

Creencias de salud-enfermedad y estilos de vida en estudiantes universitarios

Health-disease beliefs and life styles in university students

*Rosa Martha Meda Lara, Patricia Torres Yáñez, Rodrigo Cano Guzmán
y Rodrigo Vargas Salomón¹*

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue identificar las creencias de salud-enfermedad y los estilos de vida en estudiantes universitarios. El estudio fue de tipo descriptivo transversal, obteniéndose datos confiables de 834 estudiantes. Los resultados indican que la gran mayoría de los sujetos encuestados se orientaron hacia las creencias protectoras de salud; sin embargo, se encontraron diferencias significativas por género en cuanto a la posibilidad de evitar accidentes y en estrés y apoyo. En relación con los estilos de vida, refirieron tener estilos de vida protectores, estrategias de afrontamiento al estrés y redes de apoyo social. El modelo multivariado lineal refirió que las creencias de salud-enfermedad predijeron los estilos de vida de los sujetos.

Palabras clave: Creencias de salud-enfermedad; Estilos de vida; Estudiantes universitarios.

ABSTRACT

The aim of this work is to identify health-disease beliefs and life styles of university students. The study is descriptive and transversal. Reliable data were collected from 834 subjects. Results show that almost all the subjects were oriented toward health protection beliefs. However, there were found significant differences by gender about the possibility to avoid accidents, and in issues related to stress and support. As for the life styles issue, students maintain protected life styles and strategies to face stress and to build social support nets. The multivariate lined model illustrates that beliefs in health-disease issues may predict the subjects' life styles.

Key words: Health-disease beliefs; Life styles; University students.

ANTECEDENTES

En lo relativo a la promoción de salud, se ha reconocido la importancia del estudio de los estilos de vida como un indicador de riesgo de diversas enfermedades o causa de muerte, ya que representan un conjunto de conductas relacionadas con la salud, valores y actitudes adoptados por el sujeto en respuesta a su ambiente social, cultural y económico. Además, se ha advertido la influencia de ciertos constructos psicológicos

¹Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara, Av. Prolongación Colón s/n, Km 1, Carretera Ciudad Guzmán-Guadalajara, 49000 Ciudad Guzmán, Jal., México, tel. (341)412-40-44, correo electrónico: rosam@cusur.udg.mx. Artículo recibido el 5 de mayo y aceptado el 27 de agosto de 2004.

como predictores de riesgo de salud y enfermedad, como la personalidad tipo A (Friedman y Booth-Kewley, 1987; Friedman y Roseman, 1974), la dimensión optimismo-pesimismo (Carver, Lehman y Anthony, 2003), los diversos estilos de afrontamiento (Carver y Scheier, 1994; Compas, 1987), la orientación cognitiva de la salud (Kreitler y Kreitler, 1976) o el sentido de coherencia (Antonovsky, 1993).

A lo largo de su vida, las personas desarrollan ciertos estilos de vida que se van sistematizando como un proceso de aprendizaje por asimilación o imitación de modelos, patrones familiares o de grupo; esto orienta las concepciones, criterios y decisiones de los individuos, su tiempo, energía física y psíquica, además de sus relaciones con otras esferas de su vida (Flórez, 1994). Así, se pueden encontrar estilos de vida *salutogénicos* (que tienden a la salud), tales como el ejercicio físico, métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual, estrategias de afrontamiento al estrés, dieta balanceada, autocuidado y cuidado médico, habilidades sociales, prácticas adecuadas de higiene, entre otros. Sin embargo, también hay estilos de vida *patogénicos* (que propician un estado de enfermedad en el sujeto), como el sedentarismo —que favorece enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, obesidad y otras—, consumo de tabaco y alcohol, conductas sexuales de riesgo, distrés, consumo excesivo de alimentos ricos en grasas saturadas, baja autoestima, ansiedad social, timidez y depresión, por mencionar algunos. Son las creencias sobre la salud y enfermedad las que desempeñan un papel importante y a veces incluso determinante en la toma de decisiones para modificar los estilos de vida y convertirlos de patogénicos en salutogénicos.

Duchan y Black (2001) refieren que los estilos de vida saludables son “los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida [...] por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social” (p. 37). La

estrategia para desarrollar estilos de vida saludables es el compromiso individual y social, pues sólo a través de éste se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano salvaguardando la dignidad de la persona.

Con relación a la población joven, se ha reportado que, en comparación con los niños y los ancianos, sufren pocos trastornos que amenazan su vida, y que la adopción de algunos hábitos que tienen consecuencias negativas para la salud a largo plazo, tales como el consumo de tabaco, drogas adictivas y alcohol (Rhodes y Jason, 1990), no causa por lo general morbilidad o mortalidad en estas edades, sino que sus efectos y costos se evidencian en etapas posteriores de la vida. Así, cuando las sociedades han de tomar decisiones sobre cómo invertir en los recursos de salud, generalmente conceden poca importancia a la población joven, a pesar de ser la adolescencia, después de la infancia temprana, la etapa más vulnerable hasta que se llega a la vejez (Burt, 2000). Además, la mayor parte de los programas que prestan ayuda a los jóvenes se centran en condiciones específicas, y por lo común no se instrumentan hasta que tales condiciones se convierten en un problema de salud, por lo que numerosas investigaciones sobre los factores que contribuyen al surgimiento de dichos problemas (hábitos nocivos) revelan que estos tienen antecedentes comunes y que se identifican repetidas veces las mismas condiciones subyacentes sin que se evidencien intervenciones para controlarlas (Espada, Quiles y Méndez, 1982; Krauskopf, 1995).

Pese a ello, también existen factores que los protegen de las situaciones adversas. La idea de los factores protectores proviene de estudios centrados en niños que parecen funcionar adecuadamente no obstante que vivan en condiciones de riesgo considerable (Taylor-Seehafer, 2004). A estos niños se les llama “resistentes”, “invulnerables”, “competentes” o “resistentes al estrés” (Bonnano, 2004; Brennan, Le Brocque y Hammen, 2003; Friberg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen, 2003). Gran parte de los estudios recientes se han enfocado a identificar dichos factores y la manera en cómo funcionan; es decir, si son factores

independientes por derecho propio, o si ejercen su efecto primordialmente en presencia de factores de riesgo que es necesario contrarrestar o reducir.

Hasta la fecha, se han identificado factores protectores individuales, familiares y ambientales, muchos de los cuales funcionan como factores positivos independientes. Entre los factores protectores individuales —relacionados en mayor o menor medida con la personalidad— se incluyen la autoestima (Carver y Scheier, 1994; Little, Axford y Morpeth, 2004; Parker y Asher, 1987) y el locus de control interno (sentirse confiado en que los propios esfuerzos producirán los efectos deseados), entre otros. Los factores protectores familiares incluyen la ausencia de discordia conyugal (Brennan y cols., 2003) y una buena relación con al menos uno de los padres (Olswang, Coggins y Timler, 2001). Un factor protector que aparece en el ambiente social más allá de la familia es la escuela; este concepto ampliado del ámbito escolar subraya la importancia de introducir o reforzar la función de la escuela como promotora de salud en la niñez y en la adolescencia (Henderson y Milstein, 2003). Algunos estudios (por ejemplo, Little y cols., 2004; Werner y Smith, 1992) han demostrado que la necesidad de esfuerzos protectores se incrementa con la mayor exposición de los jóvenes a los factores de riesgo.

Los aspectos involucrados en el alto riesgo de los jóvenes y adolescentes son múltiples; en ellos interactúan los procesos propios del sujeto y los factores predisponentes de su infancia, aunados al proceso determinante del medio ambiente familiar y social (pasado y actual), participando en este último los aspectos relacionados con la escuela, los económicos, políticos, culturales y religiosos, entre otros.

De esta forma, los factores predisponentes y los factores determinantes relacionados con el estilo de vida llevan al desarrollo de conductas de alto riesgo que dañan la salud integral temporal o permanentemente (Krauskopf, 1995). Por ejemplo, muertes violentas (accidentes, suicidios, homicidios); uso, abuso y adicción a las drogas (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, heroína, inhalantes, etc.) (Bray, Adams, Ges y McQueen, 2003; Rhodes y Jason, 1990); inicio temprano de la actividad sexual; embarazo precoz; enfermedades de

transmisión sexual, y cáncer cérvico-uterino (Espada y cols., 1982).

Otro factor de riesgo psicosocial que se relaciona con el estilo de vida es el tipo de afrontamiento al estrés: los adolescentes y adultos experimentan más estrés cuando perciben una situación como peligrosa, difícil o dolorosa y no tienen los recursos para afrontarla o abordarla, lo que puede llevarlos a experimentar ansiedad, agresión, enfermedades físicas o a buscar recursos inadecuados, tales como el uso de drogas o de alcohol (Hollahan y Moss, 1987; Pasupathi, Staudinger y Baltes, 2001).

Los afrontamientos constituyen características estables del sujeto en relación con su medio ambiente, y se refieren a las respuestas cognitivas y comportamentales que las personas usan para manejar y tolerar el estrés. Hay dos grandes categorías de estrategias de afrontamiento: las enfocadas al problema y las centradas en la emoción. Por lo anterior, hay situaciones que una persona evalúa como amenazantes para su bienestar y consideradas como estresantes; así, el afrontamiento es el proceso que mediatiza las relaciones entre el factor estresante y la adaptación somática y psicológica, por lo que la educación adquiere por tanto mayor relevancia como elemento que fomentará afrontamientos adecuados (Carver y Scheier, 1994; Compas, 1987).

Considerando la importancia de los estilos de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad, si se identifican estilos de afrontamiento centrados en emociones que impactan el estado de salud del sujeto en desequilibrio, somatización y enfermedad, estos pueden modificarse y orientarse a los estados de equilibrio, desarrollo y salud a partir de intervenciones dirigidas a informar sobre los diferentes factores de riesgo, las conductas promotoras y preventivas y las formas en que se puede establecer un autocontrol del comportamiento en pro de la salud (Flórez y Hernández, 1998).

Los factores del modelo que determinan la conducta de salud son de dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias

específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de severidad). A su vez, las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza están en función de la creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducirla 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 actuar (Yeung, Chang, Gree-sham, Nierenberg y Fava, 2004).

Una clave interna puede ser el síntoma de alguna enfermedad, y una clave externa 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 en salud. La autoeficacia es útil para entender comportamientos relacionados con el cuidado de la enfermedad crónica, que requiere cambios comportamentales en un largo período (Weinstein, Rothman y Sutton, 1998).

Arrivillaga y Salazar (2003), en un estudio realizado en Colombia con jóvenes universitarios, evaluaron las creencias de salud-enfermedad y encontraron una alta o muy alta presencia de creencias favorables relacionadas con la actividad física y el deporte, como el autocuidado y el cuidado médico, los hábitos alimenticios y la abstinencia de alcohol, tabaco y otras drogas; sin embargo, estas creencias no coincidían con la práctica saludable.

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 Precauciones (PAP). 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, severidad y 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 esos factores en uno mismo o aceptación de la susceptibilidad personal, 4) la decisión de adoptar la precaución y 5) la toma de la precaución (Flórez, 1998).

Precisamente, uno de los escenarios de excelencia para promover aptitudes y actitudes positivas hacia la salud son las llamadas "escuelas promotoras de salud" (Organización Panamericana de la Salud [OPS]/Organización Mundial de la Salud [OMS], 1996); lo que significa un reto es lograr un diseño que permita conseguirlo.

Varios modelos teóricos del campo de la psicología y de la educación han ido logrando una base teórico-metodológica bien estructurada para garantizar la modificación o el reforzamiento de conductas salutogénicas individuales y de pequeños grupos: la educación para la salud (OPS/OMS, 1996).

La salud se percibe, pues, no como el objetivo sino como una fuente de riqueza en la vida cotidiana. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales y las aptitudes físicas; por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo; es el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa y dispensa a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, y de asegurar que la sociedad en que se vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un estado de bienestar.

Los problemas de salud en nuestros tiempos han aumentado y afectado, principalmente, a los adultos jóvenes; ello se debe a los estilos de vida que se practican, los cuales se van sistematizando como un proceso de aprendizaje por asimilación o imitación de modelos y pautas familiares o de grupo. Todo ello orienta las concepciones, criterios y decisiones de los individuos, tiempo, energía física y psíquica y relaciones con otras esferas de su vida (Flórez, 1994).

Las creencias juegan un papel importante en la toma de decisiones para modificar los estilos de vida, y se encuentran determinadas por los grupos etarios. Señalan Rosenstock y Strecher (1997): "Los jóvenes tienden a enfatizar más los síntomas en sus definiciones (particularmente los relacionados con su propia experiencia); los adultos mayores resaltan estados emocionales más abstractos y generales, así como enfermedades específicas,

y tienen en cuenta los componentes temporales de la enfermedad. A su vez, estas creencias de salud-enfermedad están fijadas por los estilos de vida que cada persona haya aprendido en su contexto”.

En los estilos de vida se ha demostrado que las enfermedades de transmisión sexual han acrecido considerablemente, sobre todo entre la gente joven de 15 a 25 años (Espada y cols., 1982), a manera de una especie de epidemia debida al adelanto de la edad de inicio sexual y al aumento del número de parejas sexuales que las personas tienen a lo largo de la vida.

Otros estilos de vida, como el patrón alimentario, se han modificado de forma rápida y han afectado, entre otros, al grupo poblacional de los jóvenes. Dichos cambios se asocian al consumo cada vez mayor de alimentos ricos en grasas y azúcares simples y la reducción del consumo de frutas y verduras (Castells y Gascón, 2002). Tales estilos de vida también se encuentran asociados a la obesidad, que constituye una causa importante de muerte temprana y que entre los individuos jóvenes puede reducir su expectativa de vida en más de una década debido a que es un factor de riesgo de cardiopatía, diabetes y otras enfermedades (Ilczyszyn y Gurí, 2002). Apunta Baena (2002):

La hipertensión arterial y los problemas de circulación a nivel del corazón u otras áreas del organismo se observan con mayor frecuencia en la población joven. Parte de esto es el nivel de la dieta (comida chatarra, alimentos ricos en grasa y sal) y factores ambientales, además de causas hereditarias [...] El incremento en el consumo del tabaco en gente joven también es otra causa, porque hay más jóvenes que empiezan a fumar incluso desde la primaria, lo que provoca problemas cardiovasculares.

Este consumo aumenta dos veces el riesgo de morir más joven, incrementa los niveles altos de colesterol por arriba de 190 mg/dL y aumenta la probabilidad de un ataque al corazón. El sedentarismo y la obesidad son cada vez más frecuentes. Para poder ayudar a su disminución, se tiene que dedicar al menos un tiempo de treinta minutos a algún deporte o actividad física, lo que permite mejorar la circulación, liberar la tensión, disminuir los riesgos y demás, todo ello acompañado de una alimentación saludable, abundante en frutas y verduras y baja en grasas saturadas.

El estrés es un factor patogénico más debido a las situaciones psicosociales de competitividad, aislamiento y depresión a las que someten los jóvenes. Cuando el estrés se maneja de manera inadecuada, puede llevar a la ansiedad, el retraimiento, la agresión, las enfermedades físicas y hasta el consumo de drogas. Para convertir ese estrés desgastante en una herramienta que permita combatir estas anomalías, se tiene que cambiar la percepción de los acontecimientos, aprender a hacer ejercicios de relajación y tomar tiempos de descanso (Bachmann, 2002).

Por todo lo anterior, este estudio descriptivo correlacional pretendió contestar la interrogante de si se relacionan las creencias y los estilos de vida en los estudiantes de un centro universitario.

MÉTODO

Participantes

Se obtuvieron datos de 834 estudiantes que de forma voluntaria participaron en el estudio, de los cuales 58.5% (n = 488) fueron mujeres y 41.5% (n = 346) varones. La edad promedio fue de 21 años, con DE = 2.7. Todos eran alumnos regulares de las carreras de Psicología, Negocios Internacionales, Medicina, Enfermería, Nutrición, Derecho, Turismo, Rescates y Seguridad Laboral y Administración de Redes de Cómputo.

Instrumentos

Cuestionario de Estilos de Vida (CEV), que contiene ochenta reactivos dicotómicos que se integran en diez secciones: actividad física, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, propensión a accidentes, valores de la vida, medio ambiente, sexualidad, estrés y apoyo social e historia familiar. Este instrumento fue creado en la Universidad de Berkeley por Sheldon Margen y adaptado al español por Manuel Garcés en Guatemala (cfr. Flórez, 1994).

Cuestionario de Creencias de Salud-Enfermedad (CCSE) (Meda, sin publicar), que consta de 27 reactivos diseñados en una escala Lickert, con opciones de respuesta con recorrido de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. Los reactivos se integran ocho constructos: actividad

física, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, propensión a accidentes, sexualidad, estrés y apoyo social.

Procedimiento

Se diseñó un software que contiene una batería psicológica para medir estilos de vida, creencias de salud y enfermedad. Se capacitó a quince estudiantes de la licenciatura en Psicología para la aplicación de los instrumentos. Se empleó un centro de cómputo con tres salas simultáneas, donde los estudiantes contestaron de manera individual cada uno de los cuestionarios. No hubo control de tiempo. Posteriormente, se diseñó una base de datos con el programa estadístico SPSS, versión 11.1.

RESULTADOS

Se obtuvieron datos confiables de los estudiantes descritos. Se realizaron sendos análisis de con-

fiabilidad para el CCSE (alfa de Cronbach de .86) y el CEV (.74).

En la Tabla 1 se presentan las medias y las desviaciones estándar de las creencias de salud-enfermedad que caracterizaron a los estudiantes. Se encontró que se tiene la creencia de que es importante hacer ejercicio físico, tener conductas de autocuidado, visitar al médico por lo menos una vez al año, buscar cambios en su cuerpo, evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, y tener una vida sexual sana; sin embargo, tuvieron creencias de ambigüedad hacia la creencia de consumir verduras, frutas, cereales, así como respecto de la propensión a los accidentes. Al comparar las creencias por género, sólo se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .01$) en la creencia acerca de la sexualidad, donde las mujeres calificaron más alto en relación con los hombres.

Tabla 1. Medias y desviaciones estándar de las creencias en salud-enfermedad.

Creencia/Género	Totales		Hombres		Mujeres	
	M	DE	M	DE	M	DE
Creencias salud-enfermedad						
Actividad física.	9.19	1.46	9.17	1.40	9.21	1.49
Autocuidado y cuidado médico.	27.19	3.27	26.84	3.31	27.44	3.22
Hábitos alimenticios.	7.41	1.45	7.39	1.46	7.41	1.44
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	20.02	2.87	19.89	2.96	20.11	2.81
Propensión a accidentes.	23.31	2.71	23.20	2.92	23.38	2.59
Valores de la vida.	16.39	2.32	16.22	2.34	16.51	2.29
Estrés y apoyo social.	8.90	1.40	8.87	1.40	8.91	1.40
Sexualidad.	4.84	0.48	4.81	0.52	4.86**	0.45

** $p < .01$.

En la Tabla 2 se muestra la comparación de los estilos de vida de los estudiantes por género, donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, los estilos de vida pato-

génicos que caracterizaron a los estudiantes fueron, a saber: falta de actividad física, poco autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios inadecuados y dificultades para manejar el estrés.

Tabla 2. Medias y desviaciones estándar de los estilos de vida.

Estilos de vida	Totales		Hombres		Mujeres	
	M	DE	M	DE	M	DE
Actividad física.	3.20	1.62	3.44	1.67	3.03	1.56
Historia familiar.	4.82	1.08	5.05	1.01	4.78	1.08
Autocuidado y cuidado médico.	5.45	1.67	5.09	1.62	5.69	1.66
Hábitos alimenticios.	4.82	2.09	4.81	2.04	4.83	2.13
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	5.74	1.15	4.57	1.29	4.85	1.01
Propensión accidentes	5.50	0.91	5.48	0.94	5.50	0.88
Valores de la vida.	5.83	1.21	5.89	1.18	5.79	1.23
Estrés y apoyo social.	11.41	2.22	11.55	2.19	11.30	2.24
Medio ambiente.	4.64	1.28	4.78	1.28	4.53	1.26
Sexualidad.	3.11	1.25	3.15	1.18	3.08	1.31

En la Tabla 3 se presenta un modelo lineal multivariado para confirmar la relación entre las creencias y los estilos de vida, ya que la prueba

Wilk's Lambda fue significativa estadísticamente ($p = .0001$).

Tabla 3. Modelo lineal multivariado Wilk's Lambda de creencias en salud-enfermedad y estilos de vida.

Modelo	Valor	F	Hipótesis	Error	Significancia
Wilk's Lambda	.0686	37.37	10.000	816.00	.000

En la Tabla 4 se expone el modelo, el cual reflejó que las creencias de salud-enfermedad como variable independiente predijo los estilos de vida de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, pro-

pensión a accidentes, hábitos alimenticios, es-trés y apoyo social, autocuidado y cuidado médico y actividad física.

Tabla 4. Modelo lineal multivariado de creencias salud-enfermedad y estilos de vida.

Variable independiente	Variables dependientes	Suma de cuadrados tipo III	GI	Media de cuadrados	F	Sig.
CREENCIAS	Condición física.	45.36	8	5.67	2.17	0.027
	Autocuidado y cuidado médico.	63.18	8	7.89	2.88	0.004
	Hábitos alimenticios.	155.64	8	19.45	4.57	0.000
	Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	61.75	8	7.71	6.12	0.000
	Propensión a accidentes.	26.63	8	3.32	4.13	0.000
	Valores de la vida.	38.89	8	4.86	3.38	0.001
	Estrés y apoyo social.	134.41	8	16.80	3.48	0.001

DISCUSIÓN

El estudio de los estilos de vida relacionados con la salud y la enfermedad se ha abordado desde varias perspectivas metodológicas, dentro de las cuales predominan las socioculturales. En este sentido, se retoma la postura de Duchan y Black (2001), en la que refieren que los estilos de vida no sólo involucran acciones o comportamientos individuales, sino que en aquéllos son importantes los factores sociales y culturales (tradiciones, valores, creencias, hábitos, conductas y comportamientos) que determinan en cierta medida las conductas de los grupos.

Por otra parte, las creencias juegan un papel importante en la toma de decisiones para modificar los estilos de vida y son ocasionadas por los grupos etarios. Así, como afirman Rosenstock y Strecher (1997), los jóvenes tienden a enfatizar más los síntomas en sus definiciones (particularmente los relacionados con su propia experiencia). A su vez, estas creencias de salud-enfermedad

están fijadas por los estilos de vida que cada persona haya aprendido en su contexto.

En el presente estudio se encontró que ocho de cada diez estudiantes se caracterizaron por tener creencias orientadas a la salud; por ejemplo, creían importante hacer ejercicio físico sistemáticamente ya que se refleja en la salud; además, que es cardinal tener conductas de autocuidado, como visitar al médico una vez cada año, revisar periódicamente su cuerpo en busca de cambios y otras (Krauskopf, 1995), y creían asimismo que se debe evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (Bray y cols., 2003).

Sus creencias se orientaron a buscar una sexualidad sana, pero llaman la atención las creencias ambiguas sobre la salud o la enfermedad, tales como los hábitos alimenticios, aspecto en el que creían que era irrelevante comer frutas y verduras o eliminar el exceso de grasas saturadas, entre otros (Ilczyszyn y Gurí, 2002). Tales resultados indican que las creencias en salud-enfermedad que caracterizaron a los alumnos de este centro

universitario tienen su arraigo en los factores sociales y culturales de la región; por ejemplo, en cuanto a sus hábitos alimenticios, su dieta era rica en grasas saturadas, tenían un consumo reducido de frutas y verduras, hacían poco ejercicio y no habían incorporado a su vida cotidiana la prevención de accidentes, tales como el uso apropiado de medicamentos y sustancias tóxicas o el uso del cinturón de seguridad al conducir. Estos resultados coinciden con los reportados por Flórez y Hernández (1998).

Además, las creencias de los estudiantes reflejaron una tendencia a la prevención y atención a la salud, y resultó interesante que las mujeres tuvieron más creencias protectoras en la esfera sexual que los hombres.

En lo que respecta a los estilos de vida, retomando el concepto de que son "aquellos patrones de conducta individual, que tienen determinada consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes, y que pueden constituirse en factores de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza" (Roth, 1990), se encontraron estilos de vida patogénicos en cuanto a la condición física; es decir, aun cuando creen que es importante tener actividad física sistemática, los estudiantes no hacen ejercicio físico durante al menos treinta minutos tres o más veces a la semana, no saben si su peso es adecuado a su altura y sexo y se sienten insatisfechos con su condición física. Estos resultados son congruentes con los reportados por Castells y Gascón (2002).

Tampoco mostraron de modo significativo conductas de autocuidado y cuidado médico, como son la práctica adecuada de la higiene bucal, la revisión dental por lo menos una vez al año, el uso regular de bloqueadores solares o el examinar su cuerpo en busca de cambios al menos una vez al mes. Estas conductas, como ya se ha dicho antes, pueden estar asociadas a factores culturales en la población joven, pues consideran que no es tan importante cuidarse ya que sólo las personas adultas enferman con mayor frecuencia, lo

cual coincide con lo reportado por Arrivillaga y Salazar (2003).

Al comparar por género los estilos de vida, se encontró que los hombres tienen más conductas protectoras en cuanto a la condición física de riesgo y menos riesgos hereditarios, pero mayor riesgo en el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. Por su parte, las mujeres se caracterizaron por consumir alcohol, tabaco y otras sustancias en menor medida, pero una menor actividad física. Estos resultados concuerdan con los hallados por Conner y Norman (1995) y Flórez y Hernández (1998).

El análisis multivariado lineal refirió datos interesantes. En efecto, al considerar las creencias como una variable independiente y a los estilos de vida como variables dependientes, se encontró que al agrupar todas las creencias en un solo constructo se podía predecir su relación con los estilos de vida, tales como hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, valores de vida, estrés y apoyo social, autocuidado y cuidado médico y condición física. En este sentido, los sujetos podían creer que es importante tener conductas protectoras, pero no siempre mantenían estilos de vida saludables. Por lo anterior, se reconoce que los factores sociales y culturales determinan en gran medida las conductas de esta población de estudiantes, por lo que hay la necesidad de establecer alternativas de intervención orientadas a la prevención y promoción de estilos de vida saludables en la propia institución, por lo que actualmente se están diseñando talleres-tipo apoyados en la metodología PAP propuesta por Weinstein y cols. (1998).

Este estudio proporciona una caracterización de las creencias y los estilos de vida de una población joven de estudiantes universitarios, lo que permitirá la estructuración de programas de acción dirigida a modificar los estilos de vida patogénicos y favorecer los estilos de vida saludables, así como la instrumentación en el corto plazo de opciones didácticas que fomenten la promoción de la salud en el escenario educativo.

REFERENCIAS

- Antonovsky A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science Medicine*, 6: 725-33.
- Arrivillaga Q., M. y Salazar T., I.C. (2003). *Los factores cognitivos y la salud de los jóvenes colombianos*. Memorias del II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena, Colombia, 23-27 de septiembre.

- Baena J., H. (2002, 5 de noviembre). Acecha infarto a adultos jóvenes. Periódico *Reforma* (México, D.F.). Disponible en línea: <http://www.reforma.com/salud/articulo/242533/#nota>.
- Bray, J.J.H., Adams, G.J., Ges, J.G. y McQueen, A. (2003). Individuation, peers, and adolescent alcohol use: A latent growth analysis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(3): 553-564.
- Bachmann, R. (2002). *Estrés*. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (Montevideo). Disponible en línea: http://www.cardiosalud.org/factores_riesgo/estr%C3%A9s.htm.
- Brennan, P., A., Le Brocque, R. y Hammen, C. (2003). Maternal depression, parent-child relationships, and resilient outcomes in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12): 1469-1477.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1): 20-28.
- Buró, M. (2000). *¿Por qué debemos invertir en el adolescente?* (2ª ed.). Washington, D.C.: OPS/OMS.
- Carver, Ch. y Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality & Social Psychology*, 66(1): 184-195.
- Carver, Ch., Lehman, J.M. y Antoni, M.H. (2003). Dispositional pessimism predicts illness-related disruption of social and recreational activities among breast cancer patients. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84(4): 813-821.
- Castells, M.C y Gascón, P.V. (2002). Autoimagen corporal, comportamiento alimentario y estilo de vida en los adolescentes. *Endocrinología y Nutrición*, 5: 207-208. Disponible en línea: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevisita.fulltext?pid=13038370>
- Compas, B.E. (1987). Coping with stress childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3): 393-403.
- Conner, M. y Norman, P. (1995). The role of social cognition in health behaviors. En M. Conner y P. Norman (Eds.): *Predicting health behavior* (pp. 1-16). Buckingham, UK: Open University Press.
- Duchan, J. y Black, M. (2001). Progressing toward life goals: a person-centered approach to evaluating therapy. *Topics in Language Disorders*, 22(1): 37-49.
- Espada S., J.P., Quiles S., M. J. y Méndez C., F.J. (1982). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*. Disponible en línea: <http://www-cop.es/publicaciones/papeles/vizualizar.asp?id=1076>.
- Flórez, L. (1994). Cuestionario de estilo de vida promotor de la salud. *Boletín de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud*, 3: 16-22.
- Flórez, L. (1998). Implementación del proceso de adopción de precauciones para prevenir la farmacodependencia en niños de edad escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 1: 7-20.
- Flórez, L. y Hernández, L. (1998). Evaluación del estilo de vida. *Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud*. Disponible en línea: http://www.alapsa.org/boletin/art_eval01_1.htm.
- Fribor, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H. y Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2): 65-76.
- Friedman, H.S. y Booth-Kewley, S. (1987). Personality, type A behavior, and coronary heart disease: The role of emotional expression. *Journal of Personality & Social Psychology*, 53(4):783-792.
- Friedman, M. y Roseman, R. (1974). *Type A behavior and pour heart*. New York: Knopf.
- Henderson, N. y Milstein, M. (2003). *Resiliencia en la escuela*. Buenos Aires: Paidós.
- Holahan, Ch. J. y Moos, R.H. (1987). Risk resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(1): 3-13.
- Ilczyszyn, G.R. y Gurí, J.C. (2002). La obesidad en adultos jóvenes reduce su expectativa de vida en más de una década. *Healthig*. Disponible en línea: <http://www.healthig.com/obesidad/obesidad26.html>
- Krauskopf, D. (1995). *Las conductas de riesgo en la fase juvenil*. Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente, Cartagena de Indias, Colombia, Mayo. Disponible en <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro37/vi/index.htm>.
- Kreitler, H. y Kreitler, S. (1976). *Cognitive orientation and behavior*. New York: Springer.
- Little, M., Axford, N. y Morpeth, L. (2004). Research review: Risk and protection in the context of services for children in need. *Child & Family Social Work*, 9(1): 105-117.
- Meda L., R.M. (sin publicar). *Cuestionario de Creencias de Salud-Enfermedad*. Mecanograma.
- Olswang, L.B., Coggins, T.E. y Timler, G.R. (2001). Outcome measure for school-age children with social communication problems. *Topics in Language Disorders*, 22(1): 50-73.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1996). *Escuelas promotoras de salud: modelo y guía para la acción*. Washington, D.C.
- Parker, J.G. y Asher, S.R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low- accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102(3): 357-389.

- Pasupathi, M., Staudinger, U. y Baltes, P.B. (2001). Seeds of wisdom: Adolescents' knowledge and judgment about difficult life problems. *Developmental Psychology*, 37(3): 351-361.
- Rhodes, J.E. y Jason, L.A. (1990). A social stress model of substance abuse. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 58(4): 395-401.
- Rosenstock, I. y Strecher, V. (1997). The health belief model. En I. Rosenstock (Ed.): *Health behavior and health education* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22(1): 27-50.
- Taylor-Seehafer, M.A. (2004). Positive youth development: Reducing the health risks of homeless youth. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 29(1): 36-40.
- Weinstein, N.D., Rothman, A.J. y Sutton, S.R. (1998). Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17(3): 290-299.
- Werner, E. y Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.
- Yeung, A., Chang, D., Gresham Jr., R.L., Nierenberg, A.A. y Fava, M. (2004). Illness beliefs of depressed Chinese American patients in primary care. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(4): 324-327.