



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
PROYETO DE GRADO

PRACTICAS, CREENCIAS Y FACTORES DEL CONTEXTO RELACIONADO  
CON EL ESTILO DE VIDA EN ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS  
FRANCISCO DE PAULA SANTANDER E INSTITUTO FRANCISCO JOSE DE  
CALDAS DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA.

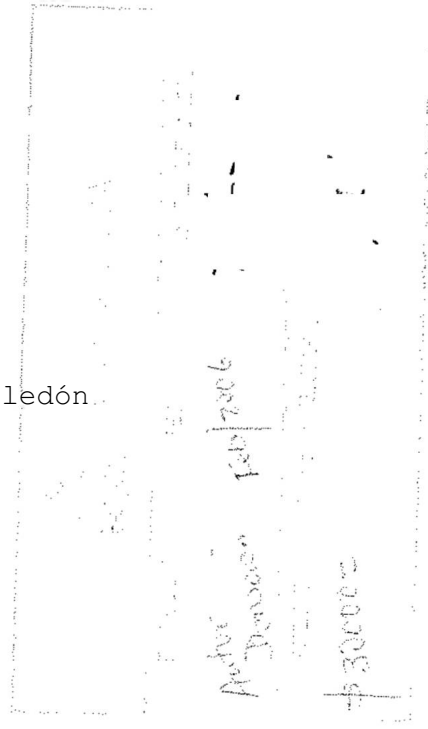
(REPLICA)

Presentado por: Anastasia Celedón

Cod.13200108

Silvia Puentes Ferreira

Cod. 13200127



Bajo la dirección de: Ps. Martha E. Ortega

\_\_\_\_\_A

Floridablanca, Noviembre 17 de 2005

## RESUMEN

Palabras Claves: Estilos de Vida, Pautas Comportamentales (conductas o comportamientos), Procesos Salud - Enfermedad

La presente investigación corresponde a una réplica que como tal reproduce el trabajo realizado por Marcela Arrivillaga Quintero e Isabel Cristina Salazar Torres Psicólogas de la Universidad Javeriana de Cali; el objetivo general en el que se centra esta Replicación es describir las pautas comportamentales (*Prácticas y Creencias y Factores del Contexto*) relacionados con el Estilo de Vida en adolescentes de los colegios Francisco de Paula Santander y el Instituto Francisco José de Caldas de la ciudad de Bucaramanga, Colombia. La investigación es No Experimental, de tipo descriptiva transeccional (Hernández, 1998); la población está conformada por la Comunidad Educativa de los Colegios Mencionados anteriormente, los instrumentos utilizados para la recolección de la información son: El Cuestionario de "Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida Saludables" y la Encuesta "Factores Contextuales Relacionados con los Estilos de Vida saludables", los cuales 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. 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".

## Tabla de Contenido

Introducción	1
Planteamiento del Problema	4
Objetivos	7
<i>Objetivo general</i>	7
<i>Objetivos Específicos</i>	8
Antecedentes Investigativos	8
Marco teórico	16
Psicología de la Salud	17
Modo de Vida	20
Estilo de Vida	23
<i>Estilo de Vida Saludable</i>	28
Adolescencia	30
<i>Desarrollo Físico</i>	31
<i>Aspectos Psicológicos relacionados con los Cambios físicos</i>	33
Creencias	34
Prácticas	37
<i>Actitudes</i>	48
<i>Comportamiento</i>	40
Contexto	40
Estilo de vida en adolescentes	41
<i>Elección del estilo de vida en adolescentes</i>	43
<i>Estilos de vida saludables en adolescentes</i>	44
<i>Conductas de riesgo en adolescentes</i>	45
Método	52
<i>Tipo de Investigación y diseño</i>	52
Población y Muestra	53
Técnicas de Recolección de Información	53
Presentación y análisis de resultados	60
Discusión	100
Referencias Bibliográficas	114
Anexos	118

PRACTICAS, CREENCIAS Y FACTORES DEL CONTEXTO RELACIONADOS  
CON LOS ESTILOS DE VIDA EN ADOLESCENTES EN LOS COLEGIOS  
FRANCISCO DE PAULA SANTANDER Y EL INSTITUTO FRANCISCO JOSE  
DE CALDAS DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

El comportamiento es un conjunto de actos, ejecutados por una persona, que pueden ser verificables. La finalidad primordial del comportamiento humano, reside precisamente en relacionarse con las demás personas y establecer con ellas vínculos mediante los cuales se interioricen pautas de socialización como hábitos, valores y creencias que son aprendidas y por lo tanto modificables a lo largo de la vida y determinantes en la construcción de la personalidad. Dichos hábitos, valores y creencias, son transmitidos de generación en generación y se reflejan a través de los estilos de vida: costumbres y comportamientos en salud y bienestar; los cuales pueden determinar riesgos o aspectos positivos para la salud de los jóvenes, e incluyen procesos que van más allá del conocimiento individual y de los cambios presentados por la educación recibida.

Al darse este avance se facilita la adquisición de nuevas formas de asumir su rol como persona dentro y fuera de la sociedad.

Los jóvenes comienzan a aprender sobre el mundo que les rodea y a encontrar su lugar en él, muchos de ellos carecen de los medios para desarrollar sus potencialidades y no están capacitados para tomar las decisiones más acertadas en los momentos mas críticos de una etapa que de por si es difícil, por esto se ven inmersos en un proceso de crisis de valores que los conllevan a enfrentarse a conductas riesgosas que están altamente difundidas, como el



consumo de drogas, el alcoholismo, el tabaquismo, las prácticas sexuales sin preparación, la mala alimentación, etc. Esta situación puede precipitar al menor a un abismo de enfermedad y degradación ya que se da a muy temprana edad; generalmente inducidos por amigos, por curiosidad, por huir de los problemas o por sentirse mejor.

Dichas conductas de riesgo nombradas anteriormente, son un parte natural del desarrollo y la maduración y una de las formas de resolver conflictos personales; el problema también reside en que en las condiciones actuales de nuestra sociedad, estas conductas siguen incrementándose.

Por el reconocimiento hecho a la población en la cual es clara una necesidad de abordaje más amplia a las expectativas sociales, físicas y psicológicas que mantienen los adolescentes y además por ser éste un periodo de maduración en el cual se construyen formas de pensar y de actuar determinantes, se establece el propósito de conocer y describir las prácticas, creencias y factores del contexto en seis dimensiones de los estilos de vida en los adolescentes y la influencia del contexto en el que está inmerso.

La presente investigación corresponde a una réplica que como tal reproduce el trabajo realizado por Marcela Arrivillaga Quintero e Isabel Cristina Salazar Torres, Psicólogas de la Universidad Javeriana de Cali; de las cuales se obtuvo el permiso correspondiente para utilizar su trabajo y estructura investigativa, haciendo uso además de los respectivos instrumentos. Cabe anotar que el tema pertinente a este trabajo está ubicado en la línea de investigación de calidad de vida de la Facultad de Psicología de La universidad Autónoma de Bucaramanga.

La importancia de la realización de esta réplica surge en respuesta de la necesidad encontrada en los colegios Francisco de Paula Santander y el Instituto Francisco José de Caldas por las investigadoras de este estudio , sobre el conocimiento de las prácticas creencias y factores del contexto, relacionados con seis 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 y sueño)de los estilos de vida en los adolescentes, mediante una base sólida que reúna información estadística. Esta información se obtendrá a través de dos instrumentos cuantitativos (Encuesta sobre Dimensiones Contextúales Relacionados con Estilos de Vida y Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida) que se aplicará a los adolescentes de estas instituciones.

## Problema

La adolescencia es una etapa relevante en la vida del hombre, es una etapa en que el joven, después de haber desarrollado su función reproductiva y determinarse como individuo único, va definiendo su personalidad, identidad sexual y roles que desempeñará en la sociedad, como también, un plan de vida para decidir qué orientación va a tener, y de esta forma, constituirse en adulto. Se produce la maduración social, puesto que el individuo logra incorporar las relaciones sociales y sus esquemas, (Remplein, 1971). El adolescente estructura las actitudes y pautas de comportamiento para ocupar un lugar en el mundo de los adultos (Hurlock, 1980). Sus creencias son ideas o convicciones que pueden ser consideradas como verdades indudables, y que están influenciadas por otros adolescentes dentro de un ambiente cultural particular.

Dicho ambiente cultural es un determinante en los llamados estilos de vida dentro de los cuales se pueden identificar dimensiones como la condición, la actividad física y deporte, la recreación y manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico, los hábitos alimenticios, el sueño y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; dimensiones a las que los adolescentes se enfrentan a través de comportamientos positivos o negativos para la salud.

En las diferentes etapas del ciclo vital del hombre, la salud es entendida de diversas maneras, el grueso de la población entiende la salud como la fuente de riqueza de la vida cotidiana y como una condición indispensable para la expresión de sus potencialidades creativas y productivas. Los jóvenes son quienes se inclinan por identificar la salud como el desarrollo de sus

potencialidades físicas e intelectuales; por esta razón es tan importante tener acceso a los servicios de salud y condiciones de seguridad que minimicen los riesgos y se promueva un estilo de vida saludable.

En nuestro contexto el acceso a los servicios de salud se encuentra ligado a factores socioeconómicos que limitan su empleo, principalmente por personas de estratos 1,2 y 3. Los jóvenes son atendidos en condiciones desfavorables pues no cuentan con una atención pertinente para cada situación de riesgo, además de esto no disponen de un servicio inmediato que pueda prevenir y solucionar situaciones en donde la salud se ve afectada. Con base en esta dificultad se desencadenan en la población consecuencias negativas para la salud, ya que no se brinda un proceso de orientación y concientización para el autocuidado, los hábitos alimenticios, el sueño, la condición y la actividad física, entre otros; que le permita a los jóvenes descubrir y utilizar aspectos positivos que el medio le ofrece con el fin de prevenir y disminuir estilos de vida nocivos para la salud.

Las condiciones de nuestro país consienten que buena parte de las problemáticas que provocan más morbilidad y mortalidad entre la población adolescente tienen relación con sus hábitos y costumbres, lo cual confirma el hecho de que los estilos de vida son uno de los determinantes principales de la salud. También se conoce que las problemáticas relacionadas con el consumo (tabaco, alcohol, drogas) son las que presentan cifras más alarmantes en nuestro país.

Se ha encontrado que las creencias más compartidas ente los grupos de adolescentes tienen que ver con la asociación entre el consumo de tabaco, alcohol y drogas y

las "consecuencias positivas" (la posibilidad de diversión o integración dentro del grupo de amigos) que esto proporciona. La juventud, como regla general, no asocia el consumo con los problemas que de él pueden derivarse, ellos esperan cambios positivos globales y a la vez no creen que dichas sustancias tengan consecuencias negativas. Por eso anticipar los "efectos positivos" y no las verdaderas consecuencias negativas, conlleva a que se produzca un mayor consumo social.

Todo esto se agrava, más aún, cuando el adolescente, que tiende a alejarse de su familia, se integra a grupos que, con frecuencia, no son los más convenientes para él; de ahí la importancia de la familia, la orientación de los maestros, la calidad humana de los amigos y, en general, de la sociedad en que el adolescente vive. También es fundamental tener en cuenta que el incentivar y promover en el adolescente prácticas positivas tales como por ejemplo realizar actividades físicas y deportivas, actividades sociales solidarias y constructivas o actividades artísticas, tendrán un papel determinante ya que facilitarán el proceso de construcción de su personalidad.

En la actualidad el aumento de las cifras de personas que consumen drogas, alcohol o tabaco, cada día es más alarmante, en especial porque la población más afectada es la de jóvenes. A nivel nacional es importante conocer que las ciudades con más alto consumo de alcohol son Bogotá, Manizales, Tunja, Riohacha, Yopal y Bucaramanga, donde siete a ocho de cada 10 jóvenes han tenido la oportunidad de tomar bebidas alcohólicas, la mayoría de ellos por influencia de amigos y como forma de aceptación en los grupos. En Bucaramanga, teniendo en cuenta, que es una de las ciudades con mayor índice de consumo de alcohol y cocaína en adolescentes, existe una frecuencia de edad

entre los rangos de 10-14 y 15 -19 años. Con respecto al consumo de cigarrillo se conoce que la edad de inicio es aproximadamente de 13.7 años, y al considerarse una sustancia legal su frecuencia de consumo es cada vez mayor en la población joven.

A raíz de esta problemática surge el interés por conocer y describir ¿Cuáles son las prácticas, creencias y factores contexto relacionado con los estilos de vida saludables en adolescentes en los colegios Francisco de Paula Santander y el Instituto Francisco José de Caldas, y su relación con los datos de la investigación en La Universidad Pontificia Javeriana de Cali?

## OBJETIVOS

### *Objetivo General*

Describir las Prácticas, Creencias y Factores del contexto relacionados con estilos de vida en adolescentes en los colegios Francisco de Paula Santander y el Instituto Francisco José de caldas de Bucaramanga.

### *Objetivos Específicos*

Describir las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con la condición, actividad física y deporte en adolescentes.

Describir las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con la recreación y el manejo del tiempo libre en adolescentes.

Describir las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con el autocuidado y el cuidado médico en adolescentes.

Describir las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con los hábitos alimenticios en adolescentes.

Describir las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes.

Describir las prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con el sueño en adolescentes.

#### Antecedentes Investigativos

La presente investigación corresponde a una réplica, que como tal reitera el estudio realizado por Marcela Arrivillaga Quintero e Isabel Cristina Salazar Torres Psicólogas de la Universidad Javeriana de Cali; Dicho estudio tiene como objetivo general describir las pautas comportamentales (Prácticas, Creencias y Factores del Contexto) relacionados con el Estilo de Vida en jóvenes y adultos de la Comunidad Educativa Javeriana de la ciudad de Cali, Colombia. La investigación es No Experimental, de tipo descriptiva transeccional.

La población estuvo conformada por la Comunidad Educativa Javeriana y la muestra se estratificó con Estudiantes Y Colaboradores, para un total de 754 personas. Las investigadoras diseñaron, validaron y aplicaron dos

instrumentos para la recolección de la información: El Cuestionario de "Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida Saludables" y la Encuesta "Factores Contextuales Relacionados con los Estilos de Vida saludables", los cuales 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. Por las características metodológicas de la investigación, el tratamiento de los datos se manejó de manera cuantitativa, estableciendo correlaciones entre las Prácticas y las Creencias, así como entre dichas Prácticas y Creencias con los Factores Contextuales. Los principales hallazgos fueron que tanto jóvenes como adultos presentan resultados favorables a la salud en todas las Dimensiones evaluadas, por lo tanto su Estilo de Vida es Saludable; aunque en las Dimensiones Autocuidado y Cuidado Médico, Hábitos Alimenticios y Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas se encuentran resultados Poco o Nada Saludables representando riesgo para la salud.

Los estilos de vida son determinados por presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. (Mayo, 1999, citado en Web). Tener un estilo de vida saludable, va de la mano del desarrollo de una acción conciente entre un conjunto de comportamientos y sistemas de comportamientos, los cuales son desarrollados a partir de acciones implementadas en dicha realidad social, dando paso de esta manera a la construcción de responsabilidad individual.

Este conjunto de acciones se convierten en patrones de comportamientos los cuales son generalmente grupales y



representan la práctica diaria de los estilos de vida de los individuos, acciones que construyen e identifican la calidad de vida de un grupo social.

En este contexto, se pueden apreciar algunas investigaciones locales, nacionales e internacionales, relacionadas con los estilos de vida en jóvenes, que permiten un acercamiento a la temática de estudio.

Carrillo Caicedo Diana & Sanguino Afanador Xiomara (2001) realizaron un estudio sobre la presencia de drogodependencias en escolares del instituto integrado Jorge Eliécer Gaitán y la concentración Escolar Santa Clara de la ciudad de Bucaramanga. Como propósito inicial se buscó prevenir las drogodependencias en niños(as) de básica primaria de la concentración escolar Santa Clara y el instituto integrado Jorge Eliécer Gaitán, mediante un proceso educativo para fortalecer en ellos factores de riesgo en el consumo de psicoactivos, involucrando a padres de familia y personal docente de cada institución.

Como procedimiento inicial de esta investigación, con el apoyo de la secretaria de salud departamental a través de la jefatura de división de promoción y prevención en el programa de prevención y control de drogodependencias se conocieron las estadísticas del sondeo nacional de consumo (1990 - 2000) donde Bucaramanga se ubica entre los primeros lugares a nivel nacional en el consumo de alcohol y cocaína y con mayor frecuencia entre los rangos de 10 - 14 y 15 - 19 años.

Aguilar Vargas Maria del Pilar (2001) realizó un estudio en educación participativa, una estrategia para el fomento de estilos de vida saludables con la ESE - ISABU, donde inicialmente contó con el apoyo de investigaciones

realizadas por estudiantes en práctica docente asistencial de enfermería, además de datos facilitados por madres comunitarias y líderes de las comunidades pertenecientes a cada sector, y de observaciones y entrevistas a nivel de atención y prestación de los servicios de salud; por medio de los cuales se conocieron aspectos generales de la zona de influencia que permitieron realizar una valoración de las condiciones de vida y salud de la comunidad por factores funcionales.

El objetivo general de la investigación fue fomentar una conciencia hacia el auto cuidado, las costumbres y prácticas saludables.

El Instituto de Salud de Bucaramanga (ESE - ISABU) a través de los centros de salud (Comuneros, Girardot) y desde la perspectiva de trabajo social quiso implementar procesos educativos de enseñanza - aprendizaje mediante la metodología: aprender a enseñar del ICBF, con la participación activa de la comunidad usuaria, en lo referente a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Angarita Meló Luz Marina (2001) en su estudio: "educación en salud para menores en situación irregular, ubicados en institutos especiales como estrategia de promoción del instituto de salud de Bucaramanga", se basó en garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de salud de la población del municipio de Bucaramanga, contribuir a modificar de manera permanente los factores que condicionan el estado de salud de la comunidad, y apoyar la política de ampliación de cobertura para que toda la población reciba el plan obligatorio de salud.

Para esta investigación se desarrolló una metodología que tuvo como propósito realizar un trabajo dinámico y participativo, apoyado en técnicas tales como lluvias de

ideas, análisis de casos, debates, videos, foros y sesiones formativas, las cuales tuvieron a su vez una etapa de compromiso en que buscaba promover la interiorización de lo aprendido.

El estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas realizado por Posada, J y Torres, Y (1992-1994), tuvo como objetivo hacer una evaluación epidemiológica de la sintomatología y de los trastornos mentales como base para la formulación de políticas y toma de decisiones en torno a la orientación de programas de prevención y control de estos problemas en el país; de igual manera se buscó actualizar el diagnóstico de frecuencia de alcoholismo y consumo de sustancias que producen dependencia y el comportamiento de los patrones de consumo, con el fin de aportar datos que permitan evaluar y formular políticas, estrategias y reorientar programas en este campo.

Se utilizó el método epidemiológico contando con la aplicación de varios instrumentos para evaluar la presencia de trastornos mentales y la frecuencia de factores de riesgo o de protección. La aplicación del método y sus formas de recolección permitió hacer el diagnóstico de la frecuencia y distribución del fenómeno salud enfermedad de los factores de riesgo y de protección y la primera aproximación a sus asociaciones causales.

La población de estudio fue constituida por hogares colombianos localizados en áreas urbana y rural de los diferentes departamentos del país, incluyendo únicamente la población de ambos sexos de edades comprendidas entre los 12 y los 60 años.

Dentro de los principales hallazgos se encontró que la población consumidora de bebidas alcohólicas inicia su consumo a una edad promedio de 15.6 años, además una

asociación existente ente alcoholismo y los siguientes efectos: el 48.2% sentirse solo o aislado, el 38% menor rendimiento en el trabajo o estudio, 40.3% dificultad para enfrentarse a los problemas, 44.6% sentimientos de sospecha y desconfianza de todos y una urgencia en atención médica.

Al calcular las prevalencias relativas para los factores de riesgo estudiados se encuentra una fuerte asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y: el desconocimiento de los efectos nocivos para la salud, la presencia de un amigo consumidor y tener un hermano o familiar consumidor.

El consumo de cocaína tiene la edad de inicio entre los 11 y los 15 años. Un 66% de los consumidores informan sobre su deseo de dejar el consumo pero ninguno reportó haber estado bajo tratamiento para dejar de consumirla.

En el consumo de marihuana el grupo de más alto riesgo es el de 16 a 19 años, lo que es consistente con la edad de inicio del consumo, el 33% inicia el consumo antes de los 10 años y llega a 63% los que lo hacen antes de los 16%. Un 66% de los consumidores informan sobre su deseo de dejar el consumo y un 11% ha estado en tratamiento para dejar de consumir.

Isabel Balaguer y Yolanda Pastor (2000), en su estudio acerca de la relación entre el auto concepto y los estilos de vida en la adolescencia media, retoma trabajos que han analizado el auto concepto utilizando el modelo multidimensional de Harter (1998) llamado el perfil de auto percepciones para adolescentes. En este estudio se encontró que los dominios del auto concepto se relacionan directa e indirectamente con el consumo de sustancias (tabaco y alcohol) . A partir de esto surge el objetivo de investigación basado en analizar las relaciones que se establecen entre los diferentes dominios de autopercepción

que introduce Harter (1998), y las conductas clásicas de estilos de vida en una muestra de adolescentes de la comunidad Valenciana (España), de edades comprendidas entre los 15 y los 18 años.

La muestra del presente estudio fue de 1038 estudiantes Valencianos de enseñanza secundaria con una media de edad de 16.31 años, el 49.1% de la muestra son chicos y el 50.9% son chicas.

Los resultados obtenidos no apoyan la hipótesis mantenidas en los primeros estudios acerca de una relación positiva entre auto concepto y conductas de salud, sino que por el contrario muestran la complejidad de esta relación y la necesidad de examinar la contribución de cada una de las dimensiones del auto concepto. Así se evidencia que entre las diferentes auto percepciones se encontró que algunas mantienen una relación positiva con el estilo de vida saludable, mientras que otras mantienen una relación negativa con el mismo, y que el signo de estas relaciones depende a su vez de la conducta concreta del estilo de vida que se considera.

En términos generales los resultados indican que aquellos jóvenes de ambos géneros que se perciben con mejor competencia deportiva practican deporte y participan en actividades físicas con mayor frecuencia, aquellos que perciben que su conducta no es apropiada y que no se comportan tal y como se espera de ellos (baja conducta moral) consumen más tabaco, alcohol y cannabis y llevan una alimentación más insana. Los jóvenes que se sienten más populares y aceptados por los iguales (alta aceptación social) consumen tabaco, alcohol y cannabis con mayor frecuencia y los que se consideran hábiles para ser amigos íntimos

Raquel Samora, Beatriz Toledo, Lidia Santi y Airam Martínez, citado por Magddaleno, M (1995) realizaron una investigación de tipo exploratorio: El tiempo libre y la recreación, estudio en adolescentes Uruguayos, cuyo objetivo fue obtener información sobre como influye la posición que el joven ocupa en la sociedad en su tiempo libre, eligiendo como indicadores situacionales, el sexo, la edad, el núcleo familiar, el nivel socioeconómico, la orientación de los estudios y el lugar geográfico de residencia, y estudiando sus influencias en la distribución del tiempo obligatorio; la elección de donde y con quien pasa la mayor parte del tiempo libre; las posibilidades de recibir recreación organizada y las instituciones que la brindan; las actividades recreativas más o menos realizadas; la realización de actividades recreativas intelectuales, artísticas y sociales; el consumo de medios de comunicación, de masas, y el grado de conformidad con la disponibilidad y la forma de utilizar el tiempo libre.

En esta investigación la muestra fue de 1180 adolescentes de ambos sexos entre los 12 y 20 años pertenecientes a tres niveles socioeconómicos diferentes, todos estudiantes, unos de enseñanza secundaria y otros de los cursos de formación profesional del consejo de educación técnico-profesional (Universidad del Trabajo). El lugar geográfico de procedencia fue la capital del país: Montevideo.

Del análisis de parte de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones sobre los estudiantes encuestados: La estimación del tiempo obligatorio para un día promedio corresponde al 85% del total de éste, distribuido en actividades fisiológicas (sueño alimentación y aseo), clases curriculares, estudios, tareas del hogar, cursos extracurriculares y trabajo.

El tiempo libre estimado para un día promedio resultó ser el 15 % del total, dentro de las actividades más realizadas en orden de importancia se encuentran; practicar deportes, mirar televisión, escuchar música a solas y leer.

La investigación realizada por Micher Juan Manuel & Silva Yarumy, en México (Directores de los servicios médicos de la UNAM): Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual; tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimiento y prácticas sexuales de riesgo de los adolescentes y jóvenes del Distrito Federal. Se utilizó el Examen Médico de Primer Ingreso a los niveles Bachillerato y Licenciatura de la UNAM, realizado en el período 1995-1996. Este instrumento fue aplicado a 31,766 alumnos de Bachillerato y a 22,447 estudiantes de Licenciatura. En general los resultados muestran que el 69% de la población se considera medianamente informada sobre sexualidad y que el 35.5% de las mujeres y el 42.2% de los hombres iniciados sexualmente, utilizaron el condón en su primera relación sexual. Sin embargo, aunque perciben al condón como una forma de prevención del VIH/SIDA, el 60% de la población total que lo utiliza considera a las ETS y al SIDA como enfermedades ajenas a su grupo etáreo.

#### MARCO TEORICO

Para el adecuado abordaje de este estudio, se hace necesario precisar conceptos como Estilo de vida, Creencias, Prácticas, contexto y Adolescencia. Con el fin de generar claridad en la exposición el marco teórico se ha

dividido en tres grandes bloques, el primero aborda la información referente al estilo de vida desde la perspectiva de la psicología de la salud, el segundo bloque aborda la información referente a la adolescencia desde la psicología, y el tercer bloque precisa los conceptos creencias, practicas y contexto; pudiendo de esta forma pasar a revisar la relación de todos estos conceptos en torno al objetivo de la investigación.

### Psicología de la Salud

Para abordar el concepto de salud se deben tener en cuenta las diferentes interpretaciones hechas al respecto, que brindan una perspectiva general sobre lo que esta 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 qué calidad.

En este sentido, para poder abordar los estilos de vida es necesario hacer una revisión acerca de la psicología de la salud.

Se habla que el comportamiento humano, 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.

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 medica, la medicina psicosomática y la medicina conductual son las más importantes antecesores de la moderna Psicología de la salud. (Flórez, L, 1998; citado en Web) .

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) define la salud como: "un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia", (citado en Guerrero, E 1999; Web)

Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte del sistema de valores y continuamente se invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol. Los pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física, es lo que podríamos denominar integración mente y cuerpo.

Según Brannon L, Feist J, (2001): "La psicología de la salud surge desde la psicología y es una aplicación más dentro de esta. Por lo tanto se nutre de cualquier aspecto de la psicología que sea de interés en/para el área de la salud. La psicología de la salud se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. Su eje

vertebrador se trata desde un posicionamiento de salud positiva, es decir, desde la promoción y comportamientos de salud y de las conductas o control de riesgo", (p.27)

Algunos autores que han realizado investigaciones dentro del campo de la Psicología de la salud han hablado sobre este afirmando que constituye en ultimas, el reconocimiento de un hecho cada vez mas evidente, que indica que: el fenómeno vital humano esta en permanente variación en función de factores ambientales y psicosociales, y también que el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud-enfermedad es hoy en día proporcionalmente superior al de factores orgánicos. (Flórez, L, 1998; citado en Web).

Es importante conocer sobre el momento actual de la Psicología de la salud que se caracteriza por la búsqueda de una integración cada vez mayor entre los conocimientos básicos de la ciencia psicológica, de un parte, y sus extensiones al ámbito de la salud, de otra. Además, éste se caracteriza por la incorporación de otras áreas de la Psicología, especialmente de la Psicología social y comunitaria, para aportar a una línea de gran actualidad.

Siguiendo a Florez (1998), es determinante estudiar el estilo de vida para comprender la relación y variabilidad del proceso salud-enfermedad.

Antes de hablar sobre estilo de vida es necesario hacer mención sobre modo de vida, ya que existen diferentes autores que confirman la relación del estilo de vida con el modo de vida.

## Modo de Vida

Autores como Predvechnni y Sherkovin 1986, Shorojova 1987 y Lomov 1989 (citado en Mayo I 1999; web) afirman que "Existen dos tendencias fundamentales en cuanto al modo y el estilo de vida; la primera que establece una distinción entre modo y estilo, donde este último se subordina al primero y es un subsistema de él. La segunda es la que desde la categoría modo de vida estudia aspectos propios del estilo de vida relacionados con su determinación subjetiva y el papel de lo psicológico".

Es fundamental ahondar en el conocimiento con respecto a que "El modo de vida debe ser enfocado al menos en dos niveles de análisis. En el nivel general, donde el hombre genérico es sujeto del modo de vida, y en tal sentido es objeto de estudio de la sociología y la filosofía; y el nivel particular, donde el individuo es sujeto, no del modo de vida en general, sino de su estilo de vida, como componente subjetivamente determinado del modo de vida". (Mayo, 1999, citado en Web) . En el ámbito individual, las relaciones del modo de vida y el estilo de vida se dan a través de las condiciones de vida. El análisis de las condiciones de vida permite comprender cómo el modo de vida influye sobre los individuos de modo heterogéneo. La determinación social del individuo difiere de un sujeto a otro. Para cada sujeto concreto se configuran determinantes sociales muy específicos. Esto puede apreciarse en los diferentes niveles de acción de las condiciones de vida.

También se puede enfocar en un nivel en que las condiciones de vida están dadas por el tiempo histórico y

el escenario natural, social, cultural, económico y político en que se desarrolla el individuo. Son precisamente estas condiciones las más estudiadas, pero no las únicas.

Otro nivel es donde se encuentran condiciones de vida, determinadas por las primeras, pero con acción propia, de carácter inmediatos, mas ligadas a los subjetivo y menos consideradas por los estudiosos de esta categoría. Se hace referencia a aquellas que tienen que ver con la dinámica familiar, la posición entre los hermanos, (hijo único, mayor, menor, etc.), la constitución biológica (genotipo y fenotipo). Ambos niveles tienen un denominador común: son condiciones de vida dadas al sujeto. No son ni elegidas ni construidas por él, actuando como determinantes objetivos de la formación de su personalidad y su estilo de vida.

Además de estos, también se puede mirar desde un nivel en que las condiciones de vida son el resultado del activismo del sujeto, del carácter activo de su personalidad, de su autodeterminación y elección individual, que el individuo las alcanza a partir de su desempeño social, es decir que no son condiciones de vidas dadas, sino creadas, pero que también se constituyen en determinantes externos al sujeto resultantes de su estilo de vida.

Con este enfoque de las condiciones de vida es posible comprender el carácter de "subsistema funcional dinámico" del estilo de vida en la relación sujeto-modo de vida, así como acercar la categoría condiciones de vida a la psicología, destacando la significación que ésta adquiere en sus diferentes niveles de análisis en relación con el sujeto. Es en este plano en que se encuentra el contenido genuinamente psicológico del modo de vida.

"Es en este nivel donde el análisis de la expresión en el estilo de vida de los constituyentes funcionales y dinámicos de la personalidad es de importancia metodológica". (Mayo, 1999, citado en Web).

Además de ahondar en la relación entre estilo de vida y modo de vida, y de comprender un poco más la relación sujeto-modo de vida, también es necesario para el estudio conocer y tener presente la relación sujeto-estilo de vida, es decir "el lugar que se le asigna al estilo de vida en relación con el sujeto que constituye una problemática observada en la literatura sobre el tema, ya que se manifiestan dos tendencias fundamentales.

"La primera asume el estilo de vida como una cualidad subjetiva, de existencia interna en el sujeto".

(Adler, 1948; Allport, 1965; citado Mayo I, 1999; Web) .

"La segunda tendencia, al no reconocer la especificidad del estilo de vida identificándolo con el modo de vida, lo concibe como una manifestación externa del sujeto individual". (Sherkovin y Predvecnni, 1987; Lomov, 1989; Shorojova, 1987; Potrony, 1989; Pérez Lovelle, 1989; citado en Mayo, 1999; Web)

Es característico de estos autores que sus elaboraciones teóricas tengan carácter general, sin una salida a la investigación aplicada operacionalizando dicha categoría.

En los últimos años se han venido publicando interesantes ideas sobre la especificidad psicológica de la categoría sujeto (González, 1995, 1997; Arias, 1993; 1994; 1997, 1998) . Se ha trabajado en una

diferenciación del sujeto y la personalidad, en los atributos funcionales de cada uno, así como en sus relaciones. Luego de una diferenciación entre las cualidades del sujeto y de la personalidad, así como la formulación de los componentes del sujeto, (Arias (1998, p. 26 y 40) diferencia los aportes de cada una de estas instancias en sus interacciones con la realidad.

El análisis de la relación sujeto-estilo de vida constituye una alternativa pertinente en la caracterización psicológica del estilo de vida. Siendo el sujeto el individuo concreto, al hablar de él no sólo se hace referencia a su mundo interno, sino también al sistema de relaciones en que se objetiviza su subjetividad.

"El estilo de vida expresa el modo en que se objetiviza el activismo del sujeto en relación con la sociedad y la construcción de su vida". (Mayo, 1999; citado en Web)

#### Estilo de Vida

El estilo de vida se conoce 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.

Existen 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 de los servicios de salud, entre otros.

Es importante al hablar sobre estilo de vida el retomar los estudios realizados años atrás, de los cuales podría decirse que desde las décadas del 70 y el 80 del pasado siglo, dichos estudios resultaron recurrentes en las publicaciones sobre la psicología de la salud.

Movidos por la intención de identificar los factores psicosociales asociados al proceso de salud-enfermedad, los estudios en esta dirección se apoyaron en los hallazgos de la epidemiología y con ello importaron el enfoque que esta ciencia utilizó en la investigación del estilo de vida.

Predominaron los estudios factorialistas, que identificaron unidades parciales del comportamiento asociados a la aparición de enfermedades específicas, como modulador del estrés, hábitos de fumar y cáncer, disturbios del sueño, (Phillips & Danner 1995; citado en Mayo, 1999; Web); abusos de sustancias, estresores interpersonales y suicidio (Duberstein 1993; citado en Mayo, 1999; Web); hábitos sexuales, estilo de vida y síntomas del período menopáusico (Huerta 1995; citado en Web); ejercicios físicos, hábitos alimenticios, tabaquismo y muerte celular (Lusaka 1992; citado en Mayo, 1999; Web)

Existen otros estudios encaminados a los cambios de comportamientos de riesgo y la promoción de salud, que con mucha frecuencia hacen alusión al estilo de vida de los sujetos, reduciéndolo a los hábitos alimentarios, el ejercicio físico, la conducta sexual, el consumo de

alcohol, etc. Obviamente estas unidades parciales del comportamiento forman parte del estilo de vida.

En nuestro medio el estilo de vida ha sido tratado por otros autores (Mayo 1999, Rodríguez & Zaldivar, 2001; citado en Web), que si bien difieren en sus planteamientos teóricos, coinciden en señalar la necesidad de tener en cuenta los constituyentes e indicadores del estilo de vida.

Desde la perspectiva de la psicología cognoscitiva, los estilos de vida es un tema que ha ganado en los últimos tiempos una gran relevancia en las ciencias que se abocan al estudio de los procesos de la salud y la enfermedad, tema que en la actualidad es aceptado ampliamente y de extenso uso en las diferentes disciplinas.

Actualmente existen algunas posturas de interpretación respecto a este tema, una de ellas se caracteriza por: "ser marcadamente individualista, dado que interpreta los estilos de vida como una serie de pautas de conductas y hábitos cotidianos de la persona que influyen sobre la salud, y que argumenta que estos hábitos pueden ser modificados voluntariamente por las personas". (Bandura, 1984; citado Chamarro, A. y Hernández, E; web)

"Dentro de esta interpretación se le ha dado una gran importancia a los factores de riesgo para la enfermedad y la muerte accidental" (Brauer, 1980; citado en Mayo, 1999; Web) ; como son el hábito de fumar, el de ingerir bebidas alcohólicas, el de uso de drogas, el del poco interés por el control de la dieta y el peso, etc. (Ibáñez, 1993; p11-20).

Esta concepción determina, como ya se mencionó, una interpretación de los comportamientos individuales como los



determinantes básicos del estilo de vida. Tal postura ha permitido su asimilación en la corriente principal de atención a la salud (Berlinger, 1981; citado en Web).

Berkanovic (1976; citado en Web) hace énfasis en que: "los hábitos de las personas son intrínsecamente individuales, debido a que se concibe que están asociados a diferencias interindividuales basadas en aspectos como las creencias de control, previas a la toma de decisiones, y que por todo ello, tales hábitos pueden ser modificados a voluntad por las personas"

Otros autores como Shulman y Mosak (1988; citado en Mayo, 1999; Web) definen estilo de vida 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".

Se evidencia que el estilo de vida es la forma más útil para conocer a la persona, permite predecir su conducta; es el aspecto cognitivo de la conducta.

Además de esto, para autores como Sánchez López & Aparicio (2000; citado en Web): "La función de los estilos de vida es la de organizar y simplificar, solucionar problemas, controlar la experiencia, construir mitos sobre la auto imagen y la imagen del mundo, además de tener un efecto auto protector en el sujeto".

Bibeau 1985, (citado por Maya L, en Web) , plantea que: Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, 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.

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

Mayo, I (1999, citado en Web) argumenta que "El estilo de vida implica la manera como la gente piensa, siente y actúa, lo cual va más allá del conocimiento individual que se tenga sobre lo dañino o lo saludable, y refleja valores y tradiciones, así como transformaciones, a través de la educación recibida. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social".

Los estilos de vida que se adquieren, están condicionados a través de experiencias de aprendizaje, las cuales se adaptan, se adquieren o modifican de acuerdo a los comportamientos deseados. En este sentido a través de la enseñanza se producen cambios favorables en el

comportamiento del que aprende. El saber se obtiene con el conocimiento, lo que le da la opción de desarrollar su personalidad que es el saber ser; siendo para esto necesario que la persona que aprende, además comprenda, analice, reflexione y adquiera competencias o habilidades practicas (saber hacer).

Después de retomar diferentes autores y así mismo definiciones sobre estilo de vida, es provechoso en términos de profundización sobre este tema, tener en cuenta las definiciones e investigaciones propuestas por los distintos autores sobre los estilos de vida saludables

### ***Estilo de vida Saludable***

Aunque el interés por el estudio de los estilos de vida saludables ha tenido su punto más álgido en la década de los 80 del pasado siglo, éste ha sido un tema de estudio abordado desde hace ya mucho tiempo por disciplinas como la sociología y el psicoanálisis, y desde hace ya relativamente menos por la antropología, la medicina y la psicología.

En el siglo XIX el estudio de los estilos de vida se realizó desde un enfoque sociológico. Las variables sociales eran los principales determinantes de la adopción y del mantenimiento de un estilo de vida determinado. Se consideraba que el nivel de renta y las posiciones ocupadas en el sistema de producción eran los factores que contribuían al estilo de vida de un grupo social (Marx, 1867) o bien que éste estaba fundamentado en una consideración conjunta del nivel de renta, la posición Ocupacional, el nivel educativo y el status social (Weber, 1922, citado en Mayo, L, Web).

Autores como Adler (1973) argumentaron el estilo de vida como: "un patrón único de conductas y hábitos con los cuales el individuo lucha por conseguir la superioridad. Desde aquí ya no era la pertenencia a una posición social sino la personalidad del individuo la que marcaba el estilo de vida a seguir, (citado en Mayo, 1999; Web).

Concerniente a esto es pertinente dar a conocer que en la primera mitad del siglo XX convivieron dos conceptos de estilos de vida diferentes: el adleriano, nombrado anteriormente, centrado en el individuo y en los factores de experiencia social y el weberiano, más centrado en los grupos y en los condicionantes socioeconómicos que constriñen la conducta.

A mediados del siglo XX la antropología abordó el estudio de los estilos de vida desde un enfoque cultural y la medicina desde un enfoque biologicista. El modelo médico cobró protagonismo en los años 50.

Desde este enfoque se defendía que las personas tienen estilos de vida sanos o insanos por su propia voluntad, recayendo por lo tanto la responsabilidad sobre las personas y no sobre las instituciones (Erben, Franzkowiak, & Wenzel, 1992; citado en Mayo, 1999; Web)

A partir de los diferentes postulados, se puede afirmar que 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. Se permiten definir como producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto, además hacen referencia 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. Los estilos de vida saludables 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. Todo esto hace que tengamos o no un estilo de vida saludable.

### La Adolescencia

La Adolescencia es una etapa de transición en el desarrollo.

Se considera que la adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo de la niñez y la edad adulta. Por lo general se estima que comienza alrededor de los 12 o 13 años y termina hacia los 19 o 20 años, comienza con la pubertad. El proceso que conduce que la madurez sexual, cuando una persona puede engendrar, aunque los cambios físicos de este periodo de vida son radicales, no se desatan de un golpe al final de la niñez sino que en la pubertad forma parte de un largo y complejo proceso que comienza desde antes de nacer. Los cambios biológicos que señalan final de la infancia se traducen en un rápido crecimiento y aumento de peso (una tasa de crecimiento que sigue la de la infancia), cambios en las proporciones y la forma del cuerpo, y el alcance de la madurez sexual. Sin embargo la adolescencia también es un proceso social y emocional. Se ha dicho que "la adolescencia comienza en biología y termina en cultura" (Conger & Peterson, 1984. p92) .

### **Desarrollo Físico**

La madurez en los adolescentes no solo implica cambios físicos, sino los efectos psicológicos de esos cambios.

#### Cambios Físicos

Los cambios biológicos que señalan el final de la niñez incluyen el repentino crecimiento del adolescente, el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de esperma en los varones, la maduración de los órganos reproductores y el desarrollo de las características sexuales secundarias.

"Durante la pubertad, las funciones reproductoras maduran los órganos sexuales crecen ( femeninas: Ovarios , trompas de Falopio, Útero, vagina Masculinas: Testículos, Pene, escroto, Vesículas Seminales, Próstata) y las características Sexuales aparecen (Femeninas: senos, Vello púbico, vello axilar, aumento de ancho y profundidad de la pelvis, cambios en la voz, cambios en la piel Masculinas: Vello púbico, vello axilar; Vello facial; cambios en la voz, cambios en la piel, ensanchamiento de la espalda) , el proceso toma cerca de 1 cuatro años y comienza casi dos años antes para las niñas, respecto de los muchachos. En promedio, las niñas comienzan a presentar el cambio de la pubertad a los nueve o diez años de edad, y alcanzan la madurez sexual alrededor de los 13 o 14 años. Sin embargo las niñas normales pueden mostrar los primeros signos a los siete años o solo hasta los 14 años. (Comenzando la madurez sexual a los nueve y 16 años respectivamente) la edad promedio para que los muchachos entren en la pubertad son los 12 años y la madurez sexual a los 14 años, los niños normales pueden comenzar a mostrara cambios entre los 9y 16 años y llegan a su madurez sexual

entre los 11 y los 18 años, la madurez sea precoz o tardía suele tener secuelas sociales y psicológicas". (Chumlea 1982, citado en Papalia & Wendkos, 1997; p362)

Los cambios físicos de la adolescencia se suceden en una secuencia que es mucho más consistente que su duración real, aunque este orden varia en cierto modo de una persona a otra. Algunas personas pasan la pubertad de manera muy rápida, mientras que para otros el proceso toma mucho más tiempo.

"Una niña por ejemplo, puede desarrollar los senos y el vello del cuerpo casi al mismo tiempo, mientras que el vello de otra joven puede crecer tan rápido con relación a los senos que el patrón de vello adulto aparece un año o un poco antes de que sus senos se desarrollen. El mismo tipo de variaciones se presenta en los muchachos". (Richards Boxer, Kavrell & Petersen 1984, citados en Papalia & Wendkos, 1997; p363).

Algunos investigadores atribuyen el incremento de las emociones y temperamento de los comienzos de la adolescencia a las hormonas; no obstante debe recordarse que en los seres humanos las influencias sociales se combinan con las hormonales y en ocasiones predominan. Brooks- Gunn y reiter, 1990 citado en Papalia & Wendkos, 1997; p364)

"La pubertad comienza cuando en un determinado momento biológico la glándula pituitaria envía un mensaje a las glándulas sexuales de una persona joven, las cuales empiezan a segregar hormonas; este momento, al parecer, está determinado por la interacción de

genes, salud y ambiente, y puede estar relacionado con un nivel crítico del peso.

La pubertad se presenta como respuesta a los cambios del sistema hormonal del cuerpo, el cual se dispara mediante una señal psicológica; en las niñas, los ovarios indican con precisión la producción del estrógeno, la hormona femenina, mientras que en los muchachos los testículos aumentan la producción de andrógenos, en particular la testosterona. Las hormonas también se hallan en estrecha relación con las emociones; específicamente con la agresión de los muchachos y la depresión en las niñas" (Brooks-Gunn, 1988 citado en Papalia & Wendkos, 1997; p367) .

### ***Aspectos Psicológicos relacionados con los cambios físicos***

"Los cambios físicos en la adolescencia tienen muchas manifestaciones psicológicas, una de las grandes paradojas de la adolescencia es el conflicto entre el anhelo de los jóvenes por hallar su propia identidad, para expresarse como seres únicos y el arrollador deseo de ser exactamente iguales a sus amigos y amigas.

Cualquier cosa que aleje a un adolescente de la multitud puede ser perturbadora, y los jóvenes suelen inquietarse mucho cuando su madurez sexual llega mucho antes o mucho después que la de sus amigos aunque la madurez tardía o precoz no es, necesariamente una ventaja ni una desventaja , el momento en que se presenta puede tener efectos psicológicos". (Papalia & Wendkos, 1997; p366).

"El adolescente vive los cambios morfológicos y biológicos que se están produciendo en su cuerpo, un torbellino de hormonas va a contribuir en su puesta en



marcha, que los jóvenes se crean el centro de atención, que consideren que cualquier acción que realicen está siendo observada y juzgada por los otros". (Papalia & Wendkos, 1997; p366)

Aquí los padres que van a continuar siendo importantes para unos van a perder parte de su importancia para otros, importancia que van a empezar a ganar los que son iguales a ellos, los otros adolescentes que también están atravesando por la misma etapa y que por lo tanto ellos creen que son los que mejor pueden comprenderlos.

### Creencias

Lo que hoy se llama creencias, a través del tiempo y desde las diversas escuelas ha recibido diferentes denominaciones, de este modo al hablar de creencia, se hace referencia a las ideas, pensamientos, procesos, conceptos, estilos, categorías; todo estos demarcando formas personales de respuestas a las diferentes situaciones del medio. El sistema de creencias, ha sido el concepto utilizado para definir todos aquellos valores, costumbres y creencias infundidas por la familia, la comunidad y diferentes grupos sociales a los que pertenece el individuo.

Los sistemas de creencias son retomados desde autores como Ellis, Beck, Mahoney, Bateson, Riviere y Riso entre otros, quienes destacan "al ser humano en su valor adaptativo, con la característica distintiva de construir estructuras mentales que le permitan intercambiar efizcamente información y vivencias con el medio, interiorizando en este proceso no solo su ambiente sino la realidad del mismo, lo cual lo llevará a remplazar la información perceptiva por

deducciones que se desprenden de modelos o esquemas cognitivos". (Citado en Ariza & Peñalosa, 2002).

Riso (1992, p 14)<sub>r</sub> considera que "Los pensamientos se encuentran incluidos en un esquema general de pensamiento que posee el individuo". (Citado en Ariza & Peñalosa, 2002)

Este es descrito como una estructura cognitiva estable, donde se almacena toda la información posible acerca de uno mismo y el entorno. Los esquemas no están establecidos en su totalidad al momento de nacer, estos se desarrollan durante toda la vida del sujeto, fortaleciendo la estructura interna con los procesos de almacenamiento, procesamiento & organización de la información. En la medida en que estas estructuras se fortalezcan, se hace mas difícil su modificación. Cabe anotar que el sistema no es solo un almacenador de la información sino un decodificador de la realidad, donde el sujeto imprime matices propios.

Bateson afirma que:"la percepción de un hecho, está motivada y condicionada por su contexto receptor, es decir por la red de supuestos que constituyen un mapa de interpretación del mundo, convirtiéndose en instrumentos psicológicos que permiten la organización y manejo no solo del mundo, sino también de los pensamientos y sentimientos propios". (Citado en Ariza y Peñalosa, 2002)

Asi en la medida en que cada ser humano transcribe su vivencia, se apoderan de ideas de carácter dominante, las cuales no influyen suficientemente en la experiencia vivida de la persona, o se hallan en contradicción con aspectos importantes de su vida.

Se debe nombrar que el conjunto de ideas y creencias conforman mapas cognitivos, los cuales son contruidos a partir de experiencias tempranas placenteras o displacenteras que han dejado una huella mnemica, que se organiza con otras similares y son evocadas al momento de enfrentar una situación o actividad particular.

Michael Mahoney, Beck, Ellis, Goldfried (1995) & otros autores, afirman que la gente tiene innumerables creencias, cogniciones, pensamientos o ideas sobre sus hechos activantes y estas creencias tienden a ejercer fuertes influencias sobre las consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales. (Citado en Ariza & Peñaloza, 2002)

Para Ellis: "las ideas funcionan como teorías o creencias que el sujeto busca continuamente verificar". Es decir, es como si estas formulaciones tuvieran un carácter ontológico que sirve para estructurar la experiencia diaria, & dicha experiencia debe acomodarse al contenido de las ideas & no al revés, por tanto generan & mantienen desordenes emocionales. Partiendo de esta idea, hay cabida para pensamientos irracionales, sentimientos inadecuados & conductas disfuncionales, que forman la gama de los trastornos emocionales, por ello cada vivencia del sujeto acarrea consecuencias emocionales que estructuran el sistema de creencias. Este conjunto de creencias permanece inalterable durante toda la vida, resistiéndose al cambio, una vez instalados en el sistema cognitivo necesitarán un largo tiempo para lograr una verdadera reestructuración (Carretero, 1997).

Se considera importante conocer que en el campo de la prevención en salud se ha trabajado con una serie de modelos referidos al componente cognitivo. Es bien sabido para la Psicología de la Salud que uno de los modelos destacados es el Modelo de creencias en salud de Hochbaum.

El Modelo de creencias en salud fue desarrollado en 1950 con la intención de explicar por qué las personas no participan en programas preventivos de salud pública. Posteriormente, se adaptó para tratar de explicar una variedad de conductas relacionadas con la salud, entre otras la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento de pacientes con los tratamientos y las recomendaciones médicas, la práctica de auto exámenes exploratorios, el uso del tabaco, la participación de inmigrantes latinos en los Estados Unidos en programas de prevención de la tuberculosis. De acuerdo con este modelo, las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema y el que la acción a implementar produzca más beneficios que costos personales, favorecen la conservación y mejoramiento de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y lo que en general puede denominarse la adopción de estilos de vida saludables. (Arrivillaga, Salazar, & Correa, 2003, citado en Web)

### Prácticas

Para poder realizar un abordaje integrador en la comprensión de las prácticas humanas, es necesario tomar como núcleos los conceptos actitud y comportamiento.

### *Actitudes*

Es importante empezar a hablar sobre la interpretación de las actitudes y su desarrollo desde la psicología cognitiva. El desarrollo del estudio de las actitudes puede diferenciarse por periodos; el primer periodo corresponde a la consolidación de la psicología social con el interés de la construcción de herramientas específicas para medir las actitudes, esto por la década de los treintas.

"En este periodo las actitudes se definieron con un marcado carácter social, puesto que eran entendidas como una serie de normas y valores de grupo que servían para orientar su relación en el nivel social, donde estos valores y actitudes se reflejaban en el nivel individual; este periodo también se caracterizó por la creencia de una estrecha relación entre actitud y conducta". (Fazio, 1986; Citado en Alvarez, J, 2002)

"Un segundo periodo estuvo marcado por la influencia del paradigma dominante que era el conductismo y centrado en el interés del estudio de la persuasión y el cambio de actitudes". (Jaspars, 1978; Citado en Alvarez, J, 2002). En este periodo las actitudes van a definirse como predisposiciones a responder en forma específica a determinados estímulos. El interés principal no era la cuestión de la relación entre la actitud y la conducta, sino en conocer en que situaciones y que condiciones se daba la relación entre actitud y conducta, y en que forma podían transformarse". (Fazio, 1986; Citado en Alvarez, J, 2002)

"Un tercer periodo estuvo marcado con el inicio de la alternativa del paradigma de la cognición social, en el, las actitudes se definieron como esquemas cognoscitivos que servían para el análisis y

valoración de objetos y situaciones" (Echevarría, 1991; Citado en Alvarez, J, 2002). "Este periodo se caracterizo también por responder a la cuestión de cómo se da o construye el proceso que lleva a una actitud a convertirse en conducta" (Fazio, 1986; citado en Alvarez, J, 2002)

"Actualmente se ha llegado al consenso de que las actitudes están constituidas por tres componentes: el componente cognoscitivo, que seria la información acerca de un objeto actitudinal y el procesamiento cognoscitivo que la persona hace de la información". (Chaiken y Stangor, 1987; citado en Alvarez, J, 2002); "el componente afectivo/evaluativo, esto es, los sentimientos de aceptación o rechazo ante un objeto en términos de malo- bueno, desagradable- agradable, etc" (Echevarría, 1991; citado en Alvarez, J, 2002), y el componente conductual que seria la intención y/o conducta ante un objeto.

"También se ha llegado a un consenso respecto a que las actitudes cumplen diversas funciones, entre ellas una función de conocimiento, destinada a reducir la información del medio; una función expresiva dado que a través de las actitudes las personas expresan sus sistemas de valores y normas, asi como sus emociones" (Fazio, 1986; citado en Alvarez, J, 2002); también cumplirían una función adaptativa, en la medida de ayudar en la identificación con personas de actitudes similares.

La psicología cognoscitiva interpreta que las actitudes pueden considerarse esquemas, y que al igual que otros esquemas (estereotipos, prejuicios, etc.) sirven para reinterpretar selectivamente la información social en estructuras de memoria cognoscitiva

### ***Comportamiento***

El comportamiento se entiende como la manera en que se actúa frente a un estímulo o situación determinada, el cual se deriva de la herencia, la educación familiar y escolar, las relaciones humanas, la situación socioeconómica y nivel intelectual. También tiene que ver con el sentir, pensar y las creencias.

Lo que es un comportamiento lo describe la manera en que interacciona el individuo con el ambiente. 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. De acuerdo con lo anterior La calidad del estilo de vida puede verse afectada por los comportamientos del individuo, uno es el de bienestar y el otro es el de riesgo.

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

### Contexto

Al hablar sobre estilo de vida es necesario pensar no solo en un comportamiento sino en un conglomerado de ellos que al adquirirse, realizarse y mantenerse en un contexto (social, familiar, escolar), de forma recurrente, se

transforman en hábitos resistentes al cambio. Esto destaca el valor de los ambientes en el aprendizaje mismo de los estilos de vida, pues en ellos se generan las dimensiones que en alguna medida lo controlan. Sánchez, M y Aparicio, M, (2000).

Los estilos de vida están muy relacionados con los contextos de vida de los jóvenes, que constituyen los espacios donde los jóvenes se desarrollan cotidianamente. Incluyen un sistema de creencias, normas, valores y estilos de vida compartidos con las otras personas insertas en ese espacio. La calidad del contexto va a condicionar, en gran medida, el nivel de salud mental de los jóvenes, dicha calidad esta determinada por aspectos como el clima que ofrece a sus miembros, la capacidad para promover el desarrollo de potencialidades de los jóvenes, su capacidad preventiva y el nivel de soporte socio-afectivo-instrumental que ofrece.

Los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar

Una vez precisados los conceptos Estilo de vida, creencias, prácticas y contexto, se hace necesario relacionarlos y describir dicha relación encontrada en un nivel teórico, teniendo en cuenta la población objeto de este estudio.

#### Estilo de Vida en Adolescentes

Durante esta etapa que se considera como un tránsito a la vida adulta, la sociedad prepara al adolescente y le



ofrece los recursos necesarios para que, una vez completada su formación, entre a desempeñar un papel en la sociedad.

Este es un periodo en el que se producen grandes cambios biológicos y psicológicos y en el que dependiendo de las características geográficas, culturales, sociales que rodean al adolescente, así como de sus propias características de personalidad y biológicas, éste finalmente adoptará un estilo de vida determinado. Muchas de las características del estilo de vida adquirido durante este periodo continuarán en la edad adulta.

"La adolescencia es un periodo en el cual continúa un proceso de crecimiento y desarrollo que comenzó en el momento de la fecundación. Es una etapa en la cual la velocidad de crecimiento es muy grande (bien conocidos como cambios corporales que acontecen en este período) y el proceso de desarrollo adquiere características muy especiales.

Uno de los procesos de desarrollo del adolescente es la búsqueda de su identidad, o sea, "SER YO", que se es ahora y que se va a ser de ahora para adelante. La búsqueda de ser yo, surge de una permanente comparación entre el pensamiento y lo que se ve fuera, desde el momento en que se es un hombre de relación, que se permanece a una sociedad, a una cultura, y a una familia, y que se vive en un barrio, en una ciudad, en un país y en mundo. (Maddaleno 1995; p 98)

Todo lo dicho anteriormente es para recordar que el producto final del acontecer de todas las características, conducen al adolescente a definir lo que para el área de la salud constituye un elemento fundamental: SU ESTILO DE VIDA.

Se conocen La existencia de dos etilos de vida: el primero de bajo riesgo, y el segundo que se podria llamar de alto riesgo.

Los de alto riesgo tienen conductas y tienen mayores probabilidades de padecer problemas, que se juzgan como de gran importancia en la adolescencia: disturbios afectivos y de conducta, disturbios en el aprendizaje y abandono escolar, el embarazo no deseado, los problemas de violencia social y ecológica, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, los accidentes que conducen a secuelas y muertes, suicidios, uso de drogas, etc.

Los jóvenes con estilos de vida de bajo riesgo son aquellos que no tienen las características y no desarrollan actividades que los exponen a presentar estos disturbios mayores dentro del proceso de la adolescencia. Sin embargo, se debe reconocer que un adolescente que hoy es de bajo riesgo, hoy más tarde o mañana podrá ser de alto riesgo y viceversa, de acuerdo con el acontecer durante su vida, para recordar que estamos hablando de un periodo de 10 años en el cual las conductas están permanentemente en cambio.

#### ***Elección del estilo de vida en Adolescentes***

Algunas investigaciones que han sido publicadas dan gran énfasis y demostraron que buena parte de las características de la elección del estilo de vida de un joven se correlaciona con el estilo de vida de los amigos con los cuales el joven se relaciona. "Esto se denomina presión del grupo. Siendo que una de las características psicológicas o de los jóvenes es su tendencia grupal, se revela como de gran importancia poder conocer las características de los grupos con los cuales cada uno de

los jóvenes se relaciona, y por medio de esto ( presencia o ausencia del factor de riesgo), tendríamos una mayor capacidad de poder saber si un joven específico puede tener una probabilidad mayor de elegir un estilo de vida de bajo o de alto riesgo, o de iniciar la práctica de conductas de riesgo en forma precoz". (Maddaleno 1995; p31)

### ***Estilos de vida saludables en adolescentes***

En los trabajos sobre los estilos de vida saludables publicados en la actualidad, se encontró que:"las variables más frecuentemente estudiadas durante la adolescencia coinciden con los factores de riesgo clásico de las enfermedades cardiovasculares; esto es, los hábitos alimenticios, la actividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol. En concreto un porcentaje algo inferior al 50% corresponde a estas cuatro variables clásicas.

También se sabe que durante estos años en los que socialmente se produce un incremento en el consumo de drogas, una gran preocupación por las enfermedades de transmisión sexual y un elevado número de accidentes de tráfico; los investigadores introducen en sus trabajos estas variables de estilos de vida para analizar sus consecuencias sobre la salud.

Concretamente el consumo de medicamentos, los accidentes y las conductas de prevención, la conducta sexual y la prevención de enfermedades de transmisión sexual se añaden al estudio de los estilos de vida de los adolescentes. La presencia de otras conductas relacionadas con la protección y la prevención de la salud como la higiene dental, los hábitos de descanso y las actividades de tiempo libre también ocupa el interés de los

investigadores" (Pastor, Balaguer, y Garcia-Merita, 1998; citado en Web)).

"La experimentación con las conductas no saludables suele iniciarse en la adolescencia temprana, incrementándose en la adolescencia media" (Balaguer, Pastor, & Moreno, 1999; Pastor, Balaguer & Garcia-Merita; citado en Web) y "alcanzando su pico en la adolescencia tardía". (Halperin, Bass, Mehta, & Betts, 1983; Kandel & Logan, 1984; citado en Web).

En lo referente a las conductas protectoras de salud como la práctica de actividad física la situación es diferente, mientras que durante la primera adolescencia los adolescentes suelen estar activos, principalmente los chicos, es al final de esta etapa cuando empieza a producirse un abandono de la practica (Balaguer, 2000, citado en Web).

El hecho de que los adolescentes se inicien y se mantengan en un tipo determinado de estilo de vida viene condicionado por diversos factores sociales entre los que vamos a destacar, los factores culturales, los factores institucionales, la escuela, la familia y los grupos de pares. De la dinámica entre estos factores los adolescentes elaborarán su estructura cognitiva con unos valores, creencias y actitudes que les permitirán afrontar con mayor o menor éxito su experimentación con conductas de riesgo y con conductas de protección de la salud.

#### ***Conductas de riesgo en adolescentes.***

Cada grupo social tiene una concepción de lo que es estar sano o enfermo, al igual que lo que pasa entre la

adolescencia y la adultez,, ya que mientras se juzga que un adolescente está enfermo, él juzga que no lo está porque el tiene otra forma de percepción de su salud y de su enfermedad.

Es lo mismo con la percepción de riesgo, la adolescencia es un periodo de exploración, de reconocer el mundo interior y exterior y tener nuevas experiencias. Muchas de estas implican correr un riesgo (en subir una montaña sin estar adecuadamente preparado, en la experimentación de drogas, etc.) un riesgo que no es bien percibido como tal debido a la propia fase evolutiva en la que se encuentra el joven.

Correr riesgos voluntariamente forma parte del crecimiento y desarrollo de la población de menor edad. Los ayuda a probar fuerzas y capacidades para enfrentarse al mundo; en ocasiones los jóvenes homologan los comportamientos riesgosos con muestras de madurez. Nuestras sociedades, en vertiginoso y a veces caótico cambio, ofrecen cada vez más oportunidades de riesgo a los jóvenes, que pueden conducir en ocasiones a efectos dañinos que podrían durar la vida entera.

Muchos adolescentes en riesgo, por manifestar comportamientos dañinos a su salud "negocian" exitosamente su adolescencia, mientras que otros, con relativas ventajas sociales y económicas, comprometen su salud con estilos de vida inapropiados. Estas manifestaciones han estimulado el interés por la identificación de los llamados factores protectores que actúan en sentido opuesto a los factores de riesgo.

En este período, la población de menor edad debe socializarse en varias áreas, y el fracaso en cualquiera de

ellas se asocia con riesgos en otras: el establecimiento de una identidad social no responsable trae multitud de problemas e intensifica las amenazas (riesgos) a la salud y el bienestar. (Maddaleno 1995; p187)

La pobreza, el mal funcionamiento de la familia y el propio, el deficiente rendimiento educativo y las inequidades de género, entre otros, aumentan el riesgo de que estos grupos se vean inmersos en el consumo del alcohol, sustancias psicoactivas, deficiencias en los hábitos alimentarios, déficits o excesos en la actividad física y el ejercicio, entre otros, y que están relacionados con los estilos de vida no saludables.

El significado de las adicciones de los jóvenes debe comprenderse desde la perspectiva y el contexto de variaciones entre diversas sociedades, estas variaciones son expresión de cómo lo cultural modula las conductas, como podría ser el caso del consumo de drogas, que no parece generar adicción en sociedades que lo practican, y de cómo la cultura parece modular incluso lo determinado genéticamente como para ser el caso de la adicción alcohólica.

Estas adicciones pueden ser heredadas de adultos a jóvenes y dentro de este marco de padres a hijos, como podría ser el caso de la población mexicana estudiada por Gutiérrez, D. (1984), quien informa que por lo menos 30 % de los padres y alguno de los hijos mayores eran alcohólicos en su muestra, mientras la mayoría de la población consumía alcohol una vez a la semana, y 7 % bebía en exceso casi cotidianamente. (citado en Maddaleno 1995,p18)

En Francia la tolerancia generalizada de la ingesta de alcohol ha sido tradicional; en cambio, entre el pueblo

judío, el consumo de vino ha sido limitado por los adultos a ocasiones ceremoniales y la ebriedad ha sido tradicionalmente de manera grave estigmatizada.

Hallazgos publicados por «andel, D. (1984), muestran que comparados con los adolescentes israelíes, al menos el doble de adolescentes franceses consumían regularmente alcohol o tabaco. (Citado en Maddaleno 1995,p18)

En un estudio auspiciado por el Nacional Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) , mas de tres de cada 10 jóvenes se clasificaron como "bebedores problema". Estos jóvenes habían bebido, por lo menos, cuatro veces durante el año anterior o se habían visto involucrados en problemas mientras bebían, por lo menos dos veces, durante el mismo periodo (Rachal 1980). Los peligros de conducir después de beber son bien conocidos: la principal causa de mortalidad ente los jóvenes de 15 a 24 años es la provocada por accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol (AAP Comité on Adolescente, 1987, citado en Papalia & Wendkos, 1997; p375).

La drogadicción está también relacionada con lo que el mundo adulto hace o no hace en presencia de los adolescentes, (Gillone, A y Murad, JE, 1985 citado en Maddaleno 1995, p.217 ), es el efecto que podemos llamar "modelo".

A través de la historia se han utilizado las drogas para aliviar enfermedades físicas al igual que para superar la tristeza. Las principales causas por las que es tan problemático el uso actual de las drogas, incluyen la temprana edad en la cual muchas personas comienzan a consumir drogas y la persistencia en el habito entre los adolescentes, muchos de los cuales comienzan a consumirlas

principalmente por curiosidad o debido a la presión de sus compañeros. Muchos jóvenes utilizan drogas como alcohol, nicotina, marihuana, LSD, anfetaminas, barbitúricos, heroína, cocaína; y gran parte de ellos comienzan a consumirlas en el colegio.

En un estudio longitudinal se entrevistó a más de mil estudiantes de segundo y penúltimo año de Universidad y cuando tuvieron 24 o 25 años. Quienes habían comenzado a consumir una determinada droga en su adolescencia tendían a continuar usándola (Los consumidores de drogas ilícitas, incluida la marihuana tenían una salud más deficiente que quienes no lo hacían, un historial de inestabilidad laboral y matrimonial y mayor posibilidad de haber sido delincuentes, los fumadores de cigarrillo tendían a deprimirse y afrontar problemas pulmonares y respiratorios. (Kandel, Davies, Karus y Yamaguchi 1986, citado en Papalia & Wendkos, 1997; p373)

Los adolescentes comienzan a fumar marihuana por muchas de las mismas razones que comienzan a beber alcohol: son curiosos, quieren hacer lo que hacen sus amigos y quieren sentirse adultos. Otro atractivo de la marihuana fue su valor como símbolo de rebelión en contra de los valores de los padres.

El uso continuo de la marihuana puede llevar a problemas cardiacos y pulmonares, contribuir a los accidentes de tránsito y obstruir las capacidades de memoria y aprendizaje. Puede disminuir la motivación, interferir con el trabajo escolar y causar problemas familiares. Entre 49 chicos de un estudio (edad promedio de 16 años), quienes habían bebido alcohol y fumado marihuana mas de dos veces a la semana tenían mas posibilidad de presentar hábitos alimenticios deficientes, enfermedades



respiratorias y fatiga general (Farrow, Rees y Worthington-Roberts, 1987, citado en Papalia & Wendkos, 1997; p375 ),

La indulgencia de los adultos hacia el consumo de tabaco entre los jóvenes se ha convertido en zozobra ante la nueva conciencia de los peligros que representa para la salud. En 1964, la publicación del informe del U.S. Surgeon General relaciono con claridad el hábito de fumar con cáncer pulmonar, dolencias cardiacas, enfisema y otras enfermedades.

Los fumadores suelen iniciarse hacia los 10 a 12 años y continúan haciéndolo, aunque no lo disfrutan al comienzo, hasta convertirse en dependientes de la nicotina hacia los 15 años. Los jóvenes tienen más posibilidad de fumar si sus amigos y familiares lo hacen (McAlister, Perry y Maccoby,

1979; Nacional Institute of child Haealth and Human Development, 1978, citado en Papalia & Wendkos, 1997; p375).

En 1992, The Monitoring the Future- Survey (NIDA, 1993), encontró que el 69.3% de estudiantes de octavo grado había probado alcohol, el 45.2% había fumado tabaco, el 17.4% había consumido inhalantes y el 11,2% había utilizado marihuana. En el mismo estudio, ente casi 16.000 estudiantes de grados superiores, 14.4% admitió haber consumido drogas ilícitas al menos una vez durante el mes anterior y 40.7 por ciento dijo que había consumido al menos una droga ilícita en alguna oportunidad.

Los efectos de las drogas son peligrosos en la adolescencia y en edades posteriores. (citado en Papalia y Wendkos 1997,p375).

Se espera que el nivel de salud de los adolescentes se deteriore durante las próximas décadas, en especial

debido a que viven en la pobreza; los adolescentes que provienen de familias pobres tienen tres veces más posibilidades de tener una salud regular o deficiente y 47% más de sufrir alguna enfermedad crónica incapacitante, que los jóvenes pertenecientes a familias por encima de la línea de la pobreza.

En un estudio, los adolescentes inscritos en el sistema Medicaid asistieron a consulta médica en porcentajes similares a los de jóvenes de familias más pudientes; quienes no contaban con el servicio, buscaron menos atención (Newacheck, McManus y Gephart, 1992, citado por Papalia y Wendkos 1997, p369)

Se estima que un 14% de los jóvenes menores de 18 años no recibe el servicio médico que necesita. Este es un problema particular para los adolescentes quienes tienen menos posibilidad de visitar un médico con regularidad que los niños pequeños (Gans, 1990, citado por Papalia y Wendkos 1997, p369). Algunas de las causas por las que los adolescentes no cuentan con un servicio médico, incluyen falta de dinero o de cobertura de seguro, cruce de los horarios de oficina y de clase, y exigencias del consentimiento de los padres.

## Método

***Tipo de Investigación y Diseño***

La presente investigación es una replica que como tal reproduce el trabajo realizado por Marcela Arrivillaga Quintero e Isabel Cristina Salazar, realizado en la Universidad Javeria de Cali; esta 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 fue *Descriptivo*, debido a que el propósito fundamental 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 en Hernández 1998) busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. En un estudio descriptivo se seleccionan una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.

De acuerdo con Hernández (1998) , el diseño es *Transversal o Transeccional*, se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar su incidencia e Ínterrelación en un momento dado. Los diseños transeccionales descriptivos tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables y por tanto las

hipótesis es también descriptivas. En este tipo de diseños no cabe la noción de manipulación, puesto que cada variable se trata individualmente.

### Población y Muestra

Para cumplir con el propósito de esta réplica se siguen los lineamientos del estudio original sobre los criterios para la escogencia de la muestra, tomando como población objetivo al conjunto de jóvenes de los colegios Francisco de Paula Santander y El instituto Francisco José de Caldas, los jóvenes son estudiantes de bachillerato de los grados noveno, décimo y undécimo de los respectivos colegios.

Para calcular el tamaño de la *muestra* necesaria para el estudio, se estratifica la población descrita de modo que se pueda tener una cantidad proporcional en las diferentes muestras. De esta forma, la población de estudiantes se estratifica por los grados académicos que cursan.

### Técnicas de Recolección de Información

Los instrumentos empleados en esta investigación corresponden a los del estudio original, que evalúan las siguientes Dimensiones: Condición, actividad física y deporte; Recreación y Manejo del Tiempo Libre; Autocuidado y Cuidado Médico; Hábitos Alimenticios; consumo de alcohol tabaco y otras drogas; y Sueño.

A continuación se explicitan los Ítems correspondientes a cada una de esas Dimensiones:

*Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida:*

- ® Condición, actividad física y deporte: ítems 1 - 6 y 70 - 74
- ® Recreación y Manejo del Tiempo Libre: ítems 7 - 11 y 75 - 78
- Autocuidado y Cuidado Médico: ítems 12 - 32 y 79 - 91
- o Hábitos Alimenticios: ítems 33 - 49 y 92 - 98
- o Consumo de alcohol tabaco y otras drogas: ítems 50 - 59 y 99 - 109
- Sueño: ítems 60 - 69 y 110 - 116

*Encuesta sobre Dimensiones Contextúales Relacionados con Estilos de Vida:*

- o Condición, actividad física y deporte: ítems 1-3
- « Recreación y Manejo del Tiempo Libre: ítems 4-5
- Autocuidado y Cuidado Médico: ítems 6-10
- © Hábitos Alimenticios: ítems 11 - 14
- Consumo de alcohol tabaco y otras drogas: ítems 15-24
- © Sueño: ítems 25 - 28

La calificación de cada instrumento se especifica a continuación.

Categorías de Calificación:

Las categorías de calificación establecidas para el Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida fueron las siguientes:

Prácticas: 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).

Las categorías de calificación establecidas para la Encuesta sobre Factores Contextuales Relacionados con Estilos de Vida fueron: Presencia (P) o Ausencia (A) del factor. Para la calificación de cada categoría, se agruparon los Dimensiones de acuerdo al contexto: Familiar (F), Social (S), Ocupacional (O) y otros (Ot). Esta agrupación se muestra a continuación.

CONTEXTO DIMENSIONES	Familiar	Social	Ocupacional	Otros
Condición, Actividad Física y Deporte	1/3	2		
Recreación y Manejo del Tiempo Libre	4	5		
Autocuidado y Cuidado Médico	7	7	9, 10	6, 8
Hábitos Alimenticios	11, 13, 14, 15		12	
Consumo de Alcohol Tabaco y otras Drogas	16, 17, 22, 25	16, 20, 23, 24, 26	19	18
Sueño	28, 29		30	27

Tabla 1. Items de la Encuesta según el tipo de Contexto

Las Categorías de Calificación del Estilo de Vida por Dimensión, fueron: Estilo de Vida Muy Saludable (EV.MS), Estilo de Vida Saludable (EV.S), Estilo de Vida Poco Saludable (EV.PS) y Estilo de Vida No Saludable (EV.NS) . Estas Categorías resultan de diferentes cruces entre los

resultados obtenidos en las Prácticas y los resultados obtenidos en las Creencias, así:

ESTILO DE VIDA	PRÁCTICAS	CREENCIAS
Muy Saludables	Muy Saludable	Muy Alta
Saludables	Muy Saludables	Alta
	Saludables	Alta
	Saludables	Muy Alta
	Saludable	Baja
Poco Saludable	Poco Saludable	Alta
	Poco Saludable	Baja
	Poco Saludable	Muy Baja
No Saludable	No Saludable	Baja
	No Saludable	Muy Baja

Tabla 2. Categorías de Calificación del Estilo de Vida por Dimensión.

Valoración de los ítems:

Para el cuestionario, los ítems fueron valorados como positivos o negativos, según su incidencia en el Estilo de Vida saludable, A continuación se especifica dicha valoración.

Prácticas:

VALOR DEL ÍTEM DIMENSIONES <sup>^^</sup>	POSITIVO	NEGATIVO
	Condición, Actividad Física y Deporte	1, 2, 3, 4, 5, 6,
Recreación y Manejo del Tiempo Libre	7,8,9,10	11
Autocuidado y Cuidado Médico	12,13,14,15,16,17,1	19,20,27,28

	8,21,22,23,24,25,26 ,29,30,31,32	
Hábitos Alimenticios	33,38,39,40,45,46,47	34,35,36,37, 41,42, 43,44,48,49
Consumo de Alcohol Tabaco y otras Drogas	52,54,57,	50,51,53,55,56,58, 59,
Sueño	60,62, 66,69	61,63, 64,65, 67,68

Tabla 3» Valoración de ítems del Cuestionario en cuanto a las Prácticas

Creencias:

VALOR DEL ÍTEM DIMENSIONES	POSITIVO	NEGATIVO
Condición, Actividad Física y Deporte	70,71,73,74	72
Recreación y Manejo del Tiempo Libre	75,78	76,77
Autocuidado y Cuidado Médico	79,80,82,83	81,84,85,86,87,88, 89, 90, 91
Hábitos Alimenticios	94,96	92,93,95,97,98
Consumo de Alcohol Tabaco y otras Drogas	99,104	100,101,102,103, 105,106,107,108, 109
Sueño	110,112,114, 115	111, 113,116

Tabla 4. Valoración de ítems del Cuestionario en cuanto a las Creencias.

Rangos de Calificación:

Para determinar los rangos de calificación de cada dimensión del Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida se multiplicó el número de ítems correspondiente por cuatro (número de opciones de respuesta). Se tomaron los Rangos (rangos máximos son iguales al número de ítems de la dimensión por cuatro; los rangos mínimos son iguales al número de ítems de la



dimensión por uno) y se dividieron entre cuatro partes. Cada parte representa la frecuencia de la práctica o el nivel de presencia de Creencias positivas o favorables al Estilo de Vida.

Es importante anotar que los rangos varían de acuerdo con la cantidad de ítems construidos para medir la dimensión y por eso la escala se homologa a una misma unidad de medida cuando se lleva a su forma ordinal.

PRÁCTICAS				
DIMENSIÓN	RANGOS			
	No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable
Condición, Actividad Física y Deporte	6-10	11 - 15	16 - 20	21 - 24
Recreación y Manejo del Tiempo Libre	5-8	9-12	13 - 16	17 - 20
Autocuidado y Cuidado Médico	21 - 36	37 - 52	53 - 68	69 - 84
Hábitos Alimenticios	17 - 29	30 - 42	43 - 54	55 - 68
Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas	10 - 17	18 - 25	26-33	34 - 40
Sueño	10 -16	17 - 24	25 - 32	33 - 40

Tabla 5. Rangos de Calificación del Cuestionario para las Prácticas.

CREENCIAS				
DIMENSIÓN	RANGOS			
	Muy Bajo	Bajo	Alto	Muy Alto
Condición, Actividad Física y Deporte	5-8	9-12	13 - 16	17 - 20
Recreación y Manejo del Tiempo Libre	4-6	7-9	10 - 12	13 - 16
Autocuidado y Cuidado Médico	13 - 22	23 - 32	33 - 42	43 - 52
Hábitos Alimenticios	7-12	13 - 18	19 - 24	25 - 28
Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas	11 - 18	19 - 26	27 - 34	35 - 44
Sueño	7 - 12	13 - 18	19 - 24	25 - 28

Tabla 6. Rangos de Calificación del Cuestionario para las Creencias.

En el caso de la Encuesta sobre Factores del Contexto asociados a cada una de las Dimensiones del Estilo de Vida, la calificación se realizó calificando con 0 la ausencia del Factor y con 1 la presencia del mismo.

Los rangos de calificación que definen el Estilo de Vida para todo el Cuestionario son los siguientes:

ESTILO DE VIDA	RANGOS DE CALIFICACIÓN
Muy Saludable	348 - 464
Saludable	261 - 347
Poco Saludable	174 - 260
No Saludable	116 - 173

Tabla 7. Rangos de Calificación del Estilo de Vida para todo el Cuestionario

#### 8.4. Procedimiento

Para la presente investigación se propusieron cuatro fases de trabajo, que se describen a continuación:

Fase I: Estudio sobre la investigación hecha en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali: Prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida en jóvenes y adultos esbozando los aspectos teóricos y metodológicos, determinando así la población para replicar dicha investigación.

Fase II: Consolidación del marco teórico y definición de los aspectos metodológicos: definición de los instrumentos, el manejo de los procedimientos estadísticos.

Fase III: Recolección de Información. Aplicación de los cuestionarios. Posteriormente, se trabajó en el levantamiento y procesamiento estadístico de los datos y su correspondiente análisis cuantitativo y cualitativo.

Fase IV: Elaboración del Informe Final. Se organizaron los resultados, la discusión de los mismos y las conclusiones.

### Presentación y Análisis de Resultados

Características de las variables sociodemográficas según el género, edad, grado académico y estrato socioeconómico de los estudiantes de los colegios Francisco de Paula Santander y Francisco José de Caldas.

### Características Sociodemográficas

Tabla 3.

Distribución porcentual por género

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
HOMBRE	176	50,6	50,6
MUJER	172	49,4	100,0
Total	348	100,0	

Como se indica en la tabla 3 con respecto a la variable género se observa que el 50,6% de los estudiantes son de género masculino y el 49,4% son de género femenino.

Tabla 4.

Distribución porcentual por rango de edad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Edad	14-16	283	81,3	81,3
	17-18	65	18,7	100,0
	Total	348	100,0	

Con respecto a la edad los resultados permiten afirmar que la población estudiantil en su gran mayoría son jóvenes entre los 14 y 16 años con un porcentaje de 81,3%, y un 18,7% restante se encuentran en un rango de edad entre los 17 y 18 años.

Tabla 5.

Distribución porcentual por grado académico.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Grado	9	125	35,9	35,9
	10	134	38,5	74,4
	11	89	25,6	100,0
	Total	348	100,0	

Para el grado noveno el porcentaje de los estudiantes es del 35,9%, para el grado Décimo el porcentaje es de 38,5% y para Undécimo es del 25,6%.

Tabla 6.

Distribución porcentual por estrato socioeconómico.

	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Estrato 1	37	10,6	10,6
Estrato 2	194	55,7	66,4
Estrato 3	108	31,0	97,4
Estrato 4	8	2,3	99,7
Estrato 5	1	,3	100,0
Total	348	100,0	

Con respecto al estrato social, la mayor parte de los estudiantes se ubican en el estrato 2 con un 55,7%, el 31,0% se ubica en el estrato 3, el 10,6% se ubica en el estrato 1, el 2,3% en el estrato 4 y el 0,3% se ubican en el estrato 5.

A continuación se dan a conocer en las siguientes tablas los resultados con respecto a la relación de los rangos de prácticas y creencias de todas las dimensiones (actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado medico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol tabaco y otras drogas y sueño) y las variables genero, edad, grado y estrato socioeconómico, además de los resultados sobre los factores del contexto (familiar, social, ocupacional y otros) y la globalización del estilo de vida.

## Prácticas de acuerdo con el Género

Tabla 7.

Rangos Condición actividad Física y deporte-género.

Sexo	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
HOMBRE	NO SALUDABLE	15	8,5	8,5
	POCO SALUDABLE	104	59,1	67,6
	SALUDABLE	49	27,8	95,5
	MUY SALUDABLE	8	4,5	100,0
	Total	176	100,0	
MUJER	NO SALUDABLE	36	20,9	20,9
	POCO SALUDABLE	97	56,4	77,3
	SALUDABLE	37	21,5	98,8
	MUY SALUDABLE	2	1,2	100,0
	Total	172	100,0	

Con respecto a la variable género y su relación con las prácticas de actividad física y deporte se evidencia que el 59% de los hombres son poco saludables y el 56,4% de las mujeres son poco saludables, mostrando así que la mayor parte de los jóvenes tienen estas prácticas. El siguiente porcentaje mayor en el género masculino le corresponde a las prácticas saludables con un 27,8% y en el género femenino con un 21,5% con estas mismas prácticas, aunque esto nos permite ver una similitud en los resultados entre los géneros, se puede observar que las prácticas no saludables en los hombres equivalen a un 8,5% mientras que en las mujeres equivalen a un 20,9% indicando que las mujeres presentan prácticas menos saludables que los hombres en esta dimensión.

Tabla 8.

Rangos Recreación y manejo del tiempo libre- sexo.

Sexo	Categoría	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
HOMBRE	NO SALUDABLE	1	,6	,6
	POCO SALUDABLE	34	19,3	19,9
	SALUDABLE	116	65,9	85,8
	MUY SALUDABLE	25	14,2	100,0
	Total	176	100,0	
MUJER	NO SALUDABLE	4	2,3	2,3
	POCO SALUDABLE	47	27,3	29,7
	SALUDABLE	92	53,5	83,1
	MUY SALUDABLE	29	16,9	100,0
	Total	172	100,0	

En las prácticas de recreación y manejo del tiempo libre y su relación con el género, se observa que el porcentaje en los resultados no muestra diferencias significativas en la relación de esta dimensión con la variable género. En el género masculino se evidencian las prácticas saludables con un 65,9%, y en el género femenino con un 53,5%; las prácticas poco saludables del género masculino arrojan un porcentaje de 19,3%, en el género femenino un 27,3% y las muy saludables tienen un porcentaje del 14,2% en hombres y 16,9% en mujeres.

Tabla 9.

Rangos Autocuidado y cuidado médico-género.

Sexo	Categoría	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
HOMBRE	NO SALUDABLE	20	11,4	11,4
	POCO SALUDABLE	137	77,8	89,2
	SALUDABLE	19	10,8	100,0
	Total	176	100,0	
MUJER	NO SALUDABLE	16	9,3	9,3
	POCO SALUDABLE	133	77,3	86,6
	SALUDABLE	23	13,4	100,0
	Total	172	100,0	

En la dimensión autocuidado y cuidado médico y su relación con el género se observa que en los hombres la mayoría de las prácticas son poco saludables con un 77,8% , al igual que las mujeres de el porcentaje es de 77,3%. Las prácticas no saludables en el género masculino son de 11,4 y el género femenino son de 9,3%; por ultimo se muestra que las prácticas saludables en hombres tienen un porcentaje del 10,8% y en el género femenino de 13,4%. Estos resultados permiten evidenciar que tanto los hombres como las mujeres realizan prácticas en su mayoría poco saludable, además estos resultados muestran que la población no realiza prácticas muy saludables.



Tabla 10.

Rangos Hábitos alimenticios-género.

Sexo	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
HOMBRE	POCO SALUDABLE	68	38,6	38,6
	SALUDABLE	103	58,5	97,2
	MUY SALUDABLE	5	2,8	100,0
	Total	176	100,0	
MUJER	NO SALUDABLE	2	1/2	1/2
	POCO SALUDABLE	69	40,1	41,3
	SALUDABLE	97	56,4	97,7
	MUY SALUDABLE	4	2,3	100,0
Total	172	100,0		

Los resultados muestran que no existen diferencias significativas en cuanto a las prácticas de hábitos alimenticios y su relación con el género, ya que el porcentaje de los hombres en las prácticas saludables es de 58,5% y el de las mujeres es de 56,4%, también se observa que en las prácticas poco saludables el porcentaje en los hombres es de 38,6% y en las mujeres de 40,1%, lo que indica que la mayor parte de los jóvenes tienen prácticas entre saludables y poco saludables.

Tabla 11.

Rangos Consumo de alcohol tabaco y otras drogas-genero .

Sexo	Categoría	Frecuencia		
		a	Porcentaje	Porcentaje acumulado
HOMBRE	NO SALUDABLE	1	,6	,6
	POCO SALUDABLE	70	39,8	40,3
	SALUDABLE	103	58,5	98,9
	MUY SALUDABLE	2	1,1	100,0
	Total	176	100,0	
MUJER	NO SALUDABLE	1	,6	,6
	POCO SALUDABLE	55	32,0	32,6
	SALUDABLE	113	65,7	98,3
	MUY SALUDABLE	3	1,7	100,0
	Total	172	100,0	

En cuanto al consumo de alcohol tabaco y otras drogas y la relación con el género se observa que no existen diferencias significativas. Las prácticas saludables en los hombres son del 58.5% y en las mujeres de 65.7%, las practicas poco saludables en los hombres son de 39.8% y en las mujeres son de 32%, observando asi que la mayoría de los jóvenes realizan prácticas entre saludables y poco saludables.

Tabla 12.

Rangos Sueño-género.

Sexo	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
HOMBRE	NO SALUDABLE	1	,6	,6
	POCO SALUDABLE	15	8,5	9,1
	SALUDABLE	114	64,8	73,9
	MUY SALUDABLE	46	26,1	100,0
	Total	176	100,0	
MUJER	POCO SALUDABLE	21	12,2	12,2
	SALUDABLE	126	73,3	85,5
	MUY SALUDABLE	25	14,5	100,0
	Total	172	100,0	

Los resultados muestran que el 64,8% de los hombres y el 73,3% de las mujeres realizan prácticas saludables, en cuanto al sueño las prácticas muy saludables el porcentaje masculino es de 26,1%, y en el género femenino es de 14,5%, lo que permite observar que la mayor parte de los jóvenes realizan prácticas entre saludables y muy saludables.

Creencias de acuerdo con el Género

## Creencias de acuerdo con el Género

Tabla 13.

Rangos creencias Condición actividad física y deporte-  
genero.

Sexo	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
HOMBRE	BAJO	12	6,8	6,8
	ALTO	86	48,9	55,7
	MUY ALTO	78	44,3	100,0
	Total	176	100,0	
MUJER	BAJO	17	9,9	9,9
	ALTO	86	50,0	59,9
	MUY ALTO	69	40,1	100,0
	Total	172	100,0	

En los resultados sobre la actividad física y deporte y su relación con el genero se observan similitudes en cuanto a las creencias entre el género femenino y masculino ya que el 48,9% de los hombres tienen creencias en un nivel alto al igual que las mujeres con un 50%. En el nivel muy alto los hombres se ubican con un porcentaje del 44,3%, y las mujeres con un 40%.

Tabla 14.

Rangos creencias Recreación y manejo del tiempo libre-  
genero.

Sexo	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
HOMBRE	BAJO	8	4,5	4,5
	ALTO	49	27,8	32,4
	MUY ALTO	119	67,6	100,0
	Total	176	100,0	
MUJER	BAJO	8	4,7	4,7
	ALTO	43	25,0	29,7
	MUY ALTO	121	70,3	100,0
	Total	172	100,0	

En los resultados sobre la recreación y manejo del tiempo libre y su relación con el género se observan similitudes en cuanto a las creencias entre el género femenino y masculino ya que el 67,6% de los hombres y el 70,3% de las mujeres tienen creencias en un nivel muy alto; el 27,8% de los hombres se ubican en un nivel alto y las mujeres con un 25%.

Tabla 15.

Rangos creencias Autocuidado y cuidado médico-género.

Sexo	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
HOMBRE	BAJO	17	9,7	9,7
	ALTO	132	75,0	84,7
	MUY ALTO	27	15,3	100,0
	Total	176	100,0	
MUJER	BAJO	14	8,1	8,1
	ALTO	133	77,3	85,5
	MUY ALTO	25	14,5	100,0
	Total	172	100,0	

En relación al Autocuidado y cuidado médico y el género se observan similitudes en cuanto a las creencias entre el género femenino y masculino ya que el 75% de los hombres y el 77,3% de las mujeres tienen creencias en un nivel alto; el 15,3% de los hombres se ubican en un nivel muy alto y las mujeres con un 14,5%.

Tabla 16.

Rangos creencias Hábitos alimenticios.

Sexo	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
HOMBRE	MUY BAJO	3	1,7	1,7
	BAJO	18	10,2	11,9
	ALTO	125	71,0	83,0
	MUY ALTO	30	17,0	100,0
	Total	176	100,0	
MUJER	MUY BAJO	3	1,7	1,7
	BAJO	15	8,7	10,5
	ALTO	123	71,5	82,0
	MUY ALTO	31	18,0	100,0
	Total	172	100,0	

En los resultados sobre Hábitos alimenticios y su relación con el género se observan similitudes en cuanto a las creencias entre el género femenino y masculino ya que el 71% de los hombres y el 71,5% de las mujeres tienen creencias en un nivel alto; el 17% de los hombres se ubican en un nivel muy alto y las mujeres con un 18%. En un nivel bajo se ubican los hombres con un 10,2% y las mujeres con 8,7%.

Tabla 17.

Rangos creencias Consumo de alcohol tabaco y otras drogas.

Sexo	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
HOMBRE	MUY BAJO	5	2,8	2,8
	BAJO	38	21,6	24,4
	ALTO	85	48,3	72,7
	MUY ALTO	48	27,3	100,0
	Total	176	100,0	
MUJER	BAJO	26	15,1	15,1
	ALTO	102	59,3	74,4
	MUY ALTO	44	25,6	100,0
	Total	172	100,0	

En los resultados sobre consumo de alcohol tabaco y otras drogas y su relación con el género se observan que en un nivel alto los hombres se ubican con un porcentaje de 48,3% mientras que las mujeres con un porcentaje de 59,3%.

En un nivel muy alto, los hombres tienen un porcentaje de 27,3% y las mujeres de 25,6%, también se observa que en un nivel bajo los hombres se ubican con un porcentaje de 21,6% mientras que las mujeres de 25,6%, para el nivel muy bajo los hombres tienen un porcentaje de 2,8% y las mujeres no presentan creencias en este rango, mostrando así que las creencias de las mujeres se ubican en niveles un poco más altos que las de los hombres.

Tabla 18.

Rangos creencias Sueño-genero.

Sexo	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
HOMBRE	MUY BAJO	11	6,3	6,3
	BAJO	132	75,0	81,3
	ALTO	32	18,2	99,4
	MUY ALTO	1	/ 6	100,0
	Total	176	100,0	
MUJER	MUY BAJO	19	11,0	11,0
	BAJO	126	73,3	84,3
	ALTO	27	15,7	100,0
	Total	172	100,0	

En los resultados sobre el sueño y su relación con el género se observan similitudes en cuanto a las creencias entre el género femenino y masculino ya que el 75% de los hombres y el 73% de las mujeres tienen creencias en un nivel bajo; el 18% de los hombres se ubican en un nivel alto y las mujeres con un 15%. En un nivel muy bajo se ubican los hombres con un 6,3% y las mujeres con 11%,

además se puede ver que los hombres tienen creencias en un nivel muy alto con un 6%, mientras que en las mujeres no existen este tipo de creencias.

### Prácticas de acuerdo con la Edad

Tabla 19.

Rangos Condición actividad física y deporte-edad.

Edad	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
14-16	NO SALUDABLE	42	14,8	14,8
	POCO SALUDABLE	164	58,0	72,8
	SALUDABLE	69	24,4	97,2
	MUY SALUDABLE	8	2,8	100,0
	Total	283	100,0	
17-18	NO SALUDABLE	9	13,8	13,8
	POCO SALUDABLE	37	56,9	70,8
	SALUDABLE	17	26,2	96,9
	MUY SALUDABLE	2	3,1	100,0
	Total	65	100,0	

En los resultados sobre las prácticas de actividad física y deporte y su relación con la edad se observan similitudes ya que el 58% de los jóvenes entre 14-16 años y el 56% de los jóvenes entre 17-18 años realizan prácticas poco saludables.

En cuanto a las prácticas saludables los jóvenes entre 14-16 años se ubican con un 24,4% y los jóvenes entre 17-18 años con un 26,2%, en las prácticas no saludables



los jóvenes entre 14-16 años con un porcentaje del 14,8% y los jóvenes entre 17-18 años con 13,8%, observándose que la mayor parte de la población realizan prácticas poco saludables y no saludables.

Tabla 20.

Rangos Recreación y manejo del tiempo libre- edad.

Edad	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
14-16	NO SALUDABLE	5	1,8	1,8
	POCO SALUDABLE	64	22,6	24,4
	SALUDABLE	171	60,4	84,8
	MUY SALUDABLE	43	15,2	100,0
	Total	283	100,0	
17-18	POCO SALUDABLE	17	26,2	26,2
	SALUDABLE	37	56,9	83,1
	MUY SALUDABLE	11	16,9	100,0
	Total	65	100,0	

En los resultados sobre las prácticas de recreación y manejo del tiempo libre y su relación con la edad se observan similitudes ya que el 60,4% de los jóvenes entre 14-16 años y el 56,9% de los jóvenes entre 17-18 años realizan prácticas saludables.

En cuanto a las prácticas poco saludables los jóvenes entre 14-16 años se ubican con un 22,6% y los jóvenes entre 17-18 años con un 26,2%, finalmente se observa que en las prácticas muy saludables los jóvenes entre 14-16 años se ubican con un porcentaje del 15,2% y los jóvenes entre 17-18 años con 16,9%.

Tabla 21.

Rangos Autocuidado y cuidado médico-edad.

Edad	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
14-16	NO SALUDABLE	26	9,2	9,2
	POCO SALUDABLE	222	78,4	87,6
	SALUDABLE	35	12,4	100,0
	Total	283	100,0	
17-18	NO SALUDABLE	10	15,4	15,4
	POCO SALUDABLE	48	73,8	89,2
	SALUDABLE	7	10,8	100,0
	Total	65	100,0	

Sobre las prácticas de Autocuidado y cuidado médico y su relación con la edad se observan similitudes ya que el 78,4% de los jóvenes entre 14-16 años y el 73,8% de los jóvenes entre 17-18 años realizan prácticas poco saludables. Los jóvenes entre 14-16 años con un porcentaje de 9,2% y los jóvenes entre 17-18 años con 15,4% realizan prácticas no saludables, situándose la mayoría de la población entre las prácticas poco saludables y no saludables.

Tabla 22.

Rangos Hábitos alimenticios- edad.

Edad	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
14-16	NO SALUDABLE	2	,7	>7
	POCO SALUDABLE	109	38,5	39,2
	SALUDABLE	163	57,6	96,8
	MUY SALUDABLE	9	3,2	100,0
	Total	283	100,0	
17-18	POCO SALUDABLE	28	43,1	43,1
	SALUDABLE	37	56,9	100,0
	Total	65	100,0	

En los resultados sobre las prácticas de Hábitos Alimenticios y su relación con la edad se observan similitudes ya que el 57,6% de los jóvenes entre 14-16 años y el 56,9% de los jóvenes entre 17-18 años realizan practicas saludables; y los jóvenes entre 14-16 años con un porcentaje de 38,5% y los jóvenes entre 17-18 años con 43,1% realizan prácticas poco saludables, lo que permite dar a conocer que la mayor parte de los jóvenes realizan prácticas entre saludables y poco saludables.

Tabla 23.

Rangos Consumo de alcohol tabaco y otras drogas-edad.

Edad	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
14-16	NO SALUDABLE	1	,4	,4
	POCO SALUDABLE	105	37,1	37,5
	SALUDABLE	173	61,1	98,6
	MUY SALUDABLE	4	1,4	100,0
	Total	283	100,0	
17-18	NO SALUDABLE	1	1,5	1,5
	POCO SALUDABLE	20	30,8	32,3
	SALUDABLE	43	66,2	98,5
	MUY SALUDABLE	1	1,5	100,0
	Total	65	100,0	

En los resultados sobre la dimensión consumo de alcohol tabaco y otras drogas y su relación con la edad se observan similitudes ya que el 61,1% de los jóvenes entre 14-16 años y el 66,2% de los jóvenes entre 17-18 años realizan practicas saludables; y los jóvenes entre 14-16 años con un porcentaje de 37,1% y los jóvenes entre 17-18 años con 60,8% realizan practicas poco saludables, lo que permite dar a conocer que la mayor parte de los jóvenes

entre 14-16 años y 17-18 años realizan practicas saludables en una mayor proporción y prácticas poco saludables.

Tabla 24.

Rangos Sueño-edad.

Edad	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Poi'centaje acumulado
14-16	NO SALUDABLE	1	,4	,4
	POCO SALUDABLE	31	11,0	11,3
	SALUDABLE	193	68,2	79,5
	MUY SALUDABLE	58	20,5	100,0
	Total	283	100,0	
17-18	POCO SALUDABLE	5	7,7	7,7
	SALUDABLE	47	72,3	80,0
	MUY SALUDABLE	13	20,0	100,0
	Total	65	100,0	

En los resultados sobre la dimensión consumo de alcohol tabaco y otras drogas y su relación con la edad se observan similitudes ya que el 68,2%% de los jóvenes entre 14-16 años y el 72,3% de los jóvenes entre 17-18 años realizan practicas saludables; y los jóvenes entre 14-16 años con un porcentaje de 20,5% y los jóvenes entre 17-18 años con 20% realizan practicas muy saludables, lo que permite dar a conocer que la mayor parte de los jóvenes entre 14-16 años y 17-18 años realizan practicas saludables en una mayor proporción y practicas muy saludables.

## Creencias de acuerdo con la Edad

Tabla 25.

Rangos creencias Condición actividad física y deporte-edad.

Edad	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
14-16	BAJO	24	8,5	8,5
	ALTO	142	50,2	58,7
	MUY ALTO	117	41,3	100,0
	Total	283	100,0	
17-18	BAJO	5	7,7	7,7
	ALTO	30	46,2	53,8
	MUY ALTO	30	46,2	100,0
	Total	65	100,0	

Con respecto a la actividad física y el deporte y su relación con la edad se observan similitudes en cuanto a las creencias entre las edades ya que el 50,2% de los jóvenes entre 14-16 años y el 46,2% de los jóvenes entre 17-18 años tienen creencias en un nivel alto; el 41,3% de jóvenes entre 14-16 años se ubican en un nivel muy alto y las mujeres con un 46,2%, siendo los niveles alto y muy alto donde se ubican la mayor parte de los jóvenes entre 14-16 años y 17-18 años. Los jóvenes entre estas edades no tienen creencias en un nivel muy bajo con respecto a esta dimensión.

Tabla 26.

Rangos creencias Recreación y manejo del tiempo libre-edad.

Edad	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
14-16	BAJO	14	4,9	4,9
	ALTO	75	26,5	31,4
	MUY ALTO	194	68,6	100,0
	Total	283	100,0	
17-18	BAJO	2	3,1	3,1
	ALTO	17	26,2	29,2
	MUY ALTO	46	70,8	100,0
	Total	65	100,0	

En los resultados sobre la dimensión recreación y manejo del tiempo libre y su relación con la edad también se observan similitudes ya que el 68,6% de los jóvenes entre 14-16 años y el 70,8% de los jóvenes entre 17-18 años tienen creencias muy altas sobre esta dimensión.

Los jóvenes entre 14-16 años con un porcentaje de 26,5% y los jóvenes entre 17-18 años con 26,2%, tienen creencias altas, esto permite dar a conocer que la mayor parte de los jóvenes entre 14-16 años y 17-18 años tienen creencias en un nivel muy alto y en un nivel alto en una menor proporción.

Tabla 27.

Rangos creencias autocuidado y cuidado medico-edad.

Edad	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
14-16	BAJO	23	8,1	8,1
	ALTO	222	78,4	86,6
	MUY ALTO	38	13,4	100,0
	Total	283	100,0	
17-18	BAJO	8	12,3	12,3
	ALTO	43	66,2	78,5
	MUY ALTO	14	21,5	100,0
	Total	65	100,0	

En los resultados sobre la dimensión autocuidado y cuidado medico y su relación con la edad se observan algunas similitudes pues se puede observar que el 78,4% de los jóvenes entre 14-16 años y el 66,2% de los jóvenes entre 17-18 años tienen creencias altas sobre esta dimensión, además la mayor parte de la población se ubica en este nivel.

También se da a conocer que los jóvenes entre 14-16 años con un porcentaje de 13,4% y los jóvenes entre 17-18 años con 21,5%, tienen creencias muy altas. Los demás porcentajes de la población se ubican en el nivel bajo con el menor porcentaje y se evidencia que no hay creencias muy bajas en ninguna de las edades.

Tabla 28.

Rangos creencias Hábitos alimenticios-edad.

Edad	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
14-16	MUY BAJO	5	1,8	1,8
	BAJO	26	9,2	11,0
	ALTO	199	70,3	81,3
	MUY ALTO	53	18,7	100,0
	Total	283	100,0	
17-18	MUY BAJO	1	1,5	1,5
	BAJO	7	10,8	12,3
	ALTO	49	75,4	87,7
	MUY ALTO	8	12,3	100,0
	Total	65	100,0	

Con respecto a la dimensión hábitos alimenticios y su relación con la edad se observan algunas similitudes ya que se puede observar que el 70,3% de los jóvenes entre 14-16 años y el 75,4% de los jóvenes entre 17-18 años tienen creencias altas sobre esta dimensión, y la mayor parte de la población se ubica en este nivel.

Para las edades entre 14-16 años el 18,7 de los jóvenes se ubican en el nivel muy alto, seguido con un 9,2% en un nivel bajo. Para las edades entre 17-18 años, el 12,3% de los jóvenes se ubican en el nivel muy alto, seguido de un 10,8% en el nivel bajo.



Tabla 29,

Rangos creencias Consumo de alcohol tabaco y otras drogas-  
edad.

Edad	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
14-16	MUY BAJO	5	1,8	1,8
	BAJO	53	18,7	20,5
	ALTO	154	54,4	74,9
	MUY ALTO	71	25,1	100,0
	Total	283	100,0	
17-18	BAJO	11	16,9	16,9
	ALTO	33	50,8	67,7
	MUY ALTO	21	32,3	100,0
	Total	65	100,0	

Con respecto a la dimensión consumo de alcohol tabaco y otras drogas y su relación con la edad se observan algunas similitudes ya que se puede observar que el 54,4% de los jóvenes entre 14-16 años y el 50,8% de los jóvenes entre 17-18 años tienen creencias en un nivel alto sobre esta dimensión.

Para las edades entre 14-16 años, el 25,1% de los jóvenes entre 14-16 años y el 32,2% de jóvenes entre edades de 17-18 años se ubican en el nivel muy alto con respecto a sus creencias. En un nivel muy bajo con el 18,7% de jóvenes entre 14-16 años y el 16,9% en jóvenes entre los 17-18 años.

Tabla 30.

Rangos creencias Sueño-edad.

Edad	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
14-16	MUY BAJO	25	8,8	8,8
	BAJO	209	73,9	82,7
	ALTO	48	17,0	99,6
	MUY ALTO	1	,4	100,0
	Total	283	100,0	
17-18	MUY BAJO	5	7,7	7,7
	BAJO	49	75,4	83,1
	ALTO	11	16,9	100,0
	Total	65	100,0	

Los resultados sobre la dimensión sueño y su relación con la edad se observan similitudes ya que se puede observar que el 73,9% de los jóvenes entre 14-16 años y el 75,4% de los jóvenes entre 17-18 años tienen creencias bajas sobre esta dimensión, y la mayor parte de la población se ubica en este nivel.

En el nivel alto con un 17% se ubican los jóvenes de edades entre 14-16 años, y con un 16,9% los jóvenes de edades ente 17-18 años.

## Prácticas de acuerdo al Grado Académico

Tabla 31.

Rangos Condición actividad física y deporte-grado.

Grado	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
9	NO SALUDABLE	18	14,4	14,4
	POCO SALUDABLE	73	58,4	72,8
	SALUDABLE	29	23,2	96,0
	MUY SALUDABLE	5	4,0	100,0
	Total	125	100,0	
10	NO SALUDABLE	14	10,4	10,4
	POCO SALUDABLE	76	56,7	67,2
	SALUDABLE	41	30,6	97,8
	MUY SALUDABLE	3	2,2	100,0
	Total	134	100,0	
11	NO SALUDABLE	19	21,3	21,3
	POCO SALUDABLE	52	58,4	79,8
	SALUDABLE	16	18,0	97,8
	MUY SALUDABLE	2	2,2	100,0
	Total	89	100,0	

En los resultados sobre la dimensión actividad física y deporte y su relación con el grado se observan similitudes ya que el 58,4% de los estudiantes de 9 grado, el 56,7% de los estudiantes de 10 grado y el 58,4% de los estudiantes de 11 grado realizan practicas poco saludables.

El 23,2% de estudiantes de 9 grado, el 30,6% de estudiantes de 10 grado y el 18% de estudiantes de 11 grado realizan practicas saludables.

Tabla 32.

Rangos Recreación y manejo del tiempo libre -grado.

Grado	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
9	POCO SALUDABLE	32	25,6	25,6
	SALUDABLE	76	60,8	86,4
	MUY SALUDABLE	17	13,6	100,0
	Total	125	100,0	
10	NO SALUDABLE	3	2,2	2,2
	POCO SALUDABLE	23	17,2	19,4
	SALUDABLE	81	60,4	79,9
	MUY SALUDABLE	27	20,1	100,0
Total	134	100,0		
11	NO SALUDABLE	2	2,2	2,2
	POCO SALUDABLE	26	29,2	31,5
	SALUDABLE	51	57,3	88,8
	MUY SALUDABLE	10	11,2	100,0
Total	89	100,0		

En los resultados sobre la practicas de la recreación y manejo del tiempo libre y su relación con el grado se observan similitudes ya que el 60,8% de los estudiantes de 9 grado, el 60,4% de los estudiantes de 10 grado y el 57,3% de los estudiantes de 11 grado realizan practicas saludables. En 9 grado el 25,6% de los estudiantes realizan practicas poco saludables y el 13,6% realizan practicas muy saludables.

En 10 grado el 20, 1% de los estudiantes realizan practicas muy saludables y el 17,2% realizan practicas poco saludables. En 11 grado el 29,2% de los estudiantes realizan practicas poco saludables y el 11,2% practicas muy saludables.

Tabla 33.

Rangos Autocuidado y cuidado médico-grado.

Grado	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
9	NO SALUDABLE	11	8,8	8,8
	POCO SALUDABLE	99	79,2	88,0
	SALUDABLE	15	12,0	100,0
	Total	125	100,0	
10	NO SALUDABLE	8	6,0	6,0
	POCO SALUDABLE	112	83,6	89,6
	SALUDABLE	14	10,4	100,0
	Total	134	100,0	
11	NO SALUDABLE	17	19,1	19,1
	POCO SALUDABLE	59	66,3	85,4
	SALUDABLE	13	14,6	100,0
	Total	89	100,0	

En los resultados sobre la dimensión autocuidado y cuidado medico y su relación con el grado se observan similitudes ya que el 19,2% de los estudiantes de 9 grado, el 83,6% de los estudiantes de 10 grado y el 66,3% de los estudiantes de 11 grado realizan practicas poco saludables, además de esto se evidencia que la mayor parte de la población desarrollan estas practicas.

El 12,0% de estudiantes de 9 grado, el 10,4% de estudiantes de 10 grado y el 14,6% de estudiantes de 11 grado realizan practicas saludables.

Tabla 34.

Rangos Hábitos alimenticios-grado,

Grado	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
9	NO SALUDABLE	1	,8	,8
	POCO SALUDABLE	47	37,6	38,4
	SALUDABLE	75	60,0	98,4
	MUY SALUDABLE	2	1,6	100,0
	Total	125	100,0	
10	NO SALUDABLE	1	,7	,7
	POCO SALUDABLE	57	42,5	43,3
	SALUDABLE	71	53,0	96,3
	MUY SALUDABLE	5	3,7	100,0
	Total	134	100,0	
11	POCO SALUDABLE	33	37,1	37,1
	SALUDABLE	54	60,7	97,8
	MUY SALUDABLE	2	2,2	100,0
	Total	89	100,0	

En los resultados sobre la dimensión hábitos alimenticios y su relación con el grado se observan similitudes ya que el 60% de los estudiantes de 9 grado, el 53% de los estudiantes de 10 grado y el 60,7% de los estudiantes de 11 grado realizan practicas saludables, también se puede observar que el 37,6% de estudiantes de 9 grado, el 42,5% de estudiantes de 10 grado y el 37,1% de estudiantes de 11 grado realizan practicas poco saludables, evidenciando así que la mayor parte la población realiza practicas entre saludables y poco saludables.

Tabla 35.

Rangos Consumo de alcohol tabaco y otras drogas-grado.

Grado	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
9	NO SALUDABLE	1	,8	,8
	POCO SALUDABLE	42	33,6	34,4
	SALUDABLE	80	64,0	98,4
	MUY SALUDABLE	2	1,6	100,0
	Total	125	100,0	
10	POCO SALUDABLE	51	38,1	38,1
	SALUDABLE	83	61,9	100,0
	Total	134	100,0	
11	NO SALUDABLE	1	1,1	1,1
	POCO SALUDABLE	32	36,0	37,1
	SALUDABLE	53	59,6	96,6
	MUY SALUDABLE	3	3,4	100,0
	Total	89	100,0	

En los resultados sobre la dimensión consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y su relación con el grado se observan similitudes ya que el 64% de los estudiantes de 9 grado, el 61,9% de los estudiantes de 10 grado y el 59,6% de los estudiantes de 11 grado realizan practicas saludables, también se puede observar que el 33,6% de estudiantes de 9 grado, el 38,1% de estudiantes de 10 grado y el 36% de estudiantes de 11 grado realizan practicas poco saludables, evidenciando así que la mayor parte la población realiza practicas entre saludables y poco saludables.

Tabla 36.

Rangos Sueño-grado.

Grado	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
9	NO SALUDABLE	1	,8	,8
	POCO SALUDABLE	16	12,8	13,6
	SALUDABLE	84	67,2	80,8
	MUY SALUDABLE	24	19,2	100,0
	Total	125	100,0	
10	POCO SALUDABLE	12	9,0	9,0
	SALUDABLE	92	68,7	77,6
	MUY SALUDABLE	30	22,4	100,0
	Total	134	100,0	
11	POCO SALUDABLE	8	9,0	9,0
	SALUDABLE	64	71,9	80,9
	MUY SALUDABLE	17	19,1	100,0
	Total	89	100,0	

En los resultados sobre la dimensión consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y su relación con el grado se observan similitudes ya que el 67,2% de los estudiantes de 9 grado, el 68,7% de los estudiantes de 10 grado y el 71,9% de los estudiantes de 11 grado realizan practicas saludables, evidenciándose así que la mayor parte de los estudiantes de los grados 9,10 y 11 realizan practicas saludables.

También se puede observar que el 19,2% de estudiantes de 9 grado, el 22,4% de estudiantes de 10 grado y el 19,1% de estudiantes de 11 grado realizan practicas muy saludables.



## Creencias de acuerdo al Grado Académico

Tabla 37.

Rangos creencias Condición actividad física y deporte-  
grado .

Grado	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
9	BAJO	17	13,6	13,6
	ALTO	67	53,6	67,2
	MUY ALTO	41	32,8	100,0
	Total	125	100,0	
10	BAJO	6	4,5	4,5
	ALTO	67	50,0	54,5
	MUY ALTO	61	45,5	100,0
	Total	134	100,0	
11	BAJO	6	6,7	6,7
	ALTO	38	42,7	49,4
	MUY ALTO	45	50,6	100,0
	Total	89	100,0	

Con respecto a la dimensión condición actividad física y deporte y su relación con el grado académico se observan similitudes ya que se evidencia que el 53,6% de los estudiantes de 9 grado, el 50% de los estudiantes de 10 grado y el 42,7% de los estudiantes del grado 11, tienen creencias en un nivel alto.

El 32,8% de los estudiantes de 9 grado, el 45,5% de los estudiantes de 10 grado y el 50,6% de los estudiantes del grado 11, tienen creencias en un nivel muy alto, lo cual indica que la mayor parte de la población tienen creencias entre un nivel alto muy alto.

Tabla 38.

Rangos creencias Recreación y manejo del tiempo libre-grado .

Grado	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
9	BAJO	9	7,2	7,2
	ALTO	33	26,4	33,6
	MUY ALTO	83	66,4	100,0
	Total	125	100,0	
10	BAJO	3	2,2	2,2
	ALTO	37	27,6	29,9
	MUY ALTO	94	70,1	100,0
	Total	134	100,0	
11	BAJO	4	4,5	4,5
	ALTO	22	24,7	29,2
	MUY ALTO	63	70,8	100,0
	Total	89	100,0	

Con respecto a la dimensión recreación y manejo del tiempo libre y su relación con el grado académico se observan similitudes ya que se evidencia que el 66,4% de los estudiantes de 9 grado, el 70,1% de los estudiantes de 10 grado y el 70,8% de los estudiantes del grado 11, tienen creencias en un nivel muy alto, encontrándose en este nivel la mayor parte de la población.

El 26,4% de los estudiantes de 9 grado, el 27,6% de los estudiantes de 10 grado y el 24,7% de los estudiantes del grado 11, tienen creencias en un nivel alto.

Tabla 39.

Rangos creencias Autocuidado y cuidado medico-grado.

Grado	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
9	BAJO	10	8,0	8,0
	ALTO	101	80,8	88,8
	MUY ALTO	14	11,2	100,0
	Total	125	100,0	
10	BAJO	14	10,4	10,4
	ALTO	106	79,1	89,6
	MUY ALTO	14	10,4	100,0
	Total	134	100,0	
11	BAJO	7	7,9	7,9
	ALTO	58	65,2	73,0
	MUY ALTO	24	27,0	100,0
	Total	89	100,0	

Con respecto a la dimensión autocuidado y cuidado medico y su relación con el grado académico se observan similitudes ya que se evidencia que el 80,8% de los estudiantes de 9 grado, el 79,1% de los estudiantes de 10 grado y el 65,2% de los estudiantes del grado 11, tienen creencias en un nivel alto, encontrándose en este nivel la mayor parte de creencias de la población.

El 11,2% de los estudiantes de 9 grado, el 10,4% de los estudiantes de 10 grado y el 22% de los estudiantes del grado 11, tienen creencias en un nivel muy alto.

Tabla 40.

Rangos creencias Hábitos alimenticios-grado.

Grado	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
9	MUY BAJO	3	2,4	2,4
	BAJO	14	11,2	13,6
	ALTO	88	70,4	84,0
	MUY ALTO	20	16,0	100,0
	Total	125	100,0	
10	MUY BAJO	2	1,5	1,5
	BAJO	14	10,4	11,9
	ALTO	92	68,7	80,6
	MUY ALTO	26	19,4	100,0
	Total	134	100,0	
11	MUY BAJO	1	1,1	1,1
	BAJO	5	5,6	6,7
	ALTO	68	76,4	83,1
	MUY ALTO	15	16,9	100,0
	Total	89	100,0	

Con respecto a la dimensión hábitos alimenticios y su relación con el grado académico se observan similitudes ya que se evidencia que el 70,4% de los estudiantes de 9 grado, el 68,7% de los estudiantes de 10 grado y el 76,4% de los estudiantes del grado 11, tienen creencias en un nivel alto.

El 16% de los estudiantes de 9 grado, el 19,4% de los estudiantes de 10 grado y el 16,9% de los estudiantes del grado 11, tienen creencias en un nivel muy alto, reuniendo así las creencias de los estudiantes de 9 a 11 grado en estos dos niveles.

Tabla 41.

Rangos creencias Consumo de alcohol tabaco y otras drogas-grado .

Grado	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
9	MUY BAJO	2	1,6	1,6
	BAJO	21	16,8	18,4
	ALTO	79	63,2	81,6
	MUY ALTO	23	18,4	100,0
	Total	125	100,0	
10	MUY BAJO	3	2,2	2,2
	BAJO	33	24,6	26,9
	ALTO	62	46,3	73,1
	MUY ALTO	36	26,9	100,0
	Total	134	100,0	
11	BAJO	10	11,2	11,2
	ALTO	46	51,7	62,9
	MUY ALTO	33	37,1	100,0
	Total	89	100,0	

Los resultados de la dimensión consumo de alcohol tabaco y otras drogas y su relación con el grado académico se observan similitudes ya que se evidencia que el 63,2% de los estudiantes de 9 grado, el 46,3% de los estudiantes de 10 grado y el 51,7% de los estudiantes del grado 11, tienen creencias en un nivel alto.

El 18,4% de los estudiantes de 9 grado, el 26,9% de los estudiantes de 10 grado y el 37,1% de los estudiantes del grado 11, tienen creencias en un nivel muy alto. El 16,8% de los estudiantes de 9 grado, el 24,6% de los estudiantes de 10 grado y el 11,2% de los estudiantes del grado 11, tienen creencias en un nivel bajo.

Tabla 42.

Rangos creencias Sueño-grado.

Grado	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
9	MUY BAJO	12	9,6	9,6
	BAJO	91	72,8	82,4
	ALTO	22	17,6	100,0
	Total	125	100,0	
10	MUY BAJO	15	11,2	11,2
	BAJO	95	70,9	82,1
	ALTO	23	17,2	99,3
	MUY ALTO	1	,7	100,0
	Total	134	100,0	
11	MUY BAJO	3	3,4	3,4
	BAJO	72	80,9	84,3
	ALTO	14	15,7	100,0
	Total	89	100,0	

En los resultados de la dimensión sueño y su relación con el grado académico se observan similitudes ya que el 72,8% de los estudiantes de 9 grado, el 70,9% de los estudiantes de 10 grado y el 80,9% de los estudiantes del grado 11, tienen creencias en un nivel bajo. Reuniendo así las creencias de 9 a 11 grado en este nivel.

Los porcentajes restantes se dividen sobre todo entre los rangos muy bajo y alto para los tres grados, sin encontrar resultados en el rango muy alto.

## Estilo de Vida

Prácticas y Creencias

Tabla 43.

Rangos Estilo de Vida.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MUY SALUDABLE	3	,9	,9
SALUDABLE	336	96,6	99,1
POCO SALUDABLE	9	2,6	100,0
Total	348	100,0	

Al conocer las prácticas y las creencias sobre las dimensiones que determinan el estilo de vida en los adolescentes, se globalizan los resultados de las mismas mostrando que el 2,6% de los jóvenes se ubican en el rango "Muy saludable" y el 96,6% de los jóvenes se ubican en el rango "Saludable", hallazgos que muestran que los adolescentes presentan resultados favorables a la salud en las dimensiones evaluadas, por lo tanto su estilo de vida es saludable, aunque como se pudo observar en los resultados anteriores en algunas dimensiones se encuentran resultados Poco saludables representando riesgo para la salud.

Estos resultados permiten dar a conocer la importancia de diferentes factores que fueron muy influyentes en la recopilación o unión tanto de las prácticas como de las creencias de los adolescentes, pues se puede observar que la población escogida para la realización de esta replica se encuentra en un proceso y etapa diferente a la escogida por la Investigación original, por lo tanto las practicas y

creencias son diferentes a las de los jóvenes mas adultos, además de esto se presentaron en ellos algunas dificultades en la lectura de preguntas y en el razonamiento de las mismas; lo anterior lleva a recalcar la posibilidad de modificar algunos aspectos de los instrumentos donde se evalúen y se creen ítems que tengan en cuenta las practicas y creencias de jóvenes con edades mas tempranas. Estos hallazgos también permiten mostrar que el estrato socioeconómico tuvo que ver, pues difieren los conceptos que tienen sobre las dimensiones al igual que las practicas, debido en parte a la fuerte influencia que existe del contexto familiar y social en jóvenes de estratos bajos, y que hace que estos adolescentes desconozcan términos o que no realicen ciertas practicas como los jóvenes de estratos mas altos y que se dan a conocer en el cuestionario.

#### Estilo de Vida

##### Contexto

Tabla 44.

Rangos Contexto Familiar.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
PRESENCIA	195	56,7	56,7
AUSENCIA	149	43,3	100,0
Total	344	100,0	

Los resultados de los factores del contexto familiar muestran que existe una presencia de dicho factor en un poco mas de la mitad de la población con un 56,7 y una



ausencia de este factor familiar con el 43,3% de los adolescentes.

Tabla 45.

Rangos Contexto Social.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Categoría	PRESENCIA	267	77,6	77,6
	AUSENCIA	77	22,4	100,0
	Total	344	100,0	

Con respecto al factor social se puede ver la alta presencia en un 77,6% de la población notándose la influencia de este, y con un menor porcentaje en el 22,4% de los estudiantes.

Tabla 46.

Rangos Contexto Ocupacional.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Categoría	PRESENCIA	314	91,3	91,3
	AUSENCIA	30	8,7	100,0
	Total	344	100,0	

En el factor ocupacional se puede evidenciar un porcentaje del 91,3%, en la mayoría de los adolescentes y una ausencia del 8,7.

Tabla 47.

Rangos Contexto Otros.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Categoria	PRESENCIA	336	97,7	97,7
	AUSENCIA	8	2,3	100,0
	Total	344	100,0	

Con respecto al contexto otros, se evidencia la presencia en la mayoría de la población con un 97,7% exceptuando el 2,3% de la población.

## Discusión

Esta investigación pretende contribuir al conocimiento de las pautas comportamentales (prácticas, creencias y factores del contexto) relacionados con estilos de vida en adolescentes de los colegios Francisco de Paula Santander y el Instituto Francisco José de Caldas, ya que al permitir estos brindar un espacio para los practicantes de la facultad de Psicología de la UNAB se pudo evidenciar la gran necesidad de conocer y describir en los jóvenes dichas prácticas y creencias en seis dimensiones de los estilos de vida, logrando abordar de forma mas amplia las experiencias sociales, físicas y psicológicas y asi mismo ayudar a un crecimiento social en estas comunidades.

El grupo poblacional estudiado se distinguió por presentar características sociodemográficas similares tales como pertenecer a un estrato socioeconómico bajo(2) ubicándose en un rango de edad que oscila entre los 14-18 años, respecto al género la población estuvo dividida homogéneamente y todos pertenecen a la categoría de estudiantes de secundaria.

El procedimiento y la metodología se llevaron a cabo siguiendo los parámetros establecidos por el estudio realizado por la Universidad Javeriana de Cali con jóvenes universitarios y adultos teniendo como principal objetivo el describir las practicas y creencias de la población, además de esto es importante resaltar nuevos aportes logrados debido a la realización de esta replica de los que se hablara a continuación de los resultados de esta replica.

Teniendo en cuenta que el estilo de vida se conoce como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos que desarrolla una persona y como aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo bajo condiciones mas o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza, se da a conocer que la globalización de los resultados de los estilos de vida, evidencian que la mayor parte de la población de adolescentes de los colegios Francisco de Paula Santander y Francisco José de Caldas que actualmente cursan 9, 10 y 11 grado, con edades entre 14 y 18 años, realizan prácticas saludables y sus creencias se ubican en un nivel alto.

Se consideró importante enfatizar sobre dichas prácticas y creencias en cada una de las seis dimensiones de los estilos de vida.

Con respecto a las practicas los resultados permitieron conocer que los adolescentes de estos colegios tienen practicas entre los rangos "poco saludables" y "saludables" con un prevalencia en "saludables"; esto da cuenta de que una gran parte de la población realiza prácticas saludables en la mayoría de las dimensiones, pero aun así es valioso determinar que el siguiente porcentaje mas alto sobre las practicas mas realizadas se ubica en la categoría "poco saludables" lo que lleva a retomar las necesidades que surgieron en un principio para replicar este estudio con esta población y en colegios de estratos bajos (2).

En la dimensión de hábitos alimenticios un 58% de estudiantes tienen prácticas saludables y un 39% "poco saludables", esto permite conocer que los jóvenes pueden

llegar a alimentarse de una manera adecuada, aun dentro de el nivel de vida al que están inmersos por las condiciones económicas en las que habitan, pero también que existen hábitos alimenticios que pueden ser perjudiciales para la salud y que en definitiva se relacionan con los factores socioeconómicos nombrados anteriormente y con las condiciones desfavorables que se les presentan ya que no existe la posibilidad de brindarles un proceso de orientación y concientización para dichos hábitos.

En la dimensión Recreación y manejo del tiempo libre se evidencia que el 60% de la población realiza practicas saludables y los demás realizan prácticas entre poco saludables 23% y muy saludable 15%; datos importantes pues aunque existen practicas poco saludables, una población significativa tienen un buen manejo del tiempo libre además tienen un espacio para realizar actividades de recreación, esto puede darse en gran parte por la importante influencia que tienen en los colegios la existencia de estos espacios en donde les permite experimentar y participar de actividades lúdicas, deportivas, culturales, recreacionales, entre otras; sin que influyan factores socio económicos como se nombró en la dimensión de hábitos alimenticios, pues el colegio lo ofrece para todos los estudiantes.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en estas dos dimensiones es importante destacar la teoría que sustenta esta investigación en donde enfatiza el factor contextual y el desarrollo de las practicas y creencias de los jóvenes las cuales van a determinar el estilo de vida de los adolescentes; " Para hablar sobre estilo de vida es necesario pensar no solo en un comportamiento sino en un conglomerado de ellos que al adquirirse, realizarse y mantenerse en un contexto (social, familiar, escolar), de

forma recurrente, se transforman en hábitos resistentes al cambio. Esto destaca el valor de los ambientes en el aprendizaje mismo de los estilos de vida, pues en ellos se generan las dimensiones que en alguna medida lo controlan. Sánchez, M y Aparicio, M, (2000)". De esta manera el estilo de vida constituye los espacios en que los jóvenes se desarrollan cotidianamente, incluyendo un sistema de creencias, normas, valores y estilos de vida compartidos con las otras personas que participan en este espacio.

Se cree también que el buen manejo del tiempo libre tiene que ver con la edad de los estudiantes, ya que los adolescentes de estas edades 14 -16 años, tienen mayor control dentro de su núcleo familiar por sus padres y/o cuidadores, se preocupan más por cumplir con sus deberes escolares y evitan o se encuentran menos conductas de riesgo que en jóvenes de mayor edad. Lo anterior se puede contrastar por lo expuesto con diferentes autores donde afirman que "la experimentación con las conductas no saludables suele iniciarse en la adolescencia temprana, incrementándose en la adolescencia media" ( Balagré, Pastor, & Moreno, 1999; Pastor & Garda- Merita; citado en web) y alcanzando su pico en la adolescencia tardía". (Halperin, Bass, Mehta; & Betts, 1983; Kandel & Logan, 1984; citado en web) .

En la dimensión consumo de alcohol tabaco y otras drogas los resultados permiten observar que el 62% de los adolescentes realizan prácticas saludables y un 39% poco saludables, mostrando que las prácticas de un poco más de la mitad de los estudiantes en esta dimensión son adecuadas para su bienestar y como se ha nombrado en las anteriores dimensiones, a esta edad aunque los adolescentes están expuestos al consumo de estas sustancias todavía parece existir menos probabilidades de experimentar este

tipo de conductas que los adolescentes de 16 años en adelante. Aun así el índice de adolescentes que realizan prácticas poco saludables hacia el consumo de estas sustancias es alto, pues un 39% es una cifra significativa y mas teniendo en cuenta que en edades superiores estas practicas probablemente se incrementan en cuanto a esta población.

Se logro detectar que el consumo de tabaco y otras drogas (marihuana, cocaína, entre otras) es menor que el consumo de alcohol, pero aun así, esta situación no es una realidad ajena a la que viven, pues se evidenció que el consumo de drogas y en especial de tabaco se da en el contexto en el que viven, ya sea por los sitios que frecuentan o porque amigos jóvenes de su edad o conocidos realizan estas prácticas.

El consumo de alcohol es reconocido de una manera mucho más cotidiana y las prácticas con respecto a este consumo, son mayores se puede ver que hombres y mujeres han experimentado alguna vez el consumo de alcohol en mayor medida, con mayor frecuencia que el consumo de cigarrillo y sobre todo de otras drogas, además el alcohol es visto como un consumo más habitual en el contexto social.

Con esta población en particular es fundamental tener en cuenta que la pobreza, el mal funcionamiento de la familia y el propio, aumentan el riesgo de que los grupos se vean inmersos en el consumo del alcohol y sustancias psicoactivas y que están relacionados con los estilos de vida no saludables; es importante apoyar lo dicho anteriormente con propuestas teóricas de Autores como Gillone, A y Murad, JE, 1985 ( citado en Maddaleno, 1995, p217) quienes exponen que el consumo de estas sustancias están también relacionadas con lo que el mundo adulto hace o no hace en presencia de los adolescentes.

Esto permite corroborar que tanto los factores socioeconómicos, el contexto social en el que viven y la familia son aspectos influyentes en el consumo de estas sustancias.

Con respecto a la dimensión condición actividad física y deporte los resultados permiten observar que el 58% de los estudiantes realizan practicas poco saludables y un 25% practicas saludables. Como se explico anteriormente en la dimensión recreación y manejo del tiempo libre, los colegios también les permiten la posibilidad de realizar actividades físicas y deportivas, donde todos los estudiantes practican este tipo de actividades.

Desafortunadamente muchos de los jóvenes de estos colegios carecen de los medios para desarrollar su potencialidades en el aspecto físico y /o deportivo, por esta razón se cree que el porcentaje de estudiantes con prácticas poco saludables fue un poco más de la mitad de la población. Se evidencia que aunque estos jóvenes les interese ser activos físicamente y disfruten de este tipo de actividades no cuentan con muchos recursos económicos, principalmente, para pertenecer a grupos donde practiquen deportes particulares como el Básquetbol, Fútbol, Voleibol o para pertenecer a un gimnasio, y si lo hacen la mayoría de las veces es en le colegio. Esto se logra concluir a partir de lo dicho por Balaguer (2000): " En Las conductas protectoras de salud como la práctica de actividad física la situación es diferente, mientras que durante la primera adolescencia los jóvenes suelen estar activos, principalmente los chicos, es al final de esta etapa cuando empieza a producirse un abandono de la practica".

Lo expuesto por este autor permite corroborar lo anteriormente dicho , ya que los adolescentes en esta edad, principalmente, son activos físicamente; lo que se



creo es que no cuentan con las posibilidades para realizar actividades deportivas particulares o en otro tiempo diferente al del colegio; otro aspecto que permite contrastar esta teoría con los resultados, tiene que ver con el género, pues si se evidenció que el género masculino es mucho más activo y participa en actividades físicas y/o deportivas que el género femenino.

Es importante tener en cuenta que algunos Ítems en los instrumentos relacionados con esta dimensión hacen referencia a deportes y actividades físicas poco comunes para esta población. (Kun fu- aero- rumba, spinning, entre otros) por esta otra razón se cree que el porcentaje de estudiantes con practicas poco saludables fue mayor.

Al referirnos sobre lo observado a la dimensión auto cuidado y cuidado médico se pudo conocer un alto índice de adolescentes que tienen practicas poco saludables (78%) cifra no muy alentadora y a la vez esperada debido a las condiciones socio económicas en que viven y al sistema de salud existente.

Es fundamental enfatizar que en nuestro contexto el acceso a los servicios de salud se encuentra ligado a factores socioeconómicos que limitan su práctica principalmente por estratos 1,2 y 3. Estos resultados permitieron dar a conocer que esta población no dispone de un servicio inmediato que pueda prevenir y solucionar situaciones en donde la salud se ve afectada. Además se observó que los estudiantes desconocen muchos factores positivos o negativos relacionados con su salud, o por el contexto en el que se encuentran no pueden aprovechar y beneficiarse utilizando formas de prevención y promoción de la buena salud, por esta razón se les hizo difícil el manejo de términos como medicina alternativa, además se pudo conocer particularmente practicas no saludables como "ir al medico solo cuando lo necesitan de urgencias por

algo grave" optando por la automedicación, desconocen también exámenes de control como la citología y no se interesan por revisar y cuidar su cuerpo, ya que no tienen la educación y la conciencia sobre lo relacionado a este tema.

En cuanto a las creencias relacionadas con las seis dimensiones de estudio se encontró que los jóvenes tienen creencias ubicadas entre los rangos "saludables" y "muy saludables", aunque sus prácticas se enfoquen entre "saludables" y "poco saludables", notando así que existe una diferencia en cuanto a lo que piensan o lo que consideran que se debe hacer y lo que practican; esto podría darse por diversos factores ya mencionados, como las condiciones de vida que ya están dadas y no son elegidas ni construidas por ellos, las cuales actúan como determinantes objetivos de la formación de su personalidad y de su estilo de vida. Se puede observar que sus creencias muestran formas diferentes que sus prácticas, y es lo que se permite corroborar con la comparación de los resultados de la replica entre las practicas y las creencias, ya que lo que piensan con respecto a las seis dimensiones del estilo de vida que deberían o quisieran llevar (creencias) apunta a rangos más saludables que las prácticas que tienen sobre las mismas.

Al enfatizar sobre estos resultados cabe anotar el aporte hecho por Ellis (citado en Carretero, 1997) en donde hace alusión al término de creencias: "Las ideas funcionan como teorías o creencias que el sujeto busca continuamente verificar". Es decir, es como si estas formulaciones tuvieran un carácter ontológico que sirve para estructurar la experiencia diaria y dicha experiencia debe acomodarse al contenido de las ideas y no al revés, por tanto generan y mantienen desordenes emocionales. Partiendo de esta idea,

hay cabida para pensamientos irracionales, sentimientos inadecuados y conductas disfuncionales, que forman la gama de los trastornos emocionales, por ello cada vivencia del sujeto acarrea consecuencias emocionales que estructuran el sistema de creencias.

Como se hablo anteriormente los resultados evidencian que los jóvenes tienen creencias entre los rangos "muy alto" y "Alto" con una prevalencia en el nivel "Alto"; para la dimensión de Condición, actividad física y deporte se encontró que los jóvenes tienen creencias ubicadas entre un nivel alto (49%) y muy alto (42%) , para las creencias ubicadas en un nivel bajo, el porcentaje de la población fue menor (8,3%).

En la dimensión Recreación y manejo del tiempo libre se observa que la mayor parte de la población se ubica en un nivel muy alto (69%), el resto de la población tienen creencias en un nivel alto (26%) y con un menor porcentaje en el nivel bajo (5%) .

Con respecto a la dimensión Auto cuidado cuidado médico los resultados permiten observar que la mayor parte de la población tienen creencias en un nivel alto (76%), el resto de la población se ubican en un nivel muy alto (15%) y bajo (9%).

En la dimensión Hábitos alimenticios se clarifica que los adolescentes tienen creencias en un nivel alto con un porcentaje del 71%, se muestra que el resto de la población se ubica entre un nivel muy alto (11%) y bajo (10%).

En la dimensión Consumo de Alcohol tabaco y otras drogas los resultados permiten observar que un poco mas de la mitad de la población los jóvenes se ubican en un nivel alto (54%) , el resto de la población se ubica entre el nivel muy alto (26,4) y bajo (18,4%).

Por ultimo en la dimensión Sueño, se observa que la mayor parte de la población se ubica en un nivel bajo (74,1%), el resto de la población se ubica en un nivel alto (17%) y con un menor porcentaje en un nivel muy bajo (8,6).

Los estilos de vida están muy relacionados con los contextos de vida de los jóvenes, que constituyen los espacios donde los jóvenes se desarrollan cotidianamente. Incluyen un sistema de creencias, normas, valores y estilos de vida compartidos con las otras personas insertas en ese espacio. La calidad del contexto va a condicionar, en gran medida, el nivel de salud mental de los jóvenes, dicha calidad esta determinada por aspectos como el clima que ofrece a sus miembros, la capacidad para promover el desarrollo de potencialidades de los jóvenes, su capacidad preventiva y el nivel de soporte socio-afectivo-instrumental que ofrece.

Los comportamientos de los adolescentes los describe la manera en que interacciona el individuo con el ambiente. Esa interacción puede ser positiva o negativa, dependiendo principalmente de las decisiones personales que afectan el bienestar. La calidad del estilo de vida puede verse afectada por los comportamientos del individuo, el de bienestar y el de riesgo. Los comportamientos de bienestar o saludables representan una acción que ayuda a prevenir la enfermedad y los accidentes y promueve la salud individual y colectiva y/o mejora la calidad del ambiente. Por el contrario, el comportamiento de riesgo es una acción que incrementa la incidencia de enfermedades y accidentes, amenaza la salud personal y la de otros, y ayuda a destruir el ambiente.

Teniendo en cuenta lo anterior y retomando los resultados obtenidos por esta investigación con respecto a los factores del contexto estudiados, se encontró que la presencia del factor familiar sobre las prácticas y creencias de los adolescentes indica un porcentaje del 56,7%, mostrando así que dicho factor influye en un poco mas de la mitad de los estudiantes. En la población restante, el 43,3%, existe una ausencia de dicho factor. Esto hace referencia a que los padres, hermanos, primos y demás familiares representan cierta influencia en aproximadamente la mitad de la población ya sea para las practicas o las creencias.

En el factor social, se evidencia que en el 77,6% de la población existe la presencia del factor social indicando así que gran parte de los adolescentes se ve influenciada por dicho factor. Estos resultados permiten corroborar lo expuesto en el marco teórico pues deja ver que el factor social tiene una mayor influencia en esta etapa de la vida ya que los adolescentes tienden a alejarse de su familia y se integran más a grupos, a sus amigos, a sus pares.

De ahí la importancia tanto de la familia, la orientación de los maestros, la calidad humana de los amigos y, en general, de los contextos familiar y social en que el adolescente vive, sobre su estilo de vida y los comportamientos de bienestar o riesgo para la salud que se pueden llevar a cabo; esto dependiendo, como ya se dijo anteriormente, de la influencia que tengan estos contextos sobre los individuos.

Con relación al factor ocupacional, en un 91,3% de los adolescentes se evidencia la presencia de este factor, mostrando la fuerte influencia del sitio de estudio o trabajo sobre las prácticas y creencias de los adolescentes, para esta población se basa en el sitio de

estudio; el colegio, ya que este lugar es el espacio donde los jóvenes se desarrollan no solo académicamente, por esta razón hay una presencia de este factor en la mayoría de la población.

Sobre la presencia de "otros" factores, se evidencia dicha presencia en un 97,7% de la población, lo que permite observar la diferencia en cuanto a la ausencia que se da en un 2,3% de la población.

Seguido a esto es fundamental exponer los nuevos aportes de los que se hacían referencia en el inicio de la discusión. Estos aportes nacen a partir de la escogencia de una población diferente (Adolescentes) a la ya estudiada por la investigación, del conocimiento de los resultados, y del estudio de los instrumentos (Encuesta y Cuestionario) buscando así informar sobre la validez de los mismos ya que estos fueron construidos y aplicados en una población diferente (jóvenes universitarios y adultos). Se logró encontrar la influencia de algunos factores en la aplicación de los instrumentos y por lo tanto en los resultados. Uno de estos factores tiene que ver con la edad de la población escogida, pues como ya se describió anteriormente, los instrumentos fueron construidos para aplicar en una población de jóvenes universitarios y adultos y al ser aplicados en adolescentes, en su mayoría de edades entre 14-16 años, ellos encontraron dificultades en la lectura de las preguntas y el razonamiento de las mismas ya que el diseño de estas y de las opciones de respuesta, principalmente del cuestionario, les produjo confusión en el momento de contestar. Además de esto es importante tener en cuenta las prácticas y creencias de esta población para construir un instrumento que este más

acorde y relacionado con el estilo de vida de los adolescentes de estas edades.

Otro factor influyente es el estrato socioeconómico y la educación ya que al pertenecer la mayoría de población al estrato 2 (bajo), algunos términos utilizados eran totalmente desconocidos para ellos, así mismo las prácticas y creencias en las seis dimensiones de estilos de vida en estos jóvenes que viven en condiciones económicas bajas no son similares a las de los jóvenes universitarios y adultos.

Gracias a esto, es posible dar a conocer la necesidad de una revisión de los instrumentos o de la creación de otros que sean más pertinentes y se ajusten mejor a los jóvenes de estas edades, además de tener en cuenta diferentes factores como los descritos anteriormente que pueden ser influyentes en el proceso de recolección de datos y por lo tanto en los resultados, como lo fue para esta réplica.

Por lo anterior también es importante tener en cuenta la influencia de los factores nombrados anteriormente hacia la globalización de los resultados, los cuales con un mayor porcentaje, ubican a la población general adolescente en un estilo de vida "saludable", por esta razón es básico clarificar que a pesar de encontrar estos datos se evidencian necesidades detectadas en la población y en las instituciones que se corroboraron con los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones, dichas necesidades hicieron posible que se originara un objetivo y un problema de investigación; por lo tanto este hecho no podría obviarse, sino contribuir en el estudio de mejores formas de recolección de información en donde los datos justifiquen en gran medida el inicio de programas de promoción y prevención de esta problemática. De esta

manera es importante señalar que los adolescentes son una población que posee características circunstanciales que deben ser muy tomadas en cuenta para posibilitar un acompañamiento profesional en dicho momento en donde temas como el estilo de vida y estas dimensiones que lo conforman son de gran significado para el área clínica y de la salud además de ser un factor social determinante en la construcción de una juventud saludable.



## Referencias Bibliográficas

Alvarez, J, (2002). Estudios sobre creencias en salud y enfermedad. Editorial Trillos. México.

Aguilar, M. (2001). *Una estrategia para el fomento de estilos de vida saludables con la ESE - ISABU*. Memoria para optar el título de Trabajador social, Facultad de Trabajo Social, Universidad Industrial de Santander.

Arrivillaga, Salazar, & Correa, (2003). *Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios*. Disponible en Web: <http://bioline.utsc.utpronto.ca/archive/00002316/>

Angarita , L. (2001). *Educación en salud para menores en situación irregular, ubicados en institutos especiales como estrategia de promoción del instituto de salud de Bucaramanga*. Memoria para optar el título de Trabajador social, Facultad de Trabajo Social, Universidad Industrial de Santander.

Ariza, T. & Peñalosa, S. (2002). *Creencias sobre el amor en la relación de pareja en estudiantes de la universidad Autónoma de Bucaramanga*. Memoria para optar el título de psicólogo, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Carrillo, D & Sanguino, X. (2001) *La presencia de drogodependencias en escolares del instituto integrado Jorge Eliécer Gaitan y la concentración Escolar Santa Clara*. Memoria para optar el título de Trabajador social, Facultad de Trabajo Social, Universidad Industrial de Santander.

Berlinger, (1981) Características y explicaciones de los hábitos de salud de los jóvenes. Disponible en Internet:

<http://www.ingentaconnect.com/content/fias/rdps/1999/00000014/F0Q2Q002/art00010>.

Berkanovic (1976) Características y explicaciones de los hábitos de salud de los jóvenes. Disponible en Internet:

<http://www.ingentaconnect.com/content/fias/rdps/1999/00000014/F0Q20002/art00010>.

Brannon, L, Feist, J (2001). Psicología de la Salud. Paraninfo. Madrid: España

Chamarro, A. y Hernández, E. Nuevos estilos de vida en la sociedad red: una propuesta teórica enfocada a la intervención en salud. Citado en Web:

<http://fsmorente.filos.ucra.es/publicaciones/iberpsicologia/lisboa/chamarro/chamarro.htm>

Flórez, L (1998). Psicología de la salud. Citado en Web:

[http://www.psicologiaincientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-ps salud :li L-111](http://www.psicologiaincientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-ps%20salud%20li%20L-111)

Guerrero, L, (1999). Salud, Estrés y factores psicológicos, disponible en web:

<http://www.aidex.es/estres/articulos/elosia/elosia2.htm>

Hernández Bermúdez, E, (1998). Metodología de La Investigación. Editorial Trillos.

Ibáñez, E, (1993). Estilos de vida y enfermedad. Historia y vicisitudes de un concepto: Psicología de la Salud y Estilos de vida. Valencia. Promolibro.

Maddaleno, M (1995). La salud del Adolescente y del Joven. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.

Maya, .L (1997). Los estilos de vida saludables, componente de la calidad de vida. Disponible en Web: <http://www.funlibre.org/documentos/lemayal.htm>.

Maya , J. & Torres, Y. (2000). *Consumo de sustancias Psicoactivas y otros factores asociados con la delincuencia Juvenil*. Facultad de Medicina, Instituto de ciencias de la Salud CES. Medellin.

Mayo, I (1999). La categoría estilo de vida y su importancia para la psicología de la salud. Citado en web: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpyuyApyAFwwPOfzCR.Php>

Meneghello, J (2000). *Psiquiatría de la infancia y la adolescencia*, Editorial Panamericana, Buenos Aires, Argentina.

Micher J & Silva Y (1995-1996). Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual. México. Citado en Web: <http://www.salud.gob.mx/conasida/revista/1997/num3/ets3-02.htm>

Papalia, D , Wendkos, S (1997). *Desarrollo Humano*. Me Graw-Hill interamericana, s.a. México.

Pastor, Balaguer, y García-Merita, 1998; citado en  
Web:

[http://www.pre.gva.es/argos/rvea/libro\\_26/33-2\\_6.pdf](http://www.pre.gva.es/argos/rvea/libro_26/33-2_6.pdf)

Posada , J (1993), Estudio Nacional de Salud Mental y  
Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia , Ministerio de  
Salud.

Sánchez, López, M & Aparicio, M (2000) Estilo de vida:  
Avances en su medida y sus relaciones con otros conceptos  
psicológicos. Revista de Psicología.

Shorojova, O. (1987): El modo de vida socialista y la  
psicología del hombre. En: La psicología en el socialismo.  
La Habana, Ed. Ciencias Sociales.

## Anexos

**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: Colegio Francisco de Paula Santander e Instituto Francisco José de Caldas**

**Investigadoras Ortega, M.; Celedón, A.; Puentes, S. (2005)**

La siguiente encuesta tiene como 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 buenas ni malas.

**DATOS DEMOGRAFICOS**

<b>Sexo:</b> MasculinoFemenino
<b>Su edad</b> esta entre: 14-16_      17-18_
<b>Nivel Educativo:</b> Secundaria
<b>Categoría:</b> Estudiante
<b>Grado:</b>
<b>Estrato Socio Económico:</b> 1.23 _____ 456
Su <b>Peso</b> esta entre: 30-4041-5051_60_    61-70.71-80 _    81-90más de 90__
Su <b>estatura</b> esta entre: 1.40-1.50 1.51-1.601.61-1.701.71-1.801.81-1.90más de 1.90, _____

		<b>Si</b>	<b>No</b>
	<b>CONDICION, ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE</b>		
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?		

		<b>Si</b>	<b>No</b>
	<b>RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE</b>		
4	En su familia dedican tiempo para compartir actividades de recreación?		
5	Comparte con sus amigos actividades de recreación?		

		<b>Si</b>	<b>No</b>
	<b>AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO</b>		
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 tienen señales de transito?		
9	Son suficientes todas las condiciones de seguridad (extinguidores, pasamanos, pisos antideslizantes, alarmas contra incendios, entre otros) de su sitio de trabajo / estudio?		

10	PARA COLABORADORES: en su sitio de trabajo le proveen elementos (pasamanos, cinturones, botas, etc.) para prevenir accidentes?		
----	--	--	--

	<b>HABITOS ALIMENTICIOS</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
11	En su familia se respetan los horarios de comidas?		
12	En su lugar de estudio o trabajo encuentra variedad que satisface 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?		

	<b>CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
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?		

	<b>SUEÑO</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
27	Cuenta con las condiciones ambientales (Ventilación, luz, temperatura, cama, etc.) necesarias para dormir?		
28	En su familia hay horarios de sueño establecidos (Levantarse y acostarse a determinadas horas según sea día entre 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?		

**CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA**

Investigación Original: Universidad Pontificia de Cali

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

Investigación Replica: Colegio Francisco de Paula Santander y el Instituto Francisco José de Caldas

Investigadoras Ortega, M.; Celedón, A.; Puentes, S. (2005)

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**

Sexo: MasculinoFemenino
Su edad esta entre: 14-16            17-18
Nivel Educativo: Secundaria
Categoría: Estudiante_
Grado:
Estrato Socio Económico: 12_____ 34_56
Su Peso esta entre: 30-4041-5051_6061-70_ 71-8081-90__más de 90__
Su estatura esta entre: 1.40-1.50__ 1.51-1.60 1.61-1.70 1.71-1,80_ 1.81-1,90__ más 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, cardio-box, aeróbicos, aero-rumba)				
5	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichi, kun fu, yoga, danza, meditación, relajación autodirigida)				
6	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				

	RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE				
7	Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar en bicicleta)				
8	Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				

9	Comparele 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				

<b>AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO</b>					
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				

<b>PRACTICAS</b>					
31	Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como 'zona de refugio', etc) que hay en la universidad				
32	PARA LOS COLABORADORES: Toma las medidas preventivas (guantes, cascos, cinturones, botas,				



	protectores de pantalla, etc) relacionadas con el trabajo				
--	---	--	--	--	--

<b>HABITOS ALIMENTICIOS</b>					
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)?				

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

59	Consume más de 3 coca - colas en la semana?				
----	---	--	--	--	--

<b>SUENO</b>					
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 pardo o a la entrega de un trabajo)?				

**CREENCIAS**

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

<b>RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE</b>					
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				

<b>AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO</b>					
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				

	<b>HABITOS ALIMENTICIOS</b>				
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				

	<b>CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS</b>				
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 más 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				

	<b>SUEÑO</b>				
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				