

Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud

Healthy lifestyle in graduate students of Health Sciences

Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo¹

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue identificar el estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud, según variables demográficas, en una muestra conformada por 198 participantes, la mayoría mujeres. Para la presente investigación, se construyó el Cuestionario de Estilo de Vida Saludable, que cuenta con validez y confiabilidad. En relación con la práctica deportiva, consumo de alimentos y sueño y reposo se observó que el mayor porcentaje se ubicó en un nivel de estilo de vida saludable. Asimismo, se halló que el efecto de interacción solamente tuvo influencia en la escala de sueño y reposo, específicamente en la interacción entre sexo y edad.

Palabras clave: Estilo de vida saludable; Profesionales de la salud; Estudiantes de posgrado.

ABSTRACT

The aim of this research was to identify the healthy lifestyle in graduate students of Health Sciences, according to demographic variables, in a sample of 198 participants, who most of them were women. The instrument used was the questionnaire Healthy Lifestyle, constructed for this investigation. In relation to sporting, food consumption and sleep and rest, the highest percentage was obtained in the level of healthy lifestyle. It was found that the interaction effect only had influence on the subscale of sleep and rest, specifically, on the interaction between sex and age.

Key words: Healthy lifestyle; Health professionals; Graduate students.

En la actualidad, el estilo de vida saludable es considerado como un constructo que involucra una serie de factores psicológicos, sociales, culturales y hasta económicos que tienden a mantener un adecuado estado de salud física y mental. Dicho constructo resulta ser importante en la medida en que permite caracterizar a las personas y ubicarlas en categorías en función de la manera en que viven y dirigen su conducta. Maya (2001) señala que el estilo de vida saludable es un proceso social que involucra una serie de tradiciones, hábitos y conductas de los individuos y grupos que conllevan la satisfacción de necesidades humanas para alcanzar el bienestar y una vida más satisfactoria. Infiesta, Bimella, Garrucho y March (2004), por su parte, plantean que el estilo de vida saludable es aquel que permite traducir, en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas que individual y colectivamente mejoran su calidad de vida de forma cotidiana. Montes de Oca y Mendocilla (2005), a su vez, señalan que cuando las formas de vivir y las pautas de conductas habituales de las personas y grupos contribuyen a la promoción y protección de la salud integral, se habla de estilos de vida saludables; es decir, un estilo de vida saludable

¹ Instituto de Investigación de la Escuela de Psicología de la Universidad San Martín de Porres, Av. Tomás Marsano 242, Lima 34, Perú, tel. 513-63-00, anexo 2096, fax 242 5899, correo electrónico: mgrimaldo2001@yahoo.com. Artículo recibido el 23 de febrero de 2010 y aceptado el 14 de enero de 2011.

denota comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracciones y una correcta distribución del tiempo, entre otros (Vives, 2007).

En cuanto a los estudios empíricos acerca del estilo de vida saludable y otras variables, se ha encontrado una relación entre la actividad física y los cambios en diversas manifestaciones psicológicas, como los síntomas depresivos (Armstrong y Edwards, 2003), felicidad (Fletcher, Niekerson y Wrigh, 2003), calidad de vida, bienestar subjetivo, estrategias de inmunidad (Rojas, Schilcht y Hautzinger, 2003), mejora de la autoestima (Fox, 2000), estados emocionales positivos (Hansen, Stevens y Coast, 2001) y disminución de la ansiedad (Manger y Motta, 2005), entre otros.

Pastor, Balaguer y García (2006) diseñaron un modelo para explorar las relaciones entre las dimensiones del autoconcepto y algunas conductas beneficiosas (consumo de alimentos sanos y práctica deportiva) y de riesgo para la salud (consumo de tabaco, alcohol y cannabis y alimentos insanos). La muestra estuvo conformada por 1,038 adolescentes de la comunidad valenciana de entre 15 y 18 años, de los cuales 510 eran varones y 528 mujeres. El instrumento utilizado fue un cuestionario que contenía ítems distribuidos en las siguientes áreas: aspectos sociodemográficos, conductas de salud, participación deportiva, consumo de alimentos sanos e insanos y dimensiones del autoconcepto (aceptación social, amistad íntima, adecuación conductual, competencia académica, competencia deportiva y apariencia física). Los autores concluyen que la adecuación conductual, la aceptación social y la amistad íntima son los mejores predictores de las conductas de riesgo para la salud en ambos sexos. La competencia deportiva ejerció una influencia indirecta sobre las conductas de salud, actuando la participación deportiva como variable mediadora en esta relación.

Sanabria, González y Urrego (2007) investigaron los estilos de vida saludables en 606 profesionales de la salud colombianos voluntarios (500 médicos y 106 enfermeras), para lo cual adaptaron el Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida de Salazar y Arvillaga (2004). Encontraron que 11.5% de los médicos y 6.73% de

las enfermeras tenían un estilo de vida saludable y que el principal problema se relacionaba con la actividad física y el deporte. No se halló relación entre el nivel de acuerdo con el modelo biomédico y el estilo de vida de los profesionales, concluyéndose que esta situación puede inducir en los profesionales, además de una pobre salud en el futuro, una actitud que no favorece la promoción de hábitos saludables en sus pacientes, así como la práctica de una medicina más curativa que preventiva.

Sanhueza, Vera, Moncada y Espinoza (s/f) estudiaron en Chile los principales estilos de vida saludables en 715 estudiantes ingresantes en una universidad, varones y mujeres, con una edad promedio de 19 años. Se utilizó un cuestionario para caracterizar la población y evaluar el proceso de adaptación a la vida universitaria, la salud sexual y reproductiva y el consumo de alcohol y otras drogas. Los resultados muestran que 63.64% de los participantes manifestó estar en proceso de adaptación. En cuanto a la salud física y reproductiva, 39.6% de los estudiantes declaró que en sus familias tales temas se discutían solo ocasionalmente y 13.4% que nunca lo hacían. Asimismo, 89.9% de los encuestados dijo que este tema era importante en la educación superior. En referencia al uso y conocimiento de métodos anticonceptivos, 79.72% de los estudiantes indicó conocer más de tres métodos y formas de uso. En cuanto al consumo de alcohol y otras drogas, 30.63% manifestó haber consumido marihuana; 54.9% de los participantes dijo tener conocimientos sobre los efectos físicos del consumo de drogas; 10% de los participantes fumaba más de cinco cigarrillos diarios y 16% fumaba en exceso cuando se sentía nervioso. A partir de los resultados, se planteó un programa de acercamiento a los estudiantes para abordar conjuntamente diversos temas en un ciclo de talleres.

Lumbreras, Moctezuma, Dosamantes y cols. (2009) estudiaron los estilos de vida saludables en una muestra de 2,659 estudiantes mexicanos, varones y mujeres, de 18 a 24 años de edad, utilizando los siguientes instrumentos: a) cuestionario autoaplicable organizado en las siguientes secciones: variables socioeconómicas; actividades artísticas, culturales y deportivas; intentos de bajar de peso; adicciones; sexualidad; violencia de pareja;

embarazo; uso de la computadora, y medidas antropométricas; *b*) Escala de Actitudes hacia de la Comida, de Álvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez (2002); *c*) Cuestionario de Conducta Adictiva, de Méndez, Mauricio y López (2003); *d*) Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida, de López Rosales y Moral de la Rubia (2001), y *e*) una guía de seguridad. Los resultados mostraron que 23% de la población estudiada tenía sobrepeso y 6% obesidad; la distribución de grasa corporal de los estudiantes fue normal en la mayoría de los participantes; en el último año, 38,8% refirió haber intentado perder peso; 18,3% reportó fumar entre uno y cinco cigarrillos al mes, 45% entre uno y cinco a la semana, 28,3% entre uno y cinco al día y 68% entre seis y diez al día. Respecto al consumo de alcohol, 22,6% reportó consumirlo frecuentemente, y en cuanto a las drogas, 31 participantes reportaron consumir drogas de manera frecuente. En relación con la sexualidad, nueve de cada utilizaban algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales. Por otro lado, 12% reportó haber sufrido algún tipo de violencia por parte de la pareja. En cuanto a los trastornos asociados al uso de la tecnología, se encontró que la media de uso en años fue de 4.1; en días, de 3.6 y en número de horas a la semana, de 6.08.

Contradrogas (s.f.) considera que los estilos de vida saludables son formas de vivir sanamente que se pueden promover en la familia a partir de proporcionar modelos positivos, fomentar la creatividad de los hijos, satisfacer sus necesidades básicas, brindarles seguridad, afecto y confianza y potenciar los recursos personales y las capacidades y habilidades.

Becona, Vázquez y Oblitas (2000) señalan que los estilos de vida saludable son acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, y repercuten en su bienestar físico y longevidad. De acuerdo al Ministerio de Educación del Perú (2005), la frase "estilo de vida saludable" se utiliza para designar la manera general de vivir basada en la interacción entre las condiciones de vida en su sentido más amplio y las pautas individuales de conducta determinadas por factores socioculturales y características personales. En otras palabras, los estilos

de vida constituyen las formas generales de vivir de una persona, son pautas de conducta determinadas cultural y socialmente y tienen importancia en el proceso de socialización y formación de hábitos, capacidades, actitudes y valores. A partir de la definición anterior, la presente investigación abordó el estilo de vida saludable como el conjunto de pautas de conducta determinadas socioculturalmente y aprendidas en el proceso de socialización que contribuyen a la promoción y protección de la salud integral de una persona.

Oblitas (2004) cita a algunos autores que han propuesto la idea de dos estilos de vida: un estilo de *vida saludable*, que tiene dos dimensiones que se califican como sobriedad (comportamientos como no fumar, consumir alimentos saludables, abstinencia de alcohol, etc.) y actividad (participación en deportes, ejercicio regular y mantenimiento de la masa corporal), y por otro lado un estilo de *vida libre*, que se caracteriza por comportamientos totalmente contrarios al anterior, como consumir alcohol, ingerir alimentos no saludables y despreocuparse por la apariencia física.

Respecto a las actividades que hay que realizar para tener una vida saludable, Contradrogas (s.f.) plantea que se debe practicar deportes; tener metas y tratar de cumplirlas; cumplir con las responsabilidades; participar en grupos parroquiales y otros semejantes; compartir lo que se siente y piensa con amigos y con la familia; no consumir drogas; cuidar el cuerpo y la salud, y no exponerse a situaciones de riesgo.

A continuación se detallan los principales aspectos que se encuentran involucrados en los estilos de vida de una persona, los cuales, para la presente investigación, se encuentran divididos en tres áreas: actividades deportivas, consumo de alimentos, y sueño y reposo:

a) *Área de actividades deportivas*. Esta área denota las distintas actividades organizadas en la vida cotidiana, realizadas por la persona de manera aislada o en compañía de pares.

En el nivel deportivo, se han propuesto diferentes clasificaciones que parten de criterios pedagógicos, psicológicos, antropológicos o de intencionalidad y modalidad deportiva. Sin embargo, Durand (cfr. Martín, Núñez y Navarro, 1997) clasifica los deportes en función de la situación de en-

señanza-aprendizaje, siendo estos los siguientes: deportes individuales (caminata, trote, atletismo, ciclismo, gimnasio o natación, entre otros), colectivos o de pareja (aeróbicos, fútbol, fútbol, básquetbol, tenis, voleibol, ajedrez o ciclismo, etc.), de combate (box, vale todo, karate, judo o taekwondo y otros) y al aire libre (deportes de aventura, canotaje, ciclismo de montaña, ala delta, parapente y deportes acuáticos, etc.). Es esta, justamente, la clasificación que se ha considerado en la presente investigación.

b) *Área de consumo de alimentos.* Referida a la calidad y frecuencia de consumo de los alimentos, de tal forma que estos mantengan una nutrición adecuada o que no afecten la salud. Para el presente estudio, se han considerado los tres grupos de alimentos que conforman el llamado "plato del buen comer": verduras y frutas (frutas frescas, cocidas o en lata, vegetales de hojas crudas, cocidos y cortados crudos), cereales y tubérculos (pan, arroz, maíz, trigo, pastas, papa, camote, yuca, etc.) y leguminosas y alimentos de origen animal (carne de ave, res, cerdo y pescado, huevos y menestras, lácteos y derivados). Además de ello, se consideró oportuno indagar acerca del consumo de azúcares y grasas (golosinas, gaseosas, helados, comida rápida o bocadillos, entre otros).

c) *Sueño y descanso.* Según Cloninger (2003), es una necesidad esencial para la supervivencia humana cuya principal función es reparar al organismo para tener una vida saludable. Buela y Caballo (1990) señalan que la cantidad necesaria de sueño en el ser humano es una magnitud que depende de factores biológicos, conductuales y ambientales. En la influencia de dichos factores se aprecian variaciones interindividuales considerables; así, hay personas que duermen cinco horas o menos y otros que precisan al menos nueve horas para sentirse bien; hay un tercer grupo que se caracteriza por tener una necesidad variable de sueño y, por último, la gran mayoría que duerme alrededor de ocho horas. Independientemente de la cantidad de sueño, las personas pueden clasificarse también de acuerdo a las características cualitativas de aquel, como un buen o mal dormir o la tendencia a madrugar o trasnochar (Buela y Caballo, 1990).

Por otro lado, estudiar el estilo de vida resulta importante en la medida que se ha encontrado que esta variable, si no se practica, influye en la predisposición a la activación del estrés como factor psicológico de riesgo para la salud (Guerrero, Araúz, Ortiz y cols., 1999). De la misma manera, Sanabria y cols. (2007) señalan que los profesionales de la salud que no tienen un estilo de vida saludable tendrán una pobre salud en el futuro, una actitud que no favorecerá la promoción de hábitos saludables en sus pacientes y sí una medicina más curativa que preventiva.

Sin embargo, el estilo de vida saludable constituye la expresión de la calidad de vida de la persona. Es posible que una persona que se orienta a un estilo de vida saludable se ubique en un nivel óptimo de calidad de vida, más aún cuando se trata de una población como la estudiada aquí, pues se trata de un grupo que por la actividad laboral que desempeña, la formación que tiene y la capacitación que recibe, se esperaría que, independientemente de su ingreso económico, edad y sexo, dé importancia a un estilo de vida saludable. Se supone que dicha población conoce las consecuencias de tener un estilo de vida alejado de la salud; por ende, debe realizar esfuerzos para vivir sanamente y se oriente a satisfacer los diversos dominios o áreas de su vida. Al respecto, Frank (2004) ha demostrado que los médicos que cuidan su salud y practican estilos de vida saludables tienen mayor probabilidad de recomendar y de inducir en sus pacientes hábitos igualmente saludables y de tener éxito en que estos sigan sus recomendaciones, contrariamente a aquellos que tienen hábitos no saludables, ya que probablemente no son escuchados por sus pacientes cuando les recomiendan comportamientos que tampoco ellos practican.

Al respecto, Arnett (2007) ha planteado que hay un periodo previo a la consecución completa de la adultez que caracteriza a las sociedades actuales, el cual comprende el periodo de edad de entre 18 y 25 años, diferenciado de la adolescencia y la adultez joven (Becoña y cols., 2000), en el cual se observa una relativa independencia de los roles sociales y las expectativas normativas. Se trata de un periodo de exploración de las diversas

áreas de la vida personal y laboral en que todavía no se han asumido las responsabilidades del adulto. En tal sentido, es probable que al final de este periodo la persona pueda tomar decisiones esenciales para su futuro. Según Arnett (2007), la identidad no se termina de organizar en la adolescencia sino solo al final de esta etapa; es decir, antes de pasar a la adultez. Becoña y cols. (2002) señalan que lo anterior “también se relaciona con el retraso que hoy existe en los jóvenes en casarse, en conseguir su primer trabajo estable, el largo tiempo de estudio antes de finalizar una carrera, el vivir con sus padres hasta casi los 30 años, el retraso en tener hijos, etc. Lo cierto es que es en este periodo de la vida cuando realizan más conductas de riesgo, como el sexo sin protección, el consumo de drogas o el conducir el coche peligrosamente a alta velocidad, o bebido, etc.” (pp. 339-340).

El mismo Arnett (2000, 2006) plantea que tal lapso de tiempo se caracteriza por un cierto grado de independencia de los roles sociales y de las expectativas reguladoras, dado que, como individuos, han dejado la dependencia de la niñez pero aún no han asumido las responsabilidades propias de la madurez.

Por todo lo anterior, el tema del estilo de vida saludable resulta cardinal cuando se trata de los profesionales de la salud, pues el impacto sobre la salud pública es doble: además de impactar a un grupo en particular, su calidad y estilo de vida recaen en las acciones de salud de sus pacientes al convertirse en modelos de vida para estos (Sanabria y cols., 2007). A partir de este estudio pueden desarrollar programas de sensibilización o concienciación, si fuera necesario, orientados a mejorar el estilo de vida saludable y, por lo tanto, la calidad de vida; de allí la relevancia social del mismo. Como afirman Sanabria y cols. (2007), intervenir en el estilo de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

A partir de todo lo anteriormente mencionado, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el estilo de vida saludable en los profesionales de ciencias de la salud según su sexo, ingreso económico personal, edad y profesión?

MÉTODO

Participantes

La población estuvo conformada 409 estudiantes de segundo ciclo de una escuela de posgrado de la ciudad de Lima, matriculados en las maestrías de Salud Pública; Docencia e Investigación en Estomatología; Administración de Servicios de Salud; Psicología Clínica y de la Salud; Psicología Organizacional y Recursos Humanos; Salud Pública con mención en epidemiología, gestión hospitalaria y salud reproductiva; Gestión y Conducción en Salud; Psicología Educativa con mención en problemas de aprendizaje y Tutoría y Orientación Educativa, así como en los doctorados en Salud Pública y Odontología.

La muestra fue probabilística, y la técnica de muestreo utilizada fue la de asignación proporcional; posteriormente, al realizar el muestreo estratificado, la muestra quedó conformada por 198 participantes.

Dentro de las principales características de la muestra, 73.2% fueron mujeres. Cabe señalar que la misma se conformó sobre todo por médicos (37.4%), seguidos de los siguientes profesionales: enfermeras (19.7%), psicólogos (14.1%), odontólogos (7.1%), obstetras (6.6%), tecnólogos médicos (5.6%) y educadores (2%). Respecto a su edad, el mayor porcentaje tenía entre 31 y 40 años (39.9%), seguido por los que tenían entre 41 años o más (38.4%); en tercer lugar se ubicaron los menores de 30 años (21.7%). En cuanto a su estado civil, la mayoría de los participantes eran casados (50%), seguidos de los solteros (42.4%), convivientes (4%) y viudos (3.5%).

En los criterios de inclusión se consideraron dos aspectos: que en el momento de la aplicación de los instrumentos la persona estuviera laborando y que su participación fuera voluntaria. Se excluyó a los estudiantes que no tuvieran un buen estado de salud en el momento de la administración de los instrumentos. El consentimiento informado de los participantes se obtuvo mediante una consulta por escrito, en donde se presentaron los objetivos de la investigación y el tipo de partici-

pación que se requería. La Escuela de Posgrado fue seleccionada en función a la accesibilidad y las garantías que ofrecía para una adecuada recolección de datos, considerando el compromiso de las autoridades y del personal docente y administrativo, así como por tratarse de la institución que alberga la mayor cantidad de estudiantes de este nivel de estudios en el Perú.

Instrumento

Cuestionario de Estilo de Vida Saludable. Desarrollado a partir de un instrumento adaptado por Grimaldo (2007), orientado a una población de estudiantes universitarios de pregrado. Metodológicamente, se plantearon como criterios de construcción la elaboración de una tabla de especificaciones en la que se presentaron los objetivos específicos, indicadores e ítems que describían el estilo de vida saludable. Los ítems se construyeron con base en una escala Likert con las siguientes opciones: siempre (todos los días), casi siempre (de tres a seis veces a la semana), a veces (una o dos veces a la semana), casi nunca (de una a tres veces al mes) y nunca.

El instrumento fue sometido a validez de contenido a través del método de criterio de jueces, para lo que se utilizó el coeficiente V de Aiken. Para ello, se consultó a diez psicólogos especialistas con grados de licenciado, maestro o doctor en Psicología; a quienes se envió una carta solicitando su participación como jueces; una hoja de datos del juez (nombres y apellidos, grado académico, especialidad y teléfonos); una cartilla de instrucciones generales en la que se brindó información referida a los objetivos del instrumento y el procedimiento para su calificación, así como el instrumento con las respectivas preguntas, calificación del grado de acuerdo, objeciones y sugerencias. Se utilizó el citado coeficiente V ya que, tal como lo señala Ecurra (1988, 2003), es el más adecuado para determinar la validez de contenido y permite obtener valores factibles de ser contrastados estadísticamente según el tamaño de la muestra de jueces seleccionada. La versión inicial estuvo compuesta por 31 ítems, pero fueron eliminados cinco por no alcanzar un coeficiente aceptable; así, la versión final quedó conformada por 26 ítems.

Respecto a la validez de constructo, se utilizó el análisis factorial exploratorio, para lo cual se empleó el método de factorización de análisis de componentes principales; en cuanto al método de rotación, se eligió el de Oblimin ya que se trataba de variables relacionadas. En primer lugar, con el fin de medir la aplicabilidad del análisis factorial, se realizó la prueba de esfericidad de Bartlett y la medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (cfr. Miquel, Bigné, Lévy, Cuenca y Miquel, 1997). La medida de adecuación del muestreo de KMO obtuvo un valor de 0.668, el cual fue superior a 0.5, siendo por ello satisfactorio para proceder con el análisis factorial. George y Mallery (1995) recomiendan como límite de aceptación de este índice KMO valores superiores a 0.5. En relación a la prueba de esfericidad de Bartlett, es habitual para probar si la matriz de correlaciones es la identidad; aquí se obtuvo un valor de 365.646 ($p < .000$). Los resultados se dan como válidos cuando tienen un valor elevado en la prueba y su fiabilidad es menor de 0.05. De esta manera, se confirmó que se debería continuar con el análisis factorial; al aplicarlo, se confirmó que había tres factores que explicaban 61.46% de la varianza de los ítems, lo que significaba que dichos factores alcanzan a explicar, con algún grado de significación conceptual, las correlaciones entre los ítems. Los autovalores para los tres factores fueron 2.4, 1.3 y 1.0, que absorben 30.65, 17.32 y 13.49% de la varianza total, respectivamente. Las diferencias entre los autovalores y, por ende, la varianza explicada se hicieron más notorias en los tres primeros factores, y a partir del quinto, más superficiales.

Tal como se observa en la Tabla 1, se identificaron tres factores extraídos, en el primero de los cuales se incluyeron los ítems de la dimensión Actividades Deportivas, donde se ubicaron los ítems referentes a deportes individuales, colectivos y de pareja, de combate y al aire libre; en el segundo factor (dimensión Descanso) se incluyeron los ítems correspondientes a sueño y reposo; en el tercero (dimensión Consumo de alimentos), se hallaron los ítems que se orientan al consumo de alimentos con bajo número de calorías y los de alto número de calorías. Los resultados anteriormente presentados permitieron establecer que el cuestionario Estilo de Vida Saludable tiene validez de constructo.

Tabla 1. Análisis factorial exploratorio del cuestionario Estilo de Vida Saludable.

ÁREAS O DIMENSIONES	Factor 1 Actividades deportivas	Factor 2 Sueño y reposo	Factor 3 Consumo de alimentos
Deportes individuales	.902 (.600)		
Deportes colectivos y de pareja	.689 (.682)		
Deportes de combate	.879 (.861)		
Deportes al aire libre	.902 (.900)		
Alimentos con bajo número de calorías			.858 (.849)
Alimentos con alto número de calorías			.521 (.532)
Sueño		.851 (.835)	
Reposo		.759 (.779)	

* Los valores de la matriz de estructura se encuentran entre paréntesis.

En la Tabla 2 puede apreciarse la matriz de correlación interfactorial, para lo cual se utilizó la correlación de Pearson; en general, las correlaciones van desde prácticamente 0 (-0.03) hasta 0.20. Es-

tas magnitudes sugieren una independencia entre los factores; en ese sentido, estos miden aspectos distintos del estilo de vida saludable, tal como ha sido definido por el instrumento.

Tabla 2. Correlación interfactorial.

Factores	Factor 1 Actividades deportivas	Factor 2 Sueño y reposo	Factor 3 Consumo de alimentos
Actividades deportivas	1	.202(*)	.011
Sueño y reposo	.202(*)	1	-.030
Consumo de alimentos	.011	-.030	1

* La correlación es significativa al nivel de 0.01 (bilateral).

La confiabilidad se obtuvo a partir del coeficiente alfa de Cronbach para la muestra total (.76), alcanzándose valores aceptables para la muestra de varones (.78) y mujeres (.75).

Procedimiento

Se procedió a aplicar el instrumento a un grupo piloto conformado por veinte estudiantes de posgrado del doctorado en Salud Pública, varones y mujeres. El objetivo fue mejorar la inteligibilidad del instrumento y detectar términos ambiguos o de difícil comprensión. Al final de la administración, los participantes completaron una ficha de sondeo de las preguntas para evaluar el grado de complejidad y el nivel de entendimiento de las instrucciones y preguntas; asimismo, se les solicitó hacer sugerencias respecto a las palabras que no hubieran sido comprendidas.

Hecho lo anterior, se procedió a determinar la validez de contenido del cuestionario mediante

el criterio de jueces, utilizando la V de Aiken, y después se estableció el contacto con las autoridades, docentes y responsables de la Escuela de Posgrado, de tal manera que dieran las facilidades para la administración del instrumento. La aplicación se realizó controlando la interferencia de posibles estímulos externos que pudieran alterar los niveles de atención y concentración. Por último, los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS, versión 19.0.

RESULTADOS

En relación a la práctica de actividad deportiva, en la muestra total se observa que el mayor porcentaje de profesionales se ubicó en un nivel de estilo de vida saludable; sin embargo, al considerar la suma de los porcentajes de las categorías “poco saludable” (por exceso o por defecto), “tendencia al riesgo” y “poco saludable”, se observa

que los grupos que se encuentran en una mayor situación de riesgo son los de las mujeres los que tienen menores ingresos económicos, los que tie-

nen hasta 30 años y los profesionales no médicos, tal como aparece en la Tabla 3.

Tabla 3. Estilo de vida saludable en la dimensión de actividad física y deporte según variables sociodemográficas.

Categorías	Muestra total		Sexo				Ingreso económico						Edad						Profesión			
			Varones		Mujeres		Hasta US \$718		US \$719- US \$1436		Más de US \$1436		Hasta 30 años		31 a 40 años		Más de 40 años		Médicos		Otras profesiones	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Poco saludable (+)	19	9.6	5	9.4	14	9.7	11	10.4	5	7.9	3	10.3	4	9.3	11	13.9	4	5.3	6	8.1	13	10.5
Tendencia al riesgo	14	7.1	2	3.8	12	8.3	11	10.4	3	4.8	0	.0	7	16.3	3	3.8	4	5.3	3	4.1	11	8.9
Saludable	103	52.0	35	66.0	68	46.9	50	47.2	35	55.6	18	62.1	20	46.5	45	57.0	38	50.0	45	60.8	58	46.8
Tendencia al riesgo	62	31.3	11	20.8	51	35.2	34	32.1	20	31.7	8	27.6	12	27.9	20	25.3	30	39.5	20	27.0	42	33.9
Poco saludable (-)	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0

En la Tabla 4 se muestra la dimensión de consumo de alimentos, en función a la muestra total, donde se aprecia que un mayor porcentaje se ubica en la categoría de “saludable”; sin embargo, si se consideran conjuntamente las categorías poco sa-

ludable por exceso, por defecto y tendencia al riesgo, los porcentajes son mayores que la categoría saludable, en los siguientes grupos: mujeres, los que ganan menos, los más jóvenes y los médicos.

Tabla 4. Estilo de vida saludable en la dimensión de consumo de alimentos según variables sociodemográficas.

Categorías	Muestra total		Sexo				Ingreso económico						Edad						Profesión			
			Varones		Mujeres		Hasta US \$718		US \$719- US \$1436		Más de US \$1436		Hasta 30 años		31 a 40 años		Más de 40 años		Médicos		Otras profesiones	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Poco saludable (+)	30	15.2	8	15.1	22	15.2	16	15.1	10	15.9	4	13.8	8	18.6	12	15.2	10	13.2	13	17.6	17	13.7
Tendencia al riesgo	35	17.7	9	17.0	26	17.9	19	17.9	13	20.6	3	10.3	7	16.3	18	22.8	10	13.2	10	13.5	25	20.2
Saludable	64	32.3	12	22.6	52	35.9	31	29.2	21	33.3	12	41.4	11	25.6	22	27.8	31	40.8	23	31.1	41	33.1
Tendencia al riesgo	37	18.7	12	22.6	25	17.2	23	21.7	9	14.3	5	17.2	12	27.9	14	17.7	11	14.5	16	21.6	21	16.9
Poco saludable (-)	32	16.2	12	22.6	20	13.8	17	16.0	10	15.9	5	17.2	5	11.6	13	16.5	14	18.4	12	16.2	20	16.1

Considerando la dimensión de sueño y reposo en función de la muestra total, sexo e ingreso económico, se observa la misma situación que en las tablas anteriores. Es cierto que el mayor porcentaje se ubica en una categoría saludable, pero al adicionar a quienes se encuentran en un nivel po-

co saludable y tendencia al riesgo se alcanza un mayor porcentaje, tanto por exceso o por defecto, principalmente en los grupos de mujeres, de quienes ganan menos, de quienes tienen entre 31 a 40 años y los no médicos (Tabla 5).

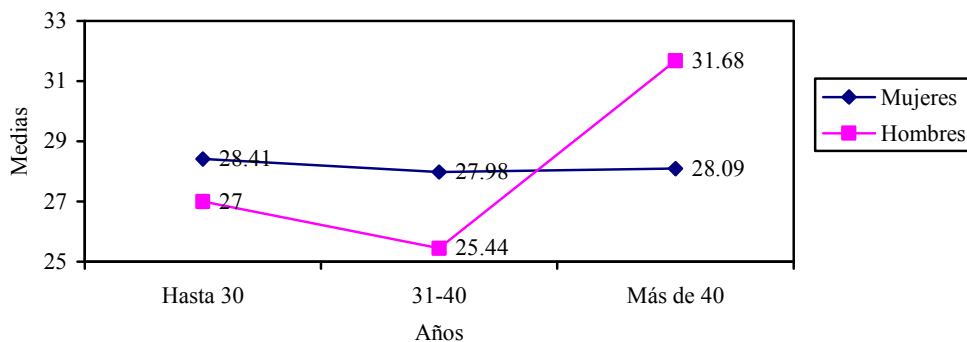
Tabla 5. Estilo de vida saludable en la dimensión de sueño y reposo según variables sociodemográficas.

Categorías	Muestra total		Sexo				Ingreso económico						Edad						Profesión			
			Varones		Mujeres		Hasta US \$718		US \$719- US \$1436		Más de US \$1436		Hasta 30 años		31 a 40 años		Más de 40 años		Médicos		Otras profesiones	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Poco saludable (+)	27	13.6	9	17.0	18	12.4	17	16.0	6	9.5	4	13.8	5	11.6	9	11.4	13	17.1	8	10.8	19	15.3
Tendencia al riesgo	41	20.7	10	18.9	31	21.4	16	15.1	16	25.4	9	31.0	8	18.6	13	16.5	20	26.3	14	18.9	27	21.8
Saludable	68	34.3	22	41.5	46	31.7	35	33.0	23	36.5	10	34.5	17	39.5	25	31.6	26	34.2	29	39.2	39	31.5
Tendencia al riesgo	31	15.7	7	13.2	24	16.6	16	15.1	11	17.5	4	13.8	5	11.6	17	21.5	9	11.8	13	17.6	18	14.5
Poco saludable (-)	31	15.7	5	9.4	26	17.9	22	20.8	7	11.1	2	6.9	8	18.6	15	19.0	8	10.5	10	13.5	21	16.9

En cuanto a los resultados de estilo de vida saludable, el efecto de interacción solo influyó en las diferencias de la subescala de sueño y reposo en el estilo de vida saludable, específicamente en la

interacción entre sexo y edad. Esto significa que las diferencias de sexo en cada grupo de edad no fueron constantes. En la Figura 1 se muestra este tipo de interacción.

Figura 1. Medias marginales estimadas para la dimensión Sueño y Reposo



De la misma manera, se observó que al establecer las pruebas *post hoc* para determinar las diferencias demográficas ($F(2,165) = 3.06$) en las edades hasta 30 años y de 31 a 40 años, no se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres, y solo a partir de la edad de más de 40 años las diferencias se hicieron mayores. Hay que señalar que estas favorecen a los varones, pues sus puntajes promedio fueron más altos que los de las mujeres.

DISCUSIÓN

En lo tocante a la práctica de actividad deportiva, los participantes que manifestaron tener riesgo fueron las mujeres, los que ganan menos, los más jóvenes y los no profesionales. En todos los casos

se observa cierto riesgo en relación a la falta de práctica de actividades deportivas; de esta manera, cuanto más actividad física realiza una persona, menores serán los síntomas físicos y psicológicos que manifieste (Remor y Pérez-Llantada, 2007). Asimismo, Salmón (2001) ha concluido que la actividad física regular es benéfica para la salud psicológica. Como se sabe, hay evidencias suficientes que han demostrado la relación positiva entre la salud física y psicológica y la práctica deportiva y la actividad física ya que, tal como afirma Fox (2000), hay un consenso por parte de los profesionales de la salud y las autoridades sanitarias de que la actividad física es un factor clave para la buena salud.

Los resultados anteriores se relacionan con los encontrados por Sanabria y cols. (2007), quienes, en una investigación desarrollada en un grupo de profesionales de la salud en Colombia, encontraron que el principal problema estaba relacionado con la actividad física y el deporte, lo cual, además de una pobre salud en el futuro, tal vez indujo en estos profesionales una actitud que no favorece la promoción de hábitos saludables en sus pacientes, así como la práctica de una medicina más curativa que preventiva. De la misma manera, Frank (1994), Frank y Kunovich-Frieze (1995) y Frank, Rothenberg, Lewis y Belodoff, (2000) han aportado evidencias empíricas que demuestran que los médicos que cuidan su salud y practican estilos de vida saludables tienen mayor probabilidad de recomendar y de inducir en sus pacientes hábitos igualmente saludables y un mayor éxito en el seguimiento de sus recomendaciones.

Los resultados anteriores conducen a pensar en la necesidad de generar una mayor conciencia y sensibilidad en esta población, pues un estilo de vida saludable constituye un factor fundamental en la configuración del perfil de seguridad (Vives, 2007).

Respecto al consumo de alimentos, se ha encontrado en general que los grupos que se encuentran en riesgo, tal como se menciona en los Resultados, son los varones, los que ganan menos, los más jóvenes y los médicos. Lo cierto es que no consumen los alimentos necesarios que indiquen que se encuentren sanos. Al respecto, es importante señalar que al aumentar la prosperidad y la urbanización, las dietas tienden a ser más ricas en energía y en grasas (especialmente saturadas) y a tener un contenido mayor de fibra y de carbohidratos complejos (Sanabria y cols. 2007). De la misma manera, la Organización Mundial de la Salud (2003) reconoce que la epidemia creciente de enfermedades crónicas que aqueja tanto a los países desarrollados como a los países en desarrollo está relacionada con los cambios de los hábitos alimentarios y del modo de vida. De allí la necesidad de intervenir con el objetivo de generar un cambio en los hábitos y patrones de consumo alimentario.

De igual modo, la Liga Europea contra el Cáncer estableció que la adopción de un estilo de vida saludable mejora el estado de salud y evita

incluso algunos tipos de cáncer. En un estudio publicado por el Fondo Internacional para la Investigación del Cáncer y el Instituto Americano para la Investigación del Cáncer acerca de la relación entre la alimentación y la aparición de esta enfermedad, se estableció que los vegetales reducen el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer, mientras que el alcohol, la carne, las dietas grasas y la obesidad incrementan este riesgo (Lemus, 2000). Todo lo anterior merece ser tomado en consideración para prevenir futuras enfermedades a partir del desarrollo de programas orientados al cambio de las pautas de consumo de alimentos, por los cuales se genere una toma de conciencia acerca de la conveniencia de establecer otras distintas.

Considerando la dimensión de sueño y reposo, se observa riesgo en las mujeres, los que ganan menos, los que tienen entre 31 a 40 años y los profesionales no médicos. Estos resultados pueden deberse a la profesión que tienen, ya que se trata de un grupo de profesionales de la salud, muchos de los cuales realizan guardias. En estudios realizados con estos profesionales se ha encontrado que las guardias implican una privación del sueño, lo que va en detrimento de su calidad de vida (Bailit, Weisberger y Knotek, 2005), sobre todo cuando se ven obligados a continuar su jornada laboral tras veinticuatro horas de asistencia continua (Halbach, Spann, y Egan, 2003; Howard, Gaba, Rosekind y Zarcone, 2002). De esta manera, Fernández, García del Río, Hidalgo y cols. (2007) han encontrado que los servicios de urgencia son los lugares generadores de estrés por excelencia, y es precisamente en ellos donde el profesional de la salud desarrolla gran parte de su labor asistencial. Si bien es cierto que el presente estudio no se hizo con personal residente, es probable que las condiciones bajo las cuales trabajan los profesionales de la salud sean parecidas.

Como se aprecia, los grupos más vulnerables en las tres dimensiones evaluadas son las mujeres, los que ganan menos y los más jóvenes. Respecto a las primeras, los resultados se relacionan con los hallazgos de Rodríguez, Castañeda, Correa y Savia (2004) en estudiantes universitarios lasallistas, quienes encontraron que las mujeres pasan más tiempo sentadas en comparación con los varones y que resienten con mayor frecuencia un considerable peso corporal y una mayor inten-

ción de modificar su peso y medidas. En relación a los que ganan menos, los resultados tienen que ver con los de Bilgili y Ayaz (2009), quienes hallaron que las calificaciones de las mujeres que se graduaron de la escuela media y secundaria, que tenían ingresos suficientes y un buen estado socioeconómico, tenían una percepción de la salud física bastante buena, con puntuaciones significativamente más altas de estilo de vida saludable en comparación con los otros grupos evaluados. Respecto a los más jóvenes, sería conveniente considerar el concepto de adultez emergente, tal como señalan Arnett (2000, 2006, 2007) y Becoña y cols. (2000); pues es probable que todavía se resistan a entrar en la adultez y resulten ser como los adolescentes tardíos o los adultos emergentes. Es justamente en este periodo de la vida cuando realizan más conductas de riesgo, despreocupándose por tener un estilo de vida saludable.

De acuerdo a los resultados concernientes al estilo de vida saludable, en el único factor en

donde se encontraron diferencias significativas en cuanto a las variables demográficas estudiadas fue en el sueño y reposo según sexo y edad. Se observa aquí que hasta los 40 años no hay diferencias significativas entre los varones y mujeres, y es a partir de esa edad cuando las diferencias se hacen más grandes, favoreciendo a los varones en comparación con las mujeres. Los resultados anteriores indican que los varones mayores de 40 años pueden dormir y reposar mejor que las mujeres, probablemente porque están logrando satisfacer de una mejor manera sus necesidades personales y familiares. De igual forma, en torno a esta edad es probable que laboral y profesionalmente estén logrando ubicarse en puestos que involucran cierto reconocimiento y, por lo tanto, ya no se preocupan como los más jóvenes, lo que implica que ya no estén realizando las guardias que caracterizan el trabajo de los más jóvenes.

REFERENCIAS

- Álvarez, G., Vázquez, J.M., Mancilla, S. y Gómez, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 147-156.
- Armstrong, K. y Edwards, H. (2003). The effects of exercise and social support on mother reporting depressive symptoms: A pilot randomized controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 130-138.
- Arnett, J.J. (2000). A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Arnett, J.J. (2006). Emerging adulthood in Europe: A response to Bynner. *Journal of Youth Studies*, 9(1), 111-123.
- Arnett, J.J. (2007). *Adolescencia y adultez emergente*. México: Pearson
- Bailit, J., Weisberger, A. y Knotek, J. (2005). Resident job satisfaction and quality of life before and after work hour reform. *Reproductive Medicine*, 50(9), 5-21.
- Becoña, E., Vásquez, F. y Oblitas, L. (2000). Promoción de estilos de vida saludables, ¿realidad, mito o utopía? En L. Oblitas y E. Becoña (Coords.): *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Bilgili, N. y Ayaz, S. (2009). Health promotion behaviors of women and affecting factors. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(6), 497-507.
- Buela C., G. y Caballo, V. (1990). Patrones de sueño y diferencias individuales. En G. Buela-Casal y J. Navarro (Eds): *Avances en la investigación del sueño y sus trastornos*. Madrid: Manuales Siglo XXI.
- Butterfield, P. (1988). The stress of residency. A review of the literature. *Archives International of Medicine*, 148(6), 1428-1435.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson-Prentice Hall.
- Contradrogas (s/f). *Estilos de vida saludables* (Material elaborado para el Proyecto de Movilización Comunitaria y Fortalecimiento de Redes) (Folleto). Lima: Autor.
- Escorra, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenidos por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6(1-2), 103-111.
- Escorra, M. (2003). Sistema de valores en estudiantes de quinto año de secundaria de Lima metropolitana pertenecientes a diferentes estratos socio económicos. *Investigación en Psicología*, 6(1), 49-72.
- Fernández, O., García del Río, B., Hidalgo, C., López, C., Martín, A. y Moreno, S. (2007). Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Medicina de Familia*, 7(1), 83-90.
- Fletcher, A.C., Niekerson, P. y Wrigh, K.L. (2003). Structured leisure activities in middle childhood. Links to well-being. *Journal of Community Psychology*, 31, 641-659.

- Fox, K.R. (2000). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. En S. J. Biddle, K. R. Fox y S. H. Bourcher (Eds): *Physical activity and psychological well-being* (pp. 88-117). New York: Routledge Press.
- Frank, E. (2004). Physician health and patient care. *The Journal of the American Medical Association*, 291(5), 637.
- Frank, E. y Kunovich-Frieze, T. (1995). Physicians prevention counseling behavior: Current status and future directions. *Preventive Medicine*, 24, 543-545.
- Frank, E., Rothenberg, R., Lewis, Ch. y Belodoff, F. (2000). Correlates of physician prevention related practices. Findings from the women physicians health study. *Archives of Family Medicine*, 9, 359-367.
- George, D. y Mallery, P. (1995). *SPSS/PC-Step by step. A simple guide and reference*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing.
- Grimaldo, M. (2007). Construcción de un instrumento de Estilo de Vida Saludable en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología*, 9, 9-20
- Guerrero, B., Arauz, J., Ortiz, F., Cabanillas, B., Beltrán, R., Cabanillas, M., Tirado, D. y Arámburo, H. (1999). Estilos de vida, personalidad y predisposición a la activación y estrés como factores psicológicos de riesgo para la salud en el médico: un estudio en individuos autorregulados y disregulados. *Psicología y Salud*, 12, 95-100.
- Halbach, M., Spann, C. y Egan, G. (2003). Effect of sleep deprivation on medical resident and student cognitive function: A prospective study. *Journal Obstetric & Gynecology*, 188(5), 1198-1201.
- Hansen, C.J., Stevens, L.C. y Coast, J.R. (2001). Exercise duration and mood sates: How much is enough to feel better? *Health Psychology*, 20, 267-275.
- Howard, S., Gaba, D., Rosekind, M. y Zarcone, V. (2002). The risks and implications of excessive daytime sleepiness in resident physicians. *Academic Medicine*, 77, 1019-1025.
- Infiesta, J., Bimella, J., Garrucho, G. y March, J. (2004). *Estilos de vida y juventud*. Serie en Internet. Disponible en línea: www.ilo.org/public/spanish/region (Recuperado el 10 de febrero de 2004).
- Lemus, J. (2000). Condiciones de vida y salud en Argentina. *Ambiente Médico*, 27, 9-18.
- López R., F. y Moral de la R., J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43, 421-432.
- Lumbreras, I., Moctezuma, M., Dosamantes, L., Medina, M., Cervantes, M., López, M.R. y Méndez, P. (2009). Estilo de vida y riesgo para la salud en estudiantes universitarios, *Revista Digital Universitaria*. Disponible en línea: <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num2/art12/int12.htm> (Recuperado el 1 de marzo del 2010).
- Manger, T.A. y Motta, R.W. (2005). The impact o fan exercise program on posttraumatic stress disorder, anxiety and depression. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7, 49-57.
- Martín A., J., Núñez, J. y Navarro, J. (1997). Clasificación de los deportes en función de la evolución de los motivos atendiendo al tiempo de práctica y el género. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 5, 11-12. Disponible en línea: <http://reme.uji.es/articulos/amartj4270312102/texto.html> (Recuperado el 11 de enero de 2004).
- Maya, L. (2001). Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. *FUNLIBRE*. Disponible en línea: <http://www.mitecnologico.com/Main/EstilosDeVidaYCalidadDeVida> (Recuperado el 3 de mayo del 2009).
- Méndez H., Mauricio G., J.F. y López L., M.E. (2003). Juventud y alcoholismo. Factores asociados al consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Tlaxcala. *Escenarios*, 15, 7-9.
- Ministerio de Educación (2005). *Guía para la promoción de estilos de vida saludables en educación secundaria*. Lima: Ministerio de Educación.
- Miquel, S., Bigné, E., Lévy, J.P., Cuenca, A.C. y Miquel, M. (1997). *Investigación de mercados*. Madrid: McGraw-Hill.
- Montes de Oca, J. y Mendocilla, A. (2005). *Guía para la promoción de estilos de vida saludables en educación secundaria*. Lima: Ministerio de Educación.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
- Organización Mundial de la Salud (2003). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Disponible en línea: <ftp://ftp.fao.org/unfao/bodies/coag/coag18/J1251s.pdf> (Recuperado el 28 de julio de 2009).
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García, M. (2006). Relación entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media. Un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18(1), 18-24.
- Remor, E. y Pérez-Llantada, M.C. (2007). La relación entre niveles de la actividad física y la experiencia de estrés y de síntomas de malestar físico. *Interamerican Journal of Psychology*, 41, 313-322.
- Rodríguez, M.A., Castañeda, A.D., Correa, L.R. y Saravia, M. (2004). Estilo de vida saludable de los estudiantes de la Corporación Universitaria Lasallista. *Revista Lasallista de Investigación*, 1(2), 35-41.
- Rojas, R., Schilcht, W. y Hautzinger, M. (2003). Effects of exercise training on quality of life, psychological well-being, immune status and cardiopulmonary fitness in an HIV-1 positive population. *Journal of Sport y Exercise Psychology*, 25, 440-455.

- Salazar, I.C. y Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como parte del estilo de vida de los jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 74-89.
- Salmón, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression and sensibility to stress: A unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21, 33-61.
- Sanabria F., P., González, L. y Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludables en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Médica*, 15(2), 207-217.
- Sanhueza, M., Vera, B., Moncada, J. y Espinoza, E. (s/f). Promoción de la salud y estilos de vida saludables. Experiencia de una intervención en estudiantes de la Universidad Austral de Chile. Disponible en línea: <http://www2.uacj.mx/universidadsaludable/memorias/documentos/PDF%20Resumenes/-Promoci%C3%B3n%20de%20la%20Salud%20y%20Estilos%20de%20Vida%20Saludable.pdf>.
- Vives, A. (2007). Estilo de vida saludable: puntos para una opción actual y necesaria. *Psicología Científica.com*. Disponible en línea: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-307-3-estilo-de-vida-saludable-puntos-de-vista-para-una-opcion-actual-y-necesaria.html> (Recuperado el 20 de julio de 2009).