la adopción de conductas eficazmente saludables como la realización de autoexámenes o con conductas de riesgo como la supresión total de alimentos con contenido graso que puede desencadenar en trastornos alimentarios. Asimismo, es bien sabido que algunos programas de educación sexual en Latinoamérica están dirigidos a población femenina, como en el caso de las campañas de salud sexual y reproductiva que tienen por objetivo prevenir enfermedades que atenten contra la mujer; un ejemplo claro de ello es la promoción de la toma anual de citologías.

Por su parte, el estrato socioeconómico es una variable que acompaña el estilo de vida. La relación en este caso es directamente proporcional, a mayor estrato mayor la presencia de creencias favorables. Esta relación parece obvia, más aún en

una población como la estudiada (universidad privada). Sin embargo, cabe destacar que el acceso a recursos y satisfactores de tipo material sí marcan diferencias significativas en las conductas y afrontamiento de la salud. Sectores desfavorecidos tienen más limitaciones al respecto que sectores con amplias ventajas en sus recursos.

En conclusión, la influencia de las variables sociodemográficas descritas se relaciona con los planteamientos de Costa y López (1996), quienes afirman que para tener una mayor claridad sobre cuáles son las esferas de la vida en que deben buscarse las conductas que constituyen el estilo de vida de una persona, deben explorarse entre otros aspectos el nivel de la actividad cultural-educativa, y el tipo y carácter del trabajo que realizan. Es bien sabido que los nichos sociales, las presiones laborales y económicas, entre otros aspectos, han determinado en gran medida la adopción de estilos de vida que no son saludables.

Por otra parte, un resultado significativo en varias de las dimensiones del estilo de vida fue la incongruencia entre el nivel de presencia de creencias favorables o desfavorables a la salud y el tipo de prácticas realizadas. De hecho, en los jóvenes sólo coinciden ambos componentes en la dimensión Tiempo de ocio. Esto puede explicarse por la importancia otorgada a los espacios de ocio en este momento del desarrollo y la efectiva realización de conductas acordes con esto. Por el contrario, en las dimensiones restantes, no es congruente el nivel de presencia de las creencias con las prácticas realizadas. Es decir, los jóvenes, tienen creencias favorables a la salud, excepto en Sueño, pero no actúan en coherencia con este reconocimiento. En este caso y acorde con lo formulado por el Modelo de creencias en salud (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1966), la mera percepción individual no determina el comportamiento, al menos en la población evaluada. En otras palabras, los jóvenes pueden tener la creencia de que un determinado problema de salud es importante, efectivamente pueden tener también la creencia de que la acción a tomar produce beneficios para la salud, pero lo que no tienen es la percepción de ser vulnerables a ese problema y por ende posponen el costo que supone una acción preventiva. Como lo planteó Bandura (1986), ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento o una acción protectora para la salud.

En la investigación se evidenciaron dos situaciones: 1) Alta presencia de creencias favorables a la salud asociadas con prácticas no saludables y 2) Baja presencia de creencias favorables a la salud asociadas prácticas saludables. En el primer caso, a pesar del reconocimiento de la importancia del tema, expresado en una creencia favorable, se presentan prácticas no saludables firmemente instauradas, que se realizan automáticamente y que se transforman en hábitos, que de acuerdo con Beneit (1994), son «resistentes al cambio». Estos son hábitos que al adquirirse, realizarse y mantenerse en un contexto (social, familiar, escolar, laboral) de forma recurrente se traducen en factores de riesgo para la salud.

En el segundo caso, que sólo se presentó en la dimensión Sueño, puede relacionarse con la escasa y clara conciencia por parte los jóvenes sobre la importancia de esta dimensión en la salud.

En ambas situaciones se evidencia un tipo de razonamiento que no incluye la evaluación de consecuencias a largo plazo, la dificultad de algunos jóvenes para

tomar de decisiones en función de criterios propios (locus de control interno), en vez de criterios socialmente aceptados y la evaluación de que el riesgo para la salud no es temporalmente cercano.

Para profundizar e ilustrar lo anterior vale la pena retomar el Modelo de adopción de precauciones de Weinstein (1988). En éste, la primera posibilidad es que una persona puede conocer o desconocer la importancia de cualquier comportamiento de protección o de riesgo para la salud. Si la desconoce obviamente, las probabilidades de realización de una práctica saludable es menor que el desarrollo de una práctica poco o nada saludable. Si la conoce, pero no actúa acorde con la creencia favorable a la salud, a su vez pueden presentarse las siguientes alternativas conductuales:

1. La persona ni siquiera piensa acerca de practicar una conducta saludable, lo cual trae consigo una actitud de indiferencia y hasta cierto punto negativa, sobre la práctica misma. Aquí, el conocimiento de su importancia es general.
2. La persona piensa en practicar la conducta saludable, pero aún no se decide a hacerlo. En este caso, a pesar de la actitud positiva frente a la práctica saludable, existe un problema de compromiso y motivación frente a la misma.
3. La persona decide no practicar la conducta saludable. Lo que opera en esta situación es un proceso que Weinstein (1988) denominó «Invulnerabilidad percibida». La persona piensa y siente que no es vulnerable y no tiene ninguna posibilidad de desarrollar disfunción o enfermedad alguna. Los jóvenes que realizan comportamientos habituales que no son favorecedores de la salud, pueden tener consecuencias negativas sólo a largo plazo, y las probabilidades nunca señalan una relación directa entre por ejemplo: fumar y desarrollar cáncer de pulmón en todas las personas, dado que esta relación como muchas otras no es unicausal, lo influye aún más en el proceso de Invulnerabilidad percibida.
4. La persona decide practicar la conducta saludable pero aún no empieza a ejercitarla. En este caso no se identifican claramente los riesgos de no llevar a cabo la práctica saludable, se presentan problemas en la toma de decisiones y las intenciones de desarrollar un estilo de vida saludable. Esto se relaciona directamente con el tema del autocontrol, como un medio importante para lograr mantener una serie de hábitos y pautas constantes de conducta que constituyen un estilo de vida promotor de la salud o que disminuyan los factores de riesgo para la aparición de la enfermedad.

Ahora bien, el Modelo de adopción de precauciones sugiere que el proceso se completa cuando una persona hace el paso por las cinco etapas propuestas por el autor; es decir, cuando la persona identifica un factor de riesgo o de protección para la salud, manifiesta de forma expresa su voluntad de cambio y propone un plan concreto para llevarlo a término. Allí se habrá superado el nivel de modificación de las actitudes y de los conocimientos, para trascender al plano de los cambios en la práctica de las conductas saludables (Flórez y Hernández, 1998).

Relacionado con lo anterior, vale la pena destacar un factor señalado por Fishbein y Ajzen (1980) en la Teoría de la acción razonada, que se refiere a la moti-

vación general que debe poseer la persona para actuar conforme a las valoraciones o normas subjetivas respecto a lo apropiado de la acción comportamental. En compañía de otros aspectos señalados por los autores, la motivación afecta la intención comportamental de llevar a cabo una conducta de salud.

Todo lo expuesto previamente tiene que ver con que la conservación y recuperación de la salud está relacionada con procesos psicosociales, como aprendizaje, cognición, motivación y emoción; que se expresan de manera particular según el ciclo de vida de la persona, así como los espacios y situaciones en los cuales se desarrollan las conductas saludables o no saludables. Según los resultados de la investigación, es claro que con población joven los programas de intervención deben planearse y llevarse a cabo de forma multimodal y atendiendo distintos procesos psicológicos asociados a la adopción de estilos de vida saludables.

## Referencias

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. y Gómez, I. (2002). *Prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida de jóvenes y adultos*. Documento de Trabajo. Cali: Pontificia Universidad Javeriana.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thoughts and actions*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monograph*, 2.
- Beneit, P. (1994). Conductas de salud. En J.M. Latorre y P.J. Beneit (dirs.), *Psicología de la salud* (3ª edic.). Buenos Aires: Lumen.
- Calnan, M.W. y Moss, S. (1984). The health belief model and compliance with education given at a class on breast self examination. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 198-210.
- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Fineberg, H. (1988). Education to prevent AIDS: prospects and obstacles. *Science*, 239, 592-596.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, M.A, Addison-Wesley Publishing.
- Flórez, L. y Hernández, L. (1998). Evaluación del estilo de vida. *Boletín Electrónico Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud –ALAPSA-*
- Hochbaum, G.M. (1958). *Public participation in medical screening programs: a sociopsychological study*. Washington, D.C.: US Government Printing Office, PHS, 572.
- Hochbaum, G.M., Sorenson, J.R. y Lorig, K. (1992). Theory in health education practice. *Health Education Quarterly Fall*, 19, 295-313.
- Kirscht, J.P. (1974). The health belief model and illness behavior. *Health Education Monograph*, 2, 387-408.
- Poss, J. E. (2001). Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the health belief model and the theory of reasoned action. *Advances in Nursing Science*, 23, 4, 1-15.

- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rosenstock, I.M. (1990). The health belief model: explaining health behavior through expectancies. En K.Glanz, F.M. Lewis y B.K. Rimer (dirs.) *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22, 1.
- Weinberger, M., Greene, J.Y., Mamlin, J.J. y Jerin, M.J. (1981). Health beliefs and smoking behavior. *American Journal of Public Health*, 71, 1253-1255.
- Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 355-386.
- Weinstein, N.D., Rothman, A.J. y Sutton, S.R. (1998). Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17, 290-299.

## Anexo: CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA

### M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002)

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable. Marque con una «x» la casilla que mejor describa su comportamiento. Conteste sinceramente. No existen respuestas ni buenas ni malas.

#### DATOS DEMOGRÁFICOS

<b>Sexo:</b> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Su <b>edad</b> esta entre: 16 - 20 <input type="checkbox"/> 21 - 25 <input type="checkbox"/> 26 - 30 <input type="checkbox"/> 31 - 35 <input type="checkbox"/> 36 - 40 <input type="checkbox"/> 41 - 45 <input type="checkbox"/> 46 - 55 <input type="checkbox"/> 56 o más <input type="checkbox"/>
<b>Nivel Educativo:</b> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>
<b>Categoría:</b> Estudiante <input type="checkbox"/> Colaborador <input type="checkbox"/>
Directivo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Servicios Operacionales <input type="checkbox"/> Servicio de Alimentos <input type="checkbox"/>
<b>Carrera:</b> Administración de Empresas <input type="checkbox"/> Contaduría <input type="checkbox"/> Economía <input type="checkbox"/> Ing. Industrial <input type="checkbox"/> Ing. Civil <input type="checkbox"/> Ing. Sistemas <input type="checkbox"/> Ing. Electrónica <input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> Ciencia Política <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>
<b>Semestre:</b> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
<b>Estrato socio-económico:</b> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Su peso está entre: 40 - 50 <input type="checkbox"/> 51 - 60 <input type="checkbox"/> 61 - 70 <input type="checkbox"/> 71 - 80 <input type="checkbox"/> 81 - 90 <input type="checkbox"/> Más de 90 <input type="checkbox"/>
Su <b>estatura</b> está entre: 1.50 - 1.60 <input type="checkbox"/> 1.61 - 1.70 <input type="checkbox"/> 1.71 - 1.80 <input type="checkbox"/> 1.81 - 1.90 <input type="checkbox"/> Más de 1.90 <input type="checkbox"/>

	PRÁCTICAS	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
<b>CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE</b>					
1	Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
2	Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
3	Mantiene el peso corporal estable				
4	Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (spinning, cardiobox, aeróbicos, aero-rumba)				
5	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichi, kun fu, yoga, danza, meditación, relajación autodirigida)				
6	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				
<b>RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE</b>					
7	Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar en bicicleta)				
8	Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				
9	Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre				
10	En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear)				
11	Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales				

PRÁCTICAS		Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
<b>AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO</b>					
12	Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
13	Va al médico por lo menos una vez al año				
14	Cuando se expone al sol, usa protectores solares				
15	Evita las exposiciones prolongadas al sol				
16	Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
17	Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
18	Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año				
19	Se automedica y/o acude al farmaceuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales				
20	Consume medicinas sin prescripción médica (anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos)				
21	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos				
22	PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
23	PARA MUJERES: Se toma la citología anualmente				
24	PARA HOMBRES : Se examina los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
25	PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				
26	Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, bucea, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
27	Maneja bajo efectos de licor u otras drogas				
28	Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor u otras drogas				
29	Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor				
30	Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad				
31	Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como «zona de refugio», etc.) que hay en la Universidad				
32	PARA EMPLEADOS: Toma las medidas preventivas (guantes, cascos, cinturones, botas, protectores de pantalla, etc.) relacionadas con su trabajo				
<b>HÁBITOS ALIMENTICIOS</b>					
33	Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				
34	Añade sal a las comidas en la mesa?				
35	Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
36	Consume más de cuatro gaseosas en la semana?				

PRÁCTICAS		Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
37	Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?				
38	Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?				
39	Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
40	Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
41	Mecatea?				
42	Come carne más de cuatro veces a la semana?				
43	Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?				
44	Consume productos ahumados?				
45	Mantiene un horario regular en las comidas?				
46	Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?				
47	Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
48	Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservativos)?				
49	Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente)?				
<b>CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS</b>					
50	PARA FUMADORES: Fuma cigarrillo o tabaco?				
51	PARA FUMADORES: Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana?				
52	PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia?				
53	Consume licor al menos dos veces en la semana?				
54	Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?				
55	Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?				
56	Consume drogas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, achis, entre otras)?				
57	Dice «no» a todo tipo de droga?				
58	Consume más de dos tazas de café al día?				
59	Consume más de tres coca-colas en la semana?				
<b>SUEÑO</b>					
60	Duerme al menos 7 horas diarias?				
61	Trasnocha?				
62	Duerme bien y se levanta descansado?				
63	Le cuesta trabajo quedarse dormido?				



PRÁCTICAS		Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
64	Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				
65	Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?				
66	Hace siesta?				
67	Se mantiene con sueño durante el día?				
68	Utiliza pastillas para dormir?				
69	Respetar sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades (ej. No se trasnocha previamente a un parcial o a la entrega de un trabajo)?				
CONDICIÓN		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<b>CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE</b>					
70	La actividad física ayuda a mejorar la salud				
71	Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades				
72	El ejercicio siempre puede esperar				
73	Con el ejercicio mejora el estado de ánimo				
74	Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud				
<b>RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE</b>					
75	Es importante compartir actividades de recreación con la familia y los amigos				
76	El trabajo es lo más importante en la vida				
77	La recreación es para los que no tienen mucho trabajo				
78	El descanso es importante para la salud				
<b>AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO</b>					
79	Cada persona es responsable de su salud				
80	Es mejor prevenir que curar				
81	Solo cuando se está enfermo, se debe ir al médico				
82	Los factores ambientales (el sol, la contaminación, el ruido) influyen en la salud				
83	El estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento				
84	Tener buena salud es asunto de la suerte o del destino				
85	La relajación no sirve para nada				
86	Es difícil cambiar comportamientos no saludables				
87	Es importante que le caiga bien el médico para que el tratamiento funcione				
88	Los productos naturales no causan daño al organismo				
89	En tramos cortos no es necesario el cinturón de seguridad				
90	Por más cuidado que se tenga, de algo se va a morir uno				
91	En la vida hay que probarlo todo para morir contento				

CREENCIAS		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<b>HÁBITOS ALIMENTICIOS</b>					
92	Entre más flaco más sano				
93	Lo más importante es la figura				
94	Comer cerdo es dañino para la salud				
95	Entre más grasosita la comida más sabrosa				
96	El agua es importante para la salud				
97	Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo				
98	Las dietas son lo mejor para bajar de peso				
<b>CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS</b>					
99	Dejar de fumar es cuestión de voluntad				
100	Consumir uno o dos cigarrillos al día NO es dañino para la salud				
101	Al consumir licor logra estados de mayor sociabilidad				
102	Un traguito de vez en cuando no le hace daño a nadie				
103	Tomar trago es menos dañino que consumir drogas				
104	El licor es dañino para la salud				
105	Una borrachera de vez en cuando no le hace mal a nadie				
106	Se disfruta más una rumba si se consume licor o drogas				
107	Nada como una coca-cola con hielo para quitar la sed				
108	El café le permite a la gente estar despierta				
109	Hay que tomar una copita de vino para que funcione bien el organismo				
<b>SUEÑO</b>					
110	Dormir bien, alarga la vida				
111	La siesta es necesaria para continuar la actividad diaria				
112	Si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien				
113	Sólo puede dormir bien en su propia cama				
114	Sólo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas (ventilación, luz, temperatura)				
115	Si toma café o coca-cola después de las 6 p.m. no puede dormir				
116	Dormir mucho da anemia				
<b>Propiedades psicométricas</b>					
Alpha					0,873
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)					0,854
Prueba de esfericidad de Bartlett					
* Chi-cuadrado aprox.					34584,666
* gl					6670
* Sig.					0,000