

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Psicología
Trabajo de Grado para optar por el título de Psicólogo

PRÁCTICAS, CREENCIAS Y FACTORES DEL CONTEXTO RELACIONADOS
CON ESTILOS DE VIDA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LA UDES DE
BUCARAMANGA
(RÉPLICA)

Co-investigadoras:

Bisbel Ospina Beleño
Natalia Andrea Peña Vargas
Carol Viviana Sánchez Duarte

Investigadoras:

Ps Patricia Diaz Gordón
Ps Cely Cristina Escobar

Bucaramanga

2007

Tabla de Contenido

	Página
Resumen	Pág. 1
PRÁCTICAS, CREENCIAS Y FACTORES DEL CONTEXTO RELACIONADOS CON ESTILOS DE VIDA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LA UDES DE BUCARAMANGA (RÉPLICA)	Pág. 3
Justificación	Pág. 6
Descripción de la institución	Pág. 9
Reseña Histórica	Pág. 9
Antecedentes de Investigación	Pág. 10
Antecedentes Locales	Pág. 10
Antecedentes Regionales	Pág. 16
Antecedentes Nacionales	Pág. 17
Antecedentes Internacionales	Pág. 25
Planteamiento del problema	Pág. 34
Objetivos	Pág. 42
Objetivos generales	Pág. 42
Objetivos específicos	Pág. 43
Marco teórico	Pág. 44
Psicología de la salud	Pág. 47
Objetivos de la Psicología de la Salud	Pág. 53
Áreas de aplicación de la Psicología de la Salud	Pág. 54
Promoción y acrecentamiento de la salud	Pág. 54
Prevención	Pág. 55
Evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos	Pág. 56

Análisis y mejora del sistema de atención Sanitaria	Pág. 56
Formación de profesionales, para Profesionales y tareas de gestión	P g. 56
Definiciones Calidad de Vida y Estilo de vida	Pág. 57
Estilo de vida	Pág. 57
Calidad de vida	Pág. 57
Estilo de Vida y Salud	Pág. 61
Componentes del Estilo de Vida	Pág. 64
Factores de Riesgo y Salud	Pág. 69
Herencia / Factores Genéticos	Pág. 69
Ambiente	Pág. 70
El cuidado de la salud	Pág. 71
Salud en Jóvenes	Pág. 73
Método	Pág. 76
Tipo de investigación y diseño	Pág. 76
Población y Muestra	Pág. 77
Técnicas de Recolección de Información	Pág. 82
Procedimiento	Pág. 85
Resultados	Pág. 86
Discusión	P g. 101
Sugerencias	Pág. 106
Referencias	Pág. 108
Apéndices	Pág. 113
Apéndice A. Cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida en Jóvenes Universitarios	Pág. 114
Apéndice B. Encuesta sobre Factores contextúales Relacionados con Estilos de Vida	Pág. 120

Lista de Tablas

	Página
Tabla N° 1 Frecuencia por Carrera	Pág. 78
Tabla N° 2 Frecuencia de Género	Pág. 79
Tabla N° 3 Frecuencia de Edad	Pág. 79
Tabla N° 4 Frecuencia de Semestre	Pág. 80
Tabla N° 5 Frecuencia de Estrato	Pág. 80
Tabla N° 6 Frecuencia de Peso	Pág. 81
Tabla N° 7 Frecuencia de Estatura	Pág. 81
Tabla N° 8 Distribución global de estilos de vida por Género	Pág. 87
Tabla N° 9 Distribución por Estrato , Edad y Género	Pág. 88
Tabla N° 10 Distribución por Género, Peso y Estatura	Pág. 90
Tabla N° 11 Distribución Estrato, Peso y Estatura	Pág. 94
Tabla N° 12 Distribución General de : Estilos de Vida	Pág. 94
Tabla N° 13 Distribuciones prácticas de las dimensiones de estilo de vida	Pág. 95
Tabla N° 14 Distribuciones de las creencias de las dimensiones de estilo de vida	Pág. 98
Tabla N° 15 Distribuciones de riesgo de alcoholismo UDES	Pág. 100
Tabla N° 16 Distribuciones de riesgo para Trastornos Alimenticios (anorexia y Bulimia)	Pág. 100
Tabla N° 17 Distribuciones de riesgo para Trastornos del Estado de Animo	Pág. 101

Resumen

La investigación es una réplica del estudio original de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, es de tipo descriptivo transversal donde el tema de estudio se enfoca en las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes universitarios de la UDES de Bucaramanga. Se utilizó como instrumento el Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida y una Encuesta sobre factores del contexto relacionados con el estilo de vida elaborada por Arrivallaga (2002), la cual comprende 6 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 el sueño, la población de estudio se conforma por 1328 jóvenes, los cuales pertenecen a diferentes carreras universitarias. Los resultados evidencian que en la población estudiantil predomina el 55,3% de actividad física y deporte en las practicas saludables en estilos de vida y dentro de los factores de riesgo están la recreación y tiempo libre en el rango de poco saludable con un 55,1%, el autocuidado y cuidado médico con un 61,0%, hábitos alimenticios con un 58,8%, consumo de alcohol, tabaco y drogas con un 80,3% y el sueño con un 66,5%. Por lo tanto los estudiantes de la UDES presentan mayor riesgo de sufrir de enfermedades relacionadas con estas dimensiones y de disminuir su capacidad intelectual.

Abstract

This investigation is a replica of the original study of the Pontificia Universidad Javeriana of Cali, is a descriptive cross where the topic of study focuses on the practices, beliefs and background factors related lifestyles in young university of UDES Bucaramanga. We used as a tool of the Questionnaire on Beliefs and Practices Lifestyles Survey and context factors related to lifestyle developed by Arrivallaga (2002), which includes 6 dimensions (status, physical activity and sport, recreation and management leisure time, self-care and health care, eating habits, alcohol and other drugs snuff, and sleep, the study population consists of 1328 young people, who belong to different programs at the university. The results show that in the student population dominated by 55.3% of physical activity and fitness in practice healthy lifestyles and within

the risk factors are recreation and leisure time in the unhealthy range with a 55.1%, self-care and medical care with an 61.0%, eating habits with a 58.8% alcohol, drugs and snuff with a 80.3% and sleep with a 66.5%. Therefore students at the UPES higher risk suffer from diseases associated with these dimensions and reduce their intellectual capacity.

PRÁCTICAS, CREENCIAS Y FACTORES DEL CONTEXTO RELACIONADOS CON
ESTILOS DE VIDA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LA UDES DE
BUCARAMANGA
(RÉPLICA)

Este proyecto pertenece a la línea de investigación calidad de vida y psicología de la salud, del grupo de investigación calidad de vida y psicología del programa de psicología de la UNAB. Este tema y el proyecto trabajado es una replica de la investigación original de Arrivillaga y otros (2002), realizada en la universidad Pontificia Javeriana de Cali. Con el actual proyecto replica sean realizado tres, el primero fue en la UDES de Cúcuta, el segundo en la FABA de Bogotá y el tercero en la UDES de Bucaramanga. El progresivo interés por el tema de los Estilos de Vida, surge como consecuencia del creciente número de patologías que se derivan de la adopción de estilos de vida poco saludables y por la necesidad subyacente de ofrecer patrones de comportamiento que optimicen el estado de salud físico y mental de la población en general. La Psicología de la Salud, nace como un campo interesado en desarrollar investigaciones que apunten a determinar los factores de riesgo, las características, creencias, tipologías y todo lo concerniente a cómo las personas conciben el proceso de salud - enfermedad; que sustenten el modo como ésta pauta de acción opera y por consiguiente su repercusión en la salud en general.

El resultado de la presente investigación es una herramienta para que Bienestar Universitario pueda fomentar los servicios integrales de la Institución dirigidos a planes de promoción y prevención que apunten a mejorar los estilos

de vida en la comunidad de la UDES de Bucaramanga y de esta forma promover una vida saludable. Para ello se aplicará tres instrumentos: un cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilo de Vida, una Encuesta Sobre Factores Contextuales Relacionados con Estilo de Vida y adicionalmente, un cuestionario de preguntas epidemiológicas sobre el alcoholismo, trastornos alimenticios y estado de ánimo.

Uno de los grandes retos de este siglo es mejorar la calidad de vida de los individuos y comunidades por lo tanto se deben revisar los estilos de vida, en cuanto a la actividad física, manejo de tiempo libre, auto-cuidado, cuidado médico, hábitos alimenticios y consumo de SPA desde sus creencias, pensamientos, razones, motivaciones y emociones.

Cinger (2004), el estilo de vida se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona y como aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza. Aunque lógicamente sería difícil encontrar conductas humanas que no tuvieran algún tipo de influencia sobre la salud y el bienestar, existe una serie de repertorios de conducta que se encuentran entre los factores de riesgo más importantes de los principales problemas de salud en la actualidad tales como el consumo de alcohol y de tabaco, el desequilibrio dietético en la alimentación, no practicar ejercicio físico, no participar en programas de promoción de la salud, incumplir las instrucciones médicas y utilizar de forma inadecuada los servicios de salud, entre

otros. Específicamente los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto. Se refieren a formas cotidianas de vivir que aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida. Incluyen entre otros la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico y el sueño.

La educación en salud no puede desconocer el valor que tiene el factor cognitivo como asociado, determinante o predisponente de cambios conductuales y la adopción de estilos de vida saludables. Aunque el conocimiento de algo, por sí solo, no es un indicador de cambio conductual, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento.

Las intervenciones preventivas que intentan controlar y evitar conductas de riesgo resultan mejores si consideran el componente cognitivo. Es importante resolver la cuestión del diseño adecuado de modelos de prevención e intervención en salud con ciertos grupos poblacionales, que incluyan factores cognitivos que produzcan el impacto deseado, o al menos, aumenten las probabilidades de éxito. Por esto, las teorías

cognitivo-sociales y del comportamiento proveen elementos valiosos que proporcionan una estructura donde apoyar la planificación, ejecución y evaluación de dichos modelos.

La Psicología, interesada en el estudio del sujeto individual ha utilizado frecuentemente el término estilo, precisamente porque hace alusión a lo típicamente individual. Así en la psicología cognitiva se ha utilizado para estudiar el pensamiento (estilo de pensamiento), el aprendizaje (estilo de aprendizaje). La psicología social se ha apoyado en el mismo para el estudio del liderazgo y la dirección (estilo de liderazgo y estilo de dirección). Por su parte la psicología de la salud lo ha utilizado para identificar los factores psicosociales asociados al proceso de salud-enfermedad.

Desde finales de la década del 70 y hasta principios de la actual, el estilo de vida se ha estudiado profundamente desde diversos ángulos. Se han realizado estudios como el estilo de vida en relación con la orientación profesional (Cramer, 1987); con el género femenino (Tamgri y Jenkis, 1987) ; así como el estilo de vida familiar (Hunt y Hunt, 1987). También se han realizado estudios desde la psicología de la salud; enfocándose en la forma como las personas concibe y manejan todo lo referente a la salud bajo la concepción que la aplicación en el estudio de estos factores (forma de actuar, creer, valorar y opinar) pueden ayudar a entender aquellos aspectos de la vida psíquica de las personas que intervienen en la salud.

Lo anterior es apoyado por el comentario de Carboles, J. citado por Simón, M (1993) en el cual explica como la psicología de la salud, preocupada fundamentalmente por la

prevención de las enfermedades, centra sus intervenciones en la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados de los individuos.

Donochew, L. y otros (1987) clasificaron los estilos de vida de acuerdo con el uso de los medios masivos de información. Castro Felipe G. y otros (1987) compararon el estilo de vida en drogadictos. Rosow, J. (1978) estudió el cambio de las actitudes hacia el trabajo en relación con el estilo de vida. Por su parte Barrison, B. (1987) propuso algunas variables para el estudio del estilo de vida de los hispanos en Estados Unidos.

Se han desarrollado inventarios para el estudio del estilo de vida (Cooks, Robert y otros, 1987; Streppa Wheeler, M y otros, 1991). También se ha escrito manuales para la modificación del estilo de vida a través de vías formales (ñlklen, V y Hetherington, M, 1979; Dell., 1978).

Por tanto en la actualidad, la psicología de la salud continúa investigando las variables de estilos de vida, debido a que esta es considerada como principal factor de riesgo de muchas enfermedades, por esta razón suele hacerse un seguimiento constante de los mismos, previniendo las consecuencias originadas en otros factores, por el desarrollo tecnológico, el cual genera en cada cultura un impacto positivo o negativo que promueve en las personas un cambio en las creencias, expectativas, motivaciones, valores, percepciones y otros elementos cognitivos, al igual que en los estados emocionales y afectivos, patrones de conducta, hábitos y acciones.

En conclusión Incursionar en la temática de Estilos de Vida Saludables, no es posible hacerlo a través de comportamientos individuales y colectivos que definen el que hacer o no hacer para vivir más o menos años; Es necesario en primera instancia, adentrarnos en el concepto de Calidad de Vida y un poco más allá en este como componente del desarrollo humano teniendo en cuenta una serie de comportamientos con consecuencias favorables o desfavorables, que pueden presentarse en cualquier contexto en el cual se desenvuelva el sujeto (social, familiar, laboral y académico).

Una forma de realizar el seguimiento mencionado anteriormente, es a través de investigaciones que involucren esta variable y aporten información actualizada del comportamiento de la misma. Es por esta razón que se reconoce la labor de un grupo de psicólogos que pertenecen al grupo de investigación de psicología, salud y calidad de vida de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, los cuales decidieron realizar una investigación acerca de las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes y adultos al interior de su comunidad universitaria.

De igual forma, la facultad de psicología a través de la línea del grupo de investigación de calidad de vida y psicología asesorado por la Psicóloga Patricia Díaz (directora) y la Psicóloga Cely Cristina Escobar (Asesora), motivadas en conocer las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida de la comunidad universitaria de Bucaramanga, realizaron los trámites requeridos para replicar y hacer uso de los respectivos

instrumentos de medición del estudio original realizado por Arrivallaga, M. Salazar, I y Gómez, I. (2002) en la Pontificia Universidad Javeriana de Calí.

Finalmente la presente investigación cobra importancia por dos factores: primero, porque permite conocer las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes Universitarios de Bucaramanga y segundo, porque permite direccionar un programa de prevención y promoción que apunte a mejorar los estilos de vida en los jóvenes universitarios de Bucaramanga y de esta forma promover una vida sana en los estudiantes.

Descripción de la UDES

Reseña Histórica

Este proyecto educativo tiene sus inicios en la ciudad de Bucaramanga - Colombia, en la década de los 80s (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.

Antecedentes de Investigación

Se han realizado diferentes investigaciones que corresponden a esta línea de investigación, a nivel local, regional, nacional e internacional.

Antecedentes Locales

A nivel local se encuentra el estudio realizado en la universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB). La investigación fue realizada por Díaz, Pérez y Zuluaga, en el año 2004, el nombre de la investigación es prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes

universitarios de la UNAB; la investigación es una replica del estudio original realizado en Cali, tiene como objetivo principal describir las practicas, creencias y factores del contexto relacionados con el estilo de vida en jóvenes de la UNAB, teniendo en cuenta las seis dimensiones del estilo de vida, la investigación es no experimental de tipo descriptiva transeccional, con una muestra estratificada de 503 estudiantes de pregrado (Bucaramanga extensión UNISANGIL). Se aplicaron dos instrumentos: un cuestionario de practicas y creencias sobre estilos de vida y una encuesta sobre factores contextuales relacionados con estilos de vida. Se concluye que los jóvenes de la UNAB presentan un alto nivel de estilos de vida saludables, aunque en la dimensión de sueño en cuanto a creencias hay una tendencia baja.

Otro estudio realizado a nivel local es el de los colegios Francisco de Paula Santander del Instituto Francisco José de Caldas, por Anastasia Zeledón y Silvia Puentes Ferreira en el año 2005, el nombre la investigación es prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en adolescentes de los colegios Francisco de Paula Santander del Instituto Francisco José de Caldas, la investigación es una replica del estudio original realizado en Cali, tiene como objetivo principal describir las practicas, creencias y factores del contexto relacionados con el estilo de vida en adolescentes de los colegios Francisco de Paula Santander del Instituto Francisco José de Caldas, teniendo en cuenta las seis dimensiones del estilo de vida, la investigación es no experimental de tipo descriptiva transeccional, la población esta conformada por la comunidad educativa de los colegios mencionados anteriormente, se aplicaron dos instrumentos: un cuestionario de practicas y

creencias sobre estilos de vida y una encuesta sobre factores contextuales relacionados con estilos de vida. Con respecto a los hallazgos globales se encontró que los adolescentes presentan resultados favorables a la salud en las dimensiones evaluadas, por lo tanto su estilo de vida es "saludable", aunque al realizar el estudio en algunas dimensiones se observaron también porcentajes significativos sobre prácticas y creencias "poco saludables".

Otro estudio a nivel local es el que realizaron Vega, López, Orozco y Caicedo (1999), Bucaramanga, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, para identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para adquirir infección por VIH transmitidas sexualmente, para que sirvan de base en la reorientación de las acciones preventivas desarrolladas a los jóvenes de la universidad.

La población con la que se trabajó fueron Jóvenes entre los 15 y 22 años. Muestreo por conglomerados. Se encuestaron 500. La metodología fue diseñar una encuesta para medir conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), analizada a través del software epiinfo 6.04 y stata 6.0, para analizar variables continuas, se utilizaron medidas de tendencia central y la variabilidad.

Se construyó una escala de 0 a 5 para evaluar el nivel de conocimientos frente al VIH de cada uno de los sujetos. Así mismo se determinó el nivel de riesgo y la práctica de sexo seguro en cada uno. Se agruparon en 5 componentes: 1. sociodemográfico, se encuestaron 458 sujetos 60% mujeres de todos los estratos socioeconómicos, con una edad media de 18.2 años y un promedio de escolaridad de 11.7 años. 2.

comunicación: la televisión es el medio predilecto 88%, para recibir información sobre SIDA. Se encontró que la mayoría de los jóvenes desconoce la existencia de centros de asesoría sobre SIDA en la ciudad. 3. conocimientos, se encontró que por cada 9 jóvenes con nivel de conocimientos aceptable hay uno con bajo nivel, siendo la media del nivel de conocimientos es de 3.7. 4. actitudes, la mayoría de los encuestados presentó una actitud favorable hacia las personas enfermas de SIDA, tener pareja estable, la importancia de las campañas de información, mantener buena comunicación con la pareja y el uso del condón. 5. practicas, el 58% de los jóvenes ya hablan iniciado su vida sexual activa, siendo el promedio de edad de inicio es de 15.7 años. Solo el 31% usa condón en todas sus relaciones sexuales, al aplicar la escala ascendente del nivel de riesgo, se encontró un promedio de 18.9 y solo 6 individuos tuvieron prácticas de sexo seguro. Además se concluyo que los jóvenes poseen conocimientos básicos sobre todos los aspectos del SIDA, en general el nivel de conocimiento es bajo frente a la existencia de información que sobre el tema se ha realizado mediante las campañas preventivas, sin embargo, la actitud hacia dichas campañas es favorable, confirmando que mediante ellas se pueden crear cambios actitudinales en la población, que pueden ayudar a lograr prácticas sexuales seguras.

Otro estudio a nivel local fue Hernández (2004), realizó un estudio de tipo Método analítico, para determinar la prevalencia de los hábitos nutricionales, físicos y de ingesta de alcohol, psicológicos y genéticos que se asocian a la presencia de obesidad en hombres y mujeres de 15 a 25 años en la facultad de salud de la universitaria de Santander de Bucaramanga durante el segundo semestre del 2004.

La población fue de 1474 hombres y mujeres, para sacar una muestra final de 234 personas; la hipótesis planteada era La obesidad ha incrementado por la presencia de hábitos alimenticios no adecuados, sedentarismo, consumo de alcohol, ansiedad y estrés, en hombres y mujeres de 15 a 25 años en la facultad de salud de la universitaria de Santander de Bucaramanga durante el segundo semestre del 2004. Las variables utilizadas fueron la dependiente la Obesidad y las independientes, sexo, edad, buenos hábitos nutricionales, sedentarismo, factores genéticos, consumo de alcohol, ansiedad y estrés. El instrumento utilizado fue una encuesta de 15 preguntas creada por los investigadores que evalúa hábitos y creencias en estilos de vida saludables.

Se logro deducir que se encontraron personas con peso saludable y una baja tendencia a la obesidad. Se nota que los sujetos tienen un conocimiento básico sobre la composición de los alimentos; hay una tendencia a disminuir el consumo de carbohidratos, además de una tendencia baja a consumir vegetales. En definitiva, hay costumbres no muy saludables representadas en mayor porcentaje de consumo de alimentos fritos, así como estilos de vida desfavorables y hábitos deficientes, por otro lado, la actividad física es baja.

Así mismo, Rueda, Díaz & Otros (2005) , con el fin de determinar la consistencia interna, la reproducibilidad y la validez de criterio del cuestionario SCOFF, en universitarias para el tamizaje de los trastornos de la conducta alimentaria, llevaron a cabo un estudio de validación de muestreo trasversal al azar con 385 estudiantes de seis facultades de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Se aplicó de manera independiente el cuestionario SCOFF y la

entrevista diagnóstica internacional compuesta. Los datos arrojados, muestran que 149 de los estudiantes fueron positivos en la puntuación del cuestionario.

Igualmente se constató que el cuestionario SCOFF, es una buena alternativa como instrumento para la detección de trastornos alimentarios entre mujeres universitarias, por su sencillez y rapidez de administración. En la misma línea, Jaimes, Martínez & Otros (2005), realizaron un estudio haciendo uso del cuestionario SCOFF, para determinar el comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. Fueron seleccionadas al azar 241 estudiantes, entre los 10 y 19 años de edad, de tres colegios de Bucaramanga, Colombia. Los resultados hallados, indican que cerca del 39.4% de la población es positiva, en cuanto a las puntuaciones del cuestionario.

También León, y Páez (2005), realizaron un estudio que tiene como objetivo determinar la relación de las variables psicosociales de tipo sociodemográfico y con la realización de la citología vaginal, como conducta saludable ante la prevención del cáncer de cuello uterino, en una muestra de 150 mujeres de 3 carreras de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Encontraron correlaciones importantes entre las variables edad y señales para la acción; y las variables antecedentes del cáncer de cuello uterino y motivación para la salud.

Campo, Martínez y Otros (2005), interesados en determinar la validez y la consistencia interna de la escala CES-D entre la población Colombiana, realizaron una investigación en la ciudad de Bucaramanga con 266 personas.

Los participantes diligenciaron el cuestionario CES-D (Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de Depresión), y luego fueron intervenidos por psiquiatras, con el fin de detectar episodios recientes de depresión mayor, basados en los criterios clínicos del DSM-IV. De acuerdo con los resultados, 137 personas equivalentes al 51.5% de la población fueron reportadas con importantes síntomas depresivos, mientras que los psiquiatras hallaron 44 casos (16.5%) de personas con un episodio depresivo mayor.

Antecedentes Regionales

A nivel regional se encuentra el estudio realizado en la universidad Industrial de Santander (UIS), seccional Socorro. Por Ardila y Guarín en el año 2006, el nombre la investigación es prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes universitarios de la UIS Socorro y UNISANGIL, la investigación es una replica del estudio original realizado en Cali, tiene como objetivo principal describir las practicas, creencias y factores del contexto relacionados con el estilo de vida en jóvenes de la UIS Socorro y UNISANGIL, teniendo en cuenta las seis dimensiones del estilo de vida, la investigación es no experimental de tipo descriptiva transeccional, la muestra estuvo conformada por 860 sujetos de los cuales 477 pertenecen a la UNISANGIL Y 383 a la UIS de Socorro. Los resultados indican que los jóvenes estudiados poseen un estilo de vida saludable, sin embargo presentan como factores de riesgo los relacionados con la recreación y el manejo del tiempo libre, el auto cuidado y el cuidado medico, los hábitos alimenticios y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Así mismo, los contextos dieron como resultado un

índice favorable, excepto el relacionado con el entorno social.

Antecedentes Nacionales

A nivel nacional se encuentran los estudios realizados en:

El estudio realizado en la Universidad Javeriana de Cali, siendo este el estudio base de la investigación, por Arrivillaga, Salazar y Correa en el año 2004, con el nombre Prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes universitarios de la Universidad Javeriana de Cali. Teniendo como objetivo Describir las creencias sobre la salud de jóvenes universitarios y su relación con las prácticas o conductas de riesgo o de protección, en seis dimensiones del estilo de vida (condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y sueño). El método: Investigación descriptiva, con diseño transeccional. Con una muestra de 754 jóvenes universitarios de Cali. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de prácticas y creencias relacionadas con estilos de vida y una encuesta sobre factores del contexto relacionados con el estilo de vida. Los resultados fueron alta o muy alta la presencia de creencias favorables con la salud, en todas las dimensiones, excepto en el sueño. Existe una incongruencia entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida. Y las conclusiones muestran que el factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas prosalud. Es necesario diseñar programas orientados a la promoción de estilos de vida

saludables en jóvenes, que contemplen distintos procesos psicosociales como el aprendizaje, la cognición, la motivación y la emoción.

El estudio realizado en la Fundación Tecnológica Autónoma de Bogotá (FABA) por Ramírez Plata en el año 2006, con el título *Prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes universitarios de la Fundación Tecnológica Autónoma de Bogotá (FABA)*, la investigación es una réplica del estudio original realizado en Universidad Pontificia Javeriana de Cali. Esta tiene como objetivo general describir las prácticas, creencias y factores del contexto, relacionados con estilos de vida saludables en jóvenes universitarios de la Fundación Autónoma de Bogotá. La población objeto estuvo conformada por 523 sujetos. El tipo de estudio es no experimental, de corte descriptivo transeccional. Para la recolección de la información, se utilizaron un Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre estilos de vida Saludables y una Encuesta de Factores Contextuales Relacionados con los Estilos de Vida Saludables (Arrivillaga y Salazar, 2004) . Se evalúan seis 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. Los resultados indican que los jóvenes estudiados de FABA, poseen un estilo de vida Poco Saludable, presentándose como factores de riesgo los relacionados con los Hábitos Alimenticios, Recreación y el Manejo del Tiempo Libre, el Autocuidado y Cuidado Médico y el Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas. Así mismo, los resultados dieron un índice favorable en los contextos, excepto el relacionado con el entorno social.

El estudio realizado en los colegios públicos y privados de Valledupar, por Pérez en el año 2006, con el título Prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes y Adultos en Colegios privados y Públicos de Valledupar. La investigación corresponde a una replica del trabajo realizado por Marcela Arrivillaga Quintero e Isabel Cristina Salazar Torres, psicólogas de la Universidad Javeriana de Cali; el objetivo general que se presenta en esta replica es describir Practicas, Creencias y Factores del Contexto relacionados con el Estilo de Vida en jóvenes y adultos de los colegios privados Santa Fe y Nariño y los colegios públicos Alfonso López y Eduardo Suárez Orcasita de la ciudad de Valledupar, Colombia. La investigación es No experimental, de tipo descriptiva transeccional (Hernández, 1998); la población esta conformada por estudiantes de los colegios mencionados anteriormente. Los instrumentos utilizados para la recolección de la información son: el cuestionario de "Practicas y Creencias sobre Estilos de Vida Saludables" y la encuesta "Factores Contextúales Relacionados con los Estilos de Vida Saludables".

Con respecto a los resultados obtenidos, la descripción de las practicas y creencias en cada una de las dimensiones del estilo de vida, permite dar a conocer que los jóvenes y adultos de estos colegios en su mayoría se encuentran ubicados en un estrato socioeconómico para los colegios privados en un nivel medio (3,4) y para los colegios públicos en un nivel bajo (2,3), cuyas edades oscilan entre el os 16 y 20 años y que se encuentran cursando actualmente los grados 10 y 11; y el personal docente pertenece en su mayoría a un estrato socioeconómico medio (3,4). De igual forma, tanto jóvenes como adultos realizan prácticas entre las categorías

poco saludables y saludables siendo este resultado en número parecido para colegios privados y públicos. En cuanto a las creencias se evidencia que la población se ubica entre los rangos alto y muy alto, lo que indica que dichas creencias apuntan a ser saludables y muy saludables, generando algo confuso debido a que lo que piensan algunas veces es diferente a lo que practican. Estos datos permiten confirmar las necesidades inicialmente descubiertas en la población y en las instituciones, necesidades de las cuales surgió el objetivo y el problema de la investigación, debido a que la población tiene conocimiento de las creencias para mejorar su estilo de vida, pero realizan unas practicas que los llevan a tener un estilo de vida que no esta acorde con lo que creen. Basados en los resultados, se percibieron nuevos aportes como fueron la escogencia de una población diferente en los (colegios privados y públicos en jóvenes y adultos de dichas instituciones) a la ya estudiada.

Un estudio realizado por Mejía, Serna, y Sierra, (1997) en la empresa social del estado Instituto Metropolitano de Salud, METROSALUD en Medellin, Colombia, en el que midió la frecuencia en estilos de vida saludables como no fumar, ejercicio físico, dieta adecuada, peso ideal, sexo seguro, consumo de licor, exámenes de tamizaje y recreación, la actitud hacia la promoción de la salud, y la percepción del componente institucional en promoción.

Se aplicó una encuesta auto diligenciada, tomándose muestra para cada uno de los grupos poblacionales: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Los resultados encontrados en proporción con estilos de vida saludable fueron del 22%, siendo mayor para los médicos, seguido por enfermeras, y luego por los auxiliares.

No se observaron diferencias con lo reportado para la población en general con respecto a hábitos como fumar, consumo de licor y el sobrepeso. Se encontró una actitud positiva hacia la promoción de la salud, con predominio en quienes tienen un estilo de vida más saludable.

Gutiérrez, Vargas (2002). Realizaron una investigación de tipo descriptivo, ya que busca especificar algunos hábitos alimentarios y la prevalencia de actividad física. El tamaño de la muestra se estimó en 202 personas. Los criterios de muestreo en la investigación fueron:

- Universo: 467 funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Prevalencia 84%. Suma la prevalencia de sedentarismo en tiempo libre en Bogotá que es del 39% y las personas que realizan algún tipo de actividad física menos de treinta minutos al día, menos de cinco días a la semana son el 45%).
- Error estándar. 1%.
- Nivel de confianza: 99%.

La edad de la población presenta un rango de 22 a 62 años, con una media de 39 años y una desviación estándar del 7.97. Distribución por edad en los funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud en el 2002.

En la distribución por sexo el 39.6% (n=80) de la población son hombres y el 60.4% (n=122) son mujeres, en el tipo de vinculación laboral el 78.2% (n=158) son funcionarios de planta y el 21.8% (n=44) trabajan como funcionarios de contrato de prestación de servicios.

Calvo, Fernández, Guerrero, González, Rubial, y Hernández (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 9no. grado, y casi el 90% eran mayores de 60 años. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la Hipertensión Arterial (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.

Gómez, Samper y Otros (2004) realizaron un estudio para determinar la prevalencia y características sociodemográficas asociadas a factores de riesgo cardiovascular en la población de 15 a 69 años de la localidad de Santa Fe, Distrito Capital de Bogotá, área demostrativa Carmen (conjunto de acciones para la reducción multifactorial de las enfermedades no" transmisibles.) Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. El estudio se realizó en dos localidades de Bogotá: Santa Fe como área demostrativa, y Tunjuelito, como área control, a 2002 individuos residentes en la localidad. Los porcentajes de participación en los

individuos seleccionados en la muestra para indicadores de comportamiento y biológicos, fueron de 97,8 y 52,4%, respectivamente. Con respecto a los factores de riesgo de comportamiento, el 65,8% de las personas eran inactivas físicamente en el tiempo libre, 37,4% habían consumido más de 5 tragos de licor en los últimos 30 días y el 26,9% eran fumadores actuales. En factores de riesgos biológicos, el 20,4% eran hipercolesterolémicos, 16,7% tenían cifras tensionales elevadas y el 43,3% tenían sobre peso u obesidad. Después del ajuste de covariables, la edad y el nivel de escolaridad tuvieron una asociación directa con la presencia de dos o más factores de riesgo.

Los factores de riesgo comportamentales fueron consumo de tabaco, consumo de alcohol e inactividad física; en indicadores biológicos se estableció la presencia de sobre peso u obesidad, cifras de la presión arterial elevadas e hipercolesterolemia. En conclusión, este estudio evidencia las altas prevalencias de factores de riesgo cardiovascular de tipo comportamental y biológico en la localidad de Santa Fe; si se tiene en cuenta el enfoque planteado en los programas Carmen, lo encontrado en esta área demostrativa destaca la prioridad que debe tener el tema en la agenda pública de la ciudad.

Gómez, Samper y Otros (2004), determinaron según género, los patrones de conglomeración de algunos factores de riesgo en personas de 18 a 29 años, en dos áreas urbanas de Bogotá. Debido a que este artículo estuvo enfocado a la población adulta joven, el análisis se restringió a 1.465 personas de los 18 a 29 años de ambas localidades (737 en Santa Fe y 728 en Tunjuelito). El porcentaje de respuestas fue del 92,6% (sin diferencias apreciables por sexo) lo cual

comprendió a 14 65 adultos jóvenes con una media de edad de 22,9 años, distribuidos en los siguientes grupos de edad: 948 de 18 a 24 años y 517 de 25 a 29 años. 44,4% de los participantes eran hombres y 55,6% mujeres. Las prevalencias generales en adultos jóvenes, de los factores de riesgo analizados en este artículo fueron las siguientes: 63,5% de bajo consumo de frutas y verduras, 56,3 de inactividad física en el tiempo libre, 43,9% de consumo agudo de alcohol en los últimos 30 días y, 25,1% de consumo actual de tabaco. Las prevalencias más elevadas de tener 3 a 4 factores de riesgo de comportamiento fueron encontradas en hombres (23,2%), en personas en edades entre 25 29 años (19,6%), en sujetos con estado civil separado. Este estudio evidenció que solo el 13,9% de los adultos jóvenes de las dos localidades analizadas no presentan ningún factor de riesgos estudiados. Este hallazgo puede explicar las altas tasas de mortalidad por ECNT (enfermedades crónicas no trasmisibles) reportadas para estas poblaciones.

Gómez, Samper y Otros (2004), realizaron un estudio sobre la accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. Se analizaron 1021 registro de mujeres de entre 18 y 64 años, provenientes de un estudio trasversal realizado en un área urbana de Bogotá (Colombia). El porcentaje de respuesta fue de 97,8%. De 1021 registros se excluyeron 38, por ser mujeres con histerectomía. De las 983 restantes, 733 (69,7%) reportaron una citología de cuello uterino reciente. Este estudio evidencia que el 69,7% de las mujeres de 18 a 64 años de la localidad de Santa Fe reportaron haberse realizado una citología de cuello uterino recientemente.

Urina, Vergara, Ramírez, (2005), realizaron una investigación de tipo descriptivo - transversal, para determinar la incidencia de factores de riesgo cardiovascular en un grupo de participantes voluntarios funcionarios de la corporación educativa mayor de desarrollo Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla. La población a estudio se encontró conformada por 336 personas de las cuales accedieron voluntariamente 105 funcionarios. Las variables que se tuvieron en cuenta para el estudio son: edad, género, peso, talla, índice de masa corporal, tensión arterial, glicemia, colesterol; se pudo concluir que existe alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular modificables, debido a los altos índices de sobrepeso y obesidad relacionado con la carencia de actividad física y al consumo de alimentos poco saludables. Por esta razón es recomendable la implementación de campañas dirigidas al incremento de la actividad física, a la planeación de una nutrición balanceada y a la modificación en hábitos y estilos de vida.

Antecedentes Internacionales

Gochman, 1982. Glanz y Clbs. (1990), Citado por Arrivillaga, Salazar, y Gómez (2004) ha denominado como conductas de salud, aquellas que realizan las personas para mantener, restablecer y mejorar su salud; 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. Con el tiempo estos hábitos resistentes al cambio y 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.

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/as adolescentes de adquirir conductas de riesgo que menoscaben su salud y desarrollo humano, componentes importantes de los estilos de vida saludables.

Lopategui (2000) en el 1995, citado por Pérez, y Zuluaga, (2004) 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).

Más 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).

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 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".

Palma (2001) , En una investigación realizada en Costa Rica buscó acercarse a las concepciones de salud de un grupo de mujeres con una enfermedad crónica y cómo la construcción de la subjetividad femenina interviene en sus prácticas

cotidianas que se pueden relacionar con el autocuidado. Las enfermedades crónicas son aquellas que permanecen en el cuerpo, estas no se curan, sino que deben tener un control adecuado para que no se presenten consecuencias serias en el futuro.

Las que interesan en esta investigación son la Diabetes Mellitus y la hipertensión. Es importante mencionar que estas enfermedades crónicas tienen un alto nivel de importancia en la salud pública de Costa Rica, debido a un cambio epidemiológico que surgió hace 25 años aproximadamente y que implicó una baja en la muerte por enfermedades infecciosas o parasitarias y un aumento en las defunciones por enfermedades crónicas.

De esta manera se tiene que el 11% de mujeres y 7% de hombres mayores de 40 años, padecen de Diabetes Mellitus.

Para 1992, del total de consultas hechas por mujeres para esta enfermedad fue de 3,08 % y un 2,3% hechas por hombres. En 1996 murieron 266 mujeres y 174 hombres por esta enfermedad. Por su parte, la hipertensión afecta a un 9% de personas mayores de 15 años en el país y en 1995 hubo un total de egresos en hospitales de la CCSS de 9,13% mujeres y 8,32 hombres por cada 10 mil habitantes, y el total de defunciones para ese año fue de 180 mujeres y 366 hombres.

Pullen y Fiando (2001) , citados por Arrivillaga, Salazar y Gómez (2002), realizaron un estudio con el propósito de describir las conductas promotoras de un estilo de vida saludable y los intentos de cambio en 102 mujeres (mayores de 65 años), de cuatro sectores rurales del estado de Nebraska en Estados Unidos y determinar hasta que punto factores como los aspectos socio-demográficos, la concepción de salud, el estatus de salud percibido y las influencias

contextuales (fuentes de información, de salud y la conserjería) explican estas conductas promotoras de un estilo de vida saludable.

Se realizó un sistema de entrevista asistida por computador, con una duración promedio de 64 minutos para la cual se entrenó a los entrevistadores quienes llamaron a los sujetos que previamente hablan manifestado su acuerdo para participar en el estudio. Las variables fueron medidas de la siguiente manera, el cuestionario de 52 ítems, Health Promoting Lifestyle II (HPLPII) evaluó las siguientes dimensiones: crecimiento espiritual, conductas de responsabilidad con la salud, actividad física, nutrición, relaciones interpersonales y manejo del estrés. Se utilizó un inventario para medir los intentos de cambio en cinco áreas: nutrición, actividad física, manejo del estrés, relaciones interpersonales y crecimiento espiritual. Las características sociodemográficas fueron evaluadas con el fomento de datos personales; la concepción de salud fue medida con el Laffrey Health Conception Scale (LHCS).

En cuanto a las influencias contextuales, se tuvieron en cuenta las fuentes de información de salud profesionales, personales (amigos, familia) y medios de comunicación (periódicos, revistas, radio, televisión).

En cuanto a las conductas promotoras de un estilo de vida saludable que estas mujeres obtuvieron los puntajes más altos en la escala de nutrición y los más bajos en actividad física.

Los análisis de regresión múltiple revelaron que la menor edad y el vivir con otros, definir la salud como bienestar, la salud mental percibida como buena, el contar con más fuentes de información de salud y con consejería en salud están asociados significativamente con la presentación

de conductas promotoras de un estilo de vida saludable. Solamente la menor edad y más fuentes de información de salud correlacionaron significativamente con los intentos de cambio.

Los autores sugieren que la investigación se oriente a las intervenciones que permitan el emponderamiento en las mujeres, que les permita participar en la toma de decisiones acerca de los cambios en el estilo de vida que les facilite mantener su salud y las capacidades funcionales de acuerdo a su edad.

A demás, Organización Mundial de la salud (OMS), de los 45 millones de muertes de adultos de 15 años o más registradas en 2002, 32 millones - es decir, cerca de tres cuartas partes - se debieron a enfermedades no transmisibles, que se cobraron casi cuatro veces más vidas que las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas, perinatales y nutricionales juntas (8,2 millones, lo que equivale al 18% del conjunto de causas). La importancia relativa de esta causa varia considerablemente de una región a otra. Así, por ejemplo, en África sólo 1 de cada 3 muertes de adultos es provocada por enfermedades no transmisibles, mientras que en los países desarrollados esa proporción es de 9 de cada 10. En América Latina y en los países en desarrollo de Asia y de la Región del Pacífico Occidental 3 de cada 4 muertes de adultos se deban a enfermedades no transmisibles, lo que refleja el estado relativamente avanzado de la transición epidemiológica que se ha alcanzado en esas poblaciones y la aparición de la doble carga de morbilidad.

Fajardo, Navarrete y Barrera (2002), citado por Zuluaga, Díaz y Granados (2005) , El estilo de vida y los patrones de conducta parecen ser los principales determinantes de la

mortalidad y morbilidad de las enfermedades crónicas; se deben identificar los factores de riesgo para definir políticas de intervención temprana. El estudio fue un estudio descriptivo de corte transversal. Se llevo a cabo una encuesta de evaluación rápida (OMS) en la población, seleccionando aleatoriamente la muestra en forma bietápica y entrevistando a los mayores de 18 años. Los factores fueron clasificados en alto, medio y bajo riesgo. La muestra (337) se calculó con una precisión del 4.5%, prevalecía del factor más común del 50%, nivel de confianza del 90% y un valor $P < 0.05$.

Las conclusiones a las que se llegaron fueron que la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular oscila entre el 5,2% y el 45%, identificándose como los más determinantes el sedentarismo, la obesidad, el alcoholismo, el ser fumador pasivo y el tabaquismo. Es así como, se llega a caracterizar a la población con un bajo nivel educativo que interfiere con la asunción de comportamientos saludables que disminuyan los riesgos de enfermedad cardiovascular; por este motivo es necesaria la ideación de programas de prevención y promoción que tengan en cuenta las barreras culturales y del comportamiento para así eliminar la progresión de hábitos dañinos.

Valenciaga, Navarro, y Famet (2003), realizaron una investigación en la cual pretendieron revisar los resultados de investigaciones dirigidas a disminuir el riesgo de padecer Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Los sujetos estudiados presentaban alguna de las siguientes condiciones: glucosa alterada en ayunas (GAA) o tolerancia a la glucosa alterada (TGA), antecedente personal de diabetes gestacional y síndrome metabólico.

Se citan, entre otros, DPP (diabetes prevention program), DPS (diabetes prevention study), STOP-NIDDM (study to prevent non-insulin-dependent diabetes mellitus), Hiperglucemia en ayunas, DAISI (dutch acarbose intervention trial), Da Quing (estudio chino), TRIPOD (troglitazone In the prevention of diabetes), intervención, XENDOS (xenical in the prevention of diabetes in obese subjects), WOSCOPS (west of scotland coronary prevention study), EDIT (early diabetes intervención trial), NAVIGATOR (nateglinide and valsartan in impaired glucose tolerance outcomes research), DREAM (diabetes reduction assessment with ramipril and rosiglitazone medication). Estos consistían en cambios de estilo de vida, fundamentalmente ejercicios físicos sistemáticos y orientaciones nutricionales y/o intervenciones terapéuticas.

Los investigadores concluyeron que en personas con 25 o más años de edad de ambos sexos, con riesgo de padecer Diabetes Mellitus 2, la adopción de un estilo de vida saludable logra disminuir el riesgo de padecer el síndrome diabético. En sujetos con alto riesgo de DM 2, los fármacos que reportan mejores y más consistentes resultados son el metformin y la acarbosa. Otros como la nateglidina, rosiglitazona, ramipril y valsartan, se están investigando actualmente.

Rosales, Moreno & otros (2004), analizaron los hábitos de alimentación y actividad física y las creencias sobre salud y enfermedad de una muestra de 954 adolescentes de ambos sexos 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 los 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 diferencias significativas entre las muestras de los distintos países.

Planteamiento del Problema

El presente problema de investigación se encuentra organizado de acuerdo a la necesidad de determinar las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes de la Universidad de Santander (UNAB), debido a la preocupación de la facultad de psicología de la UNAB a través de la línea del grupo de investigación direccionado por la Ps. Patricia Díaz , por el incremento mundial de enfermedades originadas por las conductas diarias no saludables en los diferentes tipos de población.

Dicha preocupación por parte de esta dependencia de la UNAB, se fortalece en la escasez de instrumentos de medición de esta variable en el país, el significativo número de pacientes que acuden al servicio de Medicina General por concepto de enfermedades cuya etiología se asocia a la presencia de estilos de vida no saludables entre el 2006 y

principios del 2007, las cifras de accidentalidad en el país, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en la región.

En primer lugar se presentan la situación 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 investigación se evidencia la escasez de investigaciones sobre variables del estudio a nivel local y en la construcción de instrumentos que midan el estilo de vida.

De acuerdo con la organización Mundial de la Salud (OMS), los estilos de vida sedentarios son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad.

El consumo abusivo de sustancias psicoactivas (spa) tanto legales como ilegales, es reconocido en el mundo como un verdadero problema que afecta en forma negativa a la humanidad en su conjunto, por su impacto en la economía y la convivencia de las comunidades y el rendimiento laboral, académico, el estado de salud y la convivencia familiar y social del individuo consumidor.

En el caso de Colombia, el programa presidencial de lucha contra la droga Rumbos, en su publicación Indicadores indirectos de consumo de drogas, afirma que una de las dificultades más importantes en el campo de la investigación sobre consumo de psicoactivos en Colombia es conocer la verdadera dimensión del problema.

De acuerdo con la información producida por las entidades gubernamentales, las características y tendencias

del consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales se podrían resumir así:

- o El alcohol y la nicotina son las dos sustancias psicoactivas más consumidas en nuestro país, en todas las áreas geográficas y grupos poblacionales. La marihuana es la sustancia ilegal de mayor consumo seguida de los derivados de la coca (basuco, pasta y sales de cocaína). Estos datos coinciden con la tendencia del consumo mundial dado por la ONU.
- ® Se presentan índices de consumo bajos para heroína, anfetaminas y éxtasis. Esta última, a pesar de tener indicadores de aumento en los últimos años, no representa altos niveles de consumo dentro de la población general, que se centra principalmente en jóvenes de estratos medios y altos.
- Como aspectos particulares se destaca el consumo de sustancias que se pudieran llamar autóctonas (pegantes, gasolina y otros solventes orgánicos), cacao sabanero y hongos. De otra parte el basuco y los inhalables son las de mayor consumo en habitantes de la calle e indigentes.
- Sobre la población consumidora se encuentra que el grupo poblacional de jóvenes es el más vulnerable, mientras hay aumento progresivo en el consumo de alcohol y otras sustancias en mujeres. La edad de inicio se sitúa en promedio en los 12,5 años.
- De acuerdo con Rumbosl, las sustancias que mayor tratamiento demandan son la marihuana, alcohol y basuco. En todas las ciudades, más del 75% de los casos de urgencias asociados con el consumo de spa se

encuentran relacionados con el alcohol, excepto en Cúcuta donde más del 50% se encuentra relacionado la marihuana.

Rumbos¹ encontró que en las ciudades con alto consumo para todas las sustancias, se encuentran Medellín, Pereira, Armenia, Manizales, Cali, Popayán y Mocoa; ciudades con consumo moderado, Yopal, Neiva, Cúcuta, San Andrés, Pasto, Tunja, Bogotá, Bucaramanga, Villavicencio, Ibagué y Puerto Inirida; ciudades con bajo consumo, Leticia, Arauca, Sincelejo, Valledupar, Riohacha, Barranquilla, Santa Marta y Montería. Las ciudades con tendencia de alto consumo proporcionalmente de sustancias ilegales son Medellín, Pereira, Manizales, mientras que las de mayores índices de consumo de sustancias legales como alcohol y tabaco son Tunja, Bogotá, Bucaramanga, Ibagué y Pasto.

Otra investigación (2004) sobre la situación del consumo de drogas de abuso en la Universidad, reveló como factores que favorecen el consumo: la ausencia de normas claras sobre "lo permitido" y "lo no permitido" dentro del campus; la indiferencia de la comunidad universitaria ante el uso del campus para actividades como el consumo y comercio de drogas; el desconocimiento de los estudiantes y en general la comunidad universitaria sobre las consecuencias negativas en la salud y en los roles sociales del individuo, originados por el consumo de drogas, y una inadecuada e insuficiente difusión y visualización de programas institucionales de prevención.

El estudio de Cruz y Téllez en 2005 en menores de edad farmacodependientes, arrojó hallazgos significativos en la alteración de los roles sociales del individuo: el 78% de los

entrevistados manifestó tener como fuente de financiación del consumo, actividades como robo, mendicidad y prostitución; el 93% de los menores había abandonado sus estudios académicos por motivos como bajo rendimiento escolar, falta de motivación y expulsión por consumo de drogas.

El estudio de Téllez y Fajardo, con individuos farmacodependientes, identificó al 42% de ellos con algún tipo de alteración electrocardiográfica relacionada con consumo de sustancias estimulantes, por periodos superiores a dos años.

En estudios epidemiológicos de una muestra representativa e investigaciones experimentales controladas se ha demostrado que los adultos físicamente activos, al contrario de sus homólogos sedentarios, tienden a desarrollar y mantener niveles más altos de aptitud física. En investigaciones epidemiológicas se han demostrado los efectos protectores de intensidad variable entre la actividad física y el riesgo de varias enfermedades crónicas como enfermedades coronarias (EC), hipertensión, diabetes mellitus insulino dependiente, osteoporosis, cáncer de colon, ansiedad y depresión.

En otros estudios epidemiológicos se ha mostrado que niveles bajos de actividad física habitual y niveles bajos de aptitud física están asociados con un considerable aumento de la mortalidad general. Un aumento a mediana edad en la actividad física se asocia con una disminución del riesgo de mortalidad. Se ha estimado que de hasta 250.000 muertes por año en EE.UU, aproximadamente un 12% del total es atribuible a la falta de actividad física regular.

Las conclusiones de estos estudios epidemiológicos están respaldadas por estudios experimentales que muestran que la práctica de ejercicio mejora los riesgos de EC y otros factores relacionados con la salud, incluyendo el perfil lipídico de la sangre, la presión sanguínea distólica en hipertensos limítrofes, la composición corporal, la tolerancia a la glucosa y la sensibilidad a la insulina, la densidad ósea, la función inmunológica y fisiológica.

Los criterios epidemiológicos usados para establecer relaciones causales se pueden aplicar a la asociación entre actividad física y EC. Los siguientes principios de causalidad parecen haber sido cumplidos: Consistencia: Se observa una asociación de inactividad física y el riesgo de EC en un número de entornos y poblaciones, y los estudios con mejor diseño muestran las asociaciones más fuertes. Intensidad: El riesgo relativo de EC asociado con la inactividad física fluctúa de 1,5 a 2,4, un aumento en el riesgo comparable con el observado para la hipercolesterolemia, la hipertensión y el consumo de tabaco. Secuencia temporal: La observación de inactividad física antecede el diagnóstico de EC. Respuesta de dosis: En la mayor parte de los estudios se demuestra que el riesgo de EC aumenta a medida que se reduce la actividad física. Viabilidad y coherencia: La actividad física reduce el riesgo de EC a través de un número de mecanismos fisiológicos y metabólicos. Éstos incluyen: el potencial para aumentar el nivel de colesterol de lipoproteínas de alta densidad; reducir los niveles de triglicéridos séricos; reducir la presión sanguínea; aumentar la fibrinólisis y alterar la función de las plaquetas, de este modo se reduce el riesgo de una trombosis aguda; aumentar la tolerancia a la glucosa y la

sensibilidad a la insulina; y reducir la sensibilidad del miocardio ante los efectos de las catecolaminas, de este modo se reduce el riesgo de arritmias ventriculares.

Estos porcentajes de morbilidad 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.

A nivel nacional luego de hacer una revisión de estudios que midan esta variable, se identifican las investigaciones realizadas por Arrivillaga M., Salazar, I. y Gómez, I. (2002) en la pontificia universidad Javeriana de Cali.

Esta investigación además de aportar datos de estilos de vida, cuenta con dos tipos de instrumentos, los cuales evalúan las siguientes dimensiones: condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; autocuidado y cuidado medico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; sueño. Estos instrumentos son los que se utilizaran en la nueva replica que se realiza en la universidad UDES de Bucaramanga.

A nivel local, a través de la Secretaria de Salud de la Gobernación de Santander, se ha propuesto la Iniciativa Carmen, que se ha enfocado, teniendo en cuenta los datos

obtenidos en la encuesta basal aplicada en el año 2001. En el análisis de estos datos, se encontró que la prevalencia total de sedentarismo es de 72.9%, obesidad 13.6%, hipertensión 11.8% y el 73% de las personas entrevistadas tienen antecedentes familiares para las enfermedades crónicas.

Este es un proyecto de la Organización Panamericana de la salud, cuya finalidad es contribuir a mejorar la salud de la población mediante la reducción de los factores de riesgo asociados a las Enfermedades Crónicas No transmisibles, (Enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, Cáncer, Obesidad), a través del desarrollo de acciones combinadas y coordinadas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud en el marco de la comunidad y los servicios de salud.

La iniciativa CARMEN Bucaramanga, con la asistencia técnica de la OPS, dirige sus acciones hacia la validación de metodologías apropiadas al contexto cultural, que contribuyan a modificar aquellos estilos de vida no saludables presentes en la población que se convierten en factores de riesgo asociados a la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles y de esta forma contribuir en la disminución de la morbimortalidad de la mismas, por medio de sus líneas de intervención : actividad física, nutrición y cáncer de cervix, disminución del consumo de tabaco y alcohol en las cuales se realizan una serie de actividades que a continuación se describen.

Además, se registra un programa que recibe el nombre de "Sin Abuso" y se involucra a todas las dependencias de Bienestar Universitario de todas las universidades a nivel nacional y a la Secretaria de Salud de Bucaramanga.

De acuerdo con el Informe General de Bienestar Universitario de la UDES, esta institución no cuenta con investigaciones para la promoción y prevención de una vida saludable en sus estudiantes, por lo tanto, Bienestar Universitario esta interesado en realizar investigaciones que aporten a sus alumnos adquirir un mejor estilo de vida y así prevenir enfermedades.

Por 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 Seccional Bucaramanga UDES, 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: ¿Cuáles son las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes de la Universidad de Santander seccional Bucaramanga (UDES)?

Objetivos

Objetivo General

Describir las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes de la UDES de Bucaramanga, mediante la elaboración de una réplica de la investigación realizada por Arrivillaga, Salazar y Gómez, en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, para

aportar conocimientos a la línea de investigación de Calidad de Vida y Psicología de la Salud de la UNAB.

Objetivos Específicos

Describir las Prácticas, Creencias y Factores del Contexto relacionado con la Condición, actividad física y deporte en jóvenes de la UDES de Bucaramanga.

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

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

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

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

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

Marco Teórico

Durante Las últimas dos décadas, los cambios en los patrones de participación educativa, la larga transición al mercado laboral y una extensión (tiempo-espacial) en el periodo de dependencia familiar, han tenido sus consecuencias en los estilos de vida que Los jóvenes adoptan y en las maneras en las cuales aprovecha su tiempo libre. Aunque el pasatiempo y el estilo de vida siguen reflejándose en el género y, en menor grado, en diferentes clases sociales, existen pruebas de que estas divisiones se han desvanecido como consecuencia de la influencia que tienen las industrias del entretenimiento y la experiencia común de las transiciones a la vida adulta. Hombres y mujeres de todas las clases sociales tienen más tiempo libre que antes y se comprometen en un mayor número de pasatiempos. Los jóvenes optan por casarse y tener hijos a una edad madura, y esto de nuevo incrementa el periodo en sus vidas en el cual tienen una fase relativamente amplia en la cual divertirse y gastar dinero. Incluso, los cambios en los patrones de las transiciones han generado una cierta igualdad en los niveles adquisitivos entre los jóvenes de 20 años y de diferentes clases sociales. Estas modificaciones han derivado en nuevas libertades, así como en restricciones. En la modernidad, la gente se enfrenta a un gran número de opciones en muchos aspectos de sus vidas, pero al mismo tiempo, queda sujeta a un conjunto importante de restricciones e influencias. Esta contradicción es especialmente evidente en las esferas más cercanas al entretenimiento y el consumo. En la década de los noventa, los jóvenes eran capaces de escoger entre una gran gama de pasatiempos, pero, a través del desarrollo de modos específicos de consumo, se ha alentado la adopción de

estilos que resaltan su individualidad. A su vez, los medios y el entretenimiento, así como las industrias de consumo, desempeñan un papel primordial en la economía posindustrial y, a través de estrategias de mercado avanzadas, las grandes compañías son capaces de dar forma a las preferencias de los consumidores. Sin duda, Clarke y Critcher argumentarán que el entretenimiento es un producto de la lucha entre clases que tiende a privilegiar a la clase dominante y por tanto, en menor grado, se configura a través de una selección individual o por moda. De igual manera, Bourdieu reconoce que existen pugnas entre el entretenimiento y el estilo de vida, y que las definiciones dominantes se encuentran en frecuente resistencia.

La diversidad e individualidad en el estilo, pasatiempos y consumo que se advierten en la actualidad, se pueden observar como el indicio de un nuevo grupo de restricciones que surgen de las técnicas de mercadeo avanzado. Rojek (2001) ha señalado que en el capitalismo actual se pueden identificar cuatro tendencias: privatización, individualización, comercialización y pacificación. El entretenimiento se ha privatizado de forma ascendente, mientras los sistemas de diversión doméstica tan difundidos, como la televisión y el video, han influido para convertir al pasatiempo público en privado. La individuación de la distracción está vinculada al desarrollo comercial de la misma, como un medio que ayuda a definir estilos de vida a nivel individual. La comercialización del esparcimiento se ve reflejada en el dominio de grandes empresas que organizan sus negocios altamente lucrativos de forma tal que inducen a la demanda y manipulan los patrones de uso. El proceso de pacificación sobresale, de manera que el entretenimiento se

pueda describir como un proceso del control social, que proporcione un mecanismo a través del cual se pueda mantener la integración a una sociedad, donde existen, una creciente división laboral y múltiples experiencias cotidianas.

En el contexto de estos debates sobre el entretenimiento y los estilos de vida de la actualidad es donde se valora la opinión de Beck, respecto que la gente está limitada a hacer valer su individualidad y creatividad, por medio de métodos de consumismo. Dentro de las tendencias en el uso del tiempo, sobresalen las maneras en las cuales se puede respaldar la falacia epistemológica de la actualidad. La confusión de las divisiones de clase y género en el entretenimiento, que en parte surge de los procesos de comercialización, contribuye a crear una ilusión de individualidad y una división de clases nulas. En parte, las identidades sociales se forman a partir de experiencias vividas en esferas selectas de entretenimiento y consumo y, por tanto, cualquier vulnerabilidad de las divisiones de clase en estos campos se manifestará de manera que la gente se ubique subjetivamente en el mundo social, A este respecto, se asemejan a los de aquellos miembros de la escuela de Frankfurt, quienes sugirieron que la industria de la cultura se puede visualizar como una fuente de manipulación ideológica.

Algunas maneras en las cuales el entretenimiento y el estilo de vida de la gente joven ha cambiado y, con el propósito de analizar el grado en que se pueden observar estas transformaciones, como representación de la individualización del esparcimiento y los estilos de vida; por medio de un análisis de culturas juveniles transitorias, se puede observar la influencia que tienen los grupos iguales

y la forma en que las modas se someten a restricciones comerciales.

La psicología de la salud constituye el reconocimiento de un hecho cada vez más evidente: el fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales; incluso, el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud-enfermedad que es hoy en día proporcionalmente superior al de los factores orgánicos. A continuación se explicara detalladamente en que consiste la psicología de la salud, para entender claramente su relación con los estilos de vida.

Psicología de la salud

Para abordar el concepto de psicología de la salud se deben tener en cuenta las diferentes interpretaciones hechas al respecto, que nos brindan una perspectiva general sobre lo que ella abarca y los aspectos fundamentales que involucran al hombre, en un contexto tanto a nivel social como individual.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, no se puede tomar este concepto como un simple hecho de la ausencia de enfermedad. Contrario a ello, la salud hace parte de un proceso dinámico en el que participan diferentes factores, entre ellos el entorno, la biología, el individuo y sus estilos de vida, que convergen entre sí, para determinar el desarrollo de la vida de una persona, en que condiciones se realiza esta y con que calidad.

La salud también puede ser entendida en una forma más amplia, como un estado integral de bienestar en el que todos queremos estar, se construye o destruye día con día, por medio de las conductas, actitudes, hábitos o habilidades que cada quien desarrolle y está determinada por múltiples factores, individuales, familiares, sociales, ambientales y políticos.

La OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico mental y social. La carta de Ottawa reconoce que "la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud".

De acuerdo con Carrobbles, 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.

De acuerdo con Carboles, 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 rivalidad 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 práctica 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.

En este sentido, para dar inicio a lo que son los estilos de vida saludables es necesario hacer una revisión sobre el concepto de Psicología de la Salud la cual según Dulcey (1989) citada por Salazar y Uribe (1997) citados por Arrivillaga, Salazar y Gómez (2002) es 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.

Siguiendo este orden de ideas 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, J. (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.

El cuadro de morbi-mortalidad de la población mundial ha experimentado cambios que lo alejan de las antiguas epidemias de enfermedades infectocontagiosas. En los países con alto desarrollo económico se ha incrementado la esperanza de vida de la población, con un predominio de las enfermedades crónico degenerativas entre las causas principales de enfermedad y de muerte. En los países en vías de desarrollo coexisten problemas como la desnutrición, la violencia y la accidentalidad, con enfermedades crónicas degenerativas y enfermedades infectocontagiosas. Las primeras agobian especialmente a la población adulta; las segundas a la población infantil.

El desarrollo económico y social, aunque ha beneficiado la salud de la población en algunos aspectos, también ha impuesto condiciones negativas, muchas de orden psicosocial: los riesgos mentales, los estilos de vida inadecuados, los hábitos nocivos como el consumo de sustancias tóxicas, el estrés, el deterioro ambiental, e incluso la inequidad en el acceso a las oportunidades de realización personal, son aspectos que coexisten con el desarrollo de nuestras sociedades.

Por otra parte, el comportamiento humano, que a través de los hábitos estables de la persona conforma un determinado estilo de vida, aparece como un factor de gran relevancia en la variabilidad de los demás factores que determinan el curso del proceso salud-enfermedad. Ya sea por la acción que el hombre realiza sobre el ambiente, por su acción sobre los servicios de salud, o por su acción sobre el propio organismo, el estilo de vida modifica todas las condiciones que favorecen la aproximación de la persona a una salud

óptima o que la alejan de una muerte prematura. Finalmente, el objetivo de la naturaleza y de la sociedad, respecto de la vida del individuo, es garantizar la mayor cantidad de vida en las mejores condiciones de calidad posibles.

Reconocidos tanto la nueva situación sanitaria de la población como el papel esencial de las condiciones sociales, ambientales y personales en su determinación, cabe hacer algunas reflexiones sobre el desarrollo del área de conocimiento que nos atañe en este contexto: la psicología. Como ciencia del comportamiento, a la psicología siempre le ha interesado analizar las interacciones de los fenómenos afectivos y conductuales con la salud. La psicología médica, la medicina psicosomática y la medicina conductual son los más importantes antecesores de la moderna psicología de la salud.

Objetivos de la Psicología de la Salud

Los objetivos de la psicología de la salud quedaron definidos en Yale en 1977 y en el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias en 1978, quedan resumidos en:

- Aumento de salud y bienestar de las personas.
- Prevención o modificación de las enfermedades
- Mejor funcionamiento de casos con trastornos

Para lograrlos se debe realizar lo siguiente:

- El control del estrés.

- El aprendizaje o eliminación de comportamientos que favorezcan o que perjudiquen a la salud.
- o Modificación de respuestas concretas de conductas ambientales para cada trastorno.

Estableciéndose hoy en día tres principales causas de enfermedad, en los cuales el estrés interviene:

« Enfermedades del corazón.

® El cáncer

® Los accidentes cerebro vasculares.

Áreas de aplicación de la Psicología de la Salud

Cada vez el ámbito de aplicación de la psicología de la salud abarca nuevas áreas; sin embargo, desde el punto de vista convencional, las siguientes son las principales áreas de aplicación de la psicología de la Salud:

a. Promoción y acrecentamiento de la salud.

« Información y educación sanitaria (creencias y actitudes, comportamiento y responsabilidad individual en la salud) .

® Control de variables actitud - motivacionales y afectivo emocionales (ansiedad, estrés, depresión, hostilidad).

• Potenciación de recursos protectores y de resistencia (amor, afecto, amistad, alegría, optimismo).

« Generación de hábitos y estilos de vida sanos (descanso adecuado y disfrutar del ocio, alimentación, higiene, sexo, familia, no consumo de sustancias dañinas, actividad física, sanitarios).

® Aprendizaje de competencias y habilidades básicas (relajación, autocontrol, solución de problemas, comunicación, búsqueda de apoyo social).

- Participación en la salubridad ambiental (cuidado del ambiente).
- Participación política y ciudadana (uso adecuado de los servicios de salud, elección de la mejor política de salud).

b. Prevención

- Control de variables actitud - motivacionales y afectivo emocionales de riesgo (ansiedad, estrés, depresión, hostilidad).
- Modificación de las conductas y hábitos de riesgo.
- Modificación de las condiciones patógenas e insalubres del medio (polución, contaminación, hacinamiento, ruido, tóxicos, virus, miserias).
- Detección e intervención precoz ante los problemas (o prevención secundaria).
- Disminución del impacto de la enfermedad y prevención de recaídas (o prevención terciaria).

c. Evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos.

« Problemas cardiovasculares, trastornos de la presión arterial, ritmo cardiaco, problemas coronarios, periféricos, sistema nervioso central, neuro - musculares, gastrointestinales, control de esfínteres, renales, oftalmológicos y visuales, endocrinos, inmunitarios, ginecológicos, sexuales, alimentarios, lenguaje/ habla y voz, sueño, adicciones, dolor crónico, cáncer terminal.

d. Análisis y mejora del sistema de atención sanitaria.

- Análisis de la atención de la salud
- Mejora del sistema
- Educación a usuarios para el uso adecuado del sistema sanitario

e. Formación de profesionales, para profesionales y tareas de gestión.

Se consideran los diferentes componentes de los estilos de vida, por consiguiente se halla organizado en cinco categorías, entre las cuales se encuentra en primer lugar la descripción de Calidad de vida y los Estilos de Vida a partir de las definiciones que han descrito diferentes autores; se enfatiza en la influencia de los diferentes Estilos de Vida en la Salud; se describen los diferentes estudios sobre desarrollo de la Psicología de la Salud, luego se destacan aquellos Factores y Componentes que brindan bienestar a la Salud, por último todos aquellos factores nocivos que pueden

poner en riesgo y comprometer la salud y la salud en los jóvenes.

Definiciones Estilo de vida y Calidad de Vida

Estilo de vida

El estilo de vida es la base de la calidad de vida, entendida como la capacidad de poder vivir bien, sanos y seguros, con lo que cada quien tiene a su disposición. Los estilos de vida saludables y seguros dependen de la capacidad para interactuar con los elementos, situaciones cotidianas y responder asertivamente a ellos.

Calidad de vida

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona, que le permite una capacidad de adecuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad y la cultura.

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per-cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos, entre otros; en este sentido, el estilo de vida tiene un impacto directo en la calidad total de vida; ello se debe a que la selección de estilo de

vida también afecta a otras personas a nuestro alrededor y al ambiente en el cual vivimos; se está en verdad sano cuando el cuerpo está sano y cuando se tiene un afecto positivo en otros y en el ambiente en que habitamos.

Tomar responsabilidad por todos los aspectos del estilo de vida es un trabajo de tiempo completo pero las recompensas son grandes.

Los estilos de vida serían la forma de vivir de las personas, que al igual que el medio ambiente, están determinados por un conjunto de factores (físicos, sociales o laborales) que dependerán tanto del individuo como del complejo entorno que le rodea, dando lugar a estilos de vida más o menos saludables.

Así mismo, desde una perspectiva integral, de acuerdo con Bibeu y Col (1985) citados por Maya (1997) 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.

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. Por último en el plano ideológico, los Estilos de Vida se expresan a través de las ideas.

De acuerdo con Menéndez, (1998), el concepto de estilo de vida proviene de las ciencias socio jurídico las cuales se emplean para analizar las características y comportamientos de la sociedad en su conjunto, subdividiéndola en clases sociales, el designio fundamental es realizar un análisis

comparativo de las formas de vida que generan en los diferentes sectores de una sociedad.

Posteriormente, la epidemiología comenzó a utilizar este concepto para relacionarlo con la aparición de ciertos tipos de enfermedades crónicas; según Menéndez, (1998)" desde el enfoque medico- epidemiológico el estilo de vida se reduce a conductas de riesgo y limitando o no incluyendo la articulación entre las condiciones materiales e ideológicas", es decir, el objetivo fundamental de la investigación del estilo de vida en la epidemiología es encontrar, dentro del repertorio de comportamientos de los individuos, aquellos que directamente están ocasionando la enfermedad y actuar directamente sobre la modificación de los mismos. Con base en esto, el enfoque epidemiológico esta basado en una concepción del ser humano como un hombre que modifica su comportamiento deliberadamente, un individuo que puede hacerse responsable de su salud para cambiar conductas riesgosas.

Por el contrario, desde la antropología, Menéndez (1998), argumenta que el estilo de vida se mira como un todo y no solo el riesgo específico, es necesario conocer las condiciones particulares y contextuales en las que se dan esos comportamientos. Por tanto, el propósito fundamental de este enfoque no es encontrar conductas de riesgo, sino comprender al individuo con base en su forma de vivir y reaccionar a los diferentes sucesos de la existencia. Menéndez (1998), explica que la perspectiva antropológica no cree que determinados comportamientos sean los que causan ciertas enfermedades, lo que determina esto es la pertenencia del individuo en un sector o subsector social establecido, el aislar comportamientos carece de sentido si no se entiende donde y como se engendraron.

Según un artículo publicado en Wikipedia (2000), citado por Zuluaga, Díaz y Granados (2005) se denomina 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.

Para Sánchez, López y Aparicio (2000) 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.

. Una definición desde otra perspectiva la da Shulman y Mosak (1988) citados por Molina (2001) el Estilo de vida lo definen como el conjunto de soluciones estratégicas que adopta el individuo para poder cumplir sus planes y objetivos globales, adoptando la forma de patrones de vida episódicos.

Es importante resaltar que los Estilos de Vida que se van adquiriendo a través de los años, están condicionados por diferentes experiencias de aprendizaje, las cuales se van adaptando, obteniendo o modificando de acuerdo a comportamientos deseados. Por esta razón, por medio de la enseñanza se van provocando cambios favorables en la forma de comportarse del individuo.

Todos estos comportamientos o conductas son definitivos en la salud en general porque aparte de determinar el estar o no saludable, están vinculados a todas aquellas costumbres, actitudes y formas de ver las cosas que se encuentran en el diario vivir y que se van adquiriendo en la convivencia con la sociedad.

El Estilo de Vida Saludable, no es solo estar sano y no enfermar, también es la forma como cada persona quiere vivir, las cosas que quiere hacer, la hora en que decide levantarse o descansar, la clase de alimentos que va a consumir, la actividad física que practica, la manera de relacionarse con otros y la actitud que asume frente a los problemas que se presentan a diario.

Estilo de Vida y Salud

Los factores determinantes de la salud relacionados con el estilo de vida poseen múltiples dimensiones y están ligados a varios problemas importantes para la salud.

Para comprender la relación que existe entre estas tres dimensiones (factores determinantes, problemas de salud, ciclos vitales y entornos), se debe partir por conocer la definición de estilo de vida y salud.

El concepto de estilos de vida relacionado con salud, se ha ido estructurando a lo largo del tiempo, pese a ello no existe una definición completa que incluya los diferentes factores que la componen. A continuación se citan algunas de ella: Filgueria (1999), argumenta que el estilo de vida se refiere a los patrones de conducta individual y social que están por lo menos en parte, bajo la posibilidad de ser

modificados, pero que afectan por si o en combinación con otros la salud individual.

Según Cormillot (2004) el estilo de vida es aquello que elegimos hacer. En ocasiones confluyen y se potencian bien, lo cual nos hace vivir mejor aunque no desaparezca por completo la enfermedad. Salud no es evitar todos los problemas, sino tener la menor cantidad posible y, cuando se presentan los problemas, aprender a superarlos.

Cuando la vida y el estilo de vida se desarrollan mal aparece la enfermedad, el dolor. Tomar conciencia de esto lleva a muchos a adoptar estilos de vida más saludables.

Así mismo, es de gran importancia destacar los informes 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.

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 crónicos 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.

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 Florez (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, distrés, consumo excesivo de alimentos ricos en grasas saturadas, autoestima baja, ansiedad social, timidez y depresión, por mencionar algunos.

También, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1946, citado por Lopátegui (2003), conceptualizó a la Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Esta definición es utópica, pues se estima que sólo entre el 10 y el 25 % de la población mundial se encuentra completamente sana.

Componentes del Estilo de Vida

Maya (1997) Los define como 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.

Algunos de estos estilos de vida saludable o favorable, 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 auto cuidado.
- « 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.

A continuación se relacionan algunos estilos de vida no saludables o desfavorables, que afectan la salud.

- Consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y otras drogas.
- Estrés
- Higiene personal
- Actividades de ocio ó aficiones
- Cultura de la violencia, agresividad
- Temprano comienzo y mal uso de las bebidas alcohólicas
- Incorrectos hábitos de relación sexual
- Fomento de la competitividad entre los jóvenes
- Recursos necesarios poco saludables.

La forma de promover estos Estilos de Vida Saludables esta en la responsabilidad individual y social de cada individuo, lo cual le permite llegar a satisfacer sus necesidades, mejorar su vida y la salud en general.

Según Armijo - Rojas (1994) 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 cerebro vasculares 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 ingieran 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.
- Donación de sangre y órganos.
- Desarrollo de competencias para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales.

e 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.

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 fisico-ecológico, biológico y socio-cultural. El ambiente fisico-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. El 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 (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.

Salud en Jóvenes

Específicamente hablar de los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto. Se refieren a formas cotidianas de vivir que aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida. Incluyen entre otros la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico y el sueño.

Por ellos, la promoción de hábitos saludables entre los jóvenes es una de las medidas que más y mejor pueden contribuir a la mejora de esperanza y calidad de vida de la población.

No obstante la adquisición, modificación o eliminación de hábitos no es nada fácil. Muchos profesionales se sorprenden primero y se angustian y se desesperan después cuando comprueban que tras informar a los jóvenes de las conductas a seguir para evitar determinadas patologías ("deja de fumar", "modera tu consumo de alcohol", "haz ejercicio físico de forma regular", "utiliza el preservativo") los jóvenes siguen haciendo las conductas "menos" saludables.

Los datos de los que disponemos indican que la información, aún siendo una condición necesaria para llevar a cabo determinadas conductas no es suficiente. En la actualidad parece obvio que cuando se quieren facilitar cambios conductuales o quieren implementarse determinadas prácticas han de analizarse otros factores además de la información.

Es por eso que Micher, Silva y Jarumy, realiza investigación definiendo la adolescencia como una etapa de transición de la vida infantil a la adulta, en el rango de edad de 13 a 19 años. Su tarea principal es la consolidación de la propia identidad; esto es, el descubrir quién soy yo y qui n soy yo en relaci n a la familia y a la sociedad.

En esta etapa la amistad llega a ser de vital importancia ya que el adolescente busca el aliento de afines, con quienes pueda compartir las experiencias vividas en el proceso de búsqueda de identidad. Los amigos se dan entre sí el apoyo emocional que los adolescentes necesitan, que ya no

pueden aceptar de sus padres.

Los grupos de amigos y el enamoramiento son un intento para definir la identidad, ya que el adolescente, al intimar con otra persona y compartir pensamientos y sentimientos, da a conocer su propia identidad, ve su reflejo en la otra persona y tiene mayor capacidad para clarificar su yo.

Al respecto, cabe destacar que, de acuerdo con los últimos datos sobre la situación epidemiológica del SIDA, durante los primeros trimestres de 1992, 1996 y 1997, la mayor parte de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 49 años. Del total de casos acumulados hasta el primer trimestre de 1997, tanto en hombres como en mujeres, el 87.2% pertenece a dichos grupos de edad, correspondiendo el 31.5% al grupo de 20 a 29 años, el 37.8% al de 30 a 39 años y el 18% a personas de 40 a 49 años. En cuanto a la vía de infección, se observa que la mayor proporción de casos atribuibles a la transmisión sexual, tanto en hombres como en mujeres, se presenta en los grupos de 20 a 44 años de edad.

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

Antes de centrar la atención en los modelos de creencias en salud es importante reconocer que en la consolidación del

estilo de vida con sus prácticas y creencias, están en juego una serie de procesos de aprendizaje que se presentan en contextos específicos. El valor de los ambientes en el aprendizaje de los estilos de vida es importante, pues en ellos se generan las variables y aspectos que en alguna medida los controlan. Entonces, las evaluaciones de los estilos de vida se deben realizar de forma ecopsicológica, porque es en los nichos naturales de los sujetos donde se encuentran muchos de los factores que pueden enunciarse como de predisposición y de mantenimiento y que probablemente corresponden también a los de adquisición de los comportamientos que se traducen en estilos de vida a favor o en contra de la salud. Como es obvio, el componente cognitivo forma parte de la estructuración de un estilo de vida saludable, aunque no necesariamente lo determine.

Método

Tipo de Investigación y Diseño

El estudio que se ejecuta en la Universidad de Santander (UDES) de Bucaramanga, replica de la investigación original de Arrivillaga, Salazar, y Gómez (2002) realizado en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, es de carácter no experimental, que según Hernández (1998) 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 es descriptivo, cuyo propósito es según Salkind (1999) 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.

El presente estudio es un diseño transversal o transeccional, porque se recolectaron datos en un solo momento, se recogió datos en Mayo de 2007 en un tiempo único y su propósito fue describir las prácticas y creencias de los estilos de vida de los jóvenes de la UDES de Bucaramanga. 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 en el criterio de selección, se tomó como Población objetivo al conjunto de Jóvenes universitarios de la Universidad de Santander (UDES) de Bucaramanga. Teniendo en cuenta los listados de estudiantes en total son 3180 jóvenes de las diferentes carreras de esta Universidad. La población en total fue invitada a participar de esta investigación.

La muestra actual total consta de 1315 jóvenes universitarios de la Universidad de Santander (UDES) de Bucaramanga.

Estos incluyen estudiantes de las carreras:

Tabla N°1 *Frecuencia por carrera*

Carrera	frecuencia	Porcentaje
Administración financiera	27	2,1
Administración de negocios internacionales	26	2,0
Derecho	259	19,7
Ingeniería civil	57	4,3
Ingeniería electrónica	30	2,3
Ingeniería ambiental	41	3,1
Ingeniería de alimentos	17	1,3
Ingeniería de sistemas	17	1,3
Ingeniería industrial	85	6,5
Mercadeo y publicidad	127	9,7
Medicina veterinaria	17	1,3
Bacteriología y laboratorio clínico	103	7,8
Fisioterapia	73	5,6
Instrumentación quirúrgica	41	3,1
Fonoaudiología	34	2,6
Psicología	49	3,7
Enfermería	83	6,3
Microbiología industrial	36	2,7
Medicina	193	14,7
Total	1315	100,0

La tabla número 1 corresponde al porcentaje válido de estudiantes por carrera, se evidencia claramente que la mayor participación corresponde a los estudiantes de derecho con 19,7% de participación dentro de la investigación y el menor porcentaje corresponde a 1,3% perteneciente a los estudiantes

de medicina veterinaria debido a que solo se contó con la participación de los estudiantes de primer semestre.

Tabla N°2 *Frecuencia de Género*

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	555	42,2
Femenino	760	57,8
Total	1315	100,0

La tabla número 2 corresponde al porcentaje de pacientes por género, se puede observar que el mayor porcentaje de estudiantes son mujeres con un 57,8%, y un 42,2% de los estudiantes participantes son hombres.

Tabla N°3 *Frecuencia de Edad*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
16-20	640	48,7
21-25	534	40,6
26-30	92	7,0
31-35	18	1,4
36-40	23	1,7
41-45	7	,5
46-55	1	,1
Total	1315	100,0

La tabla 3 muestra el porcentaje de estudiantes participantes por edad, evidenciándose el mayor porcentaje de 48,7% de los estudiantes entre los 16 y 20 años de edad, seguido de un 40,6% para los estudiantes cuyas edades oscilan entre los 21 y 25 años, seguido de esto un 7% los estudiantes entre 26 y 30 años, un 1,7% los estudiantes cuyas edades están entre los 36 y 40 años, un 1,4% para los estudiantes de 31 a 35 años de edad, un 0,5% los estudiantes entre los 41 y 45 años de edad y 0,1% los estudiantes entre los 46 y 55 años de edad.

Tabla N°4 *Frecuencia de Semestre*

Semestre	Frecuencia	Porcentaje
1,00	223	17,0
2,00	159	12,1
3,00	149	11,3
4,00	125	9,5
5,00	147	11,2
6,00	108	8,2
7,00	129	9,8
8,00	114	8,7
9,00	79	6,0
10,00	82	6,2
Total	1315	100,0

La tabla 4 muestra el porcentaje de estudiantes participantes por semestre, evidenciándose el mayor porcentaje de 17,0% de los estudiantes de primer semestre teniendo en cuenta su mayor La gran cantidad de tiempo en la universidad a causa de las materias que cursan, seguido de un porcentaje de 12,1%, 11,2% y 11,3% de los semestres 2, 3, 5, y los porcentajes mas bajos se dan en los semestres 9 y 10 a causa de su inasistencia a la universidad por sus practicas fuera de esta.

Tabla N°5 *Frecuencia de Estrato*

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
1,00	14	1,1
2,00	135	10,3
3,00	457	34,8
4,00	559	42,5
5,00	105	8,0
6,00	45	3,4
Total	1315	100,0

La tabla número 5 corresponde al porcentaje de estudiantes por estrato, se puede observar que el mayor porcentaje de estudiantes son de estratos medios es decir 3 y 4 con un 77,3% y un mínimo porcentaje del 1,1% de estrato 1 y además con un porcentaje también mínimo del 3,4% de el estrato alto 6.

Tabla N°6 *Frecuencia de Peso*

Peso	Frecuencia	Porcentaje
40-50	245	18,6
51-60	436	33,2
61-70	369	28,1
71-80	144	11,0
81-90	99	7,5
más de 90	22	1,7
Total	1315	100,0

La tabla número 6 corresponde al porcentaje de estudiantes participantes por peso, se puede observar que el mayor porcentaje de estudiantes con un 33,2% con un peso entre 51 y 60 kilogramos, un 18,6% de los estudiantes participantes con un peso entre 40 y 50 kilogramos, un 28,1% los estudiantes que pesan entre 61 y 70 kilogramos, un 11% los estudiantes que pesan entre 71 y 80 kilogramos, 7,5% los estudiantes que pesan entre 81 y 90 kilogramos y 1,7% los estudiantes que pesan mas de 90 kilogramos de peso.

Tabla N°7 *Frecuencia de estatura*

Estatura	Frecuencia	Porcentaje
150-160	319	24,3
161-170	558	42,5
171-180	363	27,6
181-190	68	5,2
más de 190	6	,5
Total	1314	100,0

La tabla número 7 corresponde al porcentaje de estudiantes participantes por estatura, se puede observar que el mayor porcentaje de estudiantes con un 42,5% con una talla promedio entre 161 y 171 cms, y un 5,2% de los estudiantes participantes con una talla 181 y 190 cm.

Técnicas de Recolección de Información

En este estudio de replica, se emplearon los instrumentos del estudio original de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali; la operacionalización de la variable comprende los distintos componentes que determinan los estilos de vida, medidos a través de un instrumento conformado por un cuestionario y una encuesta. Estos instrumentos fueron aplicados bajo el consentimiento informado de los sujetos donde quedó claro el respeto, la confidencialidad y la privacidad de la información recolectada.

Componentes: Condición, Actividad Física y Deporte: Ejercicios Físicos, Relajantes y Peso Corporal .
 Recreación y Manejo del Tiempo Libre: Actividades Recreativas, Académicas, Laborales y Momentos de Descanso.
 Autocuidado y Cuidado Médico: Chequeos Médicos, Adherencia al Tratamiento, Medidas de Protección.
 Hábitos Alimenticios: Ingesta de Alimentos Saludables y Poco Saludables, Frecuencia de Consumo y Horarios de Comidas.
 Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas: Utilización y Abuso de Sustancias Psicoactivas .
 Hábitos de Sueño: Mantenimiento de Horarios de Sueño y Dificultades para Conciliar el Sueño.

Además se anexaron unas preguntas aportadas por un epidemiólogo para observar el riesgo sobre trastornos del estado de ánimo, alimenticios y alcoholismo.

A continuación se explicitan los ítems correspondientes a cada una de esas Dimensiones.

Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida.

(Ver Apéndice A).

- » Condición, Actividad Física y Deporte: ítems 1-6 y 70-74.
- Recreación y Manejo del Tiempo Libre: ítems 7-11 y 75-78.
- Auto cuidado y Cuidado Medico: ítems 12-32 y 79-91.
- Hábitos Alimenticios: ítems 33-49 y 92-98.
- Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas: ítems 50-59 y 99- 109.
- Sueño: ítems 60-69 y 110-116.
- *Encuesta sobre Dimensiones Contextúales Relacionadas con Estilos de Vida*
- Condición, Actividad Física y Deporte: ítems 1-3.
- Recreación y Manejo del Tiempo Libre: ítems 4-5.
- Auto cuidado y Cuidado Medico: ítems 6-10.
- Hábitos Alimenticios: ítems 11-14.
- Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas: ítems 15-24.
- Sueño: ítems 25-28.
- Preguntas sobre trastornos del estado de ánimo, alimenticios y alcoholismo.
- Alcoholismo: 4 ítems
- Estados Alimenticios:5 ítems

® Estados de ánimo:20 ítems

De igual forma, las categorías de calificación establecidas para el Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida fueron las siguientes:

oPrácticas: Muy Saludable (MS), Saludable (S) , Poco Saludable (PS) y No Saludable (NS).

® Creencias: Según el grado de presencia de Creencias Positivas sobre la Salud: Muy Alto (MA) , Alto (A), Bajo (B) y Muy Bajo (MB).

oPreguntas relacionadas para identificar trastornos del estado de ánimo, alimenticios y alcoholismo: No Riesgo, Riesgo.

|*Encuesta sobre factores del contexto relacionados con el estilo de vida. (Ver Apéndice B)*

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

Procedimiento

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

- o Solicitud y acuerdo con la línea de investigación y decanatura de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), para realizar la replica del estudio realizado en Cali.
- « Acuerdo para realizar la investigación con la Universidad de Santander (UDES) de Bucaramanga.
- Revisión bibliográfica de la investigación original realizada en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali (Facultad de Psicología) y las diversas Réplicas llevadas a cabo en la UNAB.
- Revisión bibliográfica de antecedentes de investigaciones relacionadas con el tema objeto de estudio, ejecutadas a nivel local, regional, nacional e internacional.
- Presentación de las Coinvestigadoras ante la Universidad de Santander (UDES) de Bucaramanga y conocimiento de esta.
- ® Aplicación de los instrumentos: Encuesta sobre Factores Contextuales relacionados con el Estilo de Vida y el Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida.
- ® Procesamiento de los datos en el programa estadístico (Excel y spss) con sus correspondientes análisis cuantitativo y cualitativo.
- Organización de resultados, discusión y sugerencias.
- Sustentación de la investigación.

Resultados

Los resultados alcanzados de la investigación Práctica, Creencias y Factores del contexto relacionados con estilos de vida saludables en jóvenes universitarios (Replica), se presenta por medio del análisis estadístico descriptivo denominado distribución de frecuencias, así como la utilización de tablas de contingencias para mayor facilidad del cruce de variables y determinar correlaciones existentes para facilitar el análisis de las características sociodemográficas, así como para cada una de las variables del estudio.

La medida de distribución de frecuencia ha sido utilizada a partir de dos objetivos, el primero es la obtención de una descripción abreviada de los datos cuantitativos obtenidos tras la aplicación del cuestionario y la encuesta; el segundo es disponer de una visión de la muestra de personas en conjuntos o rangos de análisis.

Por lo tanto este análisis ha sido dividido en seis partes, indicadas en el siguiente orden: características sociodemográficas de la población (género, edad, talla y peso), resultados obtenidos respecto a las distribuciones de las prácticas de las dimensiones de estilos de vida, las distribuciones de las creencias de las dimensiones de los estilos de vida; Para finalizar se evaluó el nivel de riesgo que presenta la población con respecto a trastornos tales como: alcoholismo, bulimia y depresión, asociados a comportamientos predisponentes de un estilo de vida no saludable.

Características sociodemográficas

A continuación se presenta las tablas de las dimensiones de peso, estatura, edad, género y estrato.

Tabla N°8 *Distribución global de estilos de vida por género*

		Genero		Total	
		Masculino	Femenino		
Est.vida	No saludable	F	1	0	1
		%	,2%	,0%	,1%
	Poco saludable	F	382	624	1006
		%	80,1%	86,0%	83,6%
	Saludable	F	94	102	196
		%	19,7%	14,0%	16,3%
Total		F	477	726	1203
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Para determinar el porcentaje total del estilo de vida presente en la muestra, se tomaron en consideración la suma de los totales generales obtenidos tanto en las prácticas como en las creencias. Este rango diferenciado por género, proporciona un total demostrativo del rango poco saludable con un 83,3% de significación.

Tabla N°9 *Distribución por Estrato, Edad y Género*

Género			Edad						Total	
			16	21	26	31	36	41	46	
			20	25	30	35	40	45	55	
M	Estrato	1	Recuento	6	1	1	0	0	0	8
			% de Estrato	75,0%	12,5%	12,5%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		2	Recuento	34	16	13	1	6	0	70
			% de Estrato	48,6%	22,9%	18,6%	1,4%	8,6%	,0%	100,0%
		3	Recuento	77	90	7	8	4	5	191
			% de Estrato	40,3%	47,1%	3,7%	4,2%	2,1%	2,6%	100,0%
		4	Recuento	78	102	29	6	4	1	220

	% de Estrato	35,	46,	13,	2,7	1,8	,5%	100,0		
		5%	4%	2%	%	%		%		
5	Recuento	15	25	10	0	0	0	50		
	% de Estrato	30,	50,	20,	,0%	,0%	,0%	100,0		
		0%	0%	0%				%		
6	Recuento	6	2	0	0	8	0	16		
	% de Estrato	37,	12,	,0%	,0%	50,	,0%	100,0		
		5%	5%			0%		%		
Total	Recuento	216	236	60	15	22	6	555		
	% de Estrato	38,	42,	10,	2,7	4,0	1,1%	100,0		
		9%	5%	8%	%	%		%		
F	Estrato	1	Recuento	4	1	1	0	0	0	6
	% de Estrato	66,	16,	16,	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0	
		7%	7%	7%				%		
	2	Recuento	41	22	1	0	1	0	0	65
	% de Estrato	63,	33,	1,5	,0%	1,5	,0%	,0%	100,0	
		1%	8%	%		%		%		
	3	Recuento	163	89	11	1	0	1	1	266
	% de Estrato	61/	33,	4,1	,4%	,0%	,4%	,4%	100,0	
		3%	5%	%				%		
	4	Recuento	168	158	11	2	0	0	0	339
	% de Estrato	49,	46,	3,2	,6%	,0%	,0%	,0%	100,0	
		6%	6%	%				%		
	5	Recuento	32	22	1	0	0	0	0	55
	% de Estrato	58,	40,	1,8	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0	
		2%	0%	%				%		
	6	Recuento	16	6	7	0	0	0	0	29
	% de Estrato	55,	20,	24,	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0	
		2%	7%	1%				%		
Total	Recuento	424	298	32	3	1	1	1	760	
	% de Estrato	55,	39,	4,2	,4%	,1%	,1%	,1%	100,0	
		8%	2%	%				%		

La tabla 9 corresponde a la correlación de las variables de estrato, edad y género en la que se evidencia que el 42.5% de los hombres tienen entre 21 y 25 años de Edad, seguido de un 38.6% correspondiente a los hombres que tienen entre los 16 y 20 años de Edad; de igual manera se evidencia que el 39.6% de los hombres pertenecen a un estrato socioeconómico 4, seguido de un 34.4% de los hombres que pertenecen a un estrato socioeconómico 3.

Por otro lado el 55.8% de las mujeres tienen entre 16 y 20 años de Edad, seguido de un 39.2% correspondiente a las mujeres que tienen entre los 21 y 25 años de Edad; de igual manera se evidencia que el 44.6% de las mujeres pertenecen a

estrato socioeconómico 4, seguido con un 35% de las mujeres que pertenecen a un estrato socioeconómico 3.

Tabla N°10 *Distribución por Género, Peso y Estatura*

Genero		Peso (Kg)							Total	
		40	51	61	71	81	más de 90			
		-	-	-	-	-	-			
		50	60	70	80	90				
M	Estatura (cm)	150	Recuento	5	19	1	1	2	0	28
		160	% de Estatura (cms)	17,9%	67,9%	3,6%	3,6%	7,1%	,0%	100,0%
		161	Recuento	5	54	64	23	16	0	162
		170	% de Estatura (cms)	3,1%	33,3%	39,5%	14,2%	9,9%	,0%	100,0%
		171	Recuento	6	41	12	87	28	11	295
		180	% de Estatura (cms)	2,0%	13,9%	41,4%	29,5%	9,5%	3,7%	100,0%
		181	Recuento	0	1	11	15	32	4	63
		190	% de Estatura (cms)	,0%	1,6%	17,5%	23,8%	50,8%	6,3%	100,0%
		más de 190	Recuento	0	0	0	0	3	3	6
			% de Estatura (cms)	,0%	,0%	,0%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		6,0	Recuento	0	0	0	1	0	0	1
		0	% de Estatura (cms)	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Total		Recuento	16	115	198	127	81	18	555
			% de Estatura (cms)	2,9%	20,7%	35,7%	22,9%	14,6%	3,2%	100,0%
F	Estatura (cms)	150	Recuento	156	107	25	3	0	0	291
		160	% de Estatura (cms)	53,6%	36,8%	8,1%	1,0%	,0%	,0%	100,0%

	Estatura (cms)	%	,8	6%				
161	Recuento	73	19	10	7	8	4	396
-			6	8				
170								
	% de Estatura (cms)	18,4	49	27	1,8%	2,0%	1,0%	100,0%
		%	,5	,3				
			%	%				
171	Recuento	0	18	36	7	7	0	68
-								
180								
	% de Estatura (cms)	,0%	26	52	10,3	10,3	,0%	100,0%
			,5	,9	%	%		
			%	%				
181	Recuento	0	0	2	0	3	0	5
-								
190								
	% de Estatura (cms)	,0%	,0	40	,0%	60,0	,0%	100,0%
			%	,0		%		
				%				
Total	Recuento	229	32	17	17	18	4	760
			1	1				
	% Estatura (cms)	30,1%	42	22	2,2%	2,4%	,5%	100,0%
			,2	,5				
			%	%				

La tabla 10 corresponde a la correlación de género, peso y estatura en la que se muestra que el 53.1% de los hombres miden entre 1.71 y 1.80 centímetros, de los cuales el 41.3% pesan entre 61 y 70 kilogramos, lo que quiere decir que se encuentran en un rango saludable; a su vez las mujeres con un 52.1% miden entre 1.61 y 1.70 centímetros, de las cuales el 49.4% pesan entre 51 y 60 kilogramos; lo que quiere decir que se encuentran en un rango saludable. Por lo tanto mantienen un buen estado de salud más allá de cuanto pesen. El exceso de peso contribuye a la aparición de la enfermedad coronaria, cerebrovascular y diabetes, entre otras, además de generar conflictos psicológicos y de aceptación social.

Tabla N°11 Distribución Estrato, Peso y Estatura

Estrato			Peso (Kg)					Total	
			40	51	61	71	81	más	
			-	-	-	-	-	de	
			50	60	70	80	90	90	
1	Estatura (cms)	150-160	3	2	0	0	0	5	
		% de Estatura (cms)	60,0%	40,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
		161-170	0	1	0	1	1	3	
		% de Estatura (cms)	,0%	33,3%	,0%	33,3%	33,3%	100,0%	
		171-180	0	1	1	4	0	6	
		% de Estatura (cms)	,0%	16,7%	16,7%	66,7%	,0%	100,0%	
	Total		3	4	1	5	1	14	
		% de Estatura (cms)	21,4%	28,6%	7,1%	35,7%	7,1%	100,0%	
2	Estatura (cms)	150-160	12	18	2	1	0	0	33
		% de Estatura (cms)	36,4%	54,5%	6,1%	3,0%	,0%	,0%	100,0%
		161-170	7	18	16	5	2	3	51
		% de Estatura (cms)	13,7%	35,3%	31,4%	9,8%	3,9%	5,9%	100,0%
		171-180	1	12	10	4	18	0	45
		% de Estatura (cms)	2,2%	26,7%	22,2%	8,9%	40,0%	,0%	100,0%
		181-190	0	0	0	3	1	0	4
		% de Estatura (cms)	,0%	,0%	,0%	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
		más de 190	0	0	0	0	2	0	2
		% de Estatura (cms)	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Total		20	48	28	13	23	3	135

			% de Estatura (eras)	14,8%	35,6%	20,7%	9,6%	17,0%	2,2%	100,0%
3	Estatura (cms)	150-160	Recuento	71	50	9	0	2	0	132
			% de Estatura (cms)	53,8%	37,9%	6,8%	,0%	1,5%	,0%	100,0%
		161-170	Recuento	16	104	60	6	3	1	190
			% de Estatura (cms)	8,4%	54,7%	31,6%	3,2%	1,6%	,5%	100,0%
		171-180	Recuento	2	13	60	25	5	6	111
			% de Estatura (cms)	1,8%	11,7%	54,1%	22,5%	4,5%	5,4%	100,0%
		181-190	Recuento	0	1	11	4	3	3	22
			% de Estatura (cms)	,0%	4,5%	50,0%	18,2%	13,6%	13,6%	100,0%
		más de 190	Recuento	0	0	0	0	0	2	2
			% de Estatura (cms)	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Total		Recuento	89	168	140	35	13	12	457
			% de Estatura (cms)	19,5%	36,8%	30,6%	7,7%	2,8%	2,6%	100,0%
4	Estatura (cms)	150-160	Recuento	62	45	14	2	0	0	123
			% de Estatura (cms)	50,4%	36,6%	11,4%	1,6%	,0%	,0%	100,0%
		161-170	Recuento	45	98	74	11	16	0	244
			% de Estatura (cms)	18,4%	40,2%	30,3%	4,5%	6,6%	,0%	100,0%
		171-180	Recuento	3	27	79	36	10	4	159
			% de Estatura (cms)	1,9%	17,0%	49,7%	22,6%	6,3%	2,5%	100,0%
		181-190	Recuento	0	0	2	8	22	0	32
			% de Estatura	,0%	,0%	6,3%	25,0%	68,8%	,0%	100,0%

			(cms)						
	más de 190		Recuento	0	0	0	0	0	1
			% de Estatura (cms)	/0%	0%	,0%	,0%	,0%	100/0%
	Total		Recuento	110	170	169	57	48	5
			% de Estatura (cms)	19/7%	30/4%	30,2%	10,2%	8,6%	,9%
5	Estatura (cms)	150-160	Recuento	7	8	1	0	0	0
			% de Estatura (cms)	43/8%	50/0%	6,3%	,0%	,0%	,0%
		161-170	Recuento	4	19	19	7	1	0
			% de Estatura (cms)	8,0/8	38,0%	38,0%	14,0%	2,0%	/0%
		171-180	Recuento	0	6	6	17	2	1
			% de Estatura (cms)	/0%	18/8%	18,8%	53,1%	6/3%	3,1%
		181-190	Recuento	0	0	0	0	4	1
			% de Estatura (cms)	,0%	,0%	,0%	,0%	80,0%	20/0%
	más de 190		Recuento	0	0	0	0	1	0
			% de Estatura (cms)	/0%	,0%	,0%	/0%	100,0%	,0%
	6,00		Recuento	0	0	0	1	0	0
			% de Estatura (cms)	/0%	,0%	,0%	100/0%	,0%	,0%
	Total		Recuento	11	33	26	25	8	2
			% de Estatura (cms)	10/5%	31,4%	24,8%	23,8%	7,6%	1,9%
6	Estatura (cms)	150-160	Recuento	6	3	0	1	0	0
			% de Estatura (cms)	60,0%	30,0%	,0%	10,0%	,0%	
		161-170	Recuento	6	10	3	0	1	0

	% de Estatura (cms)	30,0%	50,0%	15,0%	,0%	5,0%	100,0%
171-180	Recuento	0	0	2	8	0	10
	% de Estatura (cms)	,0%	,0%	20,0%	80,0%	,0%	100,0%
181-190	Recuento	0	0	0	0	5	5
	% de Estatura (cms)	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Total	Recuento	12	13	5	9	6	45
	% de Estatura (cms)	26,7%	28,9%	11,1%	20,0%	13,3%	100,0%

La tabla 11 corresponde a la correlación de estrato, peso y estatura en la que se evidencia que el 30.4% de la población pesa entre 51 y 60 kilogramos y pertenecen al estrato socioeconómico 4, seguido de un 30.2% de la población que pesa entre 61 y 70 kilogramos y también pertenecen a un estrato socioeconómico 4. Lo que quiere decir que la mayoría de los estudiantes de la universidad participantes en la investigación tienen una relación positiva entre su peso, estatura y estrato socioeconómico, pero no significa que los que pertenecen a un estrato socioeconómico bajo tengan problemas entre su peso y estatura.

Tabla N°12 *Distribución General de Estilos de Vida*

Estilo de vida	Frecuencia	Porcentaje
Poco Saludable	1143	86,9
Saludable	170	12,9
Muy Saludable	2	,2
Total	1315	100,0

A partir de la tabla, podemos observar que un gran porcentaje de la muestra (86,9%) presenta en general un estilo de vida poco saludable, lo que demuestra un una alta

incidencia de conductas riesgosas que conducen a dificultades en el mantenimiento y control en la salud.

Distribuciones prácticas y creencias en las dimensiones del estilo de vida UDES.

Para enriquecer el análisis del estudio original, se ha efectuado el análisis de cada una de las dimensiones de estilos de vida, en cuanto a las prácticas y las creencias.

Tabla N°13 *Distribuciones prácticas de las dimensiones de estilo de vida*

Categorías	Prácticas									
	Muy Saludable		Saludable		Poco Saludable		No Saludable		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Actividad Física y Deporte	220	16,8	722	55,3	312	23,9	52	4,0	1306	100
Recreación y Manejo Del Tiempo Libre	20	1,5	448	34,3	719	55,1	118	9,0	1306	100
Autocuidado y Cuidado Medico	0	0	70	5,5	777	61,0	427	33,5	1306	100
Hábitos Alimenticios	34	2,6	431	33,5	757	58,8	66	5,1	1306	100
Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas	0	0	21	1,6	234	18,1	1039	80,3	1306	100
Sueño	14	1,1	333	25,5	867	66,5	90	6,9	1306	100

Según la anterior tabla, encontramos que la práctica de actividad física y deporte se presenta con un 55,3% respectivamente de la población objeto, lo cual demuestra que se encuentran respecto a esta dimensión en condiciones saludables, es decir que una gran parte de estudiantes de la UDES realizan actividad física y deportes adecuadamente

teniendo en cuenta que es una área evaluativo para cada carrera por tanto la universidad cuenta con un gimnasio para la realización de dicha materia. De igual forma, se evidencia que en las dimensiones recreación y manejo del tiempo libre con un 55,1%, autocuidado y cuidado médico con 61,0%, hábitos alimenticios con 58,8% y sueño con un 66,5% centralizan sus puntuaciones dentro de la categoría de poco saludable y la dimensión de consumo de alcohol, tabaco y drogas con un 80,3% clasificando como no saludable indican una gran inestabilidad general para el mantenimiento de un buen estado de salud.

De acuerdo con esto, a pesar de que las personas practican comportamientos que contribuyen a su bienestar como la práctica de actividad física, no están complementando sus actividades con una dieta alimentaria adecuada, un periodo de sueño adecuado, permitiendo así un desarrollo pleno como regulador de un estilo de vida saludable.

Para apoyar esta conclusión, en un informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), se recalca la correlación positiva existente entre el componente alimentario, la actividad física, el consumo de alcohol y el tabaquismo con la aparición de enfermedades crónicas, entre ellas las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y la obesidad. Igualmente los resultados cobran importancia para la investigación teniendo en cuenta el estudio de la OMS (2001) en el cual correlacionan positivamente los hábitos alimenticios con la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Así mismo, los resultados de la investigación realizada por Chávez (1997) citado por Zuluaga, Díaz y granados (2005) en la cual argumenta que los hábitos alimenticios, la actividad física y el deporte han demostrado una amplia

influencia en la incidencia de enfermedades cardiovasculares y de otras ECNTA.

Por otra parte, relacionado al hábito de fumar como factor de riesgo de cáncer, se ha comprobado que el consumo de tabaco se relaciona principalmente con la aparición de cáncer del pulmón. El riesgo de tener cáncer comienza a disminuir cuando se deja el cigarrillo y el riesgo continúa disminuyendo gradualmente cada año después de dejar de fumar.

Para finalizar, se puede considerar que la población presenta practicas saludables en cuanto a la actividad física, mientras que presentan practicas poco saludables en torno a los hábitos de sueño por lo que tiene mas probabilidad de padecer algunas de las patologías asociadas a la ausencia de las practicas de sueño, como las descritas por Buela-Casal, G. (2004) citado por Zuluaga, Díaz y Granados (2005), el cual refiere que la desviación del patrón de sueño intermedio se asocia a un mayor riesgo de desarrollar diabetes o de sufrir eventos coronarios.

Además las quejas de somnolencia suelen manifestares con mayor frecuencia tanto en los patrones de sueños cortos como en los largos, lo que se ha asociado a bajo status funcional, peor salud global, pobre calidad de vida, tasa de accidentabilidad aumentada, mayor riesgo de consumir café, alcohol o drogas; de igual forma expresa que dormir cuatro horas durante seis dias consecutivos tiene un impacto negativo en el metabolismo de los carbohidratos y en la función endocrina, que son partes fundamentales del proceso normal de envejecimiento, por lo que si persiste en el organismo el habito de acortar el sueño, podria incrementarse la gravedad de los desordenes crónicos asociados con la edad, con la obesidad, la diabetes o la hipertensión.

Tabla N°14 *Distribuciones de las creencias de las dimensiones de estilo de vida*

Creencias										
Categorías	Muy alto		Alto		Bajo		Muy bajo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Dimensiones										
Actividad física y Deporte	2	0,2	90	6,8	473	36,0	750	57,0	1306	100
Recreación y manejo Del tiempo libre	1	0,1	129	9,9	515	39,3	664	50,7	1306	100
Autocuidado y cuidado Medico	0	0	81	6,3	749	57,8	466	36,0	1306	100
Hábitos alimenticios	7	2,6	52	4,0	594	45,3	659	50,2	1306	100
Consumo de alcohol, Tabaco y otras drogas	17	1,3	253	19,5	683	52,7	342	26,4	1306	100
Sueño	46	3,5	600	46,2	581	44,7	72	5,5	1306	100

Los resultados de las creencias en los estudiantes de la UDES, muestran un alto porcentaje en la dimensión de sueño; mientras que porcentajes bajos en autocuidado y cuidado medico, consumo de alcohol, tabaco y drogas; y porcentaje muy bajo en las dimensiones de actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre y hábitos alimenticios.

Es decir que la población no mantiene creencias que apuntan hacia estilos de vida saludables. Estos resultados permiten deducir que por tal falencia no se ven efectos en la parte práctica, con los cuales se podrían disminuir los riesgos de adquisición de enfermedades crónicas. Por tanto se debe consientizar a partir de la idea acerca de que tanto las creencias como las actitudes hacia la salud y la enfermedad son motivadores e importantes fuentes del comportamiento (Greene y Simona-Morton, 1988).

Para el caso de la dimensión recreación y manejo del tiempo libre, tanto en prácticas como en creencias se

puntualiza poco saludable y bajo respectivamente, lo que significa que la manifestación de comportamientos riesgosos puede estar comprometida en el manejo de preceptos poco sanos adaptados en la persona, que pueden estar actuando como variable que impide la detección temprana de las enfermedades y el buen manejo de las mismas.

Con respecto a los hábitos alimenticios, auto cuidado y cuidado medico y el consumo de alcohol, tabaco y drogas, también se ven reflejado en los resultados que predominan bajas creencias lo cual seria un indicador para no tener una buena salud; también se destacan practicas poco saludables que demuestran ciertas disonancias cognitivas, debido a la carencia de ideas que favorecen el equilibrio físico y mental del sujeto, por lo cual no se ven reflejadas en la cotidianidad del sujeto como acciones protectoras de la salud.

Esto indica la necesidad de resaltar la importancia que tienen las creencias para las personas frente al hecho de tener conocimiento y preocupación por el mantenimiento de su salud lo que permitiría la prevención, identificación y manejo precoz de diferentes enfermedades que pueden deteriora o poner en riesgo la salud. Finalmente las creencias positivas de la salud permiten que las personas tomen conciencia frente al hecho de adoptar estilos de vida saludables; por esta razón, se favorecería la prevención de las enfermedades desde la infancia.

Adicionalmente, los estilos de vida de las personas, se hallan determinados por un sin numero de factores asociados al comportamiento exhibido, enfatizando en las cogniciones y en los estados emocionales como principales movilizados de pautas establecidas de comportamiento.

Con los resultados arrojados en la mayoría de las

dimensiones en prácticas poco saludables y en creencias bajas, se puede concluir que los universitarios de la UDES están presentando estilos de vida poco saludables.

Resultados de la aplicación de los Test de alcoholismo (CAGE), trastornos alimenticios (SCOFF) y Depresión.

Tabla N°15 *Distribuciones de riesgo de alcoholismo UDES*

Alcoholismo	No Riesgo		Riesgo	
	F	%	F	%
Hombres	53	4,0%	502	29,1%
Mujer	93	7,1%	667	59,8%
Totales	146	11,1%	1169	88,9%

Los estudiantes de la UDES, presentan un nivel alto de riesgo para el alcoholismo representado por el 88,9%. Al realizar las comparaciones por género, puede notarse que es mayor el riesgo para los hombres (59,8%) que para las mujeres (29,1%) .

Tabla N°16 *Distribuciones de riesgo para trastornos alimenticios (anorexia y Bulimia)*

Trastornos alimenticios	No Riesgo		Riesgo	
	F	%	F	%
Hombres	38	10,7%	517	32,1%
Mujer	95	7,3%	665	49,9%
Totales	133	18%	1182	82%

El riesgo para el trastorno alimenticio es alto para la muestra evidenciándose en un 82%. Al realizar la distribución por género, se encuentra que las mujeres están en mayor riesgo al presentar un índice del 49,9%.

Tabla N°17 *Distribuciones de riesgo para trastornos del estado de animo*

Trastornos del Estado de animo	No Riesgo		Riesgo	
	F	O _o	F	%
Hombres	436	28, 2%	119	12, 1%
Mujer	144	13, 8%	616	45, 9%
Totales	580	42%	735	58%

Con respecto al riesgo para trastorno del estado de ánimo, se evidencia que 735 personas que representan el 58% de la muestra presentan riesgo, lo cual indica que es alto, sin hacer discriminación por género.

Discusión

La presente investigación se analizo teniendo en cuenta las dimensiones de las variables, resultados de la aplicación del instrumento y los objetivos de la investigación, los cuales determinaron el desarrollo de esta misma y su fundamentación.

A continuación se expondrán las conclusiones de la investigación de los estudiantes universitarios de la ÜDES, teniendo en cuenta los factores saludables y de riesgo de sus estilos de vida.

En primer lugar, se agrupan los factores saludables que se evidenciaron en los estudiantes; en segundo lugar, están los factores que se destacan en los resultados.

Factores Saludables

Actividad física y deporte

El análisis de los resultados evidencian que en la población estudiantil predomina el 55,3% de la muestra total las practicas saludables en estilos de vida; este resultado contrasta negativamente con el porcentaje de 57% de creencias bajas, acerca de que la actividad física y el deporte no están relacionados con aspectos favorables para la salud. Además los resultados ejemplifican la teoría de la disonancia cognitiva propuesta por Festinger, en la cual refiere que "hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado".

Lo encontrado anteriormente ubica este componente del estilo de vida como favorable para los estudiantes de la UDES, por consiguiente los estudiantes que realizan ejercicio físico de forma regular pueden llegar a tener la sensación subjetiva de encontrarse mejor que antes de realizarlo, tanto desde el punto de vista físico como mental, es decir tienen mejor calidad de vida. Parece evidente por lo tanto que la práctica de ejercicio físico tiene algo de positivo para la salud. Como disminuir el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en general y en especial de mortalidad por cardiopatía isquémica en grado similar al de otros factores de riesgo como el tabaquismo; prevenir y/o retrasar el desarrollo de hipertensión arterial, y disminuir los valores de tensión arterial en hipertensos; mejorar el perfil de los lípidos en sangre (reduce los triglicéridos y aumenta el colesterol HDL); mejorar la regulación de la glucemia y disminuye el riesgo de padecer diabetes no insulín dependiente; mejorar la digestión y la regularidad del ritmo

intestinal; disminuir el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer, como el de colon, uno de los más frecuentes y sobre el que al parecer existe mayor evidencia; incrementar la utilización de la grasa corporal y mejorar el control del peso; ayudar a mantener y mejorar la fuerza y la resistencia muscular, incrementando la capacidad funcional para realizar otras actividades físicas de la vida diaria; ayudar a mantener la estructura y función de las articulaciones. La actividad física de intensidad moderada, como la recomendada con el fin de obtener beneficios para la salud, no produce daño articular y por el contrario puede ser beneficiosa para la artrosis. La actividad física y de forma especial aquella en la que se soporta peso, es esencial para el desarrollo normal del hueso durante la infancia y para alcanzar y mantener el pico de masa ósea en adultos jóvenes, ayuda a conciliar y mejorar la calidad del sueño, mejorar la imagen personal y permite compartir una actividad con la familia y amigos, ayuda a liberar tensiones y mejora el manejo del estrés.

Factores de riesgo

Recreación y tiempo libre

Al evaluar esta dimensión dentro de la practicas, se encuentra una distribución del 55,1%, mostrando que esta se halla incluida en el rango de poco saludable; lo cual se relaciona de manera positiva con un índice bajo de creencias, en donde las puntuaciones se ubican en un 57,8% para este nivel. Contrariamente a lo esperado, las correlaciones se tornan distorsionadas, al comparar los resultados con un alto índice de personas que puntuaron saludable en la dimensión de actividad física. Esto demuestra que el contexto social actúa

como un elemento significativo, al catalogarse como desfavorable y al identificarse que los reactivos que componen la dimensión de recreación y manejo del tiempo libre, esta implicando la participación del entorno para la realización de actividades que promuevan la salud.

Autocuidado y Cuidado Médico

Los resultados obtenidos para este componente, señalan que las practicas mas frecuentes en los estudiantes de la UDES, son poco favorables 61,0%, demostrando coherencia con lo encontrado en cuanto a las creencias, en donde se agrupa un 57,8% de la muestra a un nivel bajo.

Por tanto se llega a la conclusión de la importancia de tener buenas creencias acerca de esta dimensión para poder tener una mente sana y un cuerpo sano.

Hábitos alimenticios

Los resultados obtenidos en esta dimensión de estilos de vida evidencian que la mayor muestra representativa en las practicas es de un 58,8% poco saludable, lo cual se relaciona con el porcentaje de 50,2% de creencias muy bajas; por consiguiente, se deduce que los estudiantes de la UDES tienden a tener estilos de vida poco saludables, por esta razón es probable que esta población no logre evitar el conjunto de patologías consideradas consecuencias directas de estos hábitos insanos.

Consumo de alcohol, tabaco y drogas

Con respecto a las prácticas para este componente se halló un 80,3% de la población en categoría de no saludable. Así mismo las creencias muestran una clasificación dentro de

un nivel bajo. La concordancia de estos dos aspectos, magnifica la problemática, puestos que están llevando comportamientos de riesgo, al no contar con la base de conocimientos claros acerca de los perjuicios que lleva consigo la adopción de dichas conductas.

De acuerdo con un estudio realizado por Salazar y Arrivillaga (2004), el consumo de drogas psicoactivas es una problemática creciente en la población juvenil. En su estudio encontró que los adolescentes poseen estilos de vida poco saludables y que no existe diferencia significativa entre aquellos que tiene practicas saludables y quienes no la tienen.

Otras de la investigaciones desarrolladas sobre este tema, fue adelantada por Acevedo y Machado (1999) , quienes interesados por evaluar la prevalecía, pautas de comportamiento y factores determinantes del consumo de tabaco en jóvenes portugueses, encontraron que de la totalidad de la muestra un 60,9% era consumidora. Además se encontró que el consumo esta asociado mas frecuentemente con el consumo de café, alcohol, drogas ilícitas, y un ambiente de consumo.

Sueño

Los resultados obtenidos en esta dimensión de estilos de vida, evidencian que el 66,5% de la población no mantiene prácticas saludables de sueño sino por el contrario poco saludable, lo cual no se relaciona con el porcentaje alto de creencias 46,2%, por consiguiente, se deduce que lo estudiantes de la UDES tiene estilos de vida poco saludables con respecto a esta dimensión a pesar de obtener buenas creencias acerca de este componente.

Por lo tanto los estudiantes de la UDES presentan mayor riesgo de sufrir de enfermedades relacionadas con esta

dimensión y de disminuir su capacidad intelectual, de acuerdo con lo anterior, Beardsley (1996) afirma que la falta de sueño acarrea problemas como la supresión del sistema inmunológico que nos protege de las enfermedades, así mismo, disminuye la creatividad y la concentración, aumenta el estado de ansiedad y de irritabilidad, disminuye la capacidad intelectual y pérdida de memoria, así como errores de percepción, también puede ser causa de depresión.

Sugerencias

Para la población de la UDES se sugiere la iniciación de espacios recreativos en donde se refleje el alto porcentaje de actividad física para facilitar la integración de los estudiantes con sus familiares, amigos y compañeros para un mejor manejo del tiempo libre.

Apertura de cursos relacionados con temas y actividades importantes e interesantes para los estudiantes promoviendo así la buena utilización del tiempo libre.

Programación de talleres con apoyo de Bienestar Universitario y el departamento de Psicología acerca del consumo de sustancias psicoactiva, alcoholismo, tabaquismo, hábitos alimenticios y autocuidado.

Utilización de medios de comunicación tales como folletos, pancartas, conferencias para la divulgación de la información.

Creación de tertulias, conversatorios y mesas de discusión.

Enfocar la ejecución de los programas y proyectos hacia la identificación de variables personales, familiares y sociales que pueden estar involucradas en la adopción de estilos de vida poco saludables.

Desarrollar estrategias sobre dos ejes alternativos de ejecución: preventivo y correctivo.

Esta investigación cuenta con resultados en mayor medida en prácticas y creencias poco saludables de los estilos de vida, no se deben desechar los demás resultados obtenidos en la investigación.

Al basarse en la información obtenida en el estudio se hace necesario recomendar que la población estudiada debe ser intervenida atendiendo los distintos aspectos asociados a la adopción de estilos de vida saludables; en estudios futuros es recomendable enfocar la investigación hacia la identificación de diversos factores sociales, culturales, personales, etc, que pueden estar involucrados en la adopción de estilos de vida poco saludables.

Referencias

Arias, C., Campo, S. Escobar, M. y Hurtado, L. (2000) Tendencias al Alcoholismo en los Adolescentes. Disponible en Internet {en red}
http://correo.puj.edu.co/proyectosintesis/HIPERVINCULOS/PROBLEMATICA_SOCIAL/PO99203a.htm

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.

Berrios, X. (2002) Niños Prevenidos, Adultos más Sanos,
http://www.puc.cl/ru/77/tema2_salud.html

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

Buela-Casal, G. (2004; El Efecto del Tiempo Habitual de Sueño Sobre el Estado de Ánimo.
<http://www.aepc.es/resumenes.php?q=ver&id=7>

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,
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_3_04/mgi04304.htm

Chávez, M. (1997) Enfermedades Cardiovasculares. Disponible gratuitamente en
http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/especiales/pas/Plan%20Andaluz/massalud/MASSALUD_OP4.HTM

Cinger (2004) Estudio del inicio en el Consumo de Alcohol, Cigarrillo y Otra Sustancias Psicoactivas en Jóvenes de Bucaramanga, Barrancabermeja y San Gil. Disponible en Internet {en red} de: <http://www.ripred.org/dpna/noticias/01-25-05b.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/trabajosl4/alcotabaq/alcotabaq.shtml>

Duncan, P. Estilos de Vida. En Medicina en Salud Pública. 1986.

Fajardo, H; Gutiérrez, A; Navarrete, S; Barrera, J. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la localidad de los Mártires Bogotá, Colombia. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Vol. 51 No.4, 2003; Pág. 198 - 202

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

Giraldo Z., L.F. Familia y teorías de desarrollo. En Cuadernos de Familia (2). Universidad de Caldas. Manizales 1987 .

Lopategui, E. (2000) Un Nuevo Enfoque hacia la Actividad Física y el Ejercicio. Disponible gratuitamente en <http://www.saludmed.com/Documentos/Act-Ejer.htm>

Lopategui, E. (2001) Factores que Afectan a la Salud. Disponible gratuitamente en <http://www.saludmed.com/Bienestar/Capl/Factores.html>

Manfred Max - Neff. Desarrollo a Escala Humana. Cepaur. Fundación Dag Hammarskjold 1986.
O.P.S. La Atención de los Ancianos: Desafío para los años noventa. Washington 1994.

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

Mathew J. Reeves y Ann P. Rafferty (2000) Pocos en EE.UU. Siguen Estilos de Vida Saludables. Disponible gratuitamente en <http://www.healthfinder.gov/news/newsstory.asp?docID=525360>

Maya, L. (1997) Los Estilos de Vida Saludables: Componente de la Calidad de Vida. <http://www.funlibre.org/documentos/lemayal.htm>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) Estilos de Vida Sedentarios." Un Problema Mundial de Salud Pública, http://www.who.int/docstore/world-health-day/2002/notas_descriptivas4.es.shtml.

Palma, C. (2001) Mujeres con Diabetes Mellitus e Hipertensión, la Vivencia de su Salud y el Autocuidado a partir de la Construcción de la Identidad Femenina. Disponible en Internet (en red)
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S!409-12592001000200009&script=sci_arttext&tlng=es

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

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

m

Pszemiarower, N.P. y PSZEMIAROWER S.N. Calidad de Vida y Desarrollo en la Vejez. En *Revista Geriátrica*, 1992; 8 (1) : 33 - 37.

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

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

Revista Colombia Médica, Vol. 33, N°. 1, 2002, pp. 3-5.

Tejada, E., Herrera, J. y Moreno, C. (1999) Identificación Temprana de Riesgo Cardiovascular y de Cáncer por Pruebas-Filtro de Laboratorio en Funcionarios de la Universidad del Valle. Disponible en Internet (en red),

<http://colombiamedica.univaile.edu.co/VOL31N03/funcionarios.htm>

tm

Valenciaga, J. Navarro, D y Faget, O. (2003) Estudio de Intervención Dirigidos a Disminuir el Riesgo de Padecer Diabetes Mellitus Tipo II. Disponible gratuitamente en http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/voll4_3_03/end07303.htm

Wikipedia (2000) Estilo de Vida. Disponible gratuitamente en http://es.wikipedia.org/wiki/Estilo_de_vida

Wikipedia (2000) *Salud*: Organización Mundial de la Salud. Disponible gratuitamente en <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>.

Apéndices

Apéndice A: Cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre
Estilos de Vida en Jóvenes Universitarios,



**CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE
VIDA EN JOVENES UNIVERSITARIOS**

Investigación Original: Universidad Pontificia de Cali
Investigadoras Arrivillaga, M.; Salazar, I, y Gómez, I, (2002)
Investigación Replica: FABA
Investigadoras Escobar, C.; Sánchez, D. (2007)

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 DEMOGRAFICOS

MAYO DEL 2007	UDES-BUCARAMANGA Código 00_
Sexo: MasculinoFemenino	
Su edad esta entre: 16-2021-2526-3031-3536-4041-4546-5556 o más	
Nivel Educativo: TécnicaPregradoPosgrado	
Categoría: Estudiante	
Carrera: Administración FinancieraAdministración De Negocios Internacionales Derecho (Diurno) Derecho (Nocturno) Ingeniería Civil Ingeniería Electrónica Ingeniería Ambiental Ingeniería de Alimentos Ingeniería de Sistemas Ingeniería IndustrialTecnología en Administración Financiera y de Sistemas Tecnología en Mercadotecnia y Publicidad Tecnología en Sistemas Tecnología en AlimentosTecnología en ProducciónTecnología en Supervisión de Obras CivilesTecnología en Contabilidad e Impuestos Tecnología en Diseño Gráfico Publicitario Medicina VeterinariaBacteriología y Laboratorio Clínico Fisioterapia Instrumentación Quirúrgica FonoaudiologíaTerapia OcupacionalPsicología EnfermeríaMicrobiología IndustrialMedicina.	
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 --- 1.61-1.70 --- 1.71-1.801.81-1.90más de 1.90	

PRACTICAS

	CONDICION, ACTIVIDAD FISICA 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, aerorumba)				
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				

	RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
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	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
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 farmacéuta 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 los 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	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
31	Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como "zona de refugio", etc) que hay en la universidad				

	HABITOS ALIMENTICIOS	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
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 regular en 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	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
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 ai 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	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
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	Respeta 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	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
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				

	RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
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	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
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 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				

HABITOS ALIMENTICIOS		Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
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		Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
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				

SUENO		Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
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				

Las siguientes preguntas son para responder con SI o NO

PREGUNTAS	SI	NO
Usted ha sentido alguna vez la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?		
¿Se ha sentido molesto porque le critican la manera de tomar?		
¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable para su manera de tomar?		
¿Ha tomado alguna vez un trago a primera hora de la mañana para calmar los nervios o quitar el guayabo?		

Le rogamos contestar a cada una de las preguntas marcando la respuesta que considere es la correcta para usted.

PREGUNTAS	SI	NO
¿Usted se provoca el vómito por que se siente muy llena?		
¿Le preocupa que ha perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?		
¿Ha perdido recientemente más de 7 kilos en un período de 3 meses?		
¿Cree que está gorda aunque los demás digan que está demasiado delgada?		
¿Usted diría que la comida domina su vida?		

Apéndice B: Encuesta sobre Factores Contextuales
Relacionados con Estilos de Vida.



**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: FABA
Investigadoras Escobar, O.; Sánchez, D. (2007)

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.

DATOS DEMOGRÁFICOS

MAYO del 2007 UDES-BUCARAMANGA Código 00. __

Sexo: Masculino Femenino
Su edad esta entre: 16-20 21-25 26-30 31-35 ____ 36-40 41-45 46-55 56 o más
Nivel Educativo: Técnica Pregrado Postgrado
Categoría: Estudiante
Carrera: Carrera: Administración Financiera Administración De Negocios Internacionales Derecho (Diurno) Derecho (Nocturno) Ingeniería Civil Ingeniería Electrónica Ingeniería Ambiental Ingeniería de Alimentos Ingeniería de Sistemas Ingeniería Industrial Tecnología en Administración Financiera y de Sistemas Tecnología en Mercadotecnia y Publicidad Tecnología en Sistemas Tecnología en Alimentos Tecnología en Producción Tecnología en Supervisión de Obras Civiles Tecnología en Contabilidad e Impuestos Tecnología en Diseño Gráfico Publicitario Medicina Veterinaria Bacteriología y Laboratorio Clínico Fisioterapia Instrumentación Quirúrgica Fonoaudiología Terapia Ocupacional Psicología Enfermería Microbiología Industrial Medicina.
Semestre: 12 ____ 345678910
Estrato Socio Económico: 12345 ____ 6
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 más de 1.90

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 UBRE		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 transito?		
9	Son suficientes todas las condiciones de seguridad (extinguidotes, pasamanos, pisos antideslizantes, alarmas contra incendio, entre otros) de su sitio de Trabajo/estudio?		

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?		

SUENO		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?		

Contestar a cada una de las 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.

PREGUNTAS	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
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				