

E

stilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga

Arguello, M*.; Bautista, Y*.; Carvajal, J*.; De Castro, K*.; Díaz, D*.;
Escobar, M*.; Gómez, L*.; Morales, M*.; Pinto, C*.; Rincón, L*.;
Rueda, P*.; Serrano, J*.; Suárez, P*.; Toloza, Z*.;
Agudelo, D**.

Resumen

En el presente estudio se evaluaron los estilos de vida de 378 estudiantes del área de la salud residentes en la ciudad de Bucaramanga. Se estudiaron cuatro dimensiones analíticas: ejercicio y actividad física; consumo de alcohol; consumo de cigarrillo y sustancias psicoactivas; y la sexualidad. La investigación concluyó que, acorde con estudios previos, la posesión de conocimiento no es suficiente para la adopción de conductas saludables, así como tampoco lo son el disponer de creencias adecuadas sobre la salud o de motivaciones consistentes frente a la práctica saludable. Se requiere un estudio explicativo de mayor envergadura que aborde las razones de las incongruencias entre las creencias y las motivaciones frente a las prácticas saludables.

Palabras Claves: Estilos de vida, Conocimiento, Prácticas saludables.

Abstract

In this study, the lifestyles of 378 health care students from Bucaramanga city were examined. Four analytical dimensions were considered: exercise and physical activity; alcohol consumption; smoking and psychoactive substances use; and sexuality. The research concludes that consistent with previous studies the possession of knowledge, adequate health beliefs, and motivations towards healthy practices are insufficient for the adoption of healthy behaviors. A larger exploratory study that addresses the reasons for the inconsistencies between beliefs and motivations versus healthy practices is required.

Key Words: Life Styles, Knowledge, Healthy Practices.

* Estudiante semillero de Investigación Psicología de la Salud, Facultad de Psicología Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga (Colombia).

** Docente e investigadora, Facultad de Psicología Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga.
Dirección electrónica: diana.agudelo@upbbga.edu.co

Introducción

La preocupación por el tema de los estilos de vida y su relación con la salud es un asunto de gran interés en la actualidad, toda vez que datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), citados por Palomo, Torres, Alarcón, Maragaño, Leiva & Mujica (2006), indican que las enfermedades cardiovasculares son responsables de cerca del 30% de las muertes en todo el mundo y de un estimado de costo anual de cerca de 24.4 billones de dólares en cuidados de la salud, debido a estas causa en EE UU (Lewis & Schneiderman, 2006). En consecuencia, se ratifica la importancia de trabajar con los factores de riesgo principales y modificables, entre los cuales se encuentran el sedentarismo, el tabaquismo y las dietas poco sanas (OMS, 2002).

Diferentes estudios han identificado la influencia de los estilos de vida como factores protectores o como factores de riesgo frente a la salud y a la enfermedad (Cieslak, Levanoski, Meira, Krzensinski, de Barros & Leiva, 2007; Elizondo, Guillén & Aguina-ga, 2005; Jiménez, 2004; Jiménez, Cervellò, García, Santos & Iglesias, 2007; Rubak, Sandbaek, Lauritzen y Christensen, 2005). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud en su estrategia de salud para todos en el año 2010, hace especial énfasis en la reducción de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad como estrategia para disminuir el riesgo cardiovascular (Varo, Martínez & Martínez, 2003), sobre todo cuando estudios como el de Martins, Castro, de Santana & Oliveira (2008), identifican que la actividad física se constituye en una intervención de bajo costo y alta efectividad en la prevención de enfermedades coronarias.

No obstante, autores como Varo, Martínez & Martínez (2003), muestran que la actividad física, resulta ser una práctica poco arraigada y que los programas diseñados para su promoción no han mostrado resultados muy satisfactorios (Egger, Vogels & Westerpert, 2001), de manera específica en mujeres (Crespo, Smith, Carter & Andersen, 2001; Osler, Clausen, Visen & Jensen, 2001) y en personas de mayor edad, nivel socioeconómico bajo y con el hábito de fumar (Egger, Vogels & Westerpert, 2001), de ahí que autores como Scoppetta (2006) insistan en la pertinencia de la evaluación de impacto de los programas, de manera que su efectividad pueda ser demostrada y tomadas las respectivas medidas cuando no se logre el efecto esperado.

Por otro lado, el tema suscita interés de manera especial, cuando se comprende que los estilos de vida son patrones conductuales, relativamente estables que se asocian con las pautas de crianza y, por lo tanto, son tempranos en aparecer (Pastor, Balaguer & García, 1999) y se ejecutan de forma estructurada (Sanabria, González & Urrego (2007); además de que se establecen a partir de preferencias que se arraigan con inclinaciones básicas del ser humano e interactúan con factores de tipo biológico, genético, psicológico, sociocultural y educativo (De la Torre & Tejada, 2007; Nutbeam, Aaro y Catford, 1989), y se constituyen en el mejor predictor de la conducta futura

(Carpi, Zurriaga, González, Marzo & Bunk, 2007), de tal manera que la conducta actual está predicha por el hábito y por la influencia que éste ejerce sobre la actitud, la norma, la percepción de control y la intención (Aarts & Dijksterhuis, 2000). Asimismo, indican que al conformar hábitos establecen una relación directa con la manera de vivir y con la salud (Rodríguez-Marín, 1995).

Ahora bien, la preocupación por los estilos de vida saludable toma un matiz diferente cuando se retoma desde la influencia que éstos tienen cuando se habla de profesionales de la salud, no sólo por el impacto sobre la propia salud, de acuerdo con Sanabria, González & Urrego (2007), sino por el papel que este tipo de profesionales cumple dentro de la sociedad, de manera especial cuando se reconoce la necesidad de prácticas médicas más centradas en la promoción y menos dirigidas al tratamiento y atenuación del impacto de los factores de riesgo o, como diría Frank (2004), una medicina más preventiva que curativa, toda vez que los estudios reportan que los comportamientos saludables de los médicos parecen afectar las actitudes y las motivaciones de los pacientes para implementar cambios en sus estilos de vida (Frank, 2004).

En este sentido, el presente estudio pretende hacer un aporte en cuanto a la descripción de los estilos de vida en estudiantes del área de la Salud de la Ciudad de Bucaramanga, lo cual puede servir como insumo no sólo a los mismos programas y planes de estudio en relación con la promoción y la prevención, sino que pueda alentar y orientar a las instituciones educativas en la implementación y evaluación de impacto de programas dirigidos a favorecer la adopción de prácticas saludables entre su comunidad de referencia, toda vez que, como indican Muñoz & Cabieses (2008), las universidades tienen un compromiso con el fomento de la salud, ya que la adopción de conductas saludables no depende sólo del compromiso personal sino de la destinación de recursos, el establecimiento de políticas saludables y la toma de decisiones estratégicas que permitan hacer efectivo que la Educación para la Salud no sólo se ocupa de la transmisión de conocimientos, sino que tiene en cuenta el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

1. Método

1.1 Tipo de estudio: Descriptivo- correlacional

Participantes: La muestra estuvo conformada por un total de 378 estudiantes, 275 mujeres (71.4%) y 103 hombres (26.8%) con una edad comprendida entre los 16 y los 38 años y una media de 21 años. Por estrato socioeconómico la muestra se distribuyó así: estrato 1 (3.4%), 2 (15.1%), 3 (32.2%), 4(35.1%), 5(8.3%) y 6 (3.4%). Por programas educativos se contó con una participación de 14 programas académicos correspon-

dientes al área de salud de la ciudad de Bucaramanga, distribuidos así: 61 (15.8%) auxiliares de enfermería; 59 (15.3%) de medicina; 49 (13%) de Psicología, 36 (9.5%) Odontología, 48 (12.5) Enfermería, 4 (1%) Optometría, 10 (2.6%) Bacteriología, 7 (1.8%) Fonoaudiología, 21 (5.5%) Fisioterapia, 13 (3.4%) Nutrición y Dietética, 29 (7.5%) Salud Ocupacional, 17 (4.4%) Higienista Oral, 12 (3.1%) Laboratorio Dental, 1 (0.3%).

1.2 Instrumento

Para el presente estudio se utilizó el Cuestionario de Estilos de Vida en Jóvenes Universitarios (CEVJU), de Varela, Salazar, Lema & Cardona (sf), el cual consta de 103 ítems que evalúan diez dimensiones del estilo de vida: ejercicio y actividad física, tiempo de ocio, alimentación, sueño, sexualidad, auto cuidado y cuidado médico, consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias ilegales, relaciones interpersonales, afrontamiento y estado emocional percibido. Por otro lado, el cuestionario incluye la evaluación de creencias, motivaciones, recursos y nivel de satisfacción con respecto a cada una de las dimensiones descritas, pero para efecto de la calificación se obtienen sólo resultados de las dimensiones, los otros aspectos permiten cualificar los resultados de cada dimensión.

Los ítems se responden mediante escala Likert donde se evalúa la frecuencia de ocurrencia de las prácticas saludables, de tal manera que a mayor puntuación mayor presencia del estilo de vida saludable.

1.3 Procedimiento

El proyecto se desarrolló dentro de los procesos de investigación formativa adelantados por la Facultad de Psicología de la Universidad

Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga, con el semillero de Psicología de la Salud. Así, previo contacto y autorización de las autoras del CEVJU, se procedió a la identificación de las instituciones técnicas, tecnológicas y universitarias de Bucaramanga que ofrecen programas de salud, tanto privadas como públicas, y se procedió a la obtención de los datos mediante contacto directo con los estudiantes y, en algunos casos, previa autorización de las directivas de los centros. Los estudiantes fueron abordados de manera personal mediante un muestreo por conveniencia, intentando mantener las cuotas de representatividad en función del número de carreras de salud por centro y de estudiantes por carrera, sin embargo, dada la dificultad para calcular con precisión estos datos se optó por un registro de datos por conveniencia. Los estudiantes recibieron información sobre el estudio y después de obtener su consentimiento informado se procedió a la aplicación personalizada de la prueba mediante el seguimiento de instrucciones estandarizadas para los evaluadores, con el fin de reducir el riesgo de sesgo debido a la aplicación por múltiples personas.

Posteriormente los datos fueron procesados y analizados a través de SPSS 14.0 a través de estadísticos descriptivos, comparación de medias mediante T de Student y Anova de un factor.

2. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos. En primer lugar se muestran los porcentajes comparativos entre estilos de vida saludables y no saludables en función de las dimensiones evaluadas y recurriendo a los datos indicados por las autoras para considerar prácticas saludables o no saludables. Posteriormente se presentan las comparaciones de medias entre

las variables evaluadas. Finalmente, se muestra una tabla descriptiva de las creencias y motivaciones de los participantes, clasificados como con un alto o un bajo estilo de vida en las respectivas dimensiones.

Tabla 1. Descripción de Puntuaciones Altas y Puntuaciones Bajas para las dimensiones del CEVJU

Dimensión	% Puntuaciones Altas	% Puntuaciones Bajas
Ejercicio y Actividad Física	10.6	21.6*
Tiempo de Ocio	15.3	13.5
Auto cuidado y cuidado médico	16.4*	11.7
Alimentación	14.0	11.2
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	12.5	16.6*
Sueño	15.3	14.3
Sexualidad	10.1	12.2*
Relaciones Interpersonales	13.5*	9.4
Afrontamiento	16.6	15.8
Estado Emocional Percibido	17.1*	12.5

Nota: N= 378. Las puntuaciones altas son indicadores de estilos de vida saludables con respecto a las dimensiones y las puntuaciones bajas ausencia de las mismas. * $p \leq 0.05$

En la Tabla 1 están representadas las puntuaciones altas (prácticas saludables) y las puntuaciones bajas (prácticas no saludables) presentes en los jóvenes universitarios. En términos generales, se puede establecer que a partir de los porcentajes mostrados, un porcentaje importante de estudiantes se encuentra dentro la media y que sólo porcentajes menores muestran, o bien prácticas saludables o no saludables, de acuerdo con los baremos establecidos por las autoras del Cuestionario. No obstante es de indicar lo observado en las dimensiones de Ejercicio y Actividad Física, Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales y Sexualidad, que presentan un porcentaje importante de jóvenes que puntuaron bajo, (21.6%; 16.6% y 12.2%, respectivamente), en comparación con quienes puntuaron alto, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) lo que indica comportamientos poco saludables.

Por otro lado, en las dimensiones auto cuidado y cuidado médico, relaciones interpersonales y estado emocional percibido, los porcentajes de altas puntuaciones fueron superiores de manera importante con respecto a los que puntuaron bajo (16.4%, 13.5% y 17.1%, respectivamente) con diferencias estadísticamente significativas al nivel de 0,05 (Ver Tabla 1).

Por otra parte en la tabla 2 se muestran las comparaciones de medias entre las dimensiones en función de las variables sociodemográficas evaluadas. Sólo se indican los casos donde fueron encontradas diferencias estadísticamente significativas. Es de indicar que

en varias de las dimensiones se encontraron diferencias con respecto a la universidad, pero esta información detallada se omite y será entregada directamente a los servicios de Bienestar de la Universidad.

En la dimensión Ejercicio y Actividad Física se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la Universidad, ($F=2,92$ $gl=11$, $p \leq 0.01$), de acuerdo con el programa académico ($F=1.84$; $gl=14$, $p \leq 0.05$), siendo los estudiantes de Auxiliar de Enfermería los que manifiestan los hábitos más saludables; y según la jornada académica, ($T=-2,21$; $Gl=364$, $p \leq 0.05$), los estudiantes de jornada nocturna los que manifiestan estilos de vida más saludables en esta dimensión.

En la dimensión Tiempo de Ocio se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en función de la Universidad ($F=2,04$; $gl=11$; $p \leq 0.05$) y el programa académico ($F=1,80$; $gl=14$; $p \leq 0.05$), siendo los estudiantes de Higiene oral los que presentaron hábitos más saludables.

En relación con la dimensión de Alimentación, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable Universidad ($F=2,61$; $gl=11$; $p \leq 0.01$) la variable Programa Académico ($F= 1,93$; $gl=12$; $p \leq 0.05$), en donde los estudiantes de Nutrición y Dietética evidencian estilos de vida más saludables.

En la dimensión Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, las diferencias fueron estadísticamente significativas en cuanto al estrato ($F=3.42$; $gl=5$; $p \leq 0.01$), siendo menor el consumo en estudiantes de mayor estrato socioeconómico. También fue significativa la diferencia en función de la Universidad ($F= 4.18$; $gl=11$; $p \leq 0.01$); por programa académico ($F=2.38$ $gl=14$; $p \leq 0.01$), donde los estudiantes de higiene oral fueron los que obtuvieron mayores puntuaciones

en cuanto a estilos de vida saludables y por semestre ($F=2,016$, $gl:9$; $p \leq 0.01$) y los estudiantes de tercer y cuarto semestre presentaron menor consumo que los de otros semestres.

Con respecto a la dimensión de sueño se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con la Universidad ($F2.07$; $gl=11$; $p \leq 0.05$); y la variable de tener o no pareja ($T=-1,97$; $gl=332$; $p \leq 0.05$), donde las personas que manifiestan tener pareja muestran hábitos de sueño más saludables.

En la dimensión de Sexualidad se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación a la variable Universidad, ($F=2.25$; $gl=11$; $p \leq 0.01$).

Finalmente, en la dimensión Relaciones Interpersonales se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo ($t=1,172$; $gl=217$; $p \leq 0.05$) donde las mujeres presentan hábitos más saludables.

Por otro lado y con el objetivo de cualificar la información obtenida a través de la puntuación en las dimensiones, en la tabla 3 se presenta información relacionada con las creencias y las motivaciones más sobresalientes en la muestra con respecto a la práctica saludable o no en las distintas dimensiones.

De acuerdo con la información presentada en la tabla puede indicarse que las creencias que fueron más prevalentes en la muestra con respecto a cada dimensión, son adecuadas con la práctica saludable y están presentes de manera similar, tanto en los estudiantes que reflejan un alto estilo de vida saludable, como en quienes muestran un bajo estilo de vida saludable. No obstante, es llamativo lo observado en la dimensión de Consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias

“... es llamativo lo observado en la dimensión de Consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias ilegales, donde los estudiantes que refirieron prácticas poco saludables tienen la creencia que el consumo es cuestión de voluntad”

ilegales, donde los estudiantes que refirieron prácticas poco saludables tienen la creencia que el consumo es cuestión de voluntad. Por su parte, al analizar las principales motivaciones para llevar a cabo las prácticas saludables resaltan altos porcentajes de motivaciones acordes con el desarrollo de prácticas saludables, sin embargo, con diferencias entre los que llevan a cabo dichas prácticas y los que no. Así, llama la atención que respecto a la práctica de ejercicio y actividad física se encuentra que un alto porcentaje (30%) de los estudiantes que manifiestan no tener prácticas saludables, se sienten motivados a hacer

Tabla 2. Comparación de medias para las dimensiones del CEVJU de acuerdo con las variables socio-demográficas.

Variable Dimensión	Sexo	Estrato	Universidad	Programa Académico	Semestre	Jornada Académica	Estado Civil	Pareja Actual
Ejercicio y Actividad Física			F= 2.92 (gl=11 p<=0.01)	F= 1.84 (gl= 14 p <=0.05)		T= -2.21 (gl= 364 p <= 0.05)		
Tiempo de Ocio			F= 2.04 (gl= 11 p <=0.05)	F= 1.80 (gl= 14 p<= 0.05)				
Auto cuidado y cuidado médico								
Alimentación			F=2.61 gl=11 p<=0.01)	F= 1.93 (gl= 12 p <= 0.05)				
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales		F= 3.42 (gl: 5 p <= 0.01)	F=4.18 (gl=11 p<=0.01)	F= 2.38 (gl= 14 p<= 0.01)	F= 2.016 (gl: 9 p <=0.05)			
Sueño			F= 2.07 (gl= 11 p <=0.05)					T= -1.97 (gl = 332.68 p <= 0.05)
Sexualidad			F= 2.25 (gl= 11 p <=0.01)					
Relaciones Interpersonales	T= 1.172 (gl: 217.59 p <=0.05)							

Tabla 3: Descripción de las creencias y las motivaciones relacionadas con las dimensiones de los estilos de vida

Aspectos Dimensión	Práctica	Creencias	Motivación
Ejercicio y actividad física	Altos (10.6%)	Creo que no tener tiempo o dinero impide hacer ejercicio. En desacuerdo 92.7%	Beneficiar la salud. (53.7%)Mejorar su figura (26.8%)
	Bajos (21.6%)	Creo que no tener tiempo o dinero impide hacer ejercicio. En desacuerdo 73.5%	Beneficiar su salud. (31.3) Mejorar la figura. (30,1)
Tiempo de ocio	Altos (15.3%)	Creo que las actividades de ocio son para los desocupados. En desacuerdo 88.1%	Cambiar la rutina académica y laboral (27.1). Sentirse mejor (27.1)
	Bajos (13.5%)	Creo que las actividades de ocio son para los desocupados. En desacuerdo. 76.9%	Cambiar la rutina académica y laboral. (38.5) Recuperar energía (17.1) Olvidar los problemas y preocupaciones
Auto cuidado y cuidado médico	Altos (16.4%)	Cuando llegue a viejo empiezo a cuidarme. En desacuerdo 93.7% Para que cuidarme si la enfermedad es inevitable. En desacuerdo 92.1%	Mantener la salud. (57.1) Sentirse bien (23.8)
Alimentación	Altos (14%)	Creo que las personas que comen mucho están mejor alimentadas. En desacuerdo (98.1)	Mantener la salud. (59.3)
	Bajos (11.2%)	Creo que las persona que comen mucho están mejor alimentadas. En desacuerdo (81.4)	Mejorar su figura y mantener su salud. (30,2) Mantener la salud (30.2)
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	Altos (12.5%)	Creo que se disfruta más de una rumba si se toman bebidas alcohólicas, se fuma o se consume drogas ilegales. En desacuerdo (97.9)	Ninguna de las anteriores porque no consumo drogas ilegales. (95.8)
	Bajos (16.6%)	Creo que las drogas, el cigarrillo o las bebidas alcohólicas es cuestión de voluntad. De acuerdo. (79.7)	Disminuir la tensión, la ansiedad o el estrés. (21.9) Sentirse mejor (18.8)
Sueño	Altos (15.3%)	Creo que dormir es para los que no tienen nada que hacer. En desacuerdo (93.2)	Descansar. (78)
	Bajos (14.3%)	Creo que dormir es para los que no tienen nada que hacer. En desacuerdo (81.8)	Descansar. (69.1)
Sexualidad	Altos (10.1%)	Creo que los hombres son los que deben comprar y cargar los condones. En desacuerdo (84.6)	Estar enamorado demostrar amor. (61.5)
	Bajos (12.2%)	Creo que si tengo sexo solo con mi pareja es poco probable que me infecte con VIH Sida u otras enfermedades de transmisión sexual. En desacuerdo (70.2)	Estar enamorado o demostrar amor. (48.9)Sentir placer (21.3)
Relaciones Interpersonales	Altos (13.5%)	Creo que las personas siempre lo buscan a uno por su propio interés. En desacuerdo 86.5% Creo que es más fácil relacionarse con otras personas por medio del internet. En desacuerdo 84.6%	Divertirse. (30.8) Dar o recibir afecto o apoyo (28.8)
	Bajos (9.4%)	Pienso que no puedo vivir sin los demás. En desacuerdo 75%	Divertirse. (38.9)
Afrontamiento	Altos (16.6%)	Afrontar las situaciones difíciles para evitar las consecuencias. En desacuerdo 87.5%	No sentir que los problemas dominan su vida. (39.1) Evitar que los problemas inferan en su rutina (28.1)
	Bajos (15.8%)	Creo que siempre debo solucionar las situaciones posibles. De acuerdo. 85.2%	No sentir que los problemas dominan su vida. (36.1)

ejercicio para mejorar la figura, mientras que quienes sí tienen prácticas saludables, aunque manifiestan también esta motivación en segundo lugar, el porcentaje es menor y superado ampliamente por el beneficio de la salud.

3. Discusión

Los datos obtenidos en el presente estudio permiten identificar que en términos generales, las prácticas saludables de los estudiantes del área de la salud de Bucaramanga, que fueron evaluados, se encuentran en puntuaciones promedio; sin embargo los porcentajes de estudiantes con bajos estilos de vida saludables, aunque no son altos, sí son importantes, sobre todo cuando se considera que las dimensiones afectadas han sido señaladas como factores relevantes en las conductas de salud. Así, los datos sobre ejercicio y actividad física, encontrados en el presente estudio, son similares a los reportados por Elizondo, Guillén & Aguinaga (2005) con población general de Pamplona (España), Martins, et al (2008) con estudiantes en Brasil y Oviedo et al., con estudiantes de Medicina en Venezuela. Todos estos estudios coinciden en que la práctica regular de ejercicio suele ser una de las debilidades encontradas en los estilos de vida de estas poblaciones, a pesar del conocimiento sobre su relevancia frente a la prevención de las enfermedades cardiovasculares (Beunza, Martínez, Serrano, & Alonso 2006; Lewis & Schneiderman 2006), y de la asociación establecida con la disminución de ansiedad y depresión (Olmedilla & Ortega, 2008) y la mayor asociación con percepción de calidad de vida (Cieslak, et al, 2007; Jiménez, Martínez, Miró & Sánchez, 2008) y beneficios en general sobre la salud física y mental (Pettit, Grover & Lewinshon, 2007).

Los datos sobre la baja frecuencia frente a la práctica de actividad física son consistentes con los reportados por Cieslak, et al. (2007), con profesionales de Educación Física, donde la práctica de ejercicio se asoció positivamente con percepción de alta calidad de vida en los hombres; mientras que en el estudio de Osler et al. (2001), los datos muestran que las mujeres tienen peores prácticas de actividad física.

Asimismo, los datos del presente estudio confirman los hallazgos de Sanabria, González & Urrego (2007), con profesionales de medicina y enfermería, donde igualmente, la actividad física y el deporte fue la dimensión más afectada.

En cuanto a las motivaciones y las creencias para llevar a cabo prácticas saludables de ejercicio y actividad física, es llamativo que mejorar la figura ocupe un lugar importante, sin embargo pueden jugar un papel relevante cuando estudios como los de Jiménez, Cervello y García (2007) y Moreno, González y Cervello (2008), indican que la orientación a la tarea y la motivación autodeterminada suelen relacionarse de manera importante con mayor práctica de actividad física, así, mejorar

la figura podría llegar a ser un elemento motivador suficiente para incrementar la práctica del ejercicio, aunque se reconozca que la principal motivación debería estar relacionada con la salud y no con el aspecto físico, si se trata de concebir un estilo de vida saludable.

Por su parte, respecto al consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias ilegales, los datos son consistentes con lo reportado en estudios previos, entre ellos el reporte del Ministerio de Protección Social (2009), acerca del estado de salud mental de los colombianos, donde el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar de prevalencia, después de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Asimismo, Cáceres, Salazar, Varela & Tovar (2006) identifican en su estudio con jóvenes universitarios,

“En cuanto a las motivaciones y las creencias para llevar a cabo prácticas saludables de ejercicio y actividad física, es llamativo que mejorar la figura ocupe un lugar importante...”

que hay un incremento en el consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias ilegales conforme avanza la formación académica y con edades de inicio más tempranas, aunque en el presente estudio se identifica que el consumo es mayor al inicio y al fin de la carrera y parece mostrar un comportamiento más estable hacia los semestres intermedios. En el mismo estudio, de manera similar a la presente investigación, la sustancia de mayor consumo es el alcohol, seguida por el cigarrillo y la marihuana, datos que coinciden con estudiantes de secundaria de

Bucaramanga, el estudio de Rueda, Camacho, Rangel & Duarte (2008), con población estudiantil mexicana los estudios de Díaz, Díaz, Hernández, Narro, Fernández & Solís (2008); Fleiz, Borges, Rojas, Benjet & Medina, (2007) y Villatoro, et al. (2009); con adolescentes españoles, los trabajos de De la Villa, Ovejero, Sirvent, Rodríguez & Martín (2009) e Inglés, et al (2006) y con jóvenes en Brasil (Teodoro, Cerquera, Araujo & Koller, 2008).

Por otra parte, la preocupación por los altos índices de consumo obedece a la asociación encontrada con depresión y otros trastornos mentales (García, Rodríguez & Córdoba, 2008; Moreno & Medina (2008).

Es de mencionar que las creencias encontradas en los estudiantes con bajo estilo de vida saludable, así como la principal motivación frente al consumo, permiten confirmar lo indicado por modelos como el de Creencias en Salud, acerca de cómo la susceptibilidad de riesgo es un factor de gran peso frente a la adopción de ciertos comportamientos, así, la creencia de que el consumo es cuestión de voluntad supone baja percepción del riesgo, lo cual no favorece la adopción de una conducta saludable; este punto cobra importancia, por cuanto la percepción de locus de con-

trol se ha asociado con auto regulación conductual (Visdómine & Luciano, 2006). En la misma línea y según lo encontrado por Cáceres et al. (2006), en relación con el consumo de sustancias legales e ilegales, la baja percepción de consecuencias negativas incrementa el riesgo frente al consumo. Asimismo, el estudio de De la Villa et al (2009), confirma que la alta permisividad ante el consumo, las creencias y las falsas expectativas, así

como la baja sensibilidad frente a quienes ya han vivido la problemática favorece las condiciones frente al consumo. Esto es notorio cuando se habla de prácticas como el consumo de alcohol y cigarrillo que son socialmente aceptadas e incluso valoradas de manera especial entre los adolescentes como medio para obtener reconocimiento social. Frente a este punto es de mencionar cómo la dimensión de relaciones interpersonales en el presente estudio, presentó altas puntuaciones en cuanto a la práctica saludable, pero de manera relevante en mujeres, incluso con una diferencia estadísticamente significativa frente a los hombres, este dato permitiría comprender a su vez, cómo el consumo de sustancias que es mayor en los hombres, se asociaría, posiblemente con una estrategia de afrontamiento frente al déficit en las habilidades sociales, asumido a partir de la motivación indicada en los resultados respecto a disminuir la tensión y la ansiedad.

Por otro lado, respecto a los hábitos alimenticios, si bien es cierto que las puntuaciones no fueron estadísticamente significativas entre los altos y los bajo puntuadores, sí se presentaron diferencias en función de variables como el programa académico donde los estudiantes de Nutrición presentaron los mayores puntajes. En la línea de lo anterior, el estudio de Jiménez, Cervello y García (2007) muestra que la práctica deportiva se asocia de forma positiva con una alimentación balanceada y con mejores hábitos de descanso.

Los datos del presente estudio son coherentes con lo encontrado por Montero, Úbeda y García (2006), con estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. El estudio concluye que la adolescencia suele ser un momento vital favorecedor de cambios en los hábitos alimenticios como consecuencia del alto valor otorgado al asunto estético del cuerpo, de manera especial entre las mujeres (Herrero & Viña, 2005), lo cual correlaciona con lo encontrado frente a las motivaciones de la presente muestra frente a los hábitos alimenticios, donde cuidar la figura, ocupa un lugar importante, sin embargo, el estudio citado concluye que los conocimientos nutricionales no se asocian con la presencia de mejores prácticas alimenticias tal como

“... acerca del estado de salud mental de los colombianos, el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar de prevalencia, después de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo”

“... los datos arrojados por el presente estudio permiten indicar que la información no es suficiente para adoptar comportamientos saludables, así, el hecho de recibir formación profesional en áreas de la salud no es suficiente para producir cambios en los hábitos de vida...”

a su vez lo indican Lewis & Schneiderman (2006) y Sanabria, González y Urrego (2007). Aunque en el presente estudio, fueron los estudiantes de nutrición quienes presentaron mejores hábitos a este nivel, no podría atribuirse únicamente al efecto de sus conocimientos y se requiere de nuevos estudios para abordar esta relación.

Por otro lado, en cuanto a las prácticas relacionadas con la sexualidad es llamativo que pese a que existen creencias y motivaciones que podrían favorecer

prácticas más sanas, un porcentaje importante de los estudiantes no las tienen. Esto podría relacionarse con los patrones encontrados por Ospina & Manrique (2007) en un estudio con estudiantes universitarios de Tunja, donde se identificaron conductas sexuales de riesgo asociadas con el consumo de alcohol, las cuales incluyen relaciones sexuales sin consentimiento, mantenimiento de varias parejas sexuales, prácticas sexuales sin protección, etc., pese a identificar dichas conductas como riesgosas. Por su parte, Lameiras, Núñez, Rodríguez, Bretón & Agudelo (2007) en un estudio sobre viabilidad de uso del preservativo femenino en estudiantes españoles, encontraron que la adopción de nuevas conductas de protección frente a la sexualidad son mayores cuando hay comportamientos previos seguros, lo cual confirma lo mencionado previamente por Aarts & Dijksterhuis (2000) con respecto a cómo la conducta previa es el mejor predictor de la conducta actual.

En conclusión, los datos arrojados por el presente estudio permiten indicar que la información no es suficiente para adoptar comportamientos saludables, así, el hecho de recibir formación profesional en áreas de la salud no es suficiente para producir cambios en los hábitos de vida, ya que estos están determinados por factores distintos, entre ellos las creencias, las motivaciones, la percepción de riesgo, la sensación de autocontrol y probablemente otros factores aún inexplorados.

Lo anterior sugiere la necesidad de que las universidades asuman su responsabilidad y compromiso frente a la promoción de la Educación para la Salud, como una estrategia, que además de favorecer el mejor estar de las personas que la conforman, contribuya formativamente, esto es, que favorezca que los profesionales en general, pero los de la salud en particular, observen estilos de vida que sean más congruentes con su responsabilidad social frente a la oferta de una práctica

sanitaria más enfocada a la promoción de hábitos saludables y a la prevención de factores de riesgo frente a las enfermedades.

Referencias

- Aartz, H. & Dijksterhuis, A. (2000). Habits as knowledge structures: automaticity in goal directed behavior. *Journal of Personality Psychology*, 78, 53-63.
- Beunza, J.; Martínez, M.; Serrano, M. & Alonso, A. (2006). Incidencia de hipertensión arterial en una cohorte de graduados universitarios españoles: El estudio SUN: *Revista Española de Cardiología*, 59, 1331-1334.
- Cáceres, D.; Salazar, I.; Varela, M. & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5, 521-534.
- Carpi, A.; Zurriaga, R.; González, P., Marzo, J. & Buunk, A. (2007). Incidencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad Cardiovascular. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 59-70.
- Cieslak, F.; Levanoski, G.; Meira, S.; Krzensinski, T.; de Barros, G. & Leiva, L. (2007). Relación del nivel de calidad de vida y actividad física en académicos de Educación Física. *Fitness and Performance Journal*, 6, 358-361.
- Crespo, C.; Smith, E., Carter, O.; Andersen & R. (2001). Acculturation and leisure-time physical inactivity in Mexican American adults: results from NHA-NES III, 1988-1994. *American Journal of Public Health*, 91, 1254-1267.
- De la Torre, S. & Tejada, J. (2007). Estilos de vida y aprendizaje universitario. *Revista Iberoamericana de Educación*, 44, 101-131.
- De la Villa, M.; Ovejero, A.; Sirvent, C.; Rodríguez, F. & Martín, J. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud Mental*, 31, 125-131.
- Díaz, A.; Díaz, R.; Hernández, C.; Narro, J.; Fernández, H. & Solís, C. (2008). Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud Mental*, 31, 271-282.
- Egger, G.; Vogels, N. & Westerper, K. (2001). Estimating historical changes in physical activity levels. *The Medical Journal of Australia*, 175, 635-646.
- Elizondo, J.; Guillén, F. & Aguinaga, I. (2005). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18-65 años de Pamplona. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 559-567.
- Fleiz, C.; Borges, G.; Rojas, E.; Benjet, C. & Medina, M. (2007). Uso del alcohol, tabaco y drogas en población Mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental*, 30, 63-73.

- Frank, E. (2004). Physician Health and patient care. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 291, 637-637.
- García, R.; Rodríguez, S. & Córdoba, A. (2008). Factores motivacionales protectores de la depresión y el consumo de drogas. *Salud Mental*, 31, 453-459.
- Herrero, M. & Viña, C. (2005). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 67-83.
- Inglés, C.; Delgado, B.; Bautista, R., Torregrosa, M.; Espada, J.; García, J., Hidalgo, M. & García, L. (2006). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 403-420.
- Jiménez, R. (2004). Motivación, trato de igualdad, comportamientos de disciplina y estilos de vida saludables en estudiantes de educación Física en Secundaria. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura.
- Jiménez, M.; Cervelló, P. & García, T. (2007). Estudio de las relaciones entre motivación, práctica deportiva extraescolar y hábitos alimenticios y de descanso en estudiantes de Educación Física. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 385-401.
- Jiménez, M.; Cervelló, P.; Miró, E. & Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables ¿Están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 185-202.
- Lameiras, M.; Núñez, A., Rodríguez, Y, Bretón, J. & Agudelo, D. (2007). Conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 207-216.
- Lewis, L. & Schneiderman, N. (2006). Nutrition, physical activity, weight management and health. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, suplemento 35, 157-175.
- Martins, F.; Castro, M.; de Santana, G. & Oliveira, L. (2008). Estado Nutricional, medidas antropométricas, nivel socioeconómico y actividad física en estudiantes brasileños. *Nutrición Hospitalaria*, 23, 234-241.
- Ministerio de Protección Social (2009). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2003*. Ministerio de Protección Social, JAVEGRAF, Bogotá.
- Montero, A.; Úbeda, N. & García, A. (2006). Evaluación de los hábitos alimentarios en una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria*, 21, 466-473.
- Moreno, J.; González, D. & Cervello, E. (2008). Motivación y salud en la práctica fíicodeportiva: diferencias según el consumo de alcohol y tabaco. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 483-494.
- Moreno, A. & Medina, M. (2008). Tabaquismo y depresión. *Salud Mental*, 31, 409-415.
- Muñoz, M. & Cabieses, B. (2008). Universidades y Promoción de la Salud: ¿Cómo alcanzar el punto de encuentro? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24, 139-146.
- Nutbeam D, Aar L, Catford J. (1989). Understanding childrens' health behavior: the implications for health promotion for young people. *Social Science and Medicine*, 29, 317-325.
- Olmedilla, A. & Ortega, E. (2008). Incidencia de la práctica de actividad física sobre la ansiedad y la depresión en mujeres: perfiles de riesgo. *Universitas Psychologica*, 8, 105-116.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Technical Report Series: Génova: OMS.
- Osler, M.; Clausen, J.; Visen, K. & Jensen, G. (2001). Social influences and low leisure-time physical activity in Young Danish adults. *European Journal of Public Health*, 11, 130-144.
- Ospina, J. & Manrique, F. (2007). Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. *Avances en Enfermería*, 25, 101-111.
- Oviedo, G.; Morón, A.; Santos, I.; Sequera, S.; Soufontt, G.; Suárez, P & Arpaia, A. (2008). Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de la carrera de Medicina. Universidad de Carabobo, Venezuela, año 2006. *Nutrición Hospitalaria*, 23, 288-293.
- Palomo, I.; Torres, G.; Alarcón, M.; Maragaño, P.; Leiva, E. & Mujica, V. (2006). Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una población de estudiantes universitarios de la región centro-sur de Chile. *Revista Española de Cardiología*, 59, 1099-2105.
- Pastor, Y., Balaguer, I. & García, M. (1999). *Estilo de vida y salud*: Valencia: Albatros Educación.
- Petitt, J.; Grover, K. & Lewinsohn, P. (2007). Interrelations between psychopathology, psychosocial functioning and physical health. An integrative perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 453-476.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*, Madrid: Síntesis.
- Rubak, S., Sandback, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305- 312.
- Rueda, G.; Camacho, P.; Rangel, A. & Duarte, E. (2008). Prevalencia del consumo de sustancias en estudiantes de secundaria de Bucaramanga (Colombia) y su área metropolitana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 195-206.
- Sanabria, P.; González, L. & Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludables en profesionales de salud. Estudio exploratorio. *Revista Med*, 15, 207-217.
- Scoppetta, O. (2006). Discusión sobre la evaluación del impacto de programas y proyectos sociales en Salud Pública. *Universitas Psychologica*, 5, 695-703.
- Teodoro, M.; Cerquera, E.; Araujo, N. & Koller, S. (2008). Protective Factors related to smoking among Brazilian youth. *Universitas Psychologica*, 7, 139-147.
- Varela, M.; Salazar, I.; Lema, L. & Cardona, M. (sf). *Cuestionario de Estilos de vida en jóvenes universitarios (CEVJU)*. Grupo de Investigación Salud y Calidad de Vida, Pontificia Universidad Javeriana de Cali: Material sin publicar.
- Varo, J.; Martínez, J. & Martínez, M. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica*, 121, 665-672.
- Visdómine, C. & Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual. Revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 729-751.
- Villatoro, J.; Gutiérrez, M.; Quiroz, N.; Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F.; Amador, N. & Medina, M. (2009). Encuesta de estudiantes de la ciudad de México 2006. Prevalencia y Evolución del Consumo de Drogas. *Salud Mental*, 32, 287-297.

