

Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios¹

Marcela Arrivillaga, Psicol², Isabel Cristina Salazar, Psicol³, Diego Correa, Psicol⁴

RESUMEN

Objetivo: Describir las creencias sobre la salud de jóvenes universitarios y su relación con las prácticas o conductas de riesgo o de protección, en seis dimensiones del estilo de vida (condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y sueño).

Método: Investigación descriptiva, con diseño transeccional.

Sujetos: 754 jóvenes universitarios de Cali.

Instrumentos: Cuestionario de prácticas y creencias relacionadas con estilos de vida y Encuesta sobre factores del contexto relacionados con el estilo de vida.

Resultados: Alta o muy alta la presencia de creencias favorables con la salud, en todas las dimensiones, excepto en el sueño. Incongruencia entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida.

Conclusiones: El factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas prosalud. Es necesario diseñar programas orientados a la promoción de estilos de vida saludables en jóvenes, que contemplen distintos procesos psicosociales como el aprendizaje, la cognición, la motivación y la emoción.

Palabras clave: Estilos de vida saludables. Modelo de creencias en salud. Teoría de la acción razonada. Modelo de adopción de precauciones.

El estilo de vida se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona¹ y 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 naturaleza². Aunque lógicamente sería difícil encontrar conductas humanas que no tuvieran algún tipo de influencia sobre la salud y el bienestar, existe una serie de repertorios de conducta que se encuentra entre los factores de riesgo más importantes de los principales problemas de salud en la actualidad tales como el consumo de

alcohol y de tabaco, el desequilibrio dietético en la alimentación, no practicar ejercicio físico, no participar en programas de promoción de la salud, incumplir las instrucciones médicas y utilizar de forma inadecuada de los servicios de salud, entre otros.

Específicamente los *estilos de vida saludables* incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto³. Se refieren a formas cotidianas de vivir que aplican para las

distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida. Incluyen entre otros la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico y el sueño.

La educación en salud no puede desconocer el valor que tiene el factor cognitivo como asociado, 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 comportamiento⁴. Las intervenciones preventi-

1. Investigación realizada por el Grupo de Investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida, Colciencias, 2003, y financiada por la Pontificia Universidad Javeriana, Cali.

2. Profesora e Investigadora, Carrera de Psicología. Pontificia Universidad Javeriana, Cali. marceq@puj.edu.co

3. Psicóloga, Sector de Asesoría Psicológica y Pedagógica. Pontificia Universidad Javeriana, Cali.

4. Psicólogo, Hospital Universitario del Valle. Profesor e Investigador, Carrera de Psicología. Pontificia Universidad Javeriana, Cali.

Recibido para publicación septiembre 4, 2003 Aprobado para publicación diciembre 19, 2003

vas que intentan controlar y evitar conductas de riesgo resultan mejores si consideran el componente cognitivo.

Es importante resolver la cuestión del diseño adecuado de modelos de prevención e intervención en salud con ciertos grupos poblacionales, que incluyan factores cognitivos que produzcan el impacto deseado, o al menos, aumenten las probabilidades de éxito. Por esto, las teorías cognitivo-sociales y del comportamiento proveen elementos valiosos que proporcionan una estructura donde apoyar la planificación, ejecución y evaluación de dichos modelos⁵.

En el campo de la prevención en salud se ha trabajado con una serie de modelos referidos al componente cognitivo. Es bien sabido para la Psicología de la Salud que se destacan el Modelo de creencias en salud de Hochbaum⁶, el Modelo de la acción razonada de Fishbein y Ajzen⁷ y el Modelo de adopción de precauciones de Weinstein⁸.

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 relacionadas con la salud, entre otras la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad⁸, el cumplimiento de pacientes con los tratamientos y las recomendaciones médicas⁹, la práctica de auto exámenes exploratorios¹⁰, el uso del tabaco¹¹, la participación de inmigrantes latinos en los Estados Unidos en programas de prevención de la tuberculosis¹².

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 amenazas¹³. La percepción de amenazas sobre la propia salud se en-

cuentra 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 severidad); mientras que las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza se encuentran en función de la creencia en 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). Una última variable que completa el modelo es la presencia de estímulos internos o externos que se constituyen en claves para actuar¹². Una clave interna puede ser el síntoma de una enfermedad, mientras una clave externa 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. La autoeficacia es útil para entender comportamientos relacionados con el cuidado de la enfermedad crónica que requiere cambios comportamentales en un largo período¹⁴.

De acuerdo con este modelo, las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema y el que la acción a implementar produzca más beneficios que costos personales, favorecen la conservación y mejoramiento 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.

Otro modelo es el de la Teoría de la acción razonada que intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud. Este modelo fue introducido por

Fishbein en 1975 y desarrollado y evaluado por Fishbein y Ajzen en 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 con 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 los 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 en la Universidad de New Jersey, conocido como el proceso de adopción de precauciones¹⁵. 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:

1. La percepción del riesgo, de la severidad y la susceptibilidad, así como el valor de las precauciones.
2. El reconocimiento de estos factores para otras personas como pares o grupos de referencia.
3. La percepción de los factores en sí mismo o aceptación de la susceptibilidad personal.
4. La decisión de adoptar la precaución.
5. La toma de la precaución.

Los tres modelos presentados se toman en cuenta para el análisis y discusión de la información obtenida a partir del presente estudio, donde se investigó el estilo de vida de una comunidad universitaria de Cali, Colombia. Es importante aclarar que el objetivo general de la investigación efectuada fue

describir en jóvenes y adultos las prácticas, las creencias y los factores del contexto relacionados con seis dimensiones del estilo de vida (condición, actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y sueño^{1,17,19,21}). Sin embargo, en este artículo se exponen sobre todo los resultados con respecto a las creencias sobre la salud de la población juvenil de la comunidad educativa investigada y su relación con la ejecución de prácticas de riesgo o de protección para la salud, por lo cual se exponen los resultados generales en este sentido.

MÉTODO

La investigación fue de tipo descriptivo, con diseño transversal.

Sujetos. Para la investigación se tomó como población objeto a 4.416 jóvenes y adultos de las diferentes facultades de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali. Se hizo un muestreo estratificado de 754 estudiantes. Para los cálculos se consideró un nivel de significancia estadística de 5%; el parámetro poblacional estimado fue la proporción de individuos con estilos de vida poco o nada saludables, que se esperaba que estuviera cerca a 50%.

Del total de la muestra 53.1% eran hombres y 46.6% mujeres; la edad promedio 20.8 años con una desviación estándar de 3.2 años; 83.3% de los jóvenes eran de los estratos 4, 5 y 6, y 16.7% de los estratos 1, 2 y 3.

Instrumentos. Se utilizaron dos tipos de instrumentos que permitieron la descripción de las prácticas, creencias y factores del contexto en cada una de las dimensiones del estilo de vida estudiadas. Estos instrumentos fueron aplicados bajo el consentimiento informado de los sujetos donde quedó claro el respeto, la confidencialidad y la priva-

cidad de la información recolectada.

A continuación se explicitan los puntos correspondientes a cada una de esas dimensiones. Cabe anotar que para el cuestionario, los puntos tanto de creencias como de prácticas fueron valorados como positivos o negativos, según su influencia en el estilo de vida.

Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida:

- Condición, actividad física y deporte: puntos 1-6 y 70-74.
- Recreación y manejo del tiempo libre: puntos 7-11 y 75-78.
- Autocuidado y cuidado médico: puntos 12-32 y 79-91.
- Hábitos alimenticios: puntos 33-49 y 92-98.
- Consumo de alcohol tabaco y otras drogas: puntos 50-59 y 99-109.
- Sueño: puntos 60-69 y 110-116.

Encuesta sobre factores del contexto relacionados con el estilo de vida:

- Condición, actividad física y deporte: puntos 1-3.
- Recreación y manejo del tiempo libre: puntos 4-5.
- Autocuidado y cuidado médico: puntos 6-10.
- Hábitos alimenticios: puntos 11-14.
- Consumo de alcohol tabaco y otras drogas: puntos 15-24.
- Sueño: puntos 25-28.

Los instrumentos fueron validados a partir de dos fuentes: validación por jueces, para lo cual se seleccionaron expertos en el campo de psicología clínica y de la salud, quienes evaluaron los instrumentos, teniendo en cuenta la pertinencia, suficiencia y redacción de cada uno de los puntos; y prueba piloto a partir de las recomendaciones de los jueces, aplicada a una muestra de 30 sujetos de una institución universitaria, donde 57% era de sexo masculino y 43% femenino; 49% estaban entre los 16 y los 25 años y el resto, entre los 26 y 55 años. Para el caso de los jóvenes, la escogencia se realizó teniendo en

cuenta la estratificación según la facultad a la cual pertenecían. Finalmente, se construyó el instrumento definitivo.

Las *categorías de calificación* establecidas para el cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida fueron las siguientes:

- Prácticas: muy saludable (MS), saludable (S), poco saludable (PS) y no saludable (NS). Estas categorías se establecieron en términos de la frecuencia de las prácticas ejecutadas.
- Creencias: muy alto (MA), alto (A), bajo (B) y muy bajo (MB). Estas categorías se establecieron según el grado de presencia de creencias favorables o desfavorables a la salud.

Las categorías de calificación establecidas para la encuesta sobre factores contextuales relacionados con estilos de vida fueron: presencia (P) o ausencia (A) del factor. El análisis incluyó si estos factores eran de riesgo o de protección para la salud. Para la calificación de cada categoría, se agruparon las dimensiones de acuerdo con el contexto: familiar (F), social (S), ocupacional (O) y otros (Ot).

Las categorías de calificación del estilo de vida por dimensión fueron: estilo de vida muy saludable (EVMS), estilo de vida saludable (EVS), estilo de vida poco saludable (EVPS) y estilo de vida no saludable (EVNS). Estas categorías resultan de diferentes cruces entre los resultados obtenidos en las prácticas y los resultados obtenidos en las creencias, tal como se presentan en el Cuadro 1.

Los *rangos de calificación* del estilo de vida en cada dimensión varían de acuerdo con la cantidad de puntos construidos para medir la dimensión y por eso la escala se homologa a una misma unidad de medida cuando se lleva a su forma ordinal. En los Cuadros 2 y 3 se presentan los rangos para la calificación de las prácticas y las creencias.

Cuadro 1
Categorías de calificación del estilo de vida por dimensión

Estilo de vida	Prácticas	Creencias
Muy saludable	Muy saludable	Muy alta
Saludable	Muy saludables	Alta
	Saludables	Alta
	Saludables	Muy alta
Poco saludable	Saludable	Baja
	Poco saludable	Alta
	Poco saludable	Baja
No saludable	Poco saludable	Muy baja
	No saludable	Baja
	No saludable	Muy baja

Los rangos de calificación que definen el estilo de vida para todo el cuestionario se muestran en el Cuadro 4.

En el caso de la encuesta sobre factores del contexto asociados con cada una de las dimensiones del estilo de vida, la calificación se realizó calificando con 0 la ausencia del factor y con 1 la presencia del mismo.

RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados más significativos de la investigación en lo concerniente a las creencias relacionadas con la salud de los jóvenes estudiados. Para el posterior análisis de la supuesta determinación de las creencias sobre las conductas, se expondrán resultados generales sobre las prácticas y los factores del contexto que se constituyen en elementos de riesgo o de protección para la salud. De igual forma, se presenta la asociación efectuada (χ^2) entre prácticas, creencias y factores del contexto.

Creencias según edad, sexo y estrato socioeconómico. Se encontró alta o muy alta presencia de creencias favorables a la salud, representadas en creencias positivas con las que los jóvenes están de acuerdo o totalmente de acuerdo o en creencias negativas con las que

Cuadro 2
Rangos de calificación del cuestionario para las prácticas

Prácticas Dimensión	Rangos			
	No saludable	Poco saludable	Saludable	Muy saludable
Condición, actividad física y deporte	6-10	11-15	16-20	21-24
Recreación y manejo del tiempo libre	5-8	9-12	13-16	17-20
Autocuidado y cuidado médico	21-36	37-52	53-68	69-84
Hábitos alimenticios	17-29	30-42	43-54	55-68
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	10-17	18-25	26-33	34-40
Sueño	10-16	17-24	25-32	33-40

Cuadro 3
Rangos de calificación del cuestionario para las creencias

Creencias Dimensión	Rangos			
	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
Condición, actividad física y deporte	5-8	9-12	13-16	17-20
Recreación y manejo del tiempo libre	4-6	7-9	10-12	13-16
Autocuidado y cuidado médico	13-22	23-32	33-42	43-52
Hábitos alimenticios	7-12	13-18	19-24	25-28
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	11-18	19-26	27-34	35-44
Sueño	7-12	13-18	19-24	25-28

Cuadro 4
Rangos de calificación general del cuestionario de estilo de vida

Estilo de vida	Rangos de calificación
Muy saludable	348-464
Saludable	261-347
Poco saludable	174-260
No saludable	116-173

están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, en todas las dimensiones, excepto en sueño. En el Cuadro 5 se muestra la distribución en frecuencias. En el Cuadro 6 se presentan los datos por grupos etáreos y se puede observar cómo en las dimensiones recreación y manejo del tiempo libre y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en la medida en que aumenta la edad, también aumenta la frecuencia de creencias favorables a la salud. Es de notar, que en el grupo de los más jóvenes hay una muy alta presencia de creencias favorables sobre condición, actividad física y deporte. En la dimensión sueño, en los grupos de 21 a 30 años se presentó una baja presencia de creencias favo-

rables.

Los resultados por *sexo* que se muestran en el Cuadro 7, arrojaron que tanto hombres como mujeres presentan en proporciones elevadas, alta o muy alta presencia de creencias favorables en las dimensiones condición, actividad física y deporte y recreación y manejo del tiempo libre; 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. Sin embargo, se destaca la mayor presencia de creencias favorables y prácticas saludables en las mujeres en las dimensiones condición, actividad física y deporte, hábitos alimenticios y autocuidado y cuidado médico.

En cuanto al *estrato socioeconómico*, se presentó 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.

Cuadro 5
Distribución de los jóvenes de acuerdo con la clasificación creada para identificar la presencia de creencias en cada dimensión del estilo de vida

Dimensiones	N	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
Condición, actividad física y deporte	748	0	25	336	383
Recreación y manejo del tiempo libre	748	2	23	304	419
Autocuidado y cuidado médico	746	4	129	527	86
Hábitos alimenticios	747	12	191	495	49
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	745	16	209	412	108
Sueño	747	7	511	228	1*

* Resultado obtenido a partir de la información de un solo individuo con esa edad

Cuadro 6
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	31-35
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

Cuadro 7
Distribución de las creencias de los jóvenes según el sexo

Sexo	Dimensiones	N	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
M	Condición, actividad física y deporte	391	3		175	195
	Recreación y manejo del tiempo libre	391	18	14	164	212
	Autocuidado y cuidado médico	389	3	73	281	32
	Hábitos alimenticios	389	4	100	263	22
	Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	389	11	124	218	36
	Sueño	390	3	277	110	0
F	Condición, actividad física y deporte	333	1	7	146	179
	Recreación y manejo del tiempo libre	333	1	9	126	197
	Autocuidado y cuidado médico	333	1	48	231	53
	Hábitos alimenticios	334	7	85	216	26
	Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	332	5	78	177	72
	Sueño	333	4	220	108	1

Creencias según dimensión del estilo de vida. Centrándose en cada una de las dimensiones, las creencias positivas de los jóvenes sobre condición, actividad física y deporte fueron: “La actividad física ayuda a mejorar la salud” con 98%; “Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades”, 96%; “Con el ejercicio mejora el estado de ánimo”, 88%; y “Los cambios re-

pentinos en el peso corporal afectan la salud”, 89%. Complementariamente, se observó 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.

En la dimensión recreación y el

manejo del tiempo libre se destacaron las siguientes creencias positivas: “Es importante compartir actividades de recreación con familia y amigos”, 95.6% y “El descanso es importante para la salud”, 93.7%. A su vez se encontró un alto porcentaje de jóvenes en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con las siguientes creencias negativas: “La recreación es para los que no tienen mucho trabajo”, 75.6% y “El trabajo es lo más importante en la vida”, 60%. Cabe considerar que estos dos grupos de jóvenes incluyen momentos de descanso en su rutina diaria.

Adicionalmente, se encontró que 55.4% de los jóvenes que comparte con su familia el tiempo libre, considera que es importante hacerlo y efectivamente, su familia destina tiempo para ello. En el caso de los amigos, este porcentaje corresponde a 66.2%.

En la dimensión autocuidado y cuidado médico 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%. Adicionalmente, se encontró que los jóvenes cuyas familias promueven el uso de medicina alternativa también presentan niveles altos o muy altos

de presencia de las creencias favorables a la salud relacionadas con esta dimensión ($\chi^2=4.12$ $p=0.042$).

En cuanto a la dimensión hábitos alimenticios, la creencia positiva que se destaca es: "El agua es importante para la salud" con 91.4%. Complementariamente, altos porcentajes de jóvenes están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con las siguientes creencias negativas, lo que puede señalarse como factores de protección: "Entre más flaco más sano", 77.6%; "Lo más importante es la figura", 73.9%; "Entre más grasosita la comida más sabrosa", 67.8%; "Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo", 65.9%; y "Las dietas son lo mejor para bajar de peso", 57.6%.

Se halló además que en 77.5% de las familias en las cuales no es habitual el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares, donde la alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína, están en desacuerdo con la creencia "Lo más importante es la figura". A su vez, 50.6% de las familias en las cuales no es habitual el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares, mantienen esta práctica y están en desacuerdo con la creencia "Entre más grasosita la comida más sabrosa".

El respeto por 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 ($\chi^2=11.21$ $p=0.00000$). Al establecer la relación existente entre las calificaciones obtenidas en las creencias y el tener familia con tendencia al sobrepeso y a la obesidad, se encontró que la asociación es estadísticamente significativa ($\chi^2=23.57$ $p=0.00000$). De igual forma, se encontró que jóvenes con un nivel alto o muy alto de presencia de creencias favorables en autocuidado y el cui-

dado médico tienden a ser de familias donde no hay tendencia al sobrepeso y la obesidad; se obtuvo valor estadístico que refleja una asociación importante ($\chi^2=20.24$ $p=0.00000$).

En la dimensión consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se presentó la siguiente creencia positiva: "El licor es dañino para la salud", en 76.8% de los jóvenes. A su vez, altos porcentajes de jóvenes están 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 consume licor o drogas", 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 y amigos sean fumadores y/o consuman licor ($\chi^2=42.09$ $p=0.000$).

En lo que se refiere a la dimensión sueño 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 "Solo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas", 64.4%.

Como dato importante se encontró

que de los 603 jóvenes a quienes se les altera la rutina del sueño debido a las exigencias académicas, 70% tiene un nivel bajo o muy bajo de presencia de creencias favorables en esta dimensión.

DISCUSIÓN

En general, los resultados de la investigación identifican conductas de riesgo y de protección asociadas con la salud en una población específica, y favorece el posterior diseño de programas que fomenten comportamientos saludables. El interés fue lograr una descripción detallada de estos comportamientos de manera que puedan identificarse y modificarse las dimensiones de riesgo asociadas con el desarrollo posterior de enfermedades o disfunciones, así como promover aquellos que resultan protectores de la salud. Esta idea es el foco de la intervención en salud¹⁶.

Antes de centrar la atención en los modelos de creencias en salud es importante reconocer que en la consolidación del estilo de vida con sus prácticas y creencias, 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. Entonces, las evaluaciones de los estilos de vida se deben realizar de forma ecopsicológica, porque 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 salud¹⁷. Como es obvio, el componente cognitivo forma parte de la estructuración de un estilo de vida saludable, aunque no necesari-

riamente lo determine.

Por ejemplo, en la investigación fueron significativos los resultados concernientes a la influencia de factores socio-ambientales de la familia y amigos en el desarrollo de pautas de comportamiento y creencias saludables como ocurrió en las dimensiones recreación y manejo del tiempo libre (compartir actividades de recreación), hábitos alimenticios (alimentación saludable, respeto a los horarios de comida), o por el contrario, el desarrollo de creencias desfavorables como en el caso del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (padres y amigos fumadores y/o consumidores de licor).

Otros factores que se convierten en variables importantes al momento de obtener información sobre las creencias relacionadas con el estilo de vida son la edad, el sexo y el estrato socio-económico. Concretamente, sobre la variable edad, a mayor edad mayor la presencia de creencias favorables a la salud, 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 este hecho se presenta con menor fuerza, lo cual tiene que ver además con la contingencia entre un comportamiento de riesgo para la salud y la aparición de la disfunción. Por lo general, 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 auto-control¹⁸.

La otra variable a señalar es el sexo. Según los resultados 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 efectivamente 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 alimenticios. 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 y por ende las creencias sobre la salud. 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, 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. Los sectores desfavorecidos tienen más limitaciones al respecto que los sectores más privilegiados.

En conclusión, la influencia de las variables sociodemográficas descritas se relaciona con resultados de investigaciones¹⁹ que afirman que para tener una mayor claridad sobre cuáles son las esferas de la vida en que deben buscar-

se 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 saludables¹⁸.

Por otra parte, en cuanto a la relación creencias y prácticas sobre la salud, 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 ejecutadas. De hecho, en los jóvenes sólo coinciden ambos componentes en la dimensión recreación y manejo del tiempo libre. Esto puede explicarse por la importancia otorgada a los espacios de recreación en este momento del desarrollo y la efectiva ejecución de conductas acordes con esto. Por el contrario, en dimensiones restantes, no es congruente el nivel de presencia de las creencias con las prácticas ejecutadas. 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^{6,14}, la sola 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. Por tanto, ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento o una acción protecto-

ra para la salud²⁰.

En la investigación se evidenciaron dos situaciones:

1. Alta presencia de creencias favorables a la salud con prácticas no saludables.
2. Baja presencia de creencias favorables a la salud con 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 ejecutan automáticamente y que se transforman en hábitos, por lo cual se dice que son “resistentes al cambio”¹³. 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 estos dos casos se evidencia un tipo de razonamiento que no incluye la evaluación de consecuencias a largo plazo, la dificultad de algunos jóvenes para tomar decisiones en función de criterios propios (locus de control interno), en lugar 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 precauciones¹⁵. En este modelo, 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 ejecución 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 comportamentales:

- 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.
- 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.
- La persona decide no practicar la conducta saludable. Lo que opera en esta situación es un proceso denominado “invulnerabilidad percibida”¹⁵. 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 solo a largo plazo y las probabilidades nunca señalan una relación directa entre por ejemplo, fumar y desarrollar cáncer de pulmón en todas las personas, porque esta relación como muchas otras no es unicausal, lo que influye aún más en el proceso de invulnerabilidad percibida.
- 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^{21,22}.

Relacionado con lo anterior, vale la pena destacar un factor señalado en la teoría de la acción razonada que se refiere a la motivación general que debe poseer la persona para actuar conforme con las valoraciones o normas subjetivas respecto a lo apropiado de la acción comportamental²³. 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 los 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 donde 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 manera multimodal y atendiendo distintos procesos psicológicos asociados con la adopción de estilos de vida saludables.

CONCLUSIONES

· **Condición, actividad física y deporte.** Los jóvenes presentaron una alta o muy alta presencia de creencias favorables relacionadas con esta dimensión (96%). El grupo de edad más joven tuvo mayores niveles de creencias favorables. En esta dimensión, no coincide la presencia de creencias favorables con las prácticas que resultaron poco o nada saludables.

· **Recreación y manejo del tiempo libre.** Los jóvenes tienen una alta o muy alta presencia de creencias favorables en esta dimensión (96.6%). Cabe destacar, que el resultado de las creencias en esta dimensión coincide con el de las prácticas; es decir, jóvenes con un nivel de prácticas saludables o muy saludables tienen también creencias favorables.

· **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.

· **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.

· **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.

· **Sueño.** En esta dimensión 69.3% de los jóvenes presentaron niveles bajos o muy bajos de presencia de creencias favorables. Este resultado no coincide con el de las prácticas que fueron saludables y muy saludables.

· En la única dimensión donde el comportamiento de los jóvenes es coincidente entre creencias y prácticas es en recreación y manejo del tiempo libre.

· La incongruencia entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones descritas pone de manifiesto que el factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas prosalud.

SUMMARY

Objective: To describe the health-related beliefs of a community of young university students in Cali, and their attitudes towards practices or risk and protection behaviors related to six lifestyle dimensions (condition, physical activity and sports; recreation and administration of spare time; self-care and medical care; eating habits; consumption of alcohol, tobacco and other drugs; and sleep).

Method: The research carried out was of a descriptive nature with a trans-sectional design.

Participants: 754 young university students from the city of Cali.

Measures: A questionnaire on *lifestyle related practices and beliefs* was designed, validated and applied, together with a *survey of context factors related to life-styles*.

Results: There is a high or very high incidence of health-favorable beliefs in every aspect, except in sleep. There is an incongruence between beliefs and practices in the majority of the dimensions of life style.

Conclusions: The cognitive factor does not always act as a determining mediator in the practice of healthy behaviors. It's necessary to design programs aimed at the fostering of healthy lifestyles among the adolescent population, which consider different psychosocial processes such as learning, cognition, motivation and emotion.

Key words: Healthy lifestyles. Health beliefs model. Theory of reasoned action. Adoption of precautions model.

REFERENCIAS

- Rodríguez J. *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis; 1995.
- Roth E. Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Rev Latinoam Psicol* 1990; 22: 38-57.
- Pullen C, Noble S, Fiandt K. Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Family and Community Health* 2001; 24: 49-73.
- Fineberg H. Education to prevent AIDS: prospects and obstacles. *Science* 1988; 239: 592-596.
- Hochbaum GM, Sorenson JR, Lorig K. Theory in health education practice. *Health Educ* 1992; 19: 295-313.
- Hochbaum GM. *Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study*. Washington, D.C.: US Government Printing Office, PHS publicación Nº 572; 1958.
- Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading: Addison-Wesley Publishing; 1975.
- Weinstein ND. The precaution adoption process. *Health Psychol* 1988; 7: 355-386.
- Kirscht JP. The health belief model and illness behavior. *Health Educ Monogr* 1974; 2: 387-408.
- Becker MH. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ Monogr* 1974; 2: 10-24.
- Calnan MW, Moss S. The health belief model and compliance with education given at a class on breast self examination. *J Health Soc Behavior* 1984; 25: 198-210.
- Weinberger M, Greene JY, Mamlin JJ, et al. Health beliefs and smoking behavior. *Am J Public Health* 1981; 71: 1253-1255.
- Poss JE. Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the health belief model and the theory of reasoned action. *Adv Nurs Sci* 2001; 23:1-15.
- Beneit PJ. Conductas de salud. En: Latorre JM, Beneit PJ. *Psicología de la salud*. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Lumen; 1994.
- Rosenstock IM. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. En: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (editores). *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1990. p. 39-62.
- Buela G, Caballo V, Sierra JC (eds). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la*

- salud. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A; 1996.
17. Fernández Del Valle J. Evaluación ecopsicológica de los estilos de vida. En: Buela G, Caballo V, Sierra JC (eds). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.; 1996.
18. Bandura A. *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Madrid: Editorial Martínez Roca; 1987.
19. Costa M, López E. *Educación para la salud: Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide; 1996.
20. Bandura A. *Social foundations of thoughts and actions*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1986.
21. Flórez L, Hernández L. *Evaluación del estilo de vida*. Bogotá: Boletín Electrónico Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA); 1998.
22. Weinstein ND, Rothman AJ, Sutton SR. Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychol* 1998; 17: 290-299.
23. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1980.