



PRÁCTICAS, CREENCIAS Y FACTORES DEL CONTEXTO
RELACIONADOS CON ESTILOS DE VIDA EN JÓVENES DE LA
UNIVERSIDAD DE SANTANDER CUCUTA
(REPLICA)

Trabajo de grado para otorgar
el título de Psicólogas

Coinvestigadoras:
Diana Paola Báez
Ana Carolina Sánchez

Investigadora Principal:
Mg. Patricia Díaz Cordón

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Escuela de Ciencias Sociales, Humanidades y Artes
Bucaramanga, Noviembre de 2006

UNIV. - BIBLIOTECA

Prutores (Donación) Feb/2007 T5/37.06 B142P E.1
\$30000= 064469

PRÁCTICAS, CREENCIAS Y FACTORES DEL CONTEXTO
RELACIONADOS CON ESTILOS DE VIDA EN JÓVENES DE LA
UNIVERSIDAD DE SANTANDER CUCUTA
(REPLICA)

Trabajo de grado para otorgar
el título de Psicólogas

Coinvestigadoras:
Diana Paola Báez
Ana Carolina Sánchez

Investigadora Principal:
Mg. Patricia Díaz Gordón

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Escuela de Ciencias Sociales, Humanidades y Artes
Bucaramanga, Noviembre de 2006

Tabla de Contenido

PRACTICA, CREENCIAS Y FACTORES DE CONTEXTO RELACIONADO CON ESTILO DE VIDA EN JÓVENES DE LA UNIVERSIDAD DE SANTANDER EN LA CIUDAD DE CUCUTA (REPLICA)	1
Descripción de la UDES-Cúcuta	3
Reseña histórica	3
Misión	4
Visión	5
Carreras	5
Problema	5
Objetivos	18
Objetivo general	18
Objetivos específicos	19
Antecedentes de investigación	19
Investigaciones sobre el tiempo libre	20
Investigaciones sobre los factores de riesgo que afectan la salud	23
Investigaciones Sobre los Componentes del Estilo de Vida Saludable	29
Marco teórico	31
Psicología de la Salud	31
Estilos de vida saludables	35
Concepto Del Desarrollo Humano	35
Calidad de vida	37
Estilo de vida y salud	44
Estilo de vida y corazón	48
Factores de riesgo y salud	49
Componentes de la calidad de vida	53
Recreación y manejo del tiempo libre	53
Sobre las practicas de ocio	54
Consumo de alcohol, tabaco y otrasdrogas	57
Condición actividad física y deporte	58

Hábitos alimenticios	63
Método	63
Tipo de investigación y diseño	63
Población y muestra	64
Características sociodemográficas	65
Técnicas de recolección de datos	67
Procedimiento	68
Resultados	69
Características sociodemográficas	69
Distribuciones practicas de los estilosde vida	72
Distribuciones creencias de los estilosde vida	75
Distribuciones de los contextos del estilode vida	79
Distribución de los contextos en cada dimensión	
del estilo de vida	80
Distribución de frecuencias en los contextos	81
Análisis global del estilo de vida	82
Distribuciones de los rangos de estilo de vida por	
género	82
Distribuciones de los rangos de estilo de vida por	
estrato socioeconómico	83
Distribuciones de los factores de riesgo en	
los estilos de vida	84
Discusión	88
Factores saludables y de riesgo del estilo de vida	
de los estudiantes de la UDES-Cúcuta	88
Factores riesgo del estilo de vida de los	
estudiantes de la UDES-Cúcuta	88
Factores saludables del estilo de vida de los	
estudiantes de la UDES-Cúcuta	90
Sugerencias	92
Referencias	93
Apéndices	97

Lista de Tablas

Tabla 1. Porcentaje del rango de edades y genero de la muestra.	65
Tabla 2. Frecuencia de las carreras y el género de la muestra.	66
Tabla 3. Frecuencias comparativas entre estratos socioeconómicos y genero de la muestra.	70
Tabla 4. Análisis comparativo entre los rangos de peso y estatura de la muestra,	71
Tabla 5. Análisis comparativo de las prácticas en cada una de las dimensiones.	72
Tabla 6. Análisis comparativo de las creencias en cada una de las dimensiones.	76
Tabla 7. Análisis comparativo del contexto en cada dimensión del estilo de vida.	80
Tabla 8. Análisis comparativo de la influencia de los contextos.	81
Tabla 9. Análisis de los rangos de estilos de vida y el género.	83
Tabla 10. Análisis de los rangos de estilos de vida y su relación con los estratos socioeconómicos.	84
Tabla 11. Análisis descriptivo de riesgo de alcoholismo	85
Tabla 12. Análisis descriptivo de riesgo de depresión.	85
Tabla 13. Análisis descriptivo de riesgo de trastornos alimenticios.	86

Agradecimientos

Agradecemos principalmente a nuestra asesora Patricia Diaz por su entrega, dedicación y colaboración durante la elaboración de esta investigación.

A la universidad de Santander seccional Cúcuta por brindarnos el espacio y la colaboración necesaria para la aplicación de los instrumentos. A nuestras familias y amigos por su colaboración y constante acompañamiento.

Y a todas aquellas personas que aportaron su conocimiento durante el desarrollo de la presente investigación.

UNIVERSIDAD DE SANTANDER

RESUMEN

La presente investigación es una replica del estudio original "Prácticas, Creencias y Factores del Contexto relacionados con Estilos de Vida en Jóvenes y Adultos" realizado por Arrivillaga, M. Salazar, I y Gómez, I. (2002) en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, tiene como objetivo principal describir las Prácticas, Creencias y Factores del Contexto Relacionados con el Estilo de Vida en Jóvenes de la Universidad de Santander, seccional Cúcuta (UDES) , teniendo en cuenta las 6 dimensiones del estilo de vida (condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y sueño). La investigación es no experimental, de tipo descriptiva transeccional. Una población de 1200 estudiante, donde se tomo una muestra de 682 estudiantes de pregrado. Se aplicaron dos instrumentos de la investigación original: un Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida y una Encuesta sobre Factores Contextúales Relacionados con Estilos de Vida y tres instrumentos proporcionados por el grupo de investigación de la Facultad de Medicina de la UNAB. Se concluye que los jóvenes de la UDES presentan en general un estilo de vida saludable, pero en las dimensiones de recreación y maneja del tiempo libre y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas presentan riesgos altos para su salud.

**PRÁCTICAS, CREENCIAS Y FACTORES DEL CONTEXTO
RELACIONADOS CON ESTILOS DE VIDA EN JÓVENES
DE LA UNIVERSIDAD DE SANTANDER EN
LA CIUDAD DE CUCUTA
(REPLICA)**

El presente proyecto se encuentra enmarcado dentro de la línea de investigación de Calidad de Vida y Psicología de la Salud, del grupo de investigación en Calidad de Vida y Psicología, perteneciente al programa de Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. La investigación, es una segunda réplica autorizada por el grupo de investigación de Psicología, Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, quienes se interesaron inicialmente, por indagar acerca de las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes, al interior de su comunidad universitaria.

① En el 2004, se realiza una primera replica del estudio Cali en la UNAB. Los resultados encontrados, muestran que estos presentan un estilo de vida saludable en lo referente a las dimensiones de: recreación y manejo del tiempo libre; autocuidado y cuidado medico; y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Entre tanto las dimensiones de riesgo son: hábitos alimenticios, actividad física y deporte, y sueño. Respecto al contexto (familia, grupo social, ocupacional) que se encuentran los jóvenes, es 100% desfavorable para que poseen un estilo de vida saludable. Los datos, significan que los ambientes de los jóvenes son modelos de adultos cuyos comportamientos están generando patrones y valores no saludables para su vida.

La población por su edad de 16-20 años en un 43.9% es vulnerable, la adolescencia es una etapa sensible a

los modelos de los adultos. En este sentido, surge la inquietud de indagar en otros ambientes universitarios, en Santander y Norte de Santander, cómo es el estilo de vida y qué factores de riesgo existen para la salud. Así mismo, preocupados por los riesgos de salud, se une a este proyecto el grupo de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAB explorando los riesgos en Alcoholismo, Depresión y Trastornos de alimentación, aportando tres instrumentos respectivamente.

De manera específica, el presente proyecto, estudia el estilo de vida de los universitarios en la Universidad de Santander, seccional Cúcuta.

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación cobra relevancia en la medida en que se convierte por un lado, en un documento que proporciona información acerca de todos aquellos factores que están definiendo el estilo de vida y los componentes ligados al mismo, adoptado por estudiantes universitarios; y por otro, permite exponer la manera en cómo los datos hallados se convierten en la base de la estructuración de programas dirigidos a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, rescatando la importancia de la adhesión a actitudes que impliquen y garanticen la consecución de un régimen saludable de vida.

Por otra parte, la estructura del actual informe, se encuentra organizado por siete puntos centrales: uno, la problemática del trabajo que orienta las acciones a seguir en la medida que señala los vacíos que llevan a elaborar el trabajo, principalmente, la escasez de proyectos, e instrumentos, en este medio social acerca de la temática. Segundo, los objetivos del informe determinan el horizonte del trabajo, centrado en el conocimiento descriptivo de los factores de riesgo en salud de los jóvenes. Tercero, los antecedentes

investigativos como referencia de algunos trabajos sobre el tema y población en diferentes ámbitos, local, regional, nacional e internacional. Cuarto el marco teórico en el que se desarrolla la investigación para tener unos lineamientos en el momento de analizar los resultados.

Quinto, la variable estilos de vida como punto de base del trabajo investigativos. Sexto, los resultados se encuentran en análisis de frecuencias que se desarrollan según las dimensiones de la variable y relacionado a las practicas y creencias de los jóvenes universitarios y los contextos en los que se desenvuelven diariamente, posteriormente se encuentra las frecuencias de los instrumentos aplicados con el apoyo del grupo de investigación de la facultad de Medicina de la UNAB. Por ultimo esta la discusión que se encuentra estructurada a partir de las dimensiones de la variable y los resultados de los instrumentos aplicados y los objetivos iniciales de la investigación.

Descripción De La UDES-Cúcuta

Reseña Histórica UDES Seccional Cúcuta

Este proyecto educativo tiene sus inicios en la ciudad de Bucaramanga - Colombia, en la década de los 80's (1982), fundada por un grupo interdisciplinario de profesionales liderados por el Dr. Fernando Vargas Mendoza. Su nacimiento obedece a la demanda de los sectores industrial, comercial y de servicios, de la región oriental de Colombia por vincular mano de obra calificada en áreas del saber no convencionales (Hotelería, turismo, diseño textil, mercadeo, publicidad). Posteriormente (1986) la institución incursiona en el área de las ciencias de la salud, como pioneros en Colombia en programas tecnológicos en

Instrumentación Quirúrgica, Radiología y Salud ocupacional. Para la década de los 90s la universidad se consolida institucionalmente ofreciendo programas profesionales y postgrados en casi todas las áreas del conocimiento, construye un moderno campus y crea sedes en varias ciudades del país, fortalece el área de las telecomunicaciones e informática, funda una revista hoy de circulación internacional CONTEXTO y crea la escuela internacional de postgrados (presencial y a distancia) con cubrimiento nacional e internacional.

La Investigación y la Consultoría son algunos de los principales énfasis institucionales, concebidos como apoyos académicos en la formación de los estudiantes y como extensión de los saberes y habilidades al servicio de la sociedad. En estos campos, la universidad tiene una larga experiencia en el trabajo conjunto con distintos niveles de los gobiernos (Nacional, Regional y Municipal) en aspectos como Salud, Cooperativismo, Administración, Planificación, Calidad, Desarrollo de Comunidades, Obras Públicas, Asesoría Empresarial, y Servicios Públicos, entre otros.

Misión

Propiciar y promover programas, recursos y ambientes que contribuyan a mejorar la calidad de vida y el desarrollo integral de los diferentes miembros que conforman la comunidad universitaria (estudiantes, docentes, administrativos y directivos) generando identidad y reafirmando el sentido de pertenencia institucional. Orientando su accionar hacia el cumplimiento de la misión corporativa de la Universidad.

Visión

Proporcionar dentro del ambiente de la Universidad los elementos necesarios para que cada miembro de la Comunidad Universitaria disfrute del Bienestar requerido, mediante un trabajo conjunto entre las diferentes instancias que conforman el Bienestar Universitario permitiendo el desarrollo de las diferentes dimensiones del ser humano en lo cultural, social, moral, intelectual, psicoafectivo y físico.

Carreras

Dentro de la UDES-seccional Cúcuta se encuentran diferentes carreras como: terapia ocupacional, bacteriología, fisioterapia, ingeniería de sistemas, ingeniería industrial, administración de empresas y mercadeo y publicidad; para un total de 1200 estudiantes. Cabe resaltar que las carreras del área de salud son las que cuentan con mayor número de estudiantes matriculados y por tal motivo su carga muestral dentro de la presente investigación es mayor.

Problema

El presente problema de investigación se encuentra organizado de acuerdo a la situación actual de los estilos de vida y su influjo en la salud a nivel mundial, nacional, municipal y local evidenciando en estas las estadísticas de mortalidad y morbilidad. En segundo lugar para dar paso a la pregunta de estudio, se evidencia la escasez de investigaciones sobre las variables del estudio a nivel local y en la construcción de instrumentos que midan el estilo de vida.

Iniciando por los índices de morbilidad y mortalidad encontramos que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001), los estilos de vida sedentarios

son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad entre la población.

Según el informe de esta organización, aproximadamente dos millones de muertes anuales pueden atribuirse a la inactividad física, unido a esto y teniendo en cuenta las conclusiones preliminares de un estudio de la OMS (2001) sobre factores de riesgo, los modos de vida sedentarios son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. Esta inactividad física aumenta las causas de mortalidad y duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes de tipo II y de obesidad; Además, aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon y de mama, hipertensión arterial, problemas de peso, osteoporosis, depresión y ansiedad.

Así mismo, la OMS (2001) evidencia alto porcentaje de inactividad física en prácticamente todos los países desarrollados y en aquellos que están en vía de desarrollo. Estos datos fueron obtenidos a través de encuestas sobre salud realizadas en todo el mundo. Estas indican que el porcentaje de adultos sedentarios o casi sedentarios se sitúa entre el 60% y el 85%; Destacando que entre más desarrollado sea el país más de la mitad de los adultos no son lo suficientemente activos, de igual forma señalan que en las ciudades que presentan un rápido crecimiento en su desarrollo, la inactividad física es un problema cada vez mayor, por ejemplo, el caso de Sao Paulo, en el cual aproximadamente el 70% de la población es insuficientemente activa.

Las cifras presentadas en el informe presentado por la OMS, es la evidencia que los pasatiempos sedentarios, como la televisión, son cada vez más populares incluso en las zonas rurales de los países en desarrollo; Esto

conlleva al aumento de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Finalmente en el informe presentado por la OMS (2001) señala que las enfermedades crónicas son ahora la principal causa de mortalidad en todo el mundo; y los regímenes alimenticios insanos, el exceso de calorías, la inactividad, la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas son el mayor problema de salud pública de la mayoría de los países del mundo.

A nivel mundial, se destacan varios estudios realizados en diversos países en los cuales identifican las consecuencias en la salud de los estilos de vida no saludables. Donayre, (1997) realizó en Perú un estudio epidemiológico acerca del consumo de drogas, en éste observa que el consumo de sustancias psicoactivas forma parte de los hábitos y costumbres de la sociedad peruana y la que más se consume son las llamadas "drogas sociales" como el alcohol y el tabaco cuya prevalencia de vida de consumo (han consumido alguna vez tabaco o alcohol) en la adolescencia temprana (12 y 13 años) es del 18,1% y del 65,7% respectivamente, llegando a tener esta población al final de la adolescencia un consumo de tabaco del 70,4% y alcohol del 93%. En Lima, se presenta un mayor número de consumidores experimentales y ocasionales.

De igual forma Donayre, (1997) afirma que la adolescencia es la etapa donde se presentan con mayor frecuencia comportamientos que significan alto riesgo de daño a la salud y de muerte.

Estos comportamientos aclara Donayre, (1997) tienen origen en la niñez, debido a la existencia de factores predisponentes de tipo biológico y social, que puede persistir durante la adolescencia y otras etapas posteriores lo cual influye en individuos vulnerables,

determinando algunas conductas perjudiciales, como lo es el consumir drogas lo que constituye uno de los problemas más comunes que los adolescentes manifiestan en la actualidad en su ambiente socio - cultural.

De acuerdo con Donayre, (1997) nuevos estudios sugieren tres categorías principales que explican el consumo de estas, las cuales son: factores personales, factores interpersonales y factores culturales / sociales.

Así mismo, expresa que si bien no existe una causalidad directa entre los factores de riesgo (enfoque del modelo biopsicosocial) y consumo, se sabe que la conjunción de los factores de riesgo puede despertar la vulnerabilidad en los sujetos respecto al uso de drogas y pueden generar una predisposición favorable al consumo, haciendo con ello que algunos sujetos consuman y otros no; finalmente, considera que ningún factor por sí solo puede explicar el fenómeno del abuso de drogas, pero sí la conjunción de varios desde las demás del entorno a factores personales (estilos de vida).

En Andalucía (España) la junta de salud, informaron que son muchas las enfermedades a las que se exponen las personas a partir de la adquisición de un estilo de vida poco saludable.

Según la OMS, citada por Chávez, (1997) Una serie de enfermedades han sido categorizadas como Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Adulto (ECNTA). Entre estas se destacan las enfermedades del corazón, cerebrovasculares, cánceres, diabetes mellitus, hipertensión y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Las cuales exhiben en su historia natural estilos de vida no saludables y factores de riesgo comunes.

Las ECNTA, según Chávez, (1997) encabezadas por las enfermedades cardiovasculares, engloban las principales

causas de mortalidad de las mujeres. Tal suceso cobra importancia en la salud pública porque éstas son prevenibles, ya que dependen, en parte, de los estilos de vida y factores de riesgo de las personas.

Estos factores de riesgo son comunes a todas ellas, aunque su importancia relativa sea diferente para cada enfermedad. Los factores de riesgo que se han asociado en las enfermedades cardiovasculares son: el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el sedentarismo, la obesidad, la hipertensión, la hipercolesterolemia.

Según Chávez, (1997) Los hábitos alimenticios, la actividad física y el deporte han demostrado una amplia influencia en la incidencia de enfermedades cardiovasculares y de otras ECNTA. Aunque estos hábitos durante la infancia no parecen determinantes como factores de riesgo cardiovascular para la edad adulta, la infancia y la adolescencia son los momentos ideales para adquirir hábitos y estilos de vida saludables que permitan, en años posteriores de la vida, evitar la aparición de procesos cardiovasculares.

Así mismo, Chávez (1997) menciona que según los datos obtenidos por la encuesta de hábitos de salud de los escolares andaluces (1993) a medida que se avanza en edad, se produce un abandono de la actividad física y el deporte.

Por otra parte, indica que la dieta alimenticia de los andaluces más jóvenes es rica en frutas y productos lácteos; pero existe un alto consumo diario de dulces y pasteles frente a la ingesta menor de proteínas animales, huevos, verduras y legumbres, tan importantes para garantizar una dieta equilibrada.

Por tal motivo, afirma que el Plan Andaluz de Salud en la actualidad a permitido conocer mucho mejor la prevalencia de los factores de riesgo para estas

enfermedades, al igual que ha generado una disminución de la mortalidad por esta causa; Y aclara que aún existen factores de riesgo importantes sobre los que actuar, citando como ejemplo que sólo un 34% de los hipertensos andaluces están controlados y que el 61% de ellos está siendo tratado, hace necesario incrementar la intervención sobre los mismos y en especial, sobre los jóvenes.

En otro sentido, Chávez (1997) evidencia en la investigación que las enfermedades cardiovasculares, fueron en 1995, en Andalucía, la primera causa de mortalidad por encima de los 65 años de edad y la segunda en el grupo comprendido entre los 15-64 años.

Estos datos según Chávez (1997) revelan que esta patología es dos veces más frecuente en los hombres por debajo de los 65 años y discretamente superior por encima de esa edad; es decir, producen casi dos muertes prematuras en hombres menores de 65 años, por una en mujeres.

De igual forma, Chávez (1997) revela los resultados de otro estudio en el cual pone de manifiesto que la prevalencia de la hipertensión arterial en Andalucía oscila entre el 15 y el 20% de la población; 19,8% si el corte se hace tomando como referencia la presión arterial diastólica de 90 mi de mercurio (Hg) (con predominio masculino) o del 15,1% si se toma como referencia 95 mi de mercurio, (similar en ambos sexos) . Y aclara que en ambos casos, la prevalencia aumenta con la edad en hombres y mujeres.

También, indica que menos de la mitad de la población mayor de 18 años (48%) tiene niveles de colesterol deseables y que la proporción es menor en hombres, disminuyendo a medida que aumenta la edad, en ambos sexos. El 15% de la población presenta

hipercolesterolemia globalmente algo superior en hombres. Los hipercolesterolémicos tienen más hipertensión, tabaquismo y obesidad; ese patrón se reproduce entre quienes tienen niveles de colesterol LDL elevados y colesterol HDL bajos, sin diferencia por sexo.

Por otro lado, expresa que el 6, 2% de la población adulta mantiene un nivel elevado de triglicéridos en la sangre, con mayor incidencia en hombres, del mismo indica que la población, con niveles no deseables de triglicéridos, es más obesa, con niveles más elevados de presión arterial y cifras medias de glicemia y colesterol más altas, al igual de presentar una importante reducción del colesterol HDL.

Referente a los antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, Chávez, (1997) expresó que estos se encuentran en el 21 % de la población, con más frecuencia en las mujeres, De igual forma señala que la hipertensión, la obesidad y las dislipemias son más corrientes en aquellos que tienen una historia familiar de cardiopatía isquémica, en los cuales el hábito de fumar es menos prevalente y en los hombres con estos antecedentes, son más habituales la hipercolesterolemia, los niveles altos de colesterol LDL y los bajos de colesterol HDL, mientras que entre las mujeres lo es la diabetes.

Este informe así mismo reveló con respecto a la obesidad una prevalencia del 23,3% de los adultos mayores de 18 años los cuales presentan un índice de masa corporal igual o superior a 30, en los niños de 5-17 años representando un 9,3%.

Con base en estos datos el Plan Andaluz de Salud, estableció una serie de estrategias destinadas a disminuir la incidencia y los efectos de estas enfermedades.

Razón por la cual a partir de 1994, se estableció un Programa de Actuación ante las Enfermedades Cardiovasculares en aspectos referidos a su prevención primaria. Las actividades realizadas, desde ese momento, se han centrado en diversas campañas informativas, dirigidas a la población general, sobre los efectos del tabaco, la dieta mediterránea y la actividad física.

También en España la Doctora Patricia Matey (2002) publicó un artículo en la revista Archives of Internal Medicine titulado "El sueño debería incluirse en los chequeos médicos", el objetivo de éste artículo es demostrar que el sueño es un indicador de salud, en éste sentido Matey encontró que uno de cada cuatro españoles no duermen bien, además Pese a que descansar lo necesario forma parte esencial de la salud del individuo y pese, también, a que entre el 20% y el 40% de los ciudadanos padece insomnio, en las consultas ni se pregunta ni se aconseja sobre los hábitos de sueño, un error que debería corregirse.

"La evidencia científica sobre las consecuencias de dormir mal aumenta" Matey (2002) asocia el escaso descanso o la mala calidad del sueño con distintas enfermedades. Pasarse la noche dando vueltas en la cama puede agravar ciertas enfermedades mentales, como la depresión, o físicas. Así, las personas que duermen menos de cinco horas cada noche tienen un riesgo tres veces mayor de sufrir un infarto de miocardio que las que invierten siete u ocho horas. Phyllis, Zee y Turek citados por Matey (2002), del departamento de Neurología de la Universidad Feinberg, en Chicago insisten en que «el sueño es un indicador de salud y dormir lo suficiente y tener un descanso de calidad tiene que ser considerado como un componente esencial del estilo de vida saludable como la nutrición o el ejercicio.

Corno apoyo, los especialistas estadounidenses sustentan que dormir poco altera al sistema inmune elevando el riesgo de sufrir distintas enfermedades. Es más, trastornos como la apnea del sueño aumentan las posibilidades de padecer del corazón o desarrollar diabetes. Sin embargo y pese a que está claramente establecido que dormir bien está relacionado con la salud, estos especialistas dejan como hecho relevante que los mecanismos responsables de esta asociación aún se desconocen, por lo que se deberían realizar más investigaciones en esta materia. Otras consecuencias del mal descanso, al igual que el humo del ambiente perjudica a los no fumadores, dormir mal interfiere en la salud de los cuidadores. Así, se ha constatado que los que cuidan a niños con enfermedades crónicas suelen interrumpir su sueño cada, noche, lo que impacta en su organismo, causa fatiga, eleva el riesgo de trastornos emocionales y de irritabilidad (Matey y cois, 2002) .

En Chile, Berríos, (2002) en la Universidad Católica, a través de su Departamento de Salud Pública, con el fin de aportar información que permitiera actuar anticipándose a las consecuencias, inició una línea de investigación que entregó, por primera vez, a principios de los años 90, información sobre los estilos de vida de la población adulta en la Región Metropolitana y posteriormente, su tendencia en el tiempo.

En este estudio se encontró una situación alarmante: altas prevalencias de tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, al igual que hipertensión arterial, aumento del colesterol y obesidad en todas las franjas hectáreas de la población adulta mayor de 15 años. Asimismo se halló que estas condiciones eran más frecuentes entre los más pobres, especialmente en las mujeres y con un

significativo aumento observado en el seguimiento de esta población en los años siguientes.

Los resultados más relevantes del estudio indicaron que los escolares inician conductas de riesgo a temprana edad. A los 9 años ya están consumiendo tabaco, alcohol y drogas, lo que se va incrementando con los años. El tabaquismo se presenta en un 4 ó 5% de los niños menores a 13 años; de los 13 a los 16 esa adicción aumenta a un 30%. En cuanto al consumo de alcohol, las cifras, en el mismo rango de tiempo, crecen de un 9% a un 30%.

Igualmente indico Berrios, (2002), que la prevalencia es más alta en familias con alto riesgo psico-social, como se comprobó al hacer una comparación con las de bajo riesgo. Por ejemplo: los fumadores aumentan de un 5% a un 17% en uno y otro caso; el consumo de alcohol de un 6% a un 20%, y el consumo de marihuana de 0% a 2,4%. No hay ningún niño que consuma marihuana si antes no ha consumido alcohol en primer lugar y luego tabaco.

Llama la atención las elevadas prevalencias de todos los factores de riesgo. El tabaquismo y el consumo de alcohol son más frecuentes en las mujeres más jóvenes, pero todos los demás aumentan con la edad. Al analizar la condición socioeconómica, también el tabaquismo y consumo de alcohol prevalecen en la clase alta, mientras que los otros incrementan hacia la clase baja.

En comparación con los varones, las prevalencias de sedentarismo y obesidad en mujeres son especialmente altas. La información presentada pone en evidencia la urgente necesidad de implementar programas de prevención que permitan a la población adoptar estilos de vida sanos, favoreciendo la abstinencia en el uso de tabaco, el consumo moderado de alcohol, el ejercicio físico regular

y el control del peso, la dieta adecuada, el control de la presión arterial entre otros.

A nivel nacional, según Jácome (2003) las principales causas de muerte en Colombia son en primer lugar enfermedades cardiovasculares con un 27.4%, seguidas de causas violentas y accidentes con un 23.9% y tercer lugar tumores con un 14.7%.

Estos porcentajes de morbi-mortalidad son significativos teniendo en cuenta lo referido en las investigaciones anteriores, en las cuales identifican como factores de riesgo comunes en estas, malos hábitos de alimentación, consumo de drogas, sedentarismo, entre otros. Todo esto evidencia que los estilos de vida se encuentran directamente en la salud de las personas.

Uno de los mayores obstáculos para las investigaciones sobre estilos de vida tanto a nivel mundial como a nivel nacional y local es la escasez en la construcción de instrumentos para su medición.

Luego de hacer una revisión de estudios que midan estas variables, solo se identifica una investigación avalada por Colciencias, realizada por Arrivillaga, M. , Salazar, I. y Gómez, I. (2002) en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

Esta investigación además de aportar datos recientes de estilos de vida, cuenta con dos tipos de instrumentos (Apéndice A y B), los cuales evalúan las siguientes dimensiones: condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño.

También el Fondo de Prevención Vial (2004) reporta los índices de accidentalidad en el 2003, teniendo en cuenta las causas de las mismas en carretera y en todo el

territorio nacional; de este modo dentro de las primeras se hallan entre otras la embriaguez (3.04%) correspondiente a 213 casos reportados y sueño por cansancio (2.04%) correspondiente a 143 casos reportados dentro de un total de 7015 casos de accidentalidad en esta categoría.

Respecto al índice de accidentalidad en el territorio Nacional el Fondo de Prevención Vial (2004) reporta entre otras condiciones la embriaguez o droga (1.2%) y embriaguez aparente (0.7%).

Asimismo el Fondo de Prevención Vial (2004) estableció los porcentajes de accidentalidad y muerte durante el 2003 de acuerdo al género y el uso o no de: cinturón de seguridad, casco, alcohol y drogas; los datos obtenidos en este reporte indican un significativo incremento del índice de accidentalidad y muerte en hombres que realizan malas prácticas respecto a los estilos de vida saludables.

A nivel regional, se evidencia un estudio realizado por el Centro de Investigación y gestión del Riesgo Cinger, (2004) con el auspicio del Fondo Nacional de Estupefacientes acerca del inicio del consumo de alcohol, cigarrillo y otras sustancias psicoactivas en jóvenes de Bucaramanga, Barrancabermeja y San Gil, el cual reveló que esta población comienza a consumir alcohol y cigarrillos entre los 10 y 14 años.

Asimismo un 32% de los encuestados considera que es fácil conseguir drogas en su colegio. Además reveló que el consumo de sustancias psicoactivas de 1245 niños de colegios y escuelas en Bucaramanga, 1800 en Barrancabermeja y 1500 en San Gil, comienza después de los diez años.

De acuerdo con Cinger, (2004) estas cifras marcan un alarmante incremento, ya que el año pasado el Centro de

Estudios Regionales de la Universidad Industrial de Santander (UIS), reveló un estudio que indicaba que los adolescentes de Bucaramanga se iniciaban en el consumo de estas sustancias a los 13 años. Dos años antes, el mismo análisis afirmaba que empezaban a los 15 años.

Estos datos indican que, dentro del rango de edades analizadas, 46 de cada cien estudiantes de escuelas y colegios de la capital santandereana ha consumido alcohol alguna vez en sus vidas. La cifra en Barrancabermeja es ligeramente más alta 46,9%, en tanto que en San Gil se registra un 36,5%.

En cuanto al consumo de cigarrillo, el 20% de los encuestados en Bucaramanga afirman haberlo probado. Para los otros dos municipios el porcentaje fue del 18,4 y el 11,4 respectivamente; en el consumo de drogas psicoactivas se registró un 3,8% en los estudiantes de Bucaramanga, un 5,4% en los de Barrancabermeja y un 4,7% en los de San Gil.

A nivel local, se registra un programa que involucra a todas las dependencias de Bienestar Universitario de todas las universidades del departamento de Santander y a la Secretaria de Salud de Bucaramanga. Este programa recibe el nombre de "Sin Abuso" y su objetivo principal es reducir de las consecuencias de llevar un estilo de vida poco saludable en jóvenes universitarios.

De igual forma se identifica la línea de "estilos de vida saludables" en la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga (UPB), cuyo objetivo es la promoción y prevención de estilos de vida saludables en los sitios donde sus estudiantes realizan las Prácticas Clínicas.

Por otro lado de acuerdo con el Informe de Gestión del servicio de Medicina General de Bienestar Universitario de la UNAB (2003 - 2004) los índices para

el 2003 fueron: Hipertensión 3.99%, Sobre Peso 11.2%, Bajo Peso 12.3%, Obesidad G1 3.99%, Obesidad G2 0.3%, Cardiopatía 0.7%, Síndrome de Intestino Irritable 0.1, VPH 0.1% de un total de 551 estudiantes. Para el primer periodo de 2004 fueron: Sobre Peso 11.59%, Bajo Peso 6.42%, Hipertensión Arterial 4.83%, Obesidad G1 1.44%, Obesidad G2 0.48%, Cardiopatía 0.48%, Síndrome de Intestino Irritable 0.24% y Gastritis 0.72% de un total de 414 estudiantes.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente y reconociendo que existen diferentes comportamientos individuales que son determinantes en la salud/enfermedad de las personas, se hace necesario conocer las prácticas y creencias que tienen y asumen los estudiantes de las diferentes facultades de la universidad de Santander de Cúcuta, debido a que esto proporciona los argumentos necesarios para describir las conductas y hábitos que influyen diariamente en su vida.

Por tal motivo surge la siguiente pregunta de investigación ¿cuales son las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes de la universitaria de Santander (UDES) de la ciudad de Cúcuta?

Objetivos

Objetivo General

Describir las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes de la Universitaria de Santander de la ciudad de Cúcuta, mediante la elaboración de una replica de la investigación realizada por la Pontificia Universidad Javeriana de Cali para comparar los resultados obtenidos en ambas investigaciones y establecer las semejanzas y diferencias dentro de la línea de investigación de Calidad de Vida y Psicología.

Objetivos Específicos

Describir las Prácticas, Creencias y Factores del Contexto relacionados con la Condición, Actividad Física y Deporte en jóvenes de la UDES Cúcuta.

Describir las Prácticas, Creencias y Factores del Contexto relacionados con la Recreación y Manejo del Tiempo Libre en jóvenes de la UDES Cúcuta.

Describir las Prácticas, Creencias y Factores del Contexto relacionados con el Autocuidado y Cuidado Médico en jóvenes de la UDES Cúcuta.

Describir las Prácticas, Creencias y Factores del Contexto relacionados con los Hábitos Alimenticios en jóvenes de la UDES Cúcuta.

Describir las Prácticas, Creencias y Factores del Contexto relacionados con el Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en jóvenes de la UDES Cúcuta.

Describir las Prácticas, Creencias y Factores del Contexto relacionados con el Sueño en jóvenes de la UDES Cúcuta.

Antecedentes Investigativos

Las investigaciones que se presentan como soporte para éste trabajo, están centradas en tres aspectos, las prácticas, creencias y factores asociados a los estilos de vida en los jóvenes universitarios.

El tabaquismo, el alcohol, el consumo de sustancias psicoactivas, la automedicación, los malos hábitos alimenticios, la ausencia o exceso en actividades físicas y de ejercicio, la falta de autocontrol, son algunas manifestaciones de los estilos de vida inadecuados, que perturban la sociedad.

Como resultado, el alto índice de enfermedades que afectan la sociedad, en parte, originados por el

desconocimiento o por el descuido de quien los practica; por lo tanto, resulta indispensable hacer una revisión de las diferentes investigaciones que se han realizado en medicina y psicología de la salud.

Con base en lo anterior, se abordaron las investigaciones que preceden este estudio teniendo en cuenta en primer lugar, los diferentes factores de riesgo existentes en los estilos de vida y como estos a su vez pueden afectar y deteriorar la salud; En segundo lugar, se hallan las investigaciones que analizan los componentes del estilo de vida saludable, los cuales pueden ayudar a mejorar la forma como las personas llevan su salud.

Posteriormente, se ubican las investigaciones sobre estilos de vida desde el punto de vista médico; ulteriormente se encuentran las investigaciones que promueven los estilos de vida saludables y por último aquellas que hacen énfasis en las ideas o creencias que tienen las personas sobre la salud.

Investigaciones sobre empleo del tiempo libre

En Bucararnanga, en la universidad Antonio Nariño, Sepúlveda y Ochoa (2002) investigaron el tiempo libre y calidad de vida de los adolescentes con el objeto de establecer, la diversidad del empleo del tiempo libre en adolescentes y la relación de éste en la calidad de vida a nivel subjetivo, en jóvenes adolescentes de 15 a 18 años de edad. Entre Los resultados obtenidos de esta investigación se encuentran: las jóvenes manejan en forma diferente su tiempo libre al de los jóvenes, se estableció incluso por género en que actividades lo jóvenes adolescentes emplean su tiempo libre. Se encontró que los varones tienen en cuenta la responsabilidad, el orden, la toma de decisiones, la superación y la

disciplina (actividades realizadas en orden) mientras que las niñas además de esto consideran muy importante la seguridad (saber que se quiere hacer). Los adolescentes tanto mujeres como varones emplean el tiempo libre en dormir, escuchar música, novio/a, salir con amigos y familia, bailar, sin embargo los jóvenes además lo utilizan para actividades lúdicas y reflexionar, mientras las adolescentes además participan en grupo juveniles y tareas domesticas.

A su vez, Luz Andrea Robles Wandurraga (2003) investigo sobre calidad de vida y empleo del tiempo libre en el adulto joven, su objetivo es encontrar y relacionar los principales factores que inciden en la calidad de vida según el tiempo libre de un grupo de jóvenes adultos (hombre y mujeres) entre los 20 y 30 años, solteros que estudian o trabajan. Para esto, se formaron dos grupos, el primer grupo de la población fueron 10 personas de 20 a 35 años, solo se le aplicó un autoregistro y la entrevista estructurada individual; al segundo grupo de 8 personas se le aplico lo mismo más el grupo focal. Los resultados fueron los siguientes: el primer grupo de la población fueron 10 personas de 20 a 35 años, solo se le aplicó un autoregistro u la entrevista estructurada individual; al segundo grupo de 8 personas se le aplico lo mismo más el grupo focal. Los resultados fueron que el primer grupo de jóvenes cree que el tiempo libre influye en su calidad de vida en la forma en que si se siente satisfecho con él, sentirán más descansados, con más energías por lo que obtendrá una mayor calidad de vida. El segundo piensa que el tiempo libre incide en su calidad de vida en una forma positiva cuando reflexiona sobre sus conductas o acciones, analizan sus metas. En general se concluye que una persona tiene un mal uso del tiempo libre cuando toman malas decisiones, tiene malos

hábitos y costumbres y una mala organización de este tiempo incide en que su calidad de vida no sea positiva, ya que provoca que la persona haga cosas malas.

En Medellín, la Universidad de Antioquia realizó un estudio titulado "Prácticas de ocio y tiempo libre de los padres de familia del barrio el Limonar de Medellín" (2004), éste estudio lo encabezó Melquizedec Blandón Mera, cuyo objetivo se centralizó en Diseñar e implementar un modelo pedagógico de ocio para la potenciación del desarrollo social de los Padres y Madres de los estudiantes pertenecientes a la Escuela Fe y Alegría del barrio el Limonar de Medellín y a su vez, determinar el tipo de prácticas que debe potenciar éste modelo pedagógico de ocio; La población que participa en el estudio está constituida por los padres y madres de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría del barrio El Limonar (Medellín - Antioquia) , los resultados arrojan que el tiempo libre para estos padres de familia lo determina el día a día y las necesidades que se vayan presentando de tal manera que dentro de su estilo de vida la recreación y la educación quedan en un tercer y cuarto plano, siendo el dormir (4 horas diarias) la única fuente de descanso.

Así mismo en Bogotá en la Universidad Pedagógica Nacional, se realizó un estudio llevado a cabo por Fernández y Serna, (2004); ésta investigación se tituló "Uso del tiempo extraescolar en los escolares Bogotanos" el objetivo era Determinar el uso del tiempo extraescolar en los escolares bogotanos, por medio del estudio de caso, la población que participó fueron escolares de 8 a 20 años de tres instituciones públicas del distrito capital. Esta población se distribuyó en dos grupos de acuerdo a la edad: Grupo uno de 8-12 años; grupo dos de 13-19 años. Los resultados iniciales del estudio están

basados en una población total de 1.456 niños y niñas distribuidos pertenecientes a tres instituciones escolares públicas: Colegio Distrital San Martín de Porres, Colegio Técnico Distrital San Francisco y Colegio San Luis de la calera, la principal actividad extraescolar es la televisión, la segunda jugar fútbol en los hombres y salir con amigos en las mujeres y hablar por teléfono.

Investigaciones Sobre los Factores de Riesgo que Afectan la Salud

Tejada, Herrera y Moreno, (1999) Realizaron un estudio descriptivo en la Universidad del Valle para determinar factores de riesgo y descubrimiento precoz de enfermedades, acciones de mantenimiento de la salud, dentro del programa de Promoción y Prevención, en este estudio se tomaron 665 personas aparentemente sanas y asintomáticas a las cuales se les practicaron exámenes estandarizados de glicemia, colesterol, HDL, triglicéridos, serología (VDRL) , antígeno prostático (PSA), citología vaginal, examen de mama, toma de tensión arterial (TA), peso, índice de masa corporal (IMC).

Los resultados de este estudio muestran una prevalencia alta de factores de riesgo cardiovascular y factores de riesgo para cáncer de cervix, mama y próstata en la población estudiada; de igual forma a mayor edad y mayor peso se observó una asociación significativa con la hipertensión arterial sistólica aislada lo cual es un factor de riesgo alto para enfermedad coronaria y accidente cerebro vascular.

El mantenimiento de la salud en el adulto es muy importante para la identificación y manejo del riesgo de las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares.

Suárez y Esquivel (2003) realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de un modelo de educación nutricional para la reducción de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en niños escolares obesos. Se realizó un diagnóstico previo para identificar las características generales de este grupo de niños y determinar el estado nutricional, los conocimientos, las actitudes y las prácticas alimenticias relacionadas con factores de riesgo cardiovascular.

El estudio de tipo cuasi experimental incluyó 31 niños obesos divididos en dos grupos: 15 casos y 16 controles. Todos los niños tenían entre 7 y 12 años, con obesidad y remitidos por médicos de la consulta externa del Hospital Nacional de Niños. En los casos se implementó el modelo educativo, el cual contempló la participación de padres y niños con metodología participativa diseñada para niños en escolarizados.

El modelo incluye 5 sesiones educativas en las que se utiliza un libro de actividades, cuentos y juegos. Los resultados de la intervención fueron evaluados tres meses después de la intervención educativa. El 97% de los niños evaluados presentan al menos 2 factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

El análisis de la dieta reportó disgusto por el consumo de frutas y vegetales e inadecuado consumo de macro nutrientes y micro nutrientes. También se identificaron inadecuados conocimientos relacionados con la alimentación adecuada para la prevención de enfermedad cardiovascular, así como trastornos de baja autoestima. El modelo educativo elaborado fue efectivo en el grupo intervenido, al mostrar cambios significativos en las variables analizadas.

Los resultados muestran que la mayoría de los niños presentaron antecedentes de diabetes mellitus, bajos

niveles socioeconómicos, sedentarismo, así como dislipidemia en un 97%.

" Mathew, Reeves y Rafferty (2000) realizaron un estudio acerca de los estilos de vida saludables en adultos Norte Americanos. Para su elaboración recopilaron datos de 153,805 adultos de todo el país. Los datos se obtuvieron del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductuales de 2000, el cual consiste en una encuesta telefónica realizada al azar "digit-diales". En esta se definieron 4 categorías de la variable estilos de vida saludable: no fumadores, consumo diario de frutas y verduras, actividad física regular y peso saludable.

Los resultados obtenidos en esta investigación evidencian que el 76% de las personas encuestadas no eran fumadores, el 40.1% mantenía un peso saludable, el 23.3% informó que comía al menos cinco frutas y vegetales diariamente y sólo el 22.2% dijo que se ejercitaba al menos cinco veces a la semana. Lo anterior indica según Mathew, Reeves y Rafferty (2000) que aquellos que no fuman, comen cinco porciones de frutas o vegetales diariamente, hacen ejercicios con frecuencia y mantienen un peso normal constituyen solamente el 3% de la población adulta en los Estados Unidos.

La anterior investigación resulta pertinente ya que resalta la importancia de mantener un estilo de vida saludable para conservar un nivel óptimo de salud. Esta aseveración es compartida por Reeves (2000) quien manifestó al respecto de los resultados de su investigación "Tenemos millones de adultos en este país con estilos de vida inferiores al óptimo y eso se ha traducido en una epidemia de obesidad y mayores riesgo de enfermedades crónicas".

Calvo, A., Fernández, L., Guerrero, L., González, V., Rubial, A. y Hernández, M. (2003) realizaron un

estudio descriptivo en el que participaron 100 pacientes portadores de cardiopatía isquémica, a los que se les realizó una encuesta buscando la presencia de factores de riesgo coronarios y otra para evaluar estilos de vida, las formas clínicas de presentación y tratamiento. En la muestra predominó el sexo femenino, la raza blanca, más de la mitad eran jubilados con un nivel de escolaridad que no rebasa el 9 grado, y casi el 90 % eran mayores de 60 años. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la HTA, los APF, el sedentarismo y el hábito de fumar; igualmente se comprobó que los medicamentos más usados fueron los antiagregantes plaquetarios y los vasodilatadores. La forma clínica que predominó fue la cardiopatía isquémica no dolorosa. Al evaluar el estilo de vida de estos pacientes encontraron que los comportamientos no promotores de salud prevalecieron en la muestra, apareciendo con bajos resultados los relacionados con responsabilidad con la salud, soporte interpersonal y ejercicio físico.

Un estudio realizado por Prattala, Karisto, y Berg (1994), citados por Arrivillaga, Salazar y Gómez, (2002), mostró al analizar las características de estilo de vida relacionadas con la salud (tabaquismo, actividad física, alcohol y consumo de alimentos) una asociación de esas características en grupos de tres o cuatro de las mismas.

Se asocia al comportamiento poco saludable el nivel de educación y se verifica que los fumadores presentan consistentemente comportamientos no saludables, ósea, cualquiera que sea la asociación de elementos, el tabaquismo esta siempre presente. Los autores afirman literalmente en una de sus conclusiones, "fumar puede ser la entrada a un estilo de vida no saludable".

En la investigación realizada por Arias, Campo, Escobar y Hurtado, (2000) se muestran el nivel o tendencia hacia el alcoholismo que se presenta en los estudiantes de la universidad.

Para su realización el método utilizado fue una encuesta de 20 preguntas de selección múltiple con única respuesta; se trabajó con una muestra de 60 personas, 10 de cada carrera de esta universidad, 5 hombres y 5 mujeres respectivamente entre los 18 y 24 años de edad, con la condición de que hallan ingerido licor sin importar la frecuencia de dicho consumo.

La hipótesis (supuesto) a tratar es que los jóvenes de la Universidad Javeriana presentaban alta tendencia hacia el alcoholismo.

Los resultados obtenidos reflejaron que los jóvenes de la Universidad Javeriana presentaron una media tendencia, sin embargo no se puede generalizar, debido a que la muestra no fue representativa.

Como conclusiones se puede inferir que tan sólo un 50% o menos consumen bebidas alcohólicas frecuentemente. Por lo que anteriormente se mencionó, es poco y menos de lo que se esperaba. Los estudiantes ingieren licor por gusto propio, generalmente sin el consentimiento de mayores y/u otros en sitios nocturnos.

Un estudio realizado por Idrobo, Castellanos, y Nieto, (1998) con un grupo de 118 alumnos de 4to y 5to curso de un colegio fiscal mixto de Quito, analizaron cuatro conductas de riesgo: repitencia en el colegio, fumar, tomar licor y tener relaciones sexuales en forma precoz, frente a determinados factores protectores familiares.

Se demostró estadísticamente a través del riesgo relativo, la influencia fuertemente protectora de factores familiares tales como: buenas relaciones

familiares y confianza de los adolescentes con sus padres, de cierto beneficio fueron el nivel de instrucción de los padres y la estabilidad de los padres en el trabajo. Se identificó a la familia desorganizada como un factor de riesgo.

Los factores protectores familiares, deben ser tomados en cuenta como una fortaleza y apoyo para proteger a los adolescentes de adquirir conductas de riesgo que menoscaben su salud y desarrollo humano, componentes importantes de los estilos de vida saludables.

María Matad, (2004) de la universidad de la Laguna, España. Realizó un estudio titulado autoestima en la mujer; El objetivo de esta investigación es analizar la relación entre autoestima y salud, y las variables más asociadas con autoestima en una muestra de mujeres españolas (N= 2.583) de edades comprendidas entre 18 y 65 años. Se

encontró que las mujeres con más confianza en sí mismas y las que se valoraban de forma más positiva tenían mejor salud, mostrando menos síntomas depresivos, de ansiedad, somáticos y disfunción social. Las mujeres que se valoraban de forma más negativa, se caracterizaban por tener un estilo de afrontamiento del estrés emocional y las mujeres con mayor confianza en sí mismas tenían un estilo de afrontamiento más racional y menos emocional. Aunque la influencia de los factores sociodemográficos era muy escasa, la autoestima era algo mayor en las mujeres con nivel de estudios universitarios, en las que tenían empleos de mayor nivel, en las casadas, en las que tenían 1 o 2 hijos.

Investigaciones Sobre los Componentes del Estilo de Vida Saludable

Gochman, (1982) Glanz y Clbs, (1990), citado por Arrivillaga, Salazar y Gómez, (2002) ha denominado como conductas de salud, aquellas que realizan las personas para mantener, restablecer y mejorar su salud donde estas incluyen creencias, expectativas, motivaciones, valores, percepciones y otros elementos cognitivos, así como estados emocionales y afectivos, patrones de conducta, hábitos y acciones.

Lo anterior lleva a pensar que todo lo relacionado con los estilos de vida saludable tiene como componentes, varios aspectos del comportamiento que se adquieren con la realización y la constancia en un contexto específico dentro de los cuales se encuentran el social, familiar, escolar y laboral. Y que con el tiempo estos hábitos resistentes al cambio se vuelven de difícil modificación.

Esto revela la importancia del ambiente en el que se da el aprendizaje del estilo de vida, pues ellos son generadores de dimensiones que en alguna medida los controlan.

Lopategui, (2000) en el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos Continentales ("United States Department of Agriculture", USDA), y los Servicios de Salud y Humanos ("Health and Human Services", HHS) revisaron las recomendaciones dietéticas para los norteamericanos, las cuales incluyen por primera vez un nuevo énfasis sobre la importancia del ejercicio para mantener y/o mejorar el peso corporal (Kennedy, Meyers & Layden, 1996).

En ese mismo año, basado en los hallazgos de estudios epidemiológicos que evidencian los beneficios de la salud que se derivan de la práctica de actividades físicas moderadas, los Centros para el Control y

Prevención de Enfermedades ("Centers for Disease Control and Prevention", CDCP), y el Colegio Americano de Medicina Deportiva ("American College of Sports Medicine", ACSM) plantearon su posición en cuanto a la función de la actividad física en la salud colectiva (Pate, et al, 1995).

Recientemente, agencias federales de salud han publicado dos informes que exponen sus posiciones y consenso en cuanto a la función de la actividad física moderada en prevenir condiciones crónicas-degenerativas (particularmente las cardiopatías coronarias) y el riesgo de muertes prematuras (NIH consensus development panel on physical activity and cardiovascular health, [NIH], 1996; U.S. Department of Health and Human Services, [USDHHS], 1996) .

Una de estas publicaciones es el informe que ha diseminado el Cirujano General de los Estados Unidos de Norteamérica, dirigido hacia la actividad física y la salud (USDHHS, 1996) . Este documento enfatiza la importancia de todo tipo de actividad física para mantener una buena salud y prevenir enfermedades crónicas degenerativas. Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud ("National Institute of Health", NIH) recalca los beneficios cardiovasculares que se obtienen mediante la práctica regular de actividades físicas de moderada intensidad (NIH, 1996).

Por otra parte, se realizó un estudio titulado hábitos básicos de salud y creencias sobre salud y enfermedad en adolescentes de España, Colombia y México. (2004) el cual tuvo como objetivo analizar los hábitos de alimentación y actividad física y las creencias sobre salud y enfermedad de una muestra de 954 adolescentes de ambos sexos (promedio 12,36-12,06 años) de España 321, Colombia 401 y México 232.

Empleando un cuestionario sobre hábitos de salud y creencias sobre salud y enfermedad. Los resultados indican que el 58% de los participantes muestra un perfil de riesgo en alimentación y el 62,9% presenta un perfil de riesgo en actividad física. Las comparaciones entre países indican peores perfiles de hábitos de alimentación para la muestra Colombiana frente a la mexicana y la española, y peores perfiles de hábitos de actividad física para la muestra española en comparación con las de otros países.

Los resultados confirman que la adolescencia es un momento clave en la formación de las creencias sobre salud y enfermedad con el 61% de los sujetos mostrando un patrón indefinido de creencias sobre salud y el 54% un perfil indefinido de creencias sobre la enfermedad, con diferentes significativas entre las muestras de los distintos países.

Marco Teórico

Entre los puntos centrales sobre los cuales se sustenta la presente investigación se encuentran estilos de vida y psicología de la salud, las diferentes definiciones de estilo de vida y los componentes de los mismos; a su vez, se plasman significados acerca de salud y enfermedad, para finalizar con los factores nocivos y de protección en los estilos de vida; quedará detalladamente se describirá en el siguiente espacio.

Psicología de la Salud

Cada persona según su experiencia obtiene una idea de lo que es la Salud, por eso si se estudiará sus representaciones posiblemente se obtendría lo que todo el mundo dice saber que es, cada persona tiene un concepto distinto. No obstante, en muchas explicaciones

enumerarían características como son la idea de bienestar, falta de enfermedad, ausencia de deficiencias, entre otras.

Este concepto ha ido variando con el tiempo, a medida que se percibía de forma diferente. Antiguamente se veía como ausencia de enfermedad; es decir, inexistencia de anomalías observables, orgánicas, anatómicas, fisiológicas o conductuales. Incluso actualmente se utiliza el término "salud" como opuesto a enfermedad: se considera sano cuando no se está enfermo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1946 definió la salud como "Un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Prima una consideración subjetiva: hay salud si, a pesar del deterioro físico, se supera un proceso de rehabilitación completo, hasta encontrarse el sujeto a gusto en su medio; no la hay si se carece de bienestar, aún en ausencia de enfermedad. Además, con el añadido "social" de que la salud depende también de factores de la comunidad humana; no es algo que una persona pueda alcanzar aisladamente.

De acuerdo con Carrobles, citado por Simón, (1993) la Salud en definitiva, es bienestar o vida en las tres dimensiones o áreas básicas que constituyen la naturaleza humana: biológica, psicológica y social, y cuyo disfrute, combinada o integradamente, constituye la principal aspiración del ser humano y el ideal o prototipo de felicidad de nuestro tiempo.

Estas dimensiones que pueden parecer ligadas de cierta forma, pero resulta difícil detallarlas por separado, pertenecen a una realidad integral de tipo biopsicosocial que conforma al ser humano en el aspecto tanto de la salud como de la enfermedad.

Por tal motivo, la Psicología de la Salud, se interesa principalmente por la prevención e intervención centrada en la modificación de aquellos hábitos y estilos de vida inapropiados del ser humano en su medio social y ambiental en el que se encuentra, con el fin de alcanzar lo que algunos definen como Psicología Social de la Salud, destacando de esta forma la dimensión social o comunitaria que últimamente forma parte de la investigación y las intervenciones prácticas en la Psicología de la Salud.

Según Simón, (1993) la Psicología de la Salud representa la confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (psicología clínica, psicología básica, psicología social, psicobiología) , tanto a la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad.

Es indudable el concepto holístico con el que se mira el proceso de salud - enfermedad, el cual se ha transformado notoriamente a lo largo de los años. Por esta razón la salud ha pasado a entenderse como un estado de bienestar físico, psicológico y social y no como ausencia de enfermedad que era como generalmente se concebía.

Esta nueva visión facilita a los individuos satisfacer sus necesidades, realizar sus aspiraciones y afrontar adecuadamente situaciones de estrés en las que se ven envueltos a diario. No obstante, es necesario que la intervención que se realice en los problemas de salud, no quede solo en el ámbito del sujeto individual, sino que abarque todos aquellos factores socioculturales y ambientales que determinan algunos estilos y condiciones de vida perjudiciales para el desarrollo sano del organismo.

Así, Psicología de la Salud hace referencia, según Dulcey (1989) citada por Salazar y Uribe, (1997) citados por Arrivillaga, Salazar, y Gómez, (2002) a la disciplina que se ocupa de investigar y aplicar principios del comportamiento que posibilitan la conservación y recuperación de la salud.

Por tanto su interés radica en los conocimientos científicos relacionados con procesos psicosociales como motivación, emoción, cognición y aprendizaje, los cuales pueden ser expresados de forma particular, de acuerdo al ciclo de vida de las personas, los espacios y situaciones de gran importancia en los que se desarrollan las conductas saludables.

De ésta manera, la motivación según Reeve, (1994) es una causa hipotética de la conducta provocada por condiciones ambientales o inferidas de expresiones conductuales, fisiologías o de autoinforme. Otra forma de abordar la motivación son los seis aspectos de la conducta que pueden indicar la intensidad de un motivo: latencia, elección, amplitud, probabilidad de respuesta, expresiones faciales y gestos corporales.

Los estados fisiológicos también ayudan a inferir la motivación, lo cual es indicador de que estos procesos forman parte fundamental del estilo de vida saludable que cada sujeto ejecuta.

Por otra parte las emociones según Reeve, (1994) son estados afectivos subjetivos y se expresan por medio de respuestas biológicas, fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción adaptativa. Estas producen expresiones faciales y corporales que comunican nuestras experiencias emocionales a los demás.

Según Dorsh (1990) citado por Reeve, (1994) la cognición es otro de los componentes psicosociales en la Psicología de la Salud que designa todos los procesos o

estructuras que se relacionan con la conciencia y el conocimiento como la percepción, el recuerdo, la representación, el concepto y el pensamiento.

En este sentido, el aprendizaje orienta diversos procesos complejos que llevan a un cambio latente de conducta a través de la experiencia. Los componentes antes mencionados permiten al hombre el establecimiento de un estilo de vida acorde a sus prácticas y creencias que pueden moldearse según su conocimiento y necesidades.

Estilos de vida saludables

"Siembra un pensamiento y cosecharás un acto, siembra un acto y cosecharás un hábito, siembra un hábito y cosecharás una costumbre, siembra una costumbre y cosecharás un destino" anónimo.

Incursionar en la temática de Estilos de Vida Saludables, no es posible hacerlo a través de un listado de comportamientos individuales y colectivos que definen el que hacer o no hacer para vivir más o menos años, independiente de como se viven. Es necesario en primera instancia, adentrarse en el concepto de Calidad de Vida y un poco más allá en este como componente del desarrollo humano orientado hacia que hacer, individual y colectivamente, para la satisfacción de las necesidades humanas.

Concepto Del Desarrollo Humano

Según Maya, 2001 el desarrollo debe entenderse como un "proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida para lograr mejor calidad de vida y alcanzar mantener la dignidad de la persona humana en la sociedad" ésta transformación exige la participación de la población.

El desarrollo se inicia con la identificación de las necesidades humanas y su objetivo final será humanizar y dignificar al ser humano a través de la satisfacción de sus necesidades de expresión, creatividad, participación, igualdad de condiciones de convivencia, y autodeterminación entre otras. En esta forma el desarrollo está íntimamente ligado con las oportunidades de autorrealización de las personas como individuos o como grupos.

Como el desarrollo implica satisfacción de necesidades, muchos investigadores del área biológica, psicológica y social, se han preocupado por el estudio de éstas. En el artículo Calidad de Vida y Desarrollo de la Vejez (Ps Zemirower, N.P. y otro. 1992), los autores, psicólogo y médico, exponen que los tres componentes del desarrollo humano siguen siendo la longevidad (esperanza de vida), el conocimiento (la educación) y los niveles de vida decentes (ingresos). El desarrollo humano, según estos autores, no se puede realizar si no hay vida y salud. Las personas no solo desean vivir y poder desarrollarse, también anhelan tener conocimientos y una vida decente, la cual no este permanentemente sujeta a situación de pobreza extrema y de preocupaciones constantes en relación con la subsistencia. Los investigadores sociales, han establecido otras categorías de necesidades, definiéndolas como: de existencia, de relacionamiento, de crecimiento, físicas, sociales, culturales, políticas, de subsistencia y de formación humana. Es así como el desarrollo a escala humana implica compromiso generalizado de todos los sectores: político, económico, religioso, social, cultural, individual, colectivo, etc. (Maya, 2001).

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, que conforman un sistema que se

interrelaciona e interactúa, complementándose y compensándose simultáneamente para lograr dinamismo en el proceso de satisfacción.

Las necesidades humanas universales, son iguales en todas las culturas y momentos históricos, su variación la determina el mecanismo o medio utilizado para satisfacerlas.

La satisfacción de las necesidades humanas debe darse en tres contextos, también interrelacionados:

- En relación con uno mismo.
- En relación con el grupo social.
- En relación con el medio ambiente (Maya, 2001) .

Calidad De Vida

Definir calidad de vida es impreciso por la dificultad para concretarlo como una parte o un todo; Neugarten (1974) expresaba que la satisfacción de la vida contiene: la satisfacción en las actividades diarias, el significado de la vida individual y colectivo, haciéndose responsable de la misma; la percepción de logro de metas de vida, la autoimagen y la actitud hacia la vida. Sin embargo, para San Martín y Pastor (1988) es la respuesta a una interrelación de estímulos a nivel individual y social en un ambiente total. En síntesis, dicen ellos, es un ejercicio de los valores sociales.

Conjugando las dos definiciones anteriores y lo objetivo - subjetivo con lo individual y colectivo, la definición de calidad de vida podría sintetizarse en la conceptualización multidimensional que hace la psicóloga Rocío Fernández Ballesteros citada por Maya en su artículo componentes de los estilos de vida (2001), en la cual globaliza la participación de factores personales y socioambientales para alcanzar una satisfacción de

necesidades que origine calidad de vida y por consiguiente desarrollo.

Entre los factores personales, la autora incluye la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades. Entre los segundos las condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social. Unos y otros, por su naturaleza física, social o ideológica, determinan estilos de vida individuales y colectivos.

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico según Bibeau y cois 1985, citados por Maya, (2001) en su artículo componentes de los estilos de vida.

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como Estilos de Vida Saludables.

Por otra parte. El Estilo de Vida Saludable es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para la salud. Es por ello que los comportamientos o conductas son determinantes decisivos de la salud física, mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar.

La manera como la gente se comporte determinara el que enferme o permanezca sana y en caso de que enfermes su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad a que este se produzca.

Debido a ello, es importante mencionar y resaltar que dichos comportamientos en conjunto se convierten en hábitos y conductas rutinarias, y como tal, hacen parte de los estilos de vida asumidos por los individuos. Con respecto a dichos comportamientos, existen dos tipos: uno es de bienestar y el otro es de riesgo.

Los comportamientos de bienestar o saludables representan una acción que ayuda a prevenir la enfermedad y accidente y promueve la salud individual y colectiva y/o mejora la calidad del ambiente. Por el contrario, el comportamiento de riesgo es una acción que incrementa la incidencia de enfermedades y accidentes, amenaza la salud personal y la de otros, y ayuda a destruir el ambiente.

Según un artículo publicado en Wikipedia (2000), se denomina el Estilo de Vida, hábito de vida, como forma de vida con un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud. Los Estilo de Vida

Saludable son aquellos aspectos que se consideran más deseables, como lo son las creencias y prácticas que caracterizan el mismo.

Según Henderson, Hall y Lipton (1980) citados por Rodríguez Marín (1995) citado por Arrivillaga, Salazar, y Gómez, (2002) plantean el Estilo de Vida como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona y anotan que la categoría "Estilos de Vida que llevan a la Salud" incluye la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la dieta, la actividad física, el consumo de alcohol, de cigarrillo, de fármacos, entre otros. Esto hace énfasis a dos características fundamentales: la forma habitual de vivir y la aplicación a distintas esferas de funcionamiento del entorno vital.

Para Sánchez, López y Aparicio (2000) citados por Molina, M. (2001) se considera que el Estilo de Vida es la forma más útil para conocer a la persona, permite predecir su conducta. Es el aspecto cognitivo de esta. La función de los Estilos de Vida es la de organizar y simplificar, solucionar problemas, controlar la experiencia, construir mitos sobre la autoimagen y la imagen del mundo, además de tener un efecto autoprotector en el sujeto.

Según Maya (2001) 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 a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida".

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o

comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencidos de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona (Maya, 2001) .

Los comportamientos influyen en que las personas permanezcan sanas o se enfermen, pero debido a su carácter habitual y a la profundidad en que se encuentran enraizados son difíciles de cambiar, a pesar de que muchas conductas implican altos riesgos para la salud y permiten la persistencia de muertes prematuras y evitables, "el estilo de vida saludable es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para la salud". Los Comportamientos o Conductas son determinantes decisivos de la salud física y mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar♦ Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento.

La manera como la gente se comporte determinará el que enferme o permanezca sana, y en caso de que enferme, su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad a que ésta se produzca".

Los comportamientos que tienen impacto en la salud se denominan habitualmente "Modos o Estilos de Vida" y quiere decir que la persona es libre de elegir la forma de vivir que le guste (Artículo: Fomento de dietas y modos de vida sanos -FAO Modos de Vida Sanos y Salud Mental - OPS -OMS)

Generalmente las personas de clase media y alta tienen la facultad de elegir el medio en donde están situados sus hogares, la calidad y tipo de alimentos que

consumen y la clase de atención médica que reciben. En cambio los que viven en pobreza tienen sus opciones fuertemente restringidas por la limitación de sus recursos.

El comportamiento está tan arraigado en los grupos sociales, influido por las diferencias sociales y dependiente de los recursos disponibles, que su naturaleza es primordialmente social.

Incluye fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, conductas sexuales, salud mental y el control de tres elementos ligados a la alimentación: presión arterial, colesterol y arteriosclerosis.

"El comportamiento influye en los riesgos de enfermar y también en las posibilidades de sanar, porque la conducta de una persona determina que se exponga a agentes causantes de enfermedades y luego si se enferma debe procurar asistencia, y si la enfermedad es larga debe continuar al tratamiento" (Artículo: Fomento de dietas y modos de vida sanos -FAO Modos de Vida Sanos y Salud Mental - OPS -OMS) .

Según la FAO la prevalencia de las enfermedades no transmisibles relacionadas con dietas inadecuadas y estilos de vida poco sanos está creciendo en muchos países. Al aumentar la prosperidad y urbanización, las dietas tienden a ser por término medio más ricas en energía y grasas, especialmente saturadas, y a tener un contenido menor de fibras y carbohidratos complejos y un contenido mayor de alcohol, carbohidratos refinados y sal. En los medios urbanos disminuyen con frecuencia el ejercicio físico y el gasto de energía, mientras que tienden a aumentar el consumo de tabaco y el estrés. Estos y otros factores de riesgo, así como el incremento

de la esperanza de vida, van unidos a una mayor prevalencia de la obesidad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, osteoporosis y algunos tipos de cáncer, con los consiguientes e inmensos costos sociales y de atención de salud. En algunas regiones la caries dental es también una importante condición relacionada con la dieta. (Artículo: Fomento de dietas y modos de vida sanos -FAO Modos de Vida Sanos y Salud Mental - OPS -OMS).

Estilo de vida y salud

Según Simón, (1993) en la reconceptualización del concepto de la Salud ha jugado un papel de extrema importancia la propia variación de la epidemiología de la enfermedad. Así mientras que en los inicios de siglo las causas principales de mortalidad y morbilidad eran las enfermedades infecciosas, en la actualidad este cuadro ha cambiado drásticamente, al menos en países desarrollados, pasando a ocupar el lugar de los trastornos crónicos, todas aquellas lesiones producidas por accidentes y las denominadas alteraciones funcionales.

Los reportes epidemiológicos han demostrado que un alto porcentaje de los trastornos denominados se encuentran vinculados a factores del comportamiento.

De estos se destacan aquellos hábitos de conducta específicos como lo son el abuso en el consumo de tabaco, alcohol y drogas, la sobrealimentación, la ausencia de ejercicio físico y algunos patrones de personalidad y respuesta al estrés.

Es de gran importancia destacar los informes iniciales que tratan sobre lo que determina la salud a nivel mundial, los cuales hacen énfasis en las condiciones que se necesitan para mantener la salud y las diferentes definiciones de lo que es salud y enfermedad.

De acuerdo a lo antes mencionado, uno de los principales es el informe de Lalonde (1974) citado por Gómez, (1998) citado por Arrivillaga, Salazar, y Gómez, (2002) el cual define cuatro componentes de la Salud, que son la biología humana, el medio ambiente. el estilo de vida y la organización de los servicios de salud. Es importante mencionar que todos los componentes a diferencia del primero pueden ser cambiados y que es difícil determinar los límites existentes entre estilo de vida y medio ambiente.

Para Floréz, (1994) las personas a lo largo de su vida van desarrollando ciertos Estilos de Vida, que se van sistematizando como un proceso de aprendizaje por asimilación o imitación de modelos, patrones familiares y/o de grupos. Todo 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.

Con lo anterior se pueden encontrar Estilos de Vida salutogénicos tales como tener hábitos de ejercicio físico, estrategias de afrontamiento al estrés, una dieta balanceada, auto cuidado y cuidado médico, habilidades sociales, etc. Sin embargo también hay estilos de vida patogénicos (que impactan el estado de enfermedad del sujeto), como el sedentarismo (propiciando enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, entre otras), consumo de tabaco y alcohol, enfermedades de transmisión sexual, de estrés, consumo excesivo de alimentos ricos en grasas saturadas, autoestima baja, ansiedad social, timidez y depresión, por mencionar algunos.

Según Sánchez Bañuelos (1996) citado por Martín, y Rico, (2002) uno de los propósitos fundamentales de los Estilos de Vida Saludables es el de incrementar el

periodo de años cualitativamente vividos, lo que no lleva necesariamente consigo un incremento del número total de años de vida. Con todo esto se pone de relieve que no sólo es importante la vida sino la calidad de la misma.

En un intento de integrar lo que son los Estilos de Vida Saludables en la vida del ser humano, es necesario considerarlos como un producto histórico social que se manifiesta de forma diferencial en grupos e individuos pero que afecta a la sociedad en su conjunto. Es por esta razón que los Estilos de Vida Saludables son considerados como todo aquello que puede dar bienestar y desarrollo individual en todos los niveles en los que el ser humano se desenvuelve. Según Armijo - Rojas (1994) citados por Florez Hernández (1999) citados por Arrivillaga, Salazar, y Gómez, (2002) algunos Componentes del Estilo de Vida Saludable y sus posibles consecuencias son:

La actividad física regular; que contribuye al control del peso, la prevención de la enfermedad coronaria, la normalización de los lípidos y beneficia el metabolismo de los carbohidratos; prolonga la fortaleza de los huesos y a la estabilidad emocional y el mejoramiento del autoconcepto y la autoestima.

Las prácticas nutricionales adecuadas, que contribuyen a disminuir el consumo de grasa, sobre todo la saturada; a aumentar el consumo de leche, verduras, frutas, alimentos con alto contenido en fibras; a disminuir el consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas y a evitar el consumo excesivo de alcohol.

Los comportamientos de seguridad, que contribuyen a minimizar el riesgo de accidentes en ambientes de trabajo y escolares, actividad de juego y otras que pueden dañar la salud y a prestar atención cuando se utilizan autos, medicamentos, armas de fuego, armas blancas, sustancias tóxicas y fuego.

La reducción de consumo de sustancias, en especial el consumo de alcohol y tabaco, causantes de diferentes tipos de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebrovasculares y los desajustes sociales e interpersonales.

Fomento de las prácticas adecuadas de higiene: la ausencia de prácticas adecuadas de higiene facilita la aparición de enfermedades, tales como enfermedades de transmisión sexual, las caries dentales, la pediculosis, la hepatitis, la gripe, la tuberculosis, etc. De ahí que se sugieran algunas medidas como el cepillado diario de los dientes, el lavado de los alimentos que se ingieren crudos, el lavado de las manos antes de comer, el lavado y aseo diario del cuerpo, la adecuada canalización de las aguas residuales y tratamiento de la basura y la purificación de los humos.

Desarrollo de comportamientos de autoobservación: existen procesos de riesgo cuya única forma de detectarlos y detenerlos, es observando tempranamente su aparición, para así adoptar medidas eficaces en su afrontamiento. Se sugiere por tanto el chequeo periódico de la tensión arterial, el autoexamen de mamas, la realización de la citología, observar anomalías en el desarrollo psicomotor del bebé y estar atentos a los procesos respiratorios para detectar precozmente la aparición del asma bronquial.

Desarrollo de un estilo de vida minimizador de estrés y donación de sangre y órganos.

Desarrollo de competencias para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales.

Desarrollo de comportamientos de adaptación vital, que contribuyen al manejo de situaciones tales como la paternidad, vivir en pareja, adaptarse a la viudez,

divorcio, las relaciones sexuales y la adopción de un método anticonceptivo, etc.

Cumplimiento y seguimiento de las prescripciones de salud (adherencia terapéutica).

Para Posada, Charry, y Rodríguez, (1999) existen unas variables personales que favorecen un Estilo de Vida Saludable y de bienestar como lo son:

- Buenos hábitos de consumo, a través del manejo de la influencia de la publicidad.
- La práctica del deporte como forma de empleo del tiempo de ocio.
- Pertenecer a grupos o asociaciones juveniles.
- Mantener una alimentación adecuada y balanceada.
- Adecuada higiene personal.
- Disponer de horas de descanso al día.
- Hábitos recreativos: cine, televisión, lectura, revistas, música, reuniones, tertulias, deportes.

“ Hábitos de sueño.

Estilo de vida y Corazón

El aumento del nivel de colesterol en sangre es el origen de enfermedades coronarias, como angina de pecho e infarto de miocardio, y uno de los principales factores de riesgo de estas enfermedades con el tabaco, la hipertensión arterial y la diabetes.

Los más importantes estilos de vida están relacionados con el sistema cardiovascular que sufre los impactos de la exposición repetida a diversos riesgos, que pueden describirse junto con la Cardiología de Francia como "Los 4 Verdugos del Corazón":

- o Colesterol
- o Hipertensión
- o Tabaco
- o Sedentarismo

En forma general, la HIGIENE DE VIDA (alimentación equilibrada, ejercicios físicos regulares, control del peso, suprimir el consumo de tabaco...) es la mejor prevención, acompañada de un seguimiento periódico de algunos parámetros: Tensión arterial, niveles de colesterol y de glucosa en sangre, etc. La prevención de las enfermedades cardiovasculares interviene en el bienestar general porque promueve el adoptar un modo de vida globalmente beneficioso para la salud que muestran que para evitar riesgos sobre la salud es básico: no fumar, alimentación sana y equilibrada para el control del colesterol y la tensión arterial y realizar actividad física.

Como modo de vida para el cuidado del corazón se debe realizar actividad física en forma cotidiana:
Preferir caminar o la bicicleta al automóvil
Subir las escaleras en lugar de hacerlo por el ascensor
Practicar jardinería o artesanías manuales.

Factores de Riesgo y Salud

La vida esta continuamente bajo influencia de diferentes riesgos y circunstancias que pueden poner en alto riesgo el bienestar en general.

De acuerdo con Lopategui, (2001) dentro de esos riesgos se encuentran condiciones genéticas hereditarias, el ambiente bioecológico y psicosocial donde están inmersos los individuos, el cuidado habitual para la salud y los diferentes estilos de vida.

Herencia/Factores Genéticos: Se refieren al traspaso de las características biológicas de los padres al niño. Este factor puede causar una predisposición genética hacia una enfermedad. Comúnmente no es controlable por el ser humano. Esto quiere decir que tarde o temprano, el

individuo habrá de sufrir la condición que fue predispuesta por los genes de sus padres.

Las enfermedades que se pueden heredar incluyen los disturbios mentales (esquizofrenia), enfermedades infecciosas, cardiopatías coronarias (enfermedad en las arterias coronarias del corazón), diabetes mellitus o sacarina (producción o utilización inadecuada de insulina, manifestado por hiperglucemia), hemofilia (ausencia de coagulación sanguínea, evidenciado por hemorragias), anemia drepanocítica o falciforme (glóbulos rojos anormales/enfermos) , entre otras. Hoy en día, las investigaciones científicas se dirigen hacia la eliminación de las enfermedades genéticas a través de la ingeniería genética, consejería genética y educación para la salud. Este factor compone 16% de lo que determina el grado de salud de un individuo.

Ambiente: El factor ambiental representa todo aquel elemento externo al cuerpo humano, que rodea o se interrelaciona con el individuo, sobre el cual la persona tiene cierto grado de control. El ambiente puede ser de origen físico-ecológico, biológico y socio-cultural. El ambiente físico-ecológico incluye las condiciones del tiempo y clima, estaciones, vivienda, suelo/tierra, condiciones sanitarias, agua, luz, provisiones de alimentos, medicamentos, radiación, aire limpio o contaminado, facilidades recreativas, automóviles, hospitales, solares y edificios escolares, entre otros.

Por el otro lado, los factores biológicos representan todas aquellas cosas que poseen vida, tales como fauna (animales), flora (plantas), otras personas, gérmenes, vectores de enfermedad, reservorios, agentes de enfermedad, entre otros. Finalmente, los factores sociológicos o culturales son aquellos creados únicamente por el ser humano.

El social comprende las interacciones entre la gente. Esto incluye también el hacinamiento, calidad de vivienda, condiciones de trabajo, seguridad física y social, afecto, comunicación, asistencia médica, trabajo, progreso, distribución de la riqueza, entre otros. El factor cultural representa aquellos patrones de cultura en un tiempo y lugar dado. Es el patrón de vida que sigue de generación en generación, los hábitos, modo de pensar, crear y sentir. También, puede describirse como el conjunto de capacidades que el ser humano adquiere como miembro de la sociedad en que vive, sus conocimientos, creencias, costumbres, estatus social, derecho, moral, artes, entre otros. Un 21% de la capacidad del individuo para controlar la enfermedad resulta por su medio ambiente.

El cuidado de la salud (médico y hospital): Se refiere a la manera en que el individuo cuida su salud y se mantiene saludable. Se fundamenta en la medicina preventiva y en el cuidado apropiado del enfermo. 10% de este factor que afecta nuestra salud puede ser controlado por la persona.

Comportamiento o estilo de vida: La manera en que interacciona el individuo con el ambiente describe lo que es un comportamiento. Este factor resulta de la interacción de los factores físico-ecológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Esa interacción puede ser positiva o negativa, dependiendo principalmente de las decisiones personales que afectan el bienestar. Solo el propio individuo tiene control sobre sus acciones. Es un asunto de selección de responsabilidad individual. Los estilos de vida son patrones de comportamiento, valores y forma de vida que caracteriza a un individuo, grupo o a las diferentes clases sociales. Más específicamente, los factores de

estilos de vida representan las prácticas diarias, hábitos y actividades que afectan la salud del individuo. Estos factores que pueden afectar la calidad del estilo de vida son, a saber: los comportamientos de cada individuo, sus relaciones y las decisiones que toma la persona.

Fernández del valle (1996) citado por Arrivillaga, Salazar, y Gómez, (2002) expresa que el Estilo de Vida hace referencia a un tipo de conductas cuya repercusión sobre la salud es especialmente importante. Para el autor, no se ve fácil encontrar conductas humanas que no tengan algún tipo de influencia sobre la salud y el bienestar y propone la existencia de una serie de repertorios de conducta que se encuentran entre los factores de riesgo mas importantes de los principales problemas de salud en la actualidad tales como el consumo de alcohol y de tabaco, el no tener un equilibrio dietético en la alimentación, no practicar ejercicio físico, no participar en programas de promoción de la salud, no cumplir con las instrucciones medicas, la utilización inadecuada de los servicios de salud entre otros.

Existen muchas amenazas para la salud y el estilo de vida, las cuales se ven representadas por diferentes factores que intervienen en el entorno actual como lo es el enorme crecimiento de las ciudades, el desarrollo industrial, el gran numero de automóviles que se encuentran en uso, etc, lo cual favorece a la formación de disturbios, contaminación ambiental, aumento de las enfermedades e incluso la generación de violencia.

Partiendo de lo anterior, para Posada, Charry, y Rodríguez, (1999) se han detectado como factores desfavorables para un estilo de vida sano o de bienestar, los siguientes:

Uso y abuso de sustancias psicoactivas legales como cigarrillo y alcohol en adolescentes.

Cultura de la violencia y de la agresividad.

Relación sexual sin vínculo afectivo y sin protección adecuada.

Medios de comunicación que fomentan estilos de vida superficiales.

Inadecuadas condiciones sociales de vida.

La denominada "comida chatarra", con alto consumo de carbohidratos, ricas en grasas, especialmente saturadas, y con bajo contenido en fibra.

Abuso de sustancias psicoactivas ilegales.

Otras, como, asumir conductas peligrosas: exceso de velocidad y no usar cinturón de seguridad al conducir; comportamiento imprudente del transeúnte, ignorar las señales de tránsito.

Vivir solo, sin familia que proporcione atención, o personas que residen en instituciones.

Inadaptación social, aislamiento, persecución social, discriminación política, religiosa y sexual.

Componentes de la calidad de vida

Recreación, manejo del Tiempo Libre

El objeto ocio es una categoría que entra en relación directa con el tiempo "libre", ya que es tratada como el extracto del tiempo "realmente libre" en el cual, supuestamente, los individuos desarrollan actividades que no estarían relacionadas, ni directa ni indirectamente, con las labores productivas: tiempo del cual el individuo dispondría con entera libertad.

El ocio es tratado como "un conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede entregarse de manera completamente voluntaria tras haberse liberado de sus obligaciones profesionales, familiares y sociales, para

descansar, para divertirse, para desarrollar su información o su formación desinteresada o para participar voluntariamente en la vida social de su comunidad" (Osorio, 2005)

Desde el mismo autor se plantea que el ocio Posee tres funciones principales:

- o Descanso
- o Diversión
- o Desarrollo

Este enfoque funcionalista en el análisis del ocio establece las regularidades que se establecen o se buscan con las actividades de ocio, pero soslaya sobre el mismo que su característica principal esta en el fin en si mismo de las prácticas de ocio que se despliegan.

Por tanto, "el ocio puede ser entendido como el conjunto de prácticas que encierran valor en si mismas, resultan interesantes y sugestivas para el individuo, y suelen implicar una cierta motivación hacia la acción" (Osorio, 2005).

Es importante subrayar que con los desarrollos del modo de producción y de sus modalidades de dominación, cada vez, este ejerce un gran control sobre la programación de las prácticas y actividades desplegadas en el tiempo de ocio, su distribución que se hace de forma excluyente a cada clase social, y no solamente con el tiempo, sino también con las posibilidades de desarrollo social y las condiciones que rodean y condicionan el espacio del tiempo.

Sobre las Prácticas de Ocio

Las prácticas de ocio desde una perspectiva del desarrollo social propician las facultades intelectuales y universales de los individuos, en un sentido de

transformación de los hábitos de vida y en la perspectiva del completo desarrollo del individuo y de sus capacidades creativas.

Por consiguiente, las prácticas de ocio se transforman en prácticas que potencian el desarrollo social cuando configuran unas concepciones contra la organización social que sustrae al ser de su propia libertad y su tiempo. Estas actividades no están determinadas desde afuera, no son otra cosa que una resistencia a la realidad explotadora y enajenante impuesta.

El valor de tales prácticas de ocio radica en ser prácticas que no pretenden la reproducción social, es decir, no buscan ser una compensación al trabajo enajenado. (Osorio, 2005).

Por otra parte, es en el siglo XVI, con el surgimiento de la economía de mercado comienza a gestarse como derivación del ocio, el concepto de ociosidad. La condición humana adquiere la condición natural de impureza y pecado, y la potencialidad del ser humano se circunscribe a la superación de esa naturaleza a través del trabajo. El trabajo pasa a ser el elemento que dignifica al hombre y la ociosidad su condena. La crítica al ocio que surge en este período abarca dos dimensiones: la económica y la moral. A partir de aquí el concepto de ocio, no tiene la capacidad de expresar un contenido válido en diferentes momentos históricos. Cuando se intenta recobrarlo, da lugar -por las condiciones históricas-, a un nuevo concepto, el Tiempo Libre (Gerlero, 2005).

En cuanto al tiempo libre, históricamente La revolución industrial marcó el punto de partida en la concepción del tiempo libre. La lucha por la conquista de tiempo libre se sucede logrando paulatinamente una

reducción de las horas de trabajo. Al mismo tiempo, se diversifican las consignas para la utilización del tiempo liberado; La radio, la televisión, el cine, capturan horas de tiempo libre diario, y de fin de semana (Gerlero, 2005).

De la misma forma, existen Una gran cantidad de especialistas que abordan la problemática del tiempo libre a partir de un enfoque cronológico, donde surge la oposición entre tiempo de actividades y el tiempo extralaboral. Este enfoque tomarla el sentido de " libre de" .

Según Pérez (2002) en su artículo "tiempo libre y su relación con la calidad de vida", El tiempo libre ha sido disociado y prescripto, ha perdido su sentido totalizador y creativo; que el hombre lo posea no implica en si la responsabilidad de disfrutarlo. A tantas horas de trabajo, se le oponen tantas horas de entretenimientos, pasatiempos, actividades con horarios rígidos, que en una gran mayoría ha ido perdiendo su finalidad cultural, aspecto que ha conllevado a enfermedades masificantes no preventivas. De esta manera se plantean dos perspectivas:

Desde lo psicológico: El individuo tiene sus actividades pautadas o rutinarias dentro de una ocupación que le quita posibilidades de plantearse un tiempo para sí, cae también la mayoría de las veces, en actividades pautadas y rutinarias en su tiempo libre, lo que permite defensivamente negar sentimientos de angustia y soledad generados por ciertos conflictos personales; sentimientos que ocasionan perturbaciones y malestar en la conducta manifiesta del individuo, que no permite el pleno desarrollo y bienestar del sujeto.

Desde lo social: Esta angustia puede ser producida por una sociedad que tiende a la despersonalización y a la rigidez en la relación interhumana. El hombre es fijado

en una actitud pasiva, de simple espectador y no de un participante creativo y crítico con su realidad. El tiempo extralaboral y de descanso es llenado por una variedad de actividades compulsivas que no le permiten el reencuentro consigo mismo y con los otros.

Consumo de alcohol, Tabaco y Otras Drogas

La influencia del tabaquismo como "estilo de vida", con particularidades que lo diferencian de otras conductas de riesgo, se puede destacar así:

El Tabaquismo se puede definir como un riesgo mortal relacionado con el comportamiento.

El fumar cigarrillos no solamente produce daño a quien lo hace sino también a quienes se encuentran en ese ambiente y respiran involuntariamente el Humo del Tabaco Ambiental.

El hecho de que en Córdoba más del 50 % de los médicos fuma demuestra que para cambiar comportamientos se necesita mucho más que proveer información, pues en este caso se agrega la adicción a la nicotina y "La gran cantidad de médicos fumadores tiene una explicación muy sencilla: primero se hicieron adictos (durante las largas jornadas de estudio a puro café, mate y cigarros) y luego médicos". "Dr. E. Bianco - Uruguay.

Este "modelo" fumador de los médicos promueve por su ejemplo el tabaquismo, sobre todo en la juventud.

La publicidad del cigarrillo está dirigida a inducir a niños y jóvenes a iniciarse en el hábito de fumar, presentándolo como el paradigma del hombre fuerte y seguro y de la mujer elegante y distinguida. En Córdoba el cigarrillo conserva su "glamour" artificial.

La falta de una escala de valores es motivo de que una adicción encuentre donde anidar. Esto se agrava cuando el probable adicto carece de vínculos y afectos,

especialmente en la familia.

Algunas adicciones hacen que el adicto concurra a ambientes en donde se va a encontrar con otros adictos con los que va a adquirir otras adicciones, como el cigarrillo, el alcohol y la droga. La búsqueda de dinero para drogarse los llevará a la prostitución, al robo, y a ser utilizados para distribuir drogas.

Condición, Actividad Física y Deporte

La relación que se atribuye entre actividad física y salud suele ser simple y parcial, centrándose en aspectos muy concretos, no relacionando dicha actividad física con una noción completa de bienestar, tanto a nivel físico, como psicológico y social.

"La Actividad Física hace referencia al movimiento, la interacción, el cuerpo y la práctica humana. Tiene tres dimensiones: biológica, personal y sociocultural. Desde una dimensión biológica, se define como cualquier movimiento corporal realizado con los músculos esqueléticos que lleva asociado un gasto de energía". Pero una buena definición debería integrar las tres dimensiones citadas: "La actividad física es cualquier movimiento corporal intencional, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta en un gasto de energía y en una experiencia personal, y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea" (Devís, 2000).

Algunas características que debe respetar una actividad física orientada a la salud son:

Ser moderada (permitir llevar una práctica constante durante largo tiempo) y vigorosa (intensidad que produzca sudoración y jadeo en la respiración).

Habitual y frecuente, de manera que forme parte del estilo de vida.

Orientada al proceso de práctica, más que a un resultado o alto rendimiento.

Satisfactoria.

Social; que permita relaciones entre las demás personas.

Si se compete, debe ser entre individuos de un mismo nivel y con el deporte adaptado a las características del que lo/a practica.

Existirán algunos aspectos lúdicos.

Será acorde con la edad y características psicofísicas de los practicantes.

Habrá una amplia variedad de actividades y deportes. Se adaptará a las características personales.

Efectos positivos de la actividad física sobre el organismo: en el aparato Locomotor el trabajo de fuerza permitirá un mayor engrosamiento de las fibras musculares, dando lugar a la hipertrofia, aumentando la capacidad circulatoria y extrayendo más oxígeno de la sangre.

La rigidez de las articulaciones, condicionada por el engrosamiento de los cartílagos, es progresiva con el aumento de edad, y sólo se contrarresta con la actividad física regular, que mantiene la movilidad y flexibilidad articulares.

El fortalecimiento de los tendones e inserciones ligamentosas en los huesos, gracias al ejercicio, permite soportar tensiones más elevadas con menor amenaza de lesión. Además, la actividad física resulta indispensable para la calcificación de los huesos, con lo que se previenen patologías degradantes de este sistema óseo y articular.

En el aparato Cardiovascular el corazón, es uno de los órganos en los que mejor se pueden observar las

repercusiones del ejercicio. Una actividad física de baja intensidad y larga duración (120-140 pulsaciones/minuto) aumenta el volumen de las cavidades (cabe más sangre en las aurículas y ventrículos) y las paredes (miocardio) se hacen más gruesas; gracias a esto, la masa muscular y la contractibilidad cardíaca sufren un incremento, lo que hace que envíe sangre con más fuerza al aparato circulatorio. Estas mejoras debidas a la actividad física se reflejan en un aumento de la eficacia de bombeo, lo que ocasiona un descenso de la frecuencia cardíaca de reposo. O sea, con un número más bajo de latidos se expulsa el mismo volumen de sangre, y el corazón realiza un trabajo más cómodo (una persona tiene menos pulsaciones por minuto cuando está entrenada, que cuando no lo está).

Otro efecto importante de la actividad física sobre el aparato cardiovascular es el aumento de la capilarización, tanto cardíaca -vasos encargados de irrigar al propio corazón- como de la mayoría de los músculos, órganos y tejidos, a la vez que se mantiene la elasticidad arterial, que es uno de los factores facilitadores de la circulación sanguínea.

Se previene la aparición de arteriosclerosis (o disminución del calibre de los capilares) , con lo que se ayudará a evitar la aparición de embolias y enfermedades coronarias.

En el aparato Respiratorio la actividad física aumenta el metabolismo del organismo y, por tanto, las necesidades de oxígeno.

Respecto a los pulmones, la frecuencia y amplitud respiratoria se ven elevadas, gracias al incremento de la capacidad pulmonar (capacidad vital y máxima capacidad respiratoria) y la eficacia de la musculatura respiratoria. Las posibilidades de ensanchamiento de la

caja torácica también aumentan, debido a los músculos que se encargan de realizar ese trabajo (diafragma, intercostales, recto abdominal y oblicuos).

Por otra parte, se incrementa además la cantidad de hemoglobina de los glóbulos rojos y, dado que es la responsable de captar el oxígeno de los alvéolos, su transporte hasta los tejidos, el intercambio de CO₂ y la expulsión de éste en el saco alveolar.

En el sistema Nervioso la práctica de actividad física tiene una serie de beneficios sobre este sistema, que van desde un progreso en aspectos coordinativos, hasta la posibilidad de disminución de los niveles de ansiedad y agresividad, pasando por la mejora del descanso y el sueño. Puede ayudar a prevenir situaciones depresivas o estresantes, aumentando a la vez las posibilidades de ejecución.

Muchos médicos han descubierto en el ejercicio físico continuado una herramienta para combatir el estrés de sus pacientes. Generalmente, los factores externos que desencadenan una situación de sobrecarga psíquica van a seguir incidiendo, pero la persona que habitualmente realiza actividad física está en condiciones de manejar, reconducir o enfrentarse más eficazmente al estrés.

Según Álvarez del Villar citados por Annicchiarico (2005), la flexibilidad es la cualidad que, con base en la movilidad articular y extensibilidad y elasticidad muscular, permite el máximo recorrido de las articulaciones en posiciones diversas, pudiendo el sujeto realizar acciones que requieren gran agilidad y destreza.

El mantenimiento de posturas incorrectas durante periodos prolongados trae como consecuencia una pérdida de extensibilidad y elasticidad de los músculos, lo que supone una pérdida de flexibilidad. La insuficiencia de ejercicio, las condiciones laborales sedentarias

actuales, la prolongada posición sentada de los niños/as en el colegio, frente al televisor... que hace adoptar al individuo posiciones nocivas, tiende a fijar posturas incorrectas, y llega a convertir actitudes normales en deformaciones. La falta de flexibilidad ocasiona deterioro de la coordinación, predispone a lesiones y a la adquisición de defectos posturales y empeora la calidad del movimiento.

De la misma manera, Castañer y Camerino citados por Annicchiarico (2005), la resistencia es la capacidad de soportar el estado de fatiga progresiva que sobreviene en un trabajo de larga duración.

La resistencia tiene diversos efectos beneficiosos sobre el organismo, como son:

- Descenso de la frecuencia cardíaca.
- Disminución del peso corporal.
- Incremento de la capacidad respiratoria.
- Incremento de la vascularización del músculo.
- Incremento de los glóbulos rojos y de la proporción de oxígeno en sangre.
- Mejora del funcionamiento de los riñones.

En cuanto a la fuerza, Castañer y Camerino citados por Annicchiarico (2005), dicen que es la capacidad motriz de superar una resistencia por medio de la oposición ejercida por la tensión de la musculatura.

La fuerza permite la realización de distintas actividades cotidianas, como tirar, empujar o levantar objetos. Unos músculos fuertes y resistentes ayudan a mantener una buena postura y prevenir las lesiones y dolores de espalda, así como realizar actividades cotidianas con más facilidad y sin fatiga, como transportar, levantar objetos.

El objetivo primordial en el trabajo de fuerza general debe ser dotarse de una musculatura armónica y

equilibrada, sin desajustes entre los grupos musculares, que posibilite la base muscular necesaria para la ejecución de las conductas motrices usuales. Se sabe que una fuerza adecuada aumenta la eficacia motora, ayuda a la adopción de posturas correctas y reduce el riesgo de lesiones (Annicchiarico, 2005).

Hábitos Alimenticios

En alimentación 4 reglas simples de la cardiología francesa

Regla 1: Hacer tres comidas por día, y comenzar el día con un pequeño desayuno.

Regla 2: Alimentación variada y elegir cada día un alimento de cada uno de los cuatro grupos siguientes :
leche (semi descremada o sin crema), yogur, quesos con poca grasa carnes, pescados, aves legumbres y frutas, crudas o cocidas pan, cereales, papas, legumbres secas.

Regla 3: Limitar el uso de grasas saturadas (aquellas que se endurecen al enfriarse), utilizar margarina vegetales ricas en grasas poli insaturadas (las otras), y evitar el exceso de alimentos dulces.

Regla 4: Beber cada día 1 litro á 1,5 litro de agua.

El colesterol es transportado en la sangre por las lipoproteínas. Ciertos factores, como los LDL de baja densidad (Low Density Lipoproteins) . Favorecen la formación de placa de ateroma. Y otros son más bien benéficos porque permiten la eliminación de colesterol en exceso en las células: son los HDL, de alta densidad.

Método

Tipo De Investigación y Diseño

El estudio es una replica de la investigación original de Arrivillaga, M. Salazar, I y Gómez, I. (2002) realizado en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, el cual es de carácter no experimental, que según

Hernández (1998), citado por Arrivillaga, Salazar, y Gómez, (2002) es la que se realiza sin manipular deliberadamente variables; lo que se hace es observar fenómenos, tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos.

El tipo de investigación fue descriptivo, cuyo propósito es según Salkind (1999) citado por Arrivillaga, Salazar, y Gómez, (2002), describir la situación prevaleciente en el momento de realizarse el estudio. No incluye un grupo de tratamiento ni de control, no se trata de mostrar la influencia de una variable sobre otra y de acuerdo con Dankhe (1986) citado por Hernández (1998) busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se ha sometido a análisis. En un estudio descriptivo se seleccionan una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.

De acuerdo con Hernández (1998), citado por Arrivillaga, Salazar, y Gómez, (2002) el diseño fue transversal o transeccional, por que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia o los valores en que se manifiestan una o más variables y por tanto las hipótesis son también descriptivas. En este tipo de diseños no cabe la noción de manipulación, puesto que cada variable se trata individualmente.

Población y Muestra

Según los lineamientos del estudio original, se tomó como población objetivo al conjunto de jóvenes de la

Universidad de Santander, seccional Cúcuta. Los jóvenes son (682) estudiantes de las diferentes carreras de esta Universidad, la población se clasificó por sus características sociodemográficas y la carrera a la que pertenecen, existiendo una diferencia en las Prácticas, Creencias y Dimensiones Contextuales asociadas al Estilo de Vida Saludable.

En cuanto al tamaño de la muestra, no se utilizó un método específico, solo se tuvo en cuenta que el tamaño de la muestra fuera significativo para así obtener resultados globales.

Características sociodemográficas

En lo referente a la distribución por sexo y edad de la muestra en la siguiente tabla encontramos los porcentajes y el comportamiento de la muestra

Tabla 1. Porcentaje del rango de edades y género de la muestra.

Rango de edades	Genero	
	Femenino	Masculino
	%	%
16-20 años	31.23	12.76
21-25 años	32.26	14.37
26-30 años	4.11	2.75
31-35 años	1.03	0.44
36-40 años	0.59	0.29
41-45 AÑOS	0.15	0

Tal como se observa en la tabla la muestra esta representada en su mayoría por el género femenino con un 69,37% y el rango de edades con mayor presencia son de 16-25 con un 90% de la población total. Con lo cual podemos deducir que la población objeto de estudio son jóvenes.

En la distribución de las cargas muestrales en cada una de las carreras podemos observar la preferencia de las carreras de la salud como bacteriología con 30.5%, fisioterapia con 22.14%; teniendo en general una carga de más del 50% de la muestra total, como se pudo observar en la siguiente tabla.

Tabla 2. Frecuencia de las carreras y el género de la muestra.

Carrera	Genero		
	Femenino	Masculino	Total
Administración Financiera	48	40	88
Ingeniería Industrial	23	30	53
Ingeniería Sistemas	17	19	36
Mercadeo Y Publicidad	52	39	91
Fisioterapia	120	31	151
Bacteriología Y Laboratorio Clínico	161	47	208
Terapia Ocupacional	52	3	55
Total	473	209	682

Técnicas de recolección de datos

En este estudio se utilizaron los instrumentos de la investigación original de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, los cuales constan de un cuestionario que evalúa las prácticas y creencias, y una encuesta sobre los contextos; estos instrumentos evalúan seis dimensiones (apéndice A y B) .

Condición, actividad física y deporte que evalúa el ejercicio, el peso corporal y los ejercicios de relajación en los ítems 1-6, 70-74 y en la encuesta 1-3.

La recreación y manejo del tiempo libre evalúa las actividades de físicas de recreación, momentos de descanso y el tiempo libre en los ítems 7-11, 75-78 y en la encuesta 4-5.

El autocuidado y cuidado medico evalúa la asistencia al odontólogo, el médico, los cuidados de la piel, el uso de medicamentos, la realización de exámenes médicos y autoexámenes en los ítems 12-32, 79-91 y en la encuesta 6-10.

Los hábitos alimenticios evalúa el consumo de diferentes tipos de líquidos y diferentes tipos de alimentos y los horarios en que se consumen los alimentos dentro de los ítems 33-49, 92-98 y en la encuesta 11-14.

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas evalúa el consumo de cigarrillo, licor y todo tipo de drogas dentro de los ítems 50-59, 99-109 y en la encuesta 15-24.

El sueño evalúa el tiempo de sueño, el nivel de cansancio al levantarse, el uso de pastillas para dormir y los horarios de sueño dentro de los ítems 60-69 y 110-116 y en la encuesta 25-28.

De igual forma se aplicaron tres escalas de factores de riesgo (depresión, alcoholismo y trastornos alimenticios), proporcionados por el grupo de

investigación de neuropsiquiatría de la facultad de Medicina de la UNAB(apéndice C, D y E).

Procedimiento

Para dar inicio a la investigación se tuvieron en cuenta los siguientes pasos:

1. Se realizó el acuerdo con la red de Bienestares Universitarios en Santander, para la realización de la investigación.

2. Se firmaron cartas de intención de las universidades interesadas que pertenecen a la red emprendedor.

3. Se realizó el acuerdo con bienestar universitario de la Universidad de Santander seccional Cúcuta con el fin de conseguir el permiso para aplicar los instrumentos en estas poblaciones.

4. Se realizó una búsqueda de los antecedentes investigativos y marco teórico sobre la variable estilo de vida.

5. Se procedió a la aplicación de los instrumentos originales de la investigación de Cali y los instrumentos del grupo de investigación de la facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

6. Se procesaron los datos en dos programas estadísticos: Excel y SPSS; con el fin de lograr un análisis cuantitativo y cualitativo. Para terminar se organizaron los resultados, su discusión y las conclusiones de la investigación.

Resultados

Los resultados de la investigación prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes de la institución universitaria de Santander en la ciudad de Cúcuta (replica), se presentan bajo un análisis estadístico descriptivo de frecuencias tanto las características demográficas de la muestra, la variable objeto de esta investigación, alcoholismo, trastornos alimenticios y depresión.

El análisis de frecuencias se llevo a cabo debido a dos motivos, adquirir una descripción abreviada de los datos de la muestra obtenidos tras la aplicación de los instrumentos y obtener una visión general del comportamiento de la muestra en rangos de análisis.

Por tal motivo se dividirán los resultados en seis fases; primero, se analizaran los datos sociodemográficos; segundo, se analizaran las practicas y creencias en cada una de las dimensiones de la variable; tercero, se analizaran los factores de contexto; cuarto, se analizaran los factores de riesgo, alcoholismo, depresión y trastornos alimentarios; por ultimo se analizaran los rangos globales de la variable, estilo de vida.

Características sociodemográficas

La muestra fue analizada en dimensiones sociodemográficas significativas como el estrato socioeconómicos y el genero, dentro de un cuadro comparativo que se encontraran a continuación.

Tabla 3. Frecuencias comparativas entre estratos socioeconómicos y genero de la muestra.

Estrato Socio-Económico	Femenino		Masculino%	
	f	%	f	
Estrato 1	5	0.73	3	0.44
Estrato 2	68	9.97	23	3.37
Estrato 3	219	32.11	78	11.44
Estrato 4	151	22.14	78	11.44
Estrato 5	24	3.52	21	3.08
Estrato 6	6	0.88	6	0.88

En esta tabla observamos que la mayoría de la población se encuentra entre los estratos 3 y 4, dentro de los cuales gozan de las necesidades básicas satisfechas, con lo cual se podría concluir que los riesgos presentados en los estilos de vida se deben roas a las prácticas y creencias que a falta de recursos para satisfacer las necesidades básicas como elemento primordial para llevar un estilo de vida saludable.

Así mismo se realizo un análisis comparativo de las dimensiones de peso y estatura de la población, como se puede observar en el siguiente cuadro.

Tabla 4. Análisis comparativo entre los rangos de peso y estatura de la muestra,

Peso	Estatura							
	1.50-1.60		1.61-1.70		1.71-1.80		1.81-1.90	
	Mt		Mt		Mt		Mt	
	F	%	F	%	F	%	F	%
40-50 kg	115	16.86	35	5.13	5	0.73	0	0
51-60 kg	113	16.57	162	19.35	17	2.49	0	0
61-70 kg	18	2.64	68	9.97	39	5.72	1	0.15
71-80 kg	2	0.29	36	5.28	37	5.43	14	2.05
81-90 kg	1	0.15	9	1.32	19	2.79	6	0.88
mas de 90 kg	0	0	0	0	8	1.17	7	1.03

Se observa en la tabla que cerca de un 10% de la muestra podría encontrarse en riesgo debido a los hábitos alimenticios que están manejando/ debido a que se encuentran sujetos de baja estatura con un peso mayor y personas de talla alta con pesos por debajo de lo establecido en las recomendaciones de la OMS_z 2001, donde se encontró que el sedentarismo y los hábitos alimenticios están influyendo negativamente en los estilos de vida de las personas, contribuyendo así a la presencia de enfermedades crónicas. Cabe aclarar que estos datos solo nos muestran indicadores de riesgo que se reforzaran con todas las dimensiones de esta investigación.

Distribuciones Prácticas de los estilos de vida

Para este análisis se agrupó en un cuadro comparativo los resultados de cada una de las dimensiones evaluadas por los instrumentos aplicados.

Tabla 5. Análisis comparativo de las prácticas en cada una de las dimensiones.

Dimensiones	Prácticas							
	No		Poco				Muy	
	Saludable		Saludable		Saludable		Saludable	
	F	%	F	%	F	%	F	%
condición								
actividad física y deporte	27	3.96	124	18.18	415	60.85	116	17.01
Recreación y manejo del tiempo libre	156	22.87	366	53.67	157	23.02	3	0.44
autocuidado y cuidado medico	31	4.55	347	50.88	302	44.28	2	0.29
hábitos alimenticios	32	4.69	380	55.72	264	38.71	6	0.88
consumo de alcohol tabaco y otras drogas	24	3.52	505	74.16	151	22.17	1	0.15
sueño	0	0	94	13.78	545	79.91	43	6.3

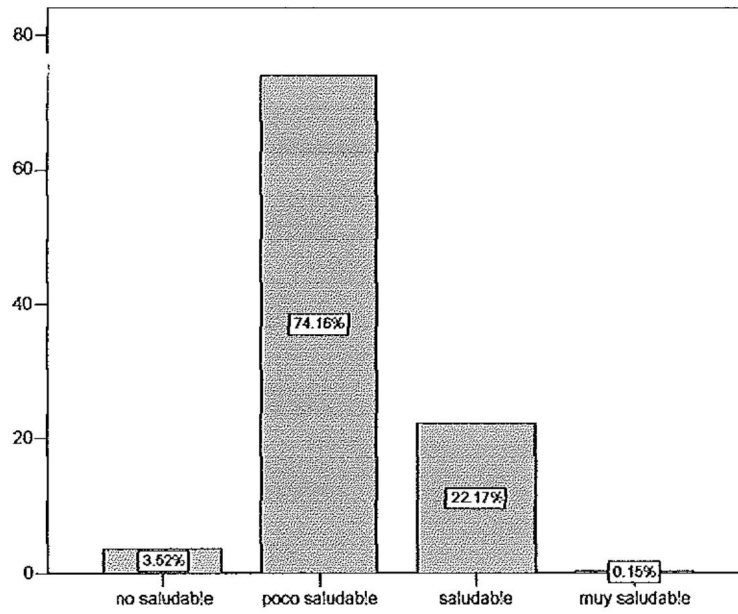
En las dimensiones sueño; y condición, actividad física y deporte la muestra no presenta riesgo

significativos puesto que mas del 60% de la población posee prácticas saludables contribuyendo así a mantener un estilo de vida saludable, como lo sustentan, Castañer y Camerino citados por Annicchiarico, 2005, quienes resaltan lo positivo de mantener una buena actividad física, reduciendo así las posibilidades de enfermedades crónicas y lesiones físicas. A su vez el sueño, siendo la dimensión con las practicas mas saludable en la muestra, es factor determinante para tener un estilo de vida saludable.

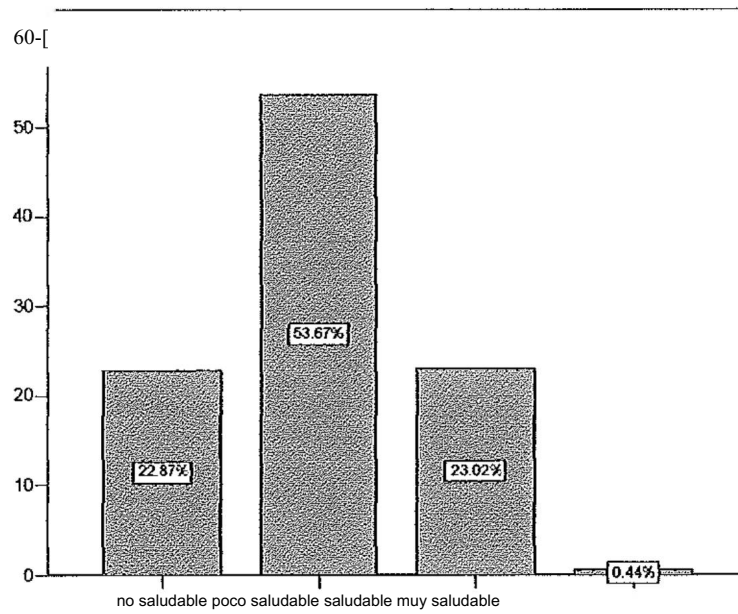
Por otra parte en las dimensiones de autocuidado, cuidado medico y hábitos alimenticios se puede observar un riesgo significativo, presentando mas de un 50% en los rangos poco y no saludable. Estos resultados cobran mayor preocupación teniendo en cuenta a Posada, Charry, y Rodríguez, (1999), quienes han detectado que factores como el alimenticio son de gran influencia en los estilos de vida de una persona, como el consumo repetitivo de comida chatarra en los adolescentes y adultos jóvenes; así mismo el cuidado medico y autocuidado son de gran importancia según algunos estudios donde se ha planteado que el 10% de la salud de una persona depende de sus cuidados y de los cuidados médicos a los que se sometan.

En cuanto a las dimensiones de recreación y manejo del tiempo libre; y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, los resultados representan un alto riesgo debido a que el 76.5% y 77.6% respectivamente presentan rangos no y poco saludables, como lo muestra las siguientes gráficas.

Dimensión practicas consumo alcohol, tabaco y



Dimensión practicas recreación manejo



Estos resultados toman mayor importancia citando a Pérez (2002) en su artículo "tiempo libre y su relación con la calidad de vida", donde plantean que el tiempo libre ha ido perdiendo su finalidad cultural, aspecto que ha conllevado a enfermedades masificantes, como la hipertensión y enfermedades coronarias. Igualmente la dimensión de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas cobra gran importancia citando a Prattala, Karisto, y Berg (1994), citados por Arrivillaga, Salazar, y Gómez, (2002), quienes analizaron el alcohol y el tabaquismo al estilo de vida encontrando una asociación entre las mismas, encontrando al tabaquismo siempre presente en los comportamientos poco saludables, concluyendo al final "fumar puede ser la entrada a un estilo de vida no saludable"; de igual forma en la investigación realizada por Arias, Campo, Escobar, y Hurtado, (2000) se muestran el nivel o tendencia hacia el alcoholismo que presentan los jóvenes universitarios tras una investigación en la Universidad Javeriana, donde se encontró que un 50% de los encuestados consumen alcohol y cigarrillo constantemente y sin consentimiento de un adulto.

Distribuciones Creencias de los estilos de vida

Con el objetivo de conocer las creencias que manejan los jóvenes universitarios acerca de las seis dimensiones que forman el estilo de vida. Por tal razón se realizó un análisis descriptivo de frecuencias, dentro de un cuadro comparativo de los porcentajes y frecuencias de la muestra que se presenta a continuación.

Tabla 6. Análisis comparativo de las creencias en cada una de las dimensiones.

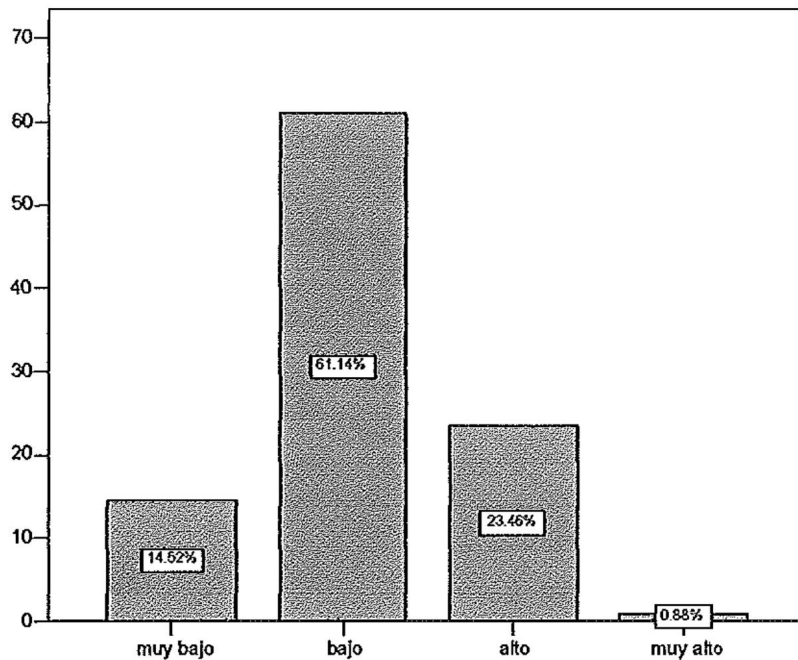
Dimensiones	Creencias							
	Muy Bajo		Bajo		Alto		Muy Alto	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Condición								
Actividad Física Y Deporte	330	48.39	306	44.87	41	6.01	5	0.73
Recreación Y Manejo Del Tiempo Libre	99	14.52	417	61.14	160	23.46	6	0.88
Autocuidado Y Cuidado Medico	31	4.55	347	50.88	302	44.28	2	0.29
Hábitos Alimenticios Consumo De Alcohol Tabaco Y Otras Drogas	29	4.26	225	33.04	420	61.67	7	1.03
Sueño	107	15.69	375	54.99	185	27.13	15	2.2

Se observa que frente a la dimensión de actividad física y deporte la muestra presenta creencias muy bajas en un 48.39% y bajas en un 44.87%, es decir que la mayoría de la muestra tiende a mantener la creencia que la actividad física y el deporte no esta relacionado con mantener un estilo de vida saludable.

Respecto a la recreación y manejo del tiempo libre encontramos que un 14.52% y 61.14% presenta creencias muy bajas y bajas respectivamente, indicándonos que la

mayoría de la muestra tiene la creencia que la recreación y el tiempo libre no esta relacionado directamente con un estilo de vida saludable.

Dimensión creencias recreación, manejo tiempo libre



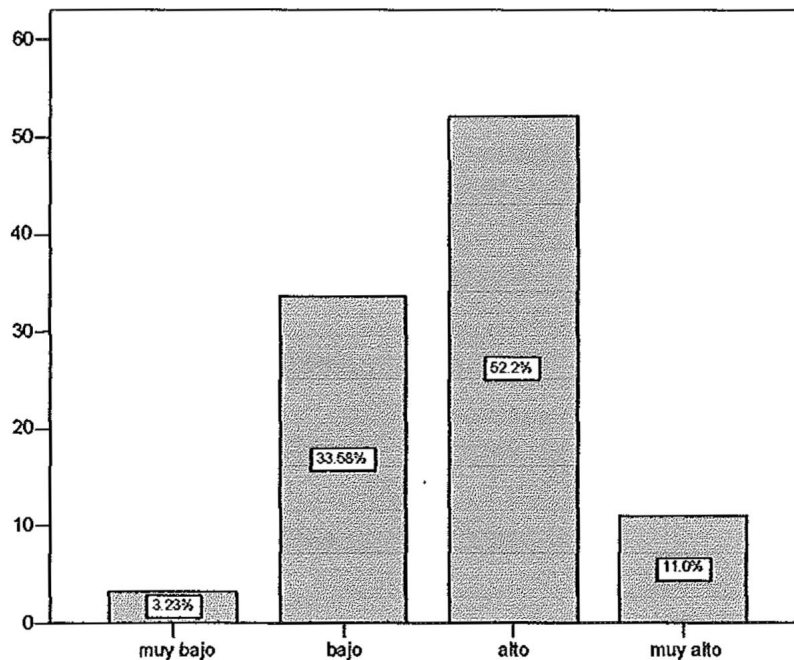
Acerca del autocuidado y cuidado medico observamos que a diferencia de la actividad física y el manejo del tiempo libre, encontramos que un 50.88% mantiene creencias bajas, pero un 44.28% poseen creencias altas; concluyendo así que a pesar de no tener creencias altas existe una tendencia hacia estos rangos(alto y muy alto). Actualmente la muestra en su mayoría creen que el autocuidado y cuidado medico no tiene una relación directa con el estilo de vida saludable.

En este mismo sentido los datos acerca de hábitos alimenticios muestran que un 61.67% poseen creencias altas, demostrándonos que tienen conocimiento de la

influencia de los hábitos alimenticios en su salud, logrando así tener un estilo de vida saludable.

En la dimensión de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas encontramos que un 52.2% de la muestra tienen creencias altas, de lo cual se puede deducir conocen la influencia negativa del alcohol y drogas en el bienestar de su salud, ya que dentro de sus creencias se encuentra que el consumo de alcohol, tabaco y drogas está directamente relacionado con el estilo de vida, como lo muestra la siguiente gráfica.

Dimensión creencias consumo alcohol, tabaco y drogas



Por último en la dimensión de sueño encontramos que un 54.99% de la muestra tienen creencias bajas, indicándonos que la muestra tiene la concepción que el sueño no posee relación con el estilo de vida saludable.

Frente a los resultados del análisis de frecuencia de las creencias en las seis dimensiones que componen el estilo de vida, donde en general las creencias de la muestra se ubican en los rangos bajo y muy bajo; exceptuando hábitos alimenticios y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Con lo anterior podemos deducir que los jóvenes han recibido diferentes creencias a través del tiempo y no es en este componente del estilo de vida donde encontramos riesgos significativamente altos.

Estos resultados retoman mayor importancia gracias al estudio de Posada, Charry, y Rodríguez, (1999), donde concluyen que existe una relación entre el estilo de vida, las actitudes y formas de afrontar al vida de las personas. Esto nos permite deducir que de ser practicadas las creencias, el estilo de vida de los jóvenes, objeto de estudio, mejorarla notablemente.

Así mismo el estudio realizado Gochman (1982) Glanz y Clbs. (1990), citado por Arrivillaga, Salazar, y Gómez, (2002), donde resaltan la importancia de las creencias en la adquisición de un estilo de vida, denominando las conductas de salud como aquellas que realizan las personas para mantener, restablecer y mejorar su salud; a su vez indica que estas incluyen creencias, expectativas, motivaciones, valores, percepciones y otros elementos cognitivos, así como estados emocionales y afectivos, patrones de conducta, hábitos y acciones.

Distribuciones de los Contextos del estilo de vida

Uno de los factores que conforman el estilo de vida son los contextos en los que se desenvuelven diariamente las personas, es por esto que se analizaron los contextos

Lo anterior toma mayor importancia gracias al estudio de Bibeau y col, 1985, en el cual concluyen que los estilos de vida hacen parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres ámbitos: lo material, el social y el colectivo. De igual forma la psicóloga Rocío Fernández Ballesteros citada por Maya en su artículo componentes de los estilos de vida (2001), donde se globaliza la participación de factores personales y socioambientales para alcanzar una satisfacción de necesidades originando un estilo de vida saludable y por consiguiente calidad de vida.

Análisis global del estilo de vida

Para concluir se observaran los resultados de la variable estilo de vida a nivel general y según algunas características sociodemográficas como el genero y los estratos socioeconómicos.

Distribuciones de los rangos de estilo de vida por género.

En la siguiente tabla se puede observar las frecuencias y porcentajes en cada uno de los rangos del estilo de vida, divididos por géneros.

significativos en el manejo de la alimentación, mostrando así una ausencia de trastornos alimenticios, como resultado de la aplicación del SCOFF, proporcionado por el grupo de investigación de la Facultad de Medicina de la UNAB. Por tal motivo se puede evidenciar que el manejo de los hábitos alimenticios no es un factor de riesgo en el estilo de vida saludable de la muestra.

en cada una de las dimensiones y los contextos sociales (familiar, social, ocupacional y otros),

Distribución de los contextos en cada dimensión del estilo de vida.

Con el fin de conocer la influencia del contexto en el estilo de vida se realizó un cuadro comparativo de frecuencias en cada una de las dimensiones.

Tabla 7. Análisis comparativo del contexto en cada dimensión del estilo de vida.

Contexto	Desfavorables		Favorables	
	F	%	F	%
Condición, Actividad Física Y Deporte	164	24	518	76
Recreación Y Manejo Del Tiempo Libre	68	10	614	90
Autocuidado Y Cuidado Medico	199	29.2	483	70.8
Hábitos Alimenticios	199	29.2	483	70.8
Consumo De Alcohol, Tabaco Y Otras Drogas	273	40	409	60
Sueño	164	24	518	76

En las seis dimensiones se puede observar que en general más del 60% de la muestra consta de contextos

favorables para el desarrollo de prácticas y creencias saludables en el estilo de vida,

Distribución de frecuencias en los contextos.

De la misma forma los contextos sociales, familiar, ocupacional y otros, influyen en los estilos de vida de cada persona, es por tal motivo que se realizó un análisis comparativo de las frecuencias y el porcentaje de influencia.

Tabla 8, Análisis comparativo de la influencia de los contextos.

Contexto	Desfavorable		Favorable	
	F	%	F	%
Familiar	64	9.4	618	90.65
Social	505	74	177	26
Ocupacional	291	42.7	391	57.3
Otros	47	6.9	635	93.1

En cada uno de los contextos: familiar, ocupacional y otros; encontramos que la mayoría de la muestra cuenta con contextos que influyen favorablemente en el desarrollo de estilos de vida.

Todos los resultados antes mencionados demuestran que la muestra, objeto de estudio, cuenta con factores contextuales altamente favorables, contribuyendo al desarrollo de un estilo de vida saludable.

Tabla 9. Análisis de los rangos de estilos de vida y el género.

Estilos de vida	femenino		masculino	
	f	%	f	%
no saludable	0	0	0	0
poco saludable	83	12	59	8.7
saludable	388	57	150	22
muy saludable	2	0.3	0	0

En esta tabla podemos observar una gran diferencia en los porcentajes en cuanto a los géneros, sin significar esto que uno de los dos géneros tenga estilos de vida mas saludable, esto se debe a que la muestra fue escogida al azar y por tal motivo el peso muestral del género femenino fue mayor que el masculino.

Así mismo podemos deducir que la mayoría de la muestra cuentan con estilos de vida saludables, puesto que el mas del 50% de la muestra tiene una tendencia a estilos de vida saludables; concluyendo así que el género no es un factor predisponente o promotor de diferencias significativas en los estilos de vida de la muestra.

Distribuciones de los rangos de estilo de vida por estrato socioeconómico.

En la siguiente tabla se puede observar los rangos de los estilos de vida y su relación con los estratos socioeconómico de la muestra.

Tabla 10. Análisis de los rangos de estilos de vida y su relación con los estratos socioeconómicos.

Estilos de Vida	Poco Saludable		Saludable		Muy Saludable	
	f	%	f	%	f	%
Estrato 1	3	0.44	5	0.73	0	0
Estrato 2	14	2.05	77	11.29	2	0.29
Estrato 3	48	7.04	247	36.22	0	0
Estrato 4	59	8.65	170	24.93	0	0
Estrato 5	16	2.35	29	4.25	0	0
Estrato 6	2	0.29	10	1.47	0	0

En esta tabla podemos observar que los rangos del estilo de vida se distribuyen normalmente en relación con los estratos socioeconómicos, es decir, los estratos socioeconómicos no son un factor predeterminante en el desarrollo de los estilos de vida saludable y la mayoría de la muestra se concentre entre estratos 3-4; además en general los estilo de vida de la muestra se encuentra en el rango saludable con una tendencia mayor al rango poco saludable que al muy saludable, indicándonos la importancia de promover los estilos de vida saludables en esta población.

Distribuciones de los factores de riesgo en los estilos de vida

Motivados por la necesidad de indagar a fondo los estilos de vida en los jóvenes universitarios, realizamos un análisis de frecuencias en tres factores considerados

de riesgo como: al alcoholismo, la depresión y los trastornos alimenticios.

Tabla 11. Análisis descriptivo de riesgo de alcoholismo.

Alcoholismo	Femenino		Masculino		Total	
	%	F	%	F	%	F
no riesgo	63.78	435	25.22	172	89	607
riesgo	5.57	38	5.43	37	11	75
Total	69.35	473	30.65	209	100	682

Se observa que un 11% de la muestra presenta riesgo en el consumo de alcohol, demostrando así que la muestra se encuentra dentro del rango esperado, ya que en validaciones anteriores del instrumento aplicado (CAGE) realizadas por el grupo de investigación de la Facultad de Medicina de la UNAB, se ha encontrado que aproximadamente un 10% de la población tiene alto riesgo con el consumo de alcohol.

Tabla 12. Análisis descriptivo de riesgo de depresión.

Depresión	Femenino		Masculino		Total	
	%	F	%	F	%	F
no riesgo	38.6	263	20.2	138	58.8	401
riesgo	30.8	210	10.4	71	41.2	281
Total	69.4	473	30.6	209	100	682

En los anteriores datos podemos observar que la muestra se encuentra en un alto riesgo de padecer depresión, entendiendo esta como un trastorno del estado emocional de la persona que afecta todas las áreas de desempeño, en especial la salud. Estos datos cobran aún más valor gracias a las investigaciones que han realizado el grupo de investigación de la Facultad de Medicina, encontrando que los trastornos emocionales, en especial la depresión, son factores determinantes en los estilos de vida y la calidad de vida de los jóvenes.

Igualmente como se mencionó anteriormente la psicóloga Roció Fernández Ballesteros, citada por Mayas, 2001, especifica que para originar calidad de vida es necesario la integración de dos factores: socioambientales y personales, específicamente las habilidades sociales y relaciones interpersonales; las cuales son muchas veces las causas de la depresión en los jóvenes.

Tabla 13. Análisis descriptivo de riesgo de trastornos alimenticios.

Trastornos Alimentarios	Femenino		Masculino		Total	
	%	f	%	f	%	f
no riesgo	48.39	330	25.07	171	73.46	501
riesgo	20.97	143	5.57	38	26.54	181
Total	69.36	473	30.64	209	100	682

Dentro de esta tabla descriptiva podemos observar que la muestra tiene una tendencia a no presentar riesgos

Discusión

La presente discusión se estructura según los resultados presentados anteriormente y los objetivos de la investigación que fundamentaron este trabajo.

Factores saludables y de riesgo del estilo de vida de los estudiantes de la VDES-Cúcuta

Para dar respuesta a la pregunta de investigaciones se hace necesario especificar que dimensiones del estilo de vida están siendo una influencia negativa(riesgo) o positiva(saludable), portal motivo a continuación encontrara en dos fases los factores riesgo y saludables encontrados.

Factores riesgo del estilo de vida de los estudiantes de la VDES-Cúcuta,

En este sentido encontramos dos dimensiones que presentan prácticas no y poco saludables influyendo así de forma negativa en el estilo de vida.

Recreación y manejo del tiempo libre: en esta dimensión encontramos que la mayoría de la muestra posee practicas no saludables y poco saludables, en cuanto a las creencias encontramos que una gran carga muestral se encuentra en muy bajo y en los contextos se puede observar que su influencia es favorable; por lo cual concluimos que los jóvenes de la UDES-Cúcuta cuentan con los espacios de descanso, pero por falta de conocimiento acerca de la gran influencia de esta dimensión no poseen prácticas positivas para sui estilo de vida. A su vez es de gran importancia resaltar que el alto riesgo de la muestra presentado en el CAGE, que mide depresión, puede ser debido al mal manejo del tiempo libre, ya que este es uno de los factores predisponentes a los trastornos emocionales.

Estos datos se confirman Según Pérez (2002) en su artículo "tiempo libre y su relación con la calidad de vida", El tiempo libre ha sido disociado y prescripto, ha perdido su sentido totalizador y creativo; aspecto que ha conllevado a enfermedades masificantes no preventivas. De esta manera se plantean dos perspectivas: lo social y lo psicológico, siendo en este ultimo, una forma de escapar defensivamente de los sentimientos de angustia y soledad generados por conflictos personales que si no son bien tratados o resueltos, conllevan en muchas ocasiones a perturbaciones y malestar emocional.

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas: en esta dimensión encontramos que un 74% de la muestra posee prácticas poco saludables con tendencia a no saludables, en cuanto a las creencias presentan un 52% altas, ejemplificando la teoría de la disonancia cognitiva propuesta por Festinger, donde se hace referencia a "hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado", posiblemente las practicas poco saludables se deban al contexto donde se pudo observar que en esta dimensiona hay un 4 0% desfavorable, igualmente el contexto social se encuentra en su mayoría influyendo de forma desfavorable al estilo de vida.

Esta dimensión obtiene mayor importancia gracias a Posada, M., Charry, R. y Rodríguez, O. (1999) quienes han detectado varios factores desfavorables para un estilo de vida sano o de bienestar y uno de los mas influyentes es el uso y abuso de sustancias psicoactivas legales como cigarrillo y alcohol en adolescentes y adultos jóvenes.

Factores saludables del estilo de vida de los estudiantes de la UDES-Cúcuta

En este ámbito encontramos que la mayoría de las dimensiones evaluadas poseen practicas saludables como sueño y condición, actividad física y deporte en las cuales a pesar de encontrar la disonancia cognitiva planteada por Festinger, debido a que la muestra posee buenas prácticas. Pero no poseen altas creencias. Así mismo los contexto presentan una influencia favorable en estas dimensiones.

En cuanto a las dimensiones de hábitos alimenticios y autoduidado y cuidado medico, encontramos que la mayoría de la muestra presenta practicas y creencias poco saludables y un contexto favorable desarrollando un estilo de vida saludable. Sustentado por Armijo - Rojas (1994) citados por Florez Hernández (1999) citados por Arrivillaga, Salazar, y Gómez, (2002) algunos Componentes del Estilo de Vida Saludable y sus posibles consecuencias como: las prácticas nutricionales adecuadas, que contribuyen a disminuir el consumo de grasa, sobre todo la saturada, previniendo enfermedades cardiacas y diabetes; y el desarrollo de comportamientos de autoobservación, puesto que existen procesos de riesgo cuya única forma de detectarlos y detenerlos, es observando tempranamente su aparición, para así adoptar medidas eficaces en su afrontamiento.

Para finalizar, acerca de la pregunta de investigación ¿cuales son las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes de la universidad de Santander (UDES) de la ciudad de Cúcuta?, se puede concluir que en general el estilo de vida es saludable, evidenciando unas diferencias en las practicas, creencias y contexto de los estilos de vida, en especial las dimensiones de

recreación y manejo del tiempo libre donde encontramos un 53.67% de practicas poco saludables y un 61.14% de bajas creencias, asi mismo en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas encontramos 74.16% de practicas poco saludables y un contraste negativo en cuanto a las creencias pues en estas encontramos 52.2% de la muestra en el rango alto. Del mismo modo se encontró un riesgo alto en depresión con un 41.2% de la muestra total, pudiendo ser este una de las causas de las prácticas poco saludables en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Sugerencias

En lo referente a los instrumentos que se aplicaron en esta investigación se recomienda revisar algunos terminos como: mecatea y carnes ahumadas; en la encuesta de trastornos alimenticios se recomienda modificar el género de las preguntas puesto que se presta para confusión y motivo de abstención por parte de los participantes.

En cuanto a los resultados y la discusión se deja claro que en general los estilos de vida son saludables, pero no se puede dejar de lado los factores de riesgo mencionados anteriormente, aunque se evidencien en menor proporción en relación con la muestra total.

Ante estos factores se recomienda un programa de promoción y prevención en el estilo de vida saludable enfocado hacia los diferentes tipos de practicas en cada una de las dimensiones evaluadas, para poder disminuir los factores de riesgo y reforzar los factores saludables que se presentaron.

Para finalizar se recomienda brindar espacios saludable a los jóvenes de la UDES-Cúcuta, para mejorar el contexto social en el que se desenvuelven diariamente y proponer una intervención que contemple los factores que componen el estilo de vida saludable en búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de los jóvenes.

Referencias

Arrivillaga, M., Salazar, I. y Gómez, I. (2002) *Prácticas, Creencias y Factores del Contexto relacionados con Estilos de Vida Saludables en Jóvenes y Adultos*, Cali, Pontificia Universidad Javeriana.

Calvo, A., Fernández, L., Guerrero, L., González, V., Rubial, A. y Hernández, M. (2003) *Estilos de Vida y Factores de Riesgo asociados a la Cardiopatía Isquémica*. Disponible en Internet {en red} de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol20_304/mqi04304.htm

Florez, L. (1994) *Psicología de la Salud. Aportaciones para los Profesionales de la Salud*. Buenos Aires: Editorial Lumen.

Chávez, M. (1997) *Enfermedades Cardiovasculares*. Disponible en Internet {en red} de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/especial/s/pas/Plan%20Andaluz/massalud/MASSALUD_OP4.HTM

Donayre, E. (1997) *Estudio Comparativo de Factores de Consumo y no Consumo de Alcohol y Tabaco en Adolescentes del Nivel Secundario de un Colegio Nacional de la Provincia Constitucional del Callao*. Disponible en Internet {en red} de: <http://www.monografias.com/trabajos14/alcotabaq/alcotabaq.shtml>

Fondo de Prevención Vial (2004) *Accidentalidad 2003*. Disponible en Internet {en red} de: http://www.fonprevial.org.co/htm/htm_estadisticas/2003/acidentalidad__registro_historico.htm

Martín, R. y Rico, S. (2002) *La Práctica Deportiva en Personas Mayores: Análisis de la Calidad de Vida y la Práctica Deportiva Realizada*. Disponible en Internet {en red} de: <http://www.efdeportes.com/efd53/mayores.htm>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001)

Estilos de Vida Sedentarios: Un Problema Mundial de Salud Pública. Disponible en Internet {en red} de:

<http://www.who.int/docstore/world-health-day/2002/notasdescriptivas4.es.shtml>

Ramírez, H. (1997) Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. Disponible en Internet {en red}

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33Nol/acondicionamiento.htm>

Simón, M. (1993) *Psicología de la Salud. Aplicaciones Clínicas y Estratégicas de Intervención.* Madrid: Editorial Pirámide.

Posada, M., Charry, R. y Rodríguez, O. (1999) *Estilos de Vida de la Comunidad Educativa.* Disponible en Internet {en red} de:

http://www.unipanamericana.edu.co/dialectica/dialecl3_art9.htm

Díaz, P., Mora, E., Díaz, A., Pérez, y Zuluaga, C. (2005) *Prácticas, creencias y factores del contexto Relacionados con estilos de vida en jóvenes de la Universidad autónoma de Bucaramanga (replica)*

Matey, patricia (2002) . *El sueño debería incluirse en los chequeos médicos.* Archives of internal medicine.

Berrios, X. (2002). Disponible en red www.puc.el/ru/77/tema2salud.html

Jácome, (2003). Disponible en red www.encolombia.com/medicina/materialdeconsulta/tensiometro9-1.htm

Centro de investigación y gestión de riesgo (2004). Disponible en red www.ripred.org/dpna/noticias/01-2505b.htm

Sepúlveda y Ochoa, (2002). *El tiempo libre y calidad de vida de los adolescentes.* Universidad Antonio Nariño.

Robles, L. (2003) . *Calidad de vida y empleo del tiempo libre en el adulto joven*. Universidad Antonio Nariño.

Blandón, M. (2004). *Prácticas de ocio y tiempo libre de los padres de familia del barrio el limonar de Medellín*. Universidad de Antioquia.

Fernández, A y Serna, E. (2004). *Uso del tiempo extraescolar en los escolares Bogotanos*. Universidad Pedagógica Nacional.

Tejada y cois. (1999). Disponible en red <http://colombimedica.univalle.edu.co/VOL31N03/funcionarios.html>

Suárez de Ronderos, M. y Esquivel Solís, V. (2003) *Modelo Educativo Nutricional para la Reducción de Factores de Riesgo Cardiovascular en Niños Escolares Obesos*. Disponible en Internet {en red} de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292003000200002&script~sci_arttext

Mathew, J y cois. (2000). *Estilos de vida saludables en adultos norteamericanos*. Disponible en red www.healthfinder.gov/news/newsstory.asp?docID=525360.

Arias, C y cois. (2000). Disponible en red <http://correo.puj.edu.co/proyectosintesis/HIPERVINCULOS/PROBLEMATICASOCIL/PO99203a.htm>

Idrobo, N. (1998). Disponible en red www.boletinasp.org/bletin/boletin6/html

Matad, M. (2004). *Autoestima en la mujer*. Universidad de la Laguna, España.

Lopategui, E. (2000). Disponible en red www.saludmed.com/documentos/Actejer.htm

Maya. (2001). *Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida*. Disponible en red <http://www.funlibre.org/documentos/mayas1.htm>



Neugarten.

(1974).

http://es.wikipedia.org/wiki/estilo_de_vida

Molino, M. (2001) . *El cáncer y estilos de vida en estudiantes de la universidad nacional de San Juan.*

Disponible en red [http://64.233.167.104/search?q=cache:x-](http://64.233.167.104/search?q=cache:x-FPHogx9YqJ:www2.fices.unsl.edu.ar/~kairos/kl2-)

[FPHogx9YqJ](http://64.233.167.104/search?q=cache:x-FPHogx9YqJ:www2.fices.unsl.edu.ar/~kairos/kl2-): www2 . fices . unsl. edu. ar/~kairos/kl2-

archivos/molina%2520marta.pdf+molina+%2B+fices+%2B+estilo

s+de+vidafhl=es

Pérez. (2002). *Tiempo libre y su relación con la calidad de vida.* Disponible en red vzwvj.funilibre.com

Desjaríais, R y cois. (1997). *Salud mental en el mundo.* Organización Panamericana de la salud. Disponible en red www.google.com

Bienestar Universitario UNAB (2003) *Informe de Gestión 2003-2004.* Bucaramanga, Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Apéndices

Apéndice A

CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA

Investigación Original: Universidad Pontificia de Cali

Investigadoras Arrivillaga, M.; Salazar, I. y Gómez, I. (2002)

Investigación Replica: Universidad Autónoma de Bucaramanga

Investigadoras Díaz, P.; Díaz, A.; Pérez, E. y Zuluaga, C. (2004)

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

DATOS DEMOGRÁFICOS

Sexo: MasculinoFemenino	
Su edad esta entre: 16-20_ 21-25_ 26-30_ 31-35_ 36-40_ 41-45_ 46-55_ 56 o más	—
Nivel Educativo: PrimariaSecundariaTécnicaPregradoPosgrado	
Categoría: EstudianteColaborador	
DirectivoProfesionalDocenteAdministrativoServicios Operacionales	
Carrera: MúsicaEducaciónPsicologíaProducción en ArtesComunicación Social_	.
Ing. FinancieraIng. de MercadosIng. MecatrónicaIng. en EnergíaIng. de Sistemas.	—
DerechoContaduría PublicaHotelería y TurismoAdm. de EmpresasMedicina	
Semestre: 12345678910	
Estrato Socio Económico: 123456	
Su Peso esta entre: 40-5051_6061-7071-8081-90más de 90	
Su estatura esta entre: 1.50-1.60 ___ 1,61-1.701.71-1.801.81-1.90mas de 1.90	

PRACTICAS

	CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
1	Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
2	Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
3	Mantiene el peso corporal estable				
4	Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (spinning, cardiobox, aeróbicos, aero-rumba)				
5	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichi, kun fu, yoga, danza, meditación, relajación autodirigida)				
6	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				

	RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE				
7	Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar en bicicleta)				
8	Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				
9	Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre				
10	En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear)				
11	Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales				

	AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO				
12	Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
13	Va al médico por lo menos una vez al año				
14	Cuando se expone al sol, usa protectores solares				
15	Evita las exposiciones prolongadas al sol				
16	Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
17	Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
18	Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año				
19	Se automedica y/o acude al farmaceuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales				
20	Consume medicinas sin prescripción médica (anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos)				
21	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos				
22	PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos y otros cambios, al menos una vez al mes				
23	PARA MUJERES: Se toma la citología anualmente				

24	PARA HOMBRES: Se examina ios testículos en búsqueda de nódulos y otros cambios, al menos una vez al mes				
25	PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				
26	Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, bucea, nada, etc) utiliza las medidas de protección respectivas				
27	Maneja bajo efectos de licor u otras drogas				
28	Aborda un vehículo manejado por alguna conductor bajo efectos del licor u otras drogas				
29	Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor				
30	Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad				

	PRACTICAS				
31	Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como "zona de refugio", etc) que hay en la universidad				
	HÁBITOS ALIMENTICIOS				
33	Consume entre 4 y 8 vasos de agua al día?				
34	Añade sal a las comidas en la mesa?				
35	Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
36	Consume más de 4 gaseosas en la semana?				
37	Consume dulces, helados y pasteles más de 2 veces en la semana?				
38	Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?				
39	Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesa y salsas en general)?				
40	Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
41	Mecatea?				
42	Come carne más de 4 veces a la semana?				
43	Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?				
44	Consume productos ahumados?				
45	Mantiene un horario regularen las comidas?				

46	Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?				
47	Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
48	Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservativos)?				
49	Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente)?				

	CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS				
50	PARA FUMADORES: Fuma cigarrillo o tabaco?				
51	PARA FUMADORES: Fuma mas de media cajetilla de cigarrillos en la semana?				
52	PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia?				
53	Consume licor al menos 2 veces en la semana?				
54	Cuando empieza a beber puede reconocer en que momento debe parar?				
55	Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?				
56	Consume drogas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, achis, entre otras)?				
57	Dice "no" a todo tipo de droga?				
58	Consume más de 2 tazas de café al día?				
59	Consume más de 3 coca - colas en la semana?				

	SUEÑO				
60	Duerme al menos 7 horas diarias?				
61	Trasnocha?				
62	Duerme bien y se levanta descansado?				
63	Le cuesta trabajo quedarse dormido?				
64	Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				
65	Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?				
66	Hace siesta?				
67	Se mantiene con sueño durante el día?				

68	Utiliza pastillas para dormir?				
69	Respetar sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades (ej. No se trasnocha previamente a un parcial o a la entrega de un trabajo)?				

CREENCIAS

	CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE				
70	La actividad física ayuda a mejorar la salud				
71	Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades				
72	El ejercicio siempre puede esperar				
73	Con el ejercicio mejora el estado de ánimo				
74	Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud				

	RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE				
75	Es importante compartir actividades de recreación con la familia y los amigos				
76	El trabajo es lo más importante en la vida				
77	La recreación es para los que no tienen mucho trabajo				
78	El descanso es importante para la salud				

	AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO				
79	Cada persona es responsable de su salud				
80	Es mejor prevenir que curar				
81	Solo cuando se esta enfermo, se debe ir al médico				
82	Los factores ambientales (el sol, la contaminación, el ruido) influyen en la salud				
83	El estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento				
84	Tener buena salud es asunto de la suerte o del destino				
85	La relajación no sirve para nada				
86	Es difícil cambiar comportamientos no saludables				
87	Es importante que le caiga bien el médico para que el tratamiento funcione				
88	Los productos naturales no causan daño al				

CÓDIGO: 102-102-102-102

	organismo				
89	En tramos cortos no es necesario el cinturón de seguridad				
90	Por más cuidado que se tenga, de algo se va a morir uno				
91	En la vida hay que probarlo todo para morir contento				

	^HÁBITOS ALIMENTICIOS				
92	Entre más flaco más sano				
93	Lo más importante es la figura				
94	Comer cerdo es dañino para la salud				
95	Entre más grasosita la comida más sabrosa				
96	El agua es importante para la salud				
97	Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo				
98	Las dietas son lo mejor para bajar de peso				

	CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS				
99	Dejar de fumar es cuestión de voluntad				
100	Consumir 1 o 2 cigarrillos al día NO es dañino para la salud				
101	Al consumir licor logra estados de mayor sociabilidad				
102	Un traguito de vez en cuando no le hace daño a nadie				
103	Tomar un trago es menos dañino que consumir drogas				
104	El licor es dañino para la salud				
105	Una borrachera de vez en cuando no le hace mal a nadie				
106	Se disfruta mas una rumba si se consume licor o drogas				
107	Nada como una coca - cola con hielo para quitar la sed				
108	El café le permite a la gente estar despierta				
109	Hay que tomar una copita de vino para que funcione bien el organismo				

	SUÑO				
110	Dormir bien, alarga la vida				
111	La siesta es necesaria para continuar la actividad diaria				
112	Si no duerme al menos 8 horas diarias no funciona bien				
113	Solo puede dormir bien en su propia cama				
114	Solo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas (ventilación, luz, temperatura)				
115	Si toma café o coca - cola después de las 6 p.m. no puede dormir				
116	Dormir mucho da anemia				

Apéndice B

ENCUESTA SOBRE FACTORES CONTEXTUALES RELACIONADOS CON
ESTILOS DE VIDA

Investigación Original: Universidad Pontificia de Cali

Investigadoras Arrivillaga, M.; Salazar, I. y Gómez, I. (2002)

Investigación Replica: Universidad De Santander

Investigadoras Díaz, P. Bález, P, y Sánchez, C. (2006)

La siguiente encuesta tiene por objetivo evaluar los factores del contexto relacionados con el estilo de vida saludable. Marque con una "X" si su respuesta es afirmativa o negativa. Conteste sinceramente. No existen respuestas ni buenas ni malas.

Sexo: Masculino Femenino
Su edad esta entre: 16-20_21-25_26-30_31-35_36-40_41-45_46-55_56 omás. __
Nivel Educativo: Primaria Secundaria Técnica Pregrado Posgrado
Categoría: Estudiante Colaborador
Directivo Profesional Docente Administrativo Servicios Operacionales
Carrera: Música Educación Psicología Producción en Artes Comunicación Social __
Ing. Financiera Ing. de Mercados Ing. Mecatrónica Ing. en Energía Ing. de Sistemas __
Derecho Contaduría Pública Hotelería y Turismo Adm. de Empresas Medicina
Semestre: 1_2_3_4_5_6_7_8_9_10_
Estrato Socio Económico: 123456
Su Peso esta entre: 40-50 51_60 61-70 71-80 81-90 más de 90
Su estatura esta entre: 1.50-1.60 1.61-1.70 1.71-1.80 __ 1.81-1.90 mas de 1.90 __

DATOS DEMOGRÁFICOS

CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE		SI	NO
1	Algún miembro de su familia realiza actividades físicas y /o deportivas?		
2	Comparte con sus compañeros o amigos actividades físicas y / o deportivas?		
3	Su familia apoya y facilita que usted realice actividades físicas y / o deportivas?		

RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE		SI	NO
4	En su familia dedican tiempo para compartir actividades de recreación?		
5	Comparte con sus amigos actividades de recreación?		

AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO		SI	NO
6	Tiene acceso a servicios de salud?		
7	Sus familiares y / o amigos le promueven la utilización de medicina alternativa?		
8	Los sitios por donde usualmente se moviliza tiene señales de tránsito?		

9	Son suficientes todas las condiciones de seguridad (extinguidotes, pasamanos, pisos antideslizantes, alarmas contra incendio, entre otros) de su sitio de Trabajo / estudio?		
10	PARA COLABORADORES: en su sitio de trabajo le proveen elementos (pasamanos, cinturones, botas, etc.) para prevenir accidentes?		

HÁBITOS ALIMENTICIOS		SI	NO
11	En su familia se respetan los horarios de comidas?		
12	En su lugar de estudio o trabajo encuentra variedad que satisfacen los hábitos alimenticios?		
13	En su familia es habitual el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares?		
14	En su familia se preocupan por consumir alimentos nutritivos y saludables?		
15	En su familia hay tendencia al sobrepeso y la obesidad?		

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS		SI	NO
16	Es un fumador pasivo (no fuma, pero esta rodeado de personas que fuman) ?		
17	Alguno de sus padres fuma?		
18	Si usted fuma señale en que lugar fuma: Casa _____ Universidad _____ Bares/Discotecas__ Restaurantes__ Casa de amigos _____		
19	En su vida laboral es habitual el consumo de cigarrillo?		
20	En su vida social es habitual el consumo de cigarrillo?		
21	Los sitios que frecuenta lo convierten en un fumador pasivo?		
22	Alguno de sus padres consume licor ?		
23	En su vida social es habitual el consumo de licor?		
24	Acostumbra a consumir licor en compañía de sus amigos?		
25	Alguno de sus padres consume drogas?		
26	Tiene amigos que consumen drogas?		

SUEÑO		SI	NO
27	Cuenta con las condiciones ambientales (ventilación, luz, temperatura, cama, etc.) necesarias para dormir?		
28	En su familia tiene horarios de sueño establecidos (levantarse y acostarse a determinadas horas según sea en días de semana o fin de semana?		
29	En su casa es posible dormir sin interrupciones?		
30	Por sus exigencias laborales / académicas se han alterado sus rutinas de sueño?		

Apéndice C



Universidad Autónoma de Bucaramanga
 Dirección de Investigaciones
Facultad de Medicina
Grupo de Neuropsiquiatría

Muchas gracias por participar en este estudio. Con él podremos ayudar a las personas que puedan tener trastorno depresivo. Para ello le rogamos contestar a cada una de las veinte preguntas marcando la respuesta que considere es *la correcta para usted DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, SIETE DÍAS*. Por favor recuerde completar este cuestionario considerando sólo cómo se ha sentido durante la última semana, 7 días.

<i>PREGUNTAS</i>	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan				
2. No sentí deseos de comer; tuve poco apetito				
3. No pude dejar de estar triste a pesar de la ayuda de amigos y familiares				
4. Sentí que era tan valioso(a) como cualquier otra persona				
5. Tuve dificultad para concentrarme en lo que hacía				
6. Me sentí deprimido(a)				
7. Sentí que cualquier cosa que hice fue con esfuerzo				
8. Me sentí esperanzado(a) en el futuro				
9. Pensé que mi vida ha sido un fracaso				
10. Me sentí nervioso				
11. No descansé bien al dormir				
12. Estuve feliz				
13. Hable menos de lo acostumbrado				
14. Me sentí solo(a)				
15. La gente no fue amigable				
16. Disfruté la vida				
17. Tuve crisis de llanto				
18. Me sentí triste				
19. Sentí que no le caigo bien a la gente				
20. Sentí que no podía seguir adelante				

UNAB - BUCARAMANGA

Apéndice D



Universidad Autónoma de Bucaramanga

Dirección de Investigaciones

Facultad de Medicina

Grupo de Neuropsiquiatría

ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE ESCALAS

Muchas gracias por participar en este estudio. Con él podremos ayudar a las personas que puedan tener problemas con su alimentación. Para ello le rogamos contestar a cada una de las cinco preguntas marcando la respuesta que considere es *la correcta para usted*. Igualmente le agradecemos colocar su nombre y teléfono donde podamos contactarla en caso de necesitarse. Este estudio es confidencial y podemos garantizar que haremos nuestro mejor esfuerzo para que su nombre, teléfono y respuestas no sean conocidas por otras personas distintas a los responsables del estudio con quienes tendrá contacto.

¿Usted se provoca el vómito por que se siente muy llena?

V Si V No

¿Le preocupa que ha perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?

V Si V No

¿Ha perdido recientemente más de 7 kilos en un período de 3 meses?

V Si V No

¿Cree que está gorda aunque los demás digan que está demasiado delgada?

V Si V No

¿Usted diría que la comida domina su vida?

V Si V No

Apéndice E



Universidad Autónoma de Bucaramanga
Dirección de Investigaciones
Facultad de Medicina
Grupo de Neuropsiquiatría

ESCALAS DE ALCOHOLISMO

¿Usted ha sentido alguna vez la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?

SI NO

¿Se ha sentido molesto porque le critican la manera de tomar?

SINO

¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable para su manera de tomar?

SI NO

¿Ha tomado alguna vez un trago a primera hora de la mañana para calmar los nervios o quitar el guayabo?

SI NO