

## Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida\*

Luisa Fernanda Lema Soto<sup>1</sup>, Isabel Cristina Salazar Torres,  
María Teresa Varela Arévalo, Julián Andrés Tamayo Cardona,  
Alejandra Rubio Sarria y Adriana Botero Polanco.  
Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia)

Recibido: 01/08/08

Aceptado: 04/06/09

### Resumen

El objetivo de este trabajo fue describir los comportamientos que hacen parte de los estilos de vida de los jóvenes universitarios, en diez dimensiones: ejercicio y actividad física, tiempo de ocio, autocuidado y cuidado médico, alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, sueño, sexualidad, relaciones interpersonales, afrontamiento y estado emocional percibido, y su correspondiente grado de satisfacción con dichas prácticas. Participaron 598 estudiantes (44,7% hombres y 55,3% mujeres) de una universidad privada de Colombia, quienes diligenciaron el “Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios” (Cevju). Los resultados obtenidos muestran un predominio de prácticas saludables en todas las dimensiones, con excepción de ejercicio y actividad física y alta satisfacción con el estilo de vida y el estado general de salud. Hubo coherencia entre el nivel de satisfacción con el tipo de prácticas realizadas, y esta relación fue analizada siguiendo los lineamientos del modelo de etapas de cambio. Finalmente, se propusieron algunos aspectos relevantes para la creación de programas de intervención que se orienten a la promoción de un mayor número de conductas positivas para la salud y a la disminución de aquellas que puedan deteriorarla.

Palabras clave: comportamientos, estilos de vida, salud, jóvenes, modelo de etapas de cambio.

### Abstract

The purpose of this study was to describe behaviors that form part of the life-style of young college students in 10 dimensions: exercise and physical activity, leisure time, self-care and medical care, diet, alcohol, tobacco and illegal drug consumption, sleep, sexuality, interpersonal relationships, coping and perceived emotional state, and their satisfaction with each. 598 students participated (44.7% men and 55.3% women) from a private university in the southwest of Colombia, who answered the College Youth Lifestyle Questionnaire (Cevju). The results show a high prevalence of healthy practices in all dimensions, except for exercise and physical activity, and satisfaction with lifestyle and general health

\* Investigación del grupo Salud y Calidad de Vida, financiada por la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales y el Centro de Bienestar de la Vicerrectoría del Medio Universitario, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

<sup>1</sup> Dirección correspondencia

Email: llema@javerianacali.edu.co

status. There was coherence between the level of satisfaction and practices (healthy or unhealthy), and this relationship was analyzed following the guidelines of the stages of change model. Finally, some ideas are presented for consideration, with the idea of creating intervention programs aimed at promoting positive health behaviors and preventing those that adversely affect health.

Key words: behaviors, life styles, health, young students, stages of change model

### Resumo

O objetivo deste trabalho foi descrever os comportamentos que fazem parte dos estilos de vida dos jovens universitários, em dez dimensões: Exercício e atividade física, Tempo de ócio, Cuidado e cuidado médico, Alimentação, Consumo de álcool, Tabaco e drogas ilegais, Sonho, Sexualidade, Relações interpessoais Enfrentamento e Estado emocional percebido, e seu correspondente grau de satisfação com ditas práticas. Participaram 598 estudantes (44,7% homens e 55,3% mulheres) de uma universidade privada do sudoeste colombiano, que diligenciaram o “Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios” (Cevju). Os resultados obtidos mostram um predomínio de práticas saudáveis em todas as dimensões com exceção de Exercício e atividade física, e alta satisfação com o estilo de vida e o estado geral de saúde. Houve coerência entre o nível de satisfação com o tipo de práticas realizadas (saudáveis ou não saudáveis) e esta relação foi analisada seguindo os lineamientos do modelo de períodos de mudança. Finalmente, foram propostos alguns aspectos relevantes de análise para a criação de programas de intervenção que se orientem para a promoção de um maior número de condutas positivas para a saúde e para a diminuição daquelas que possam deteriorá-la.

Palavras-chave: comportamentos, estilos de vida, saúde, jovens, modelo de períodos de mudança.

### Introducción

Los estilos de vida hacen referencia, principalmente, a los comportamientos habituales y cotidianos que caracterizan el modo de vida de un individuo y que suelen ser permanentes en el tiempo (Fernández del Valle, 1996; Rodríguez, 1995; Roth, 1990). En algunos casos, se agrega a esta definición otra clase de variables, distintas a las pautas conductuales observables, tales como las creencias, las expectativas, los motivos, los valores y las emociones, que se presentan asociados con la conducta (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003; Arrivillaga y Sálazar, 2005). Cuando el campo se delimita a la salud, las pruebas empíricas acumuladas en el tema permiten afirmar que son las conductas las que tienen un impacto muy importante en la salud, en la medida que, su presencia o ausencia, puede constituir un factor de riesgo o de protección para el individuo, según sea el caso (Flórez, 2007).

Dentro de los patrones de comportamiento que conforman los estilos de vida se incluyen

prácticas saludables y no saludables que interactúan entre sí (Müller y Beroud, 1987, citados por Carrasco, 2004). No obstante, las personas que tienen comportamientos no saludables que son estables en el tiempo, tales como, el desequilibrio en la dieta, el sedentarismo, el consumo de tabaco y de alcohol, no dormir el tiempo necesario o llevar a cabo comportamientos inseguros, tienen una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades, comparadas con aquellas personas que no incluyen estas prácticas en su estilo de vida (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2007; Wu, Rose y Bancroft, 2006).

En el campo de la salud del adolescente y del joven, los estilos de vida aparecen relacionados con problemas sociales de gran relevancia. Por ejemplo, embarazos precoces, abortos, infección por VIH/SIDA y contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), debidos a sus prácticas sexuales; las incapacidades, lesiones o muertes, debidas a accidentes de tráfico; trastornos por el consumo y abuso de drogas; y trastornos de la

conducta alimentaria, a causa del sedentarismo y la dieta (Hernán, Ramos y Fernández, 2004; ONU, 2005; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006). A largo plazo, estos jóvenes presentan también un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles que tienen como factores asociados los estilos de vida poco saludables (e.g., los problemas cardiacos, la diabetes mellitus tipo II y el cáncer) (ONU, 2007). A continuación se describen las principales dimensiones del estilo de vida que se relacionan con la salud de los jóvenes universitarios y que fueron evaluadas en este estudio.

*Ejercicio y actividad física.* Hace referencia a aquellos movimientos corporales y actividades que requieren consumo energético mayor al que se produce en estado de reposo o al realizar alguna actividad cognitiva y que favorecen la salud (Ramírez-Hoffman, 2002; World Health Organization [WHO], 2008). Realizar ejercicio o tener actividad física como parte del estilo de vida disminuye el riesgo de enfermedad coronaria y prevención de enfermedades crónicas. A nivel psicológico también tiene un efecto positivo, puesto que ayuda a la regulación emocional, reduce la ansiedad, la tensión y la depresión y aumenta la sensación de bienestar (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Elizondo, Guillén y Aguinaga, 2005; Gámez, 2005; Guerra et al. 2006; Ramírez-Hoffman, 2002; Sparling, Owen, Lambert y Haskell, 2000; Velasco, 2004).

*Tiempo de ocio.* Es aquél en el que las personas desarrollan actividades orientadas a satisfacer sus gustos e intereses, al placer, al descanso, al desarrollo y la integración social. Tales actividades son elegidas libremente según las preferencias (Rodríguez y Agulló, 1999). El tiempo de ocio ha sido reconocido en la última década como un factor importante para el desarrollo y bienestar de los jóvenes, puesto que en él aumentan las probabilidades de la inclusión social, de participar en la comunidad, de hacer deporte, recrearse y tener programas culturales, a la vez que disminuye las posibilidades de implicarse en otros problemas como la delincuencia y el consumo de drogas (ONU, 2005).

*Autocuidado y cuidado médico.* Hace referencia a aquellos comportamientos voluntarios que realiza la persona para beneficio de su salud, en el sentido que implica cuidarla o hacer cuanto esté en sus manos (cuidar la higiene, tomarse los medicamentos según la prescripción médica, realizarse exámenes, explorar el propio cuerpo, llevar a cabo medidas de seguridad, como el uso de cinturón de seguridad, atender a las señales de tráfico, etc.) para impedir que aparezcan las lesiones, detectar a tiempo síntomas o señales de enfermedad o que se facilite una pronta recuperación en caso de que exista una afectación. Todos estos comportamientos implican un mayor nivel de responsabilidad personal (Brannon y Feist, 2001; Kornblit, Mendes y Adaszko, 2006; Lange et al. 2006).

*Alimentación.* En esta dimensión se consideran los aspectos relacionados con la selección e ingestión de los alimentos; por lo tanto, el tipo y la cantidad de alimentos, los horarios y espacios en los que se consumen y algunas prácticas relacionadas con el control del peso (Morell y Cobaleda, 1998). Estas acciones permiten satisfacer las necesidades físicas del organismo, favorecen el funcionamiento diario del organismo, el desarrollo de las funciones vitales y el estado de salud, y previenen la aparición de algunas enfermedades (González, 2005). Los hábitos alimentarios inadecuados, así como los valores culturales que destacan los estereotipos de lo bello, lo atractivo y la liberación sexual han permeado los hábitos alimentarios de los jóvenes, contribuyendo al desarrollo de varios trastornos alimentarios (Acosta y Gómez, 2003) y a la aparición de graves consecuencias, como las alteraciones endocrinas y metabólicas que originan, posteriormente, miocardiopatía, arritmias cardiacas y la muerte (Perpiñá, Botella y Baños, 2006).

*Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.* Se refiere a la ingestión, aplicación u absorción de dichas sustancias, generando alteraciones en el sistema nervioso central y en el comportamiento (Becoña y Vázquez, 2001; Cadavid y Salazar, 2006; Salazar y Cáceres, 2004; Salazar, Varela, Cáceres y Tovar,

2005, 2006; Varela, Salazar, Cáceres y Tovar, 2007; WHO, 2002, 2005). Tales alteraciones están relacionadas con los efectos agudos del consumo, que también producen consecuencias negativas para la salud, como las alteraciones cardiovasculares, de colon, problemas académicos y/o laborales, accidentes de tránsito, violencia, contagio de enfermedades infecciosas, embarazos no deseados, suicidio y problemas de salud mental (Bauman y Phongsavan, 1999; Alcalá, Azañas, Moreno y Gálvez, 2002, Londoño, García, Valencia y Vinaccia, 2005; Vickers, Patten y Lane, 2003).

*Sueño.* Estado de reposo del organismo durante el cual la persona presenta bajos niveles de actividad fisiológica y no hay respuesta activa a estímulos del ambiente (Caballo, Navarro y Sierra, 1998). Algunas prácticas, como llevar una alimentación equilibrada, realizar ejercicio físico y manejar apropiadamente el estrés, combinadas con factores ambientales adecuados (temperatura, luz), favorecen un patrón estable y conveniente de sueño (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996; Miró, Cano-Lozano, Buela-Casal, 2005). El sueño contribuye al estado de salud en la que medida en que, al lentificarse los sistemas corporales después de las actividades cotidianas, permite al organismo recuperar la energía vital requerida. Por el contrario, la falta de sueño repercute en la capacidad de concentración, el estado anímico, el tiempo de reacción, el rendimiento físico e intelectual (Domínguez y Díaz, 2006).

*Sexualidad.* Incluye aquellas prácticas orientadas a dar y recibir placer involucrando el propio cuerpo y el de los otros, pero que pueden ser de riesgo para la salud sino se toman precauciones o se hacen de forma inadecuada (e.g., uso del condón, utilización de métodos anticonceptivos, etc.) (Mesa, Barella y Cobeña, 2004; Caballero, 2004). Dentro de las principales consecuencias negativas para la salud de los jóvenes se encuentra el contagio de ITS y los embarazos no deseados (Mesa, Barella y Cobeña 2004). Según los autores, estos riesgos, se encuentran asociados, entre otros, a la frecuencia en las relaciones sexuales, el grado

de información sobre los riesgos, los prejuicios, las ideas erróneas, la disminución de la edad de la menarquia, el tipo de educación sexual, los modelos de crianza, la falta de comunicación familiar, las deficiencias del sistema educativo formal, los cambios en las escalas de valores, la percepción de invulnerabilidad y la poca preocupación por su salud.

*Relaciones interpersonales.* Incluyen todo tipo de intercambio entre las personas, pueden ser fuente de apoyo social o instrumental, y en la juventud son importantes para el desarrollo social y el logro de objetivos profesionales, además, los iguales constituyen el principal referente social, porque de allí se escoge pareja o a aquellas personas con las que pueden compartir desde la intimidad hasta la realización de una tarea (Becoña Vázquez y Oblitas, 2004; Caballo, 1997; Salazar, Varela, Cáceres y Tovar, 2006; Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, 2006). Esta dimensión del estilo de vida favorece el desarrollo de la persona y la solución de problemas (Caballo, 1997).

*Afrontamiento.* Se refiere a las estrategias que son llevadas a cabo por una persona para responder a demandas internas o del contexto, que son evaluadas como exigentes o superiores a sus recursos y posibilidades. Estas prácticas se entienden como parte de un proceso psicológico que implica esfuerzos a nivel cognitivo y conductual y que se acompaña de emociones negativas, como la ansiedad, la ira, el miedo, la tristeza, entre otras (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1993). El afrontamiento tiene una función adaptativa que se refleja cuando las personas logran mejorar las respuestas corporales, disminuir las reacciones emocionales negativas, aumentar las emociones positivas, reforzar la autoestima, solucionar el problema y mejorar el funcionamiento y el ajuste social (Campos, Iraurgi, Páez y Velasco, 2004).

*Estado emocional percibido.* Se define como la capacidad personal para identificar las condiciones somáticas o fisiológicas y las sensaciones asociadas a las emociones (e.g., ira y hostilidad, culpa, vergüenza, dolor, tristeza, alegría, esperanza, amor, etc.) que se

producen en respuesta a una situación concreta, constituida por estímulos externos relevantes para la supervivencia, por el procesamiento de estímulos simbólicos o por la activación de memorias afectivas/emocionales (Lang, 1979; Ventura, 2002). El estado emocional suele considerarse otro de los elementos importantes en el afrontamiento de situaciones difíciles (Lazarus, 1993) y puede tener consecuencias directas en la salud (Amigo et al. 1998; Lazarus, 2000). Por ejemplo, un elevado nivel de estrés afecta el sistema inmunológico y, al igual que la ansiedad, puede llevar a asumir otros comportamientos de riesgo para la salud, como fumar, beber de manera excesiva alcohol, consumir drogas o alterar los hábitos alimentarios (Brannon y Feist, 2001).

Por último, un aspecto considerado como relevante en el campo de los estilos de vida, es la satisfacción que se tiene sobre la vida, el estilo de vida en general, así como con las prácticas específicas cada dimensión del estilo de vida. Es importante señalar que una persona puede valorar de manera distinta dos o más dimensiones de su estilo de vida, estando satisfecho con unas y no con otras. Este componente valorativo (“satisfacción con”) ha sido considerado dentro de las teorías clásicas de la motivación (Kandel, Schwartz y Jessell, 1997; Reeve, 1994), integrando componentes cognitivos y emocionales que tienen una función activadora, organizadora y directiva de la conducta del individuo con el fin de lograr una meta específica. Esto resulta congruente con lo propuesto por Clemente, Molero y González (2000), quienes señalan que la satisfacción con la vida y el estilo de vida corresponde a un juicio basado en criterios personales, que atiende a las expectativas, las aspiraciones y los objetivos conseguidos por el sujeto, así como a la calidad de vida que percibe para sí mismo; pero a su vez se ve influido por variables de tipo social (entre ellas, las sociodemográficas) y cultural. La propuesta de Clemente et al. hace hincapié en que la valoración implica que el sujeto considere la distancia que existe entre la condición actual y aquella que se desea lograr, y, al pensar en

términos de la motivación, bien cabría añadir que la conducta (o la modificación de ésta) es la que permitiría que la diferencia se redujera y el sujeto alcanzara la meta propuesta.

Un ejemplo claro de integración de la satisfacción, la motivación y la conducta ocurre en el modelo transteórico (Prochaska y Norcross, 2001), aunque los autores no lo propusieran originalmente del modo en que se menciona en este trabajo. En el modelo se hace referencia a tres aspectos importantes que se requieren para comprender en qué etapa de cambio está el individuo, cuáles serían las tareas que debería llevar a cabo para progresar hacia la meta y las intervenciones que resultarían eficaces. Por un lado, se encuentra el nivel de conciencia que tiene el sujeto sobre su problema, lo que correspondería en el ámbito de los estilos de vida, a la identificación de una conducta perjudicial para la salud; en segundo lugar, la presencia o ausencia de la intención del cambio y el tiempo en que se tiene pensado hacerlo; y en tercer lugar, los esfuerzos que realiza el sujeto para modificar su comportamiento, que en el caso de los estilos de vida correspondería a la disminución o eliminación de aquellos que deterioran la salud o a la aparición y mantenimiento de las conductas que la favorecen.

El modelo transteórico muestra la importancia del reconocimiento que la persona realiza del problema para iniciar todo el proceso de cambio, de lo contrario, se considera que se encuentra en una etapa de precontemplación. En la perspectiva que plantea este estudio, el reconocimiento de que existe o no un problema, fue evaluado mediante la valoración del grado de satisfacción con las prácticas que hacen parte de cada dimensión. Las dos fases finales que propone el modelo, la de mantenimiento y finalización, señalarían que el individuo ha logrado disminuir la distancia entre su conducta actual y lo que esperaba lograr y prácticamente ha terminado el proceso del cambio, aunque en la fase de mantenimiento tendría que realizar algunos esfuerzos para prevenir la recaída, mientras que aquello ya no ocurriría en la última etapa (Prochaska y Norcross, 2001).

Por tal motivo, y teniendo en cuenta la evidencia empírica acumulada sobre el papel de la conducta y la motivación en el mantenimiento y la recuperación de la salud, así como la protección frente a la enfermedad, el propósito de este trabajo es describir los principales comportamientos de los universitarios en cada una de las dimensiones de los estilos de vida, teniendo en cuenta cuáles pueden ser considerados como positivos o favorables (“prácticas saludables”) o negativos (“prácticas no saludables”) para la salud, y su nivel de satisfacción con dichas prácticas, al igual que con el estilo de vida y el estado general de salud.

## Método

### Participantes

La muestra fue seleccionada de manera intencional e hicieron parte de ella 587 estudiantes de una universidad privada en Colombia (44,7% hombres y 55,3% mujeres). Su edad estaba entre los 16 y 30 años ( $M= 21,25$  años;  $DT= 2,57$ ). Según el estrato socioeconómico, la mayoría estaba en un nivel alto (50,6%) y medio (47,7%). Hubo representación de las distintas facultades de la universidad, teniendo mayor concentración de estudiantes en la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales (14%), seguida por Ingeniería (10%) y Ciencias Económicas y Administrativas (10%). Según el semestre académico, hubo un mayor número de estudiantes de los últimos semestres académicos (23% estaba entre primer y tercer semestres, 22,2% entre cuarto y sexto semestres y 54,8% entre séptimo y décimo semestre); la mayoría eran estudiantes de la jornada diurna (91,9%), sin vinculación al mercado laboral (74,6%). Con relación al estado civil, la mayoría era soltero (92,5%) y el 55,2% de los participantes no tenía pareja.

### Instrumento

La recogida de datos se realizó a través del “Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios” (Cevju; Salazar, Varela, Lema y Cardona, 2007), un instrumento ad hoc<sup>2</sup>, compuesto por tres apartados:

1. Datos sociodemográficos, en el que se reúne información sobre el sexo, la edad, el estado civil, el estrato socioeconómico, el programa académico, el semestre, la jornada académica, el peso, la talla, si tiene pareja y si trabaja actualmente.
2. Las prácticas (75 ítems) en 10 dimensiones del estilo de vida (ejercicio y actividad física, tiempo de ocio, autocuidado y cuidado médico, alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, sueño, sexualidad, relaciones interpersonales, afrontamiento y estado emocional percibido) y otros aspectos relacionados con ellas, como las creencias (24 ítems), la principal motivación para realizar una práctica y el nivel de satisfacción con sus prácticas (9 ítems), la valoración de las habilidades para llevar a cabo las prácticas (10 ítems), la existencia y accesibilidad a recursos que favorezcan la realización de las prácticas (10 ítems) y los factores del contexto que actúan como inhibidores o refuerzos de las prácticas (21 ítems).
3. La satisfacción con el estilo de vida y el estado general de salud (2 ítems). Para este trabajo se consideraron exclusivamente las prácticas y la satisfacción con las prácticas de cada dimensión. Las opciones de respuesta eran tipo Likert, “siempre”, “frecuentemente”, “pocas veces”, “nunca” en el caso de las prácticas; y “alta”, “media”, “baja” para valorar la satisfacción.

### Procedimiento

Se definió la muestra, se llevó a cabo la obtención del permiso de los directivos de la universidad (presentando la aprobación del comité de ética de la institución) y se contactó a los participantes, quienes al ser informados y al haber contestado a sus preguntas se les pidió la firma del consentimiento. La aplicación del cuestionario se hizo de manera grupal y autoaplicada, con un tiempo promedio para cada aplicación de 30 minutos.

<sup>2</sup> Para mayor información sobre el cuestionario puede contactar con M<sup>a</sup> Teresa Varela a: [mtvarela@javerianacali.edu.co](mailto:mtvarela@javerianacali.edu.co)

## Resultados

Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 15,0 para Windows. Inicialmente, se caracterizó la muestra a partir de estadísticos descriptivos y posteriormente se calcularon las puntuaciones obtenidas en las

prácticas. De acuerdo con el rango de calificación que se estableció según el número de ítems que compone cada dimensión, las puntuaciones medias más bajas indican prácticas saludables, mientras que las más altas prácticas poco saludables (Véase Tabla 1).

Tabla 1. Medidas de tendencia central y de dispersión de las dimensiones del estilo de vida, según las prácticas y satisfacción con el estilo de vida y el estado general de salud

Dimensiones del estilo de vida	n	M	DT	Mdn	Punto medio	Puntuación		Percentil		
						Mín.	Máx.	25	50	75
1. Ejercicio y actividad física	572	8,743*	2,201	9	7,5	3	12	7	9	10
2. Tiempo de ocio	572	9,479*	2,186	10	10	4	16	8	10	11
3. Autocuidado y cuidado médico	542	15,443*	2,86	15	20	7	28	14	15	17
4. Alimentación	520	21,885*	3,829	21	27,5	11	44	19	21	24
5. Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales	579	10,511*	3,604	9	16,5	6	27	8	9	13
6. Sueño	531	15,808*	3,137	16	19,5	8	31	14	16	18
7. Sexualidad	471	18,635*	2,859	18	22,5	9	36	17	18	21
8. Relaciones interpersonales	569	9,083*	2,161	9	12,5	5	20	8	9	11
9. Afrontamiento	568	9,609*	2,36	10	12,5	5	20	8	10	11
10. Estado emocional percibido	533	15,083*	2,841	15	17,5	7	28	13	15	17
11. Satisfacción con el estilo de vida y el estado general de salud	583	3,794*	1,165	4	5	2	8	3	4	4

Nota: \*Media significativamente diferente del punto medio al nivel de significación del 5% (prueba de una cola)

Las puntuaciones obtenidas indican que los universitarios llevan a cabo prácticas saludables en la mayoría de las dimensiones de los estilos de vida, con excepción la de ejercicio y actividad física, ya que el promedio de la calificación es estadísticamente diferente del punto medio de la dimensión, con un nivel de significación del 5%. Los principales comportamientos que se destacan como menos saludables en esta área son: la poca o nula realización de algún ejercicio o práctica corporal durante al menos 30 minutos, tres veces

a la semana (77%), y caminar o montar bicicleta en lugar de tomar otro medio de transporte si necesita moverse a un lugar cercano (67,5%). Según el sexo, hubo diferencias significativas, teniendo prácticas más saludables los hombres que las mujeres ( $Z = -6,184$ ;  $p = 0,000$ ; prueba Mann-Whitney). En cuanto al nivel de satisfacción con esta dimensión, el (51,4)% afirma que se siente satisfecho con sus prácticas de ejercicio y actividad física, el (35,9%) se siente medianamente satisfecho y el 11,9% nada

satisfecho. A medida que aumenta el nivel de satisfacción, los estudiantes realizan prácticas de ejercicio y actividad física más saludables ( $x^2= 44,889$ ;  $p= 0,000$ ; prueba Kruskal-Wallis).

En la dimensión tiempo de ocio, aunque hay más prácticas saludables que no saludables, se presenta una mayor tendencia que en el resto de las dimensiones, al punto medio. Entre las prácticas positivas se destaca que el 76,5% de los jóvenes realiza todos o la mayoría de los días alguna actividad de ocio que les permite descansar o relajarse, y el 63,8% comparte tiempo o actividades con la familia, amigos o pareja; el 52,2% realiza alguna actividad de diversión, cultural o artística todas o la mayoría de las semanas en el transcurso de un mes. Con relación a las actividades para el desarrollo personal, sólo el 16,8% las hace todas o la mayoría de las semanas del mes. En esta dimensión no se encontraron diferencias significativas por sexo ( $Z= -0,570$ ;  $p= 0,569$ ; prueba Mann-Whitney). Respecto a la satisfacción con las prácticas de ocio, se encontró que sólo el 47,9% de los estudiantes lo está, el 43,2% se siente medianamente satisfecho y el 8,9% no se siente satisfecho. Adicionalmente, a medida que disminuye la satisfacción de los estudiantes, éstos tienen prácticas menos saludables ( $x^2= 41,136$ ;  $p= 0,000$ ; prueba Kruskal-Wallis).

En lo que se refiere al autocuidado y cuidado médico, se observan prácticas saludables. El 96,2% se baña al menos una vez al día siempre o frecuentemente, el 93,7% pocas veces o nunca llevan consigo armas a la universidad, el 88,7% siempre o frecuentemente se cepilla después de cada comida, el 81,2% de los jóvenes menciona cumplir todas y la mayoría de las veces las medidas de seguridad vial, el 73,6% ha visitado al odontólogo durante el último año, el 67,2% procura seguir siempre o frecuentemente todas las recomendaciones hechas por el médico, el 65,4% de los estudiantes pocas veces o nunca toma medicamentos para aliviar un dolor sin ser recomendados por un profesional de la salud, y el 62,0% se ha realizado un chequeo médico preventivo. Sin embargo, el 62,8% pocas veces o nunca se protege de los rayos solares

utilizando bloqueador solar, y el 51,0% pocas veces o nunca se realiza autoexploraciones para detectar cambios en el cuerpo. Se encontraron diferencias significativas según el sexo, teniendo las mujeres prácticas más saludables que los hombres ( $Z= -3,938$ ;  $p= 0,000$ ; prueba Mann-Whitney). Por otra parte, el 46% de los jóvenes se encuentra satisfecho con sus prácticas de autocuidado y cuidado médico, el 49,4% se siente medianamente satisfecho y el 4,6% no se siente satisfecho. En cuanto al grado de satisfacción con la dimensión autocuidado y cuidado médico se encontró que a medida que los jóvenes aumentan la satisfacción tienen prácticas más saludables que quienes tienen una baja satisfacción ( $x^2= 63,950$ ;  $p= 0,000$ ; prueba Kruskal-Wallis).

La dimensión de alimentación puntuó como saludable, y entre las prácticas saludables están: el consumo de proteínas todos los días o la mayoría de los días (91,9%); no comer en exceso cuando no se tiene hambre o hacerlo en pocas ocasiones (88,3%); no vomitar ni tomar laxantes después de comer (87,9%); no dejar de comer aunque no tenga hambre o hacerlo en pocas ocasiones (87,9%); consumir harinas y cereales todos los días o la mayoría de los días (83,9%); no omitir alguna de las comidas principales o hacer pocas veces (74,6%); realizar las principales comidas en horarios establecidos (69,8%); comer frutas y verduras todos o la mayoría de los días (64,7%). No obstante, también se identificaron prácticas poco saludables como: consumir comidas rápidas o fritos la mayoría de los días o algunos días (80,4%), tomar bebidas gaseosas la mayoría de los días o algunos días (71%), tomar medicamentos o productos naturales para bajar o subir de peso (70,8%), realizar dietas sin supervisión médica (69,1%) y no tomar aproximadamente ocho vasos de agua o hacerlo sólo algunos días (67,7%). Se encontraron diferencias significativas en las prácticas de alimentación según el sexo, pues las mujeres tienen prácticas más saludables que los hombres ( $Z= -2,255$ ;  $p= 0,024$ ; prueba Mann-Whitney). En cuanto a la satisfacción frente a sus prácticas de alimentación, el 43,6% de los

estudiantes manifiesta que es alta, el 49,8% se siente medianamente satisfecho y el 6,6% informa no estar satisfecho. Respecto al grado de satisfacción con la dimensión alimentación, se encuentra que si los estudiantes disminuyen su nivel de satisfacción, tienen prácticas menos saludables de alimentación ( $\chi^2= 40,957$ ;  $p= 0,000$ ; prueba Kruskal-Wallis); mientras que quienes tienen una satisfacción alta, poseen mejores prácticas de alimentación.

La puntuación media del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales indica la presencia de un mayor número de prácticas saludables. Con relación a la frecuencia se encontró que el 51,7% de los estudiantes consume alcohol de vez en cuando (eventos sociales), el 28,5% una vez a la semana y el 16,2% no toma; con relación al consumo de tabaco, el 61% de los estudiantes no fuma, el 13,3% una vez al día y el 15,8% varias veces al día. El consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, alucinógenos, etc.) se distribuyó así: el 82,1% de los estudiantes no las consume, el 11,4% lo hace de vez en cuando, el 2,4% una vez a la semana y el 2,4% una vez al día. Las diferencias por sexo fueron significativas ( $Z= -4,848$ ;  $p= 0,000$ ; prueba Mann-Whitney) teniendo las mujeres prácticas más saludables, es decir, menores niveles de consumo. Con relación a otras prácticas asociadas al consumo de drogas, el 89,6% de los estudiantes pocas veces o nunca deja de hacer actividades sociales, académicas o laborales por tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales; el 91,8% pocas veces o nunca ha asistido a la universidad después de consumir bebidas alcohólicas o drogas ilegales y el 61,9% consume té o café pocas veces o nunca. Por otra parte, en lo correspondiente al nivel de satisfacción con las prácticas de esta dimensión, el 36,3% de los estudiantes se siente satisfecho con ellas, el 36,4% medianamente satisfecho y el 27,3% no se siente satisfecho con éstas. En cuanto al grado de satisfacción en el consumo de sustancias psicoactivas, se encuentra que los estudiantes que tienen una satisfacción alta y baja ( $\chi^2= 57,964$ ;  $p= 0,000$ ; prueba Kruskal-Wallis) son quienes tienen prácticas más saludables.

En la dimensión de sueño existe una tendencia hacia lo saludable. Entre las principales prácticas se encuentran: acostarse y levantarse a una hora habitual todos o la mayoría de los días (91,1%), no despertarse en la noche o que ocurra sólo algunos días (88,1%), no utilizar pastillas o bebidas alcohólicas para conciliar el sueño (82%), dormirse sin dificultad en la noche (69,3%), no dejar de dormir lo necesario por realizar alguna actividad académica, laboral, social o de ocio o hacerlo sólo algunas veces (64,9%) y no tener despertares nocturnos o en caso de presentarse dormirse nuevamente con facilidad (49,2%). Con relación al patrón de sueño, se encontró que el 49,6% de los estudiantes duerme generalmente más de 9 horas, el 44,3% entre 4 y 6 horas y el 6% entre 7 y 8 horas. Por otra parte, con relación a la satisfacción con las prácticas de sueño, el 48,3% se siente medianamente satisfecho, el 39,5% altamente satisfecho y el 12,2% no se encuentra satisfecho. Los estudiantes que mencionan tener un nivel de satisfacción bajo en las prácticas de sueño, son quienes tienen prácticas menos saludables ( $\chi^2= 67,261$ ;  $p= 0,000$ ; prueba Kruskal-Wallis). No hubo diferencias por sexo en esta dimensión ( $Z= -1,44$ ;  $p= 0,150$ ; prueba Mann-Whitney).

En sexualidad se encontró que el 70,7% de los estudiantes tiene relaciones sexuales con personas del sexo opuesto, el 5,2% tiene relaciones sexuales con personas del mismo sexo, el 33,6% mira revistas, videos o páginas pornográficas y el 8,3% tiene relaciones sexuales virtuales. La puntuación media en la dimensión indica que las prácticas evaluadas son saludables, por ejemplo, expresar a la pareja las preferencias y nivel de satisfacción con las relaciones sexuales (79%), utilizar algún método anticonceptivo (54,5%) y buscar información en textos científicos o con profesionales de la salud sobre su sexualidad (72,2%); no llevan a cabo prácticas de riesgo, como tener relaciones sexuales por dinero (85,5%), en grupo (87,8%) o anales (63,2%). No obstante, algunos grupos de personas tienen comportamientos de riesgo, como no utilizar el condón cada vez que tienen relaciones sexuales (70,8%), y tener tres o más

parejas sexuales en un año (14,4%). Otra práctica no saludable es no tener (o sólo en ocasiones) juegos eróticos con la pareja como parte de sus relaciones sexuales (64,3%). No se identificaron diferencias en las prácticas según el sexo ( $Z = -0,385$ ;  $p = 0,700$ ; prueba Mann-Whitney). En el ámbito de la sexualidad, además de evaluar la satisfacción con las prácticas, se conoció la satisfacción con la orientación sexual. En cuanto a lo primero, el 65,7% está satisfecho, el 28,8% se siente medianamente satisfecho y el 5,5% no se siente satisfecho; y quienes están medianamente satisfechos con sus prácticas son quienes tienen prácticas sexuales menos saludables ( $\chi^2 = 31,664$ ;  $p = 0,000$ ; prueba Kruskal-Wallis). Respecto a la satisfacción con la orientación sexual (ya sea heterosexual, homosexual o bisexual), el 82,2% de los estudiantes se siente satisfecho, el 13,7% medianamente y el 4,2% no se siente satisfecho. Los estudiantes que no se sienten satisfechos con su orientación sexual ( $\chi^2 = 13,702$ ;  $p = 0,000$ ; prueba Kruskal-Wallis) son quienes tienen prácticas sexuales menos saludables.

La dimensión de relaciones interpersonales mostró que los estudiantes tienen prácticas saludables en sus relaciones interpersonales; el 85,8% de los estudiantes expresa a las personas cercanas el afecto mediante palabras o el contacto físico, el 89,4% escucha y ayuda a sus amigos cuando lo necesitan, el 87,2% expresa sus gustos, preferencias y opiniones a otros. Un grupo que presenta un comportamiento negativo, es aquel que agrede física o verbalmente a otros (14,1%). Se encontraron diferencias significativas según el sexo, y son las mujeres quienes presentan relaciones interpersonales más saludables ( $Z = -3,711$ ;  $p = 0,000$ ; prueba Kruskal-Wallis). Respecto a la satisfacción de los estudiantes con sus relaciones interpersonales se encontró que el 61,9% están satisfechos, el 35,2% se siente medianamente satisfecho y el 2,9% no lo están. Los estudiantes que se sienten medianamente satisfechos con sus relaciones interpersonales ( $\chi^2 = 70,929$ ;  $p = 0,000$ ; prueba Kruskal-Wallis) son quienes tienen prácticas menos saludables.

El afrontamiento en este grupo de estudiantes muestra un conjunto de prácticas

saludables, como: el 90,1% de los estudiantes se enfrenta a una situación difícil o problemática y la soluciona en caso de ser factible; el 88,7% evalúa la situación para identificar si puede hacer algo para cambiarla, el 86,5% se esfuerza por comprender en qué consiste la situación antes de intentar solucionarla y el 72,8% busca ayuda o apoyo por parte de otras personas; el 64,1% acepta y se ajusta a aquellas situaciones que no puede cambiar. Sin embargo, al evaluar el nivel de satisfacción con la forma en que generalmente enfrenta las situaciones difíciles o problemáticas, el 58,2% se siente medianamente satisfecho, el 35,4% se siente satisfecho y el 6,4% no se siente satisfecho. Los estudiantes que mencionan tener un nivel de satisfacción bajo ( $\chi^2 = 49,522$ ;  $p = 0,000$ ) son quienes informan de modos de afrontamiento menos saludables. No existen diferencias por sexo, respecto a las prácticas de afrontamiento ( $Z = -0,055$ ;  $p = 0,956$ ; prueba Mann-Whitney).

En relación al Estado emocional percibido, se halló que en general se percibe que experimentan estados emocionales positivos como alegría (84,7%) y optimismo y esperanza (78,7%); en pocas ocasiones sienten manía<sup>3</sup> (81,1%), enojo, ira u hostilidad (62,7%), soledad y aislamiento (76,1%), tristeza, decaimiento o aburrimiento (55,7%) ni angustia, estrés o nerviosismo (52,9%). No se encontraron diferencias significativas por sexo respecto al estado emocional percibido ( $Z = -0,289$ ;  $p = 0,772$ ; prueba Mann-Whitney).

Finalmente, con relación a la satisfacción con el estilo de vida y el estado general de salud, se encontró que la mayoría está satisfecha, el 88,1% de los estudiantes lo está respecto a su forma de vivir y el 78,7% con su estado de salud físico y emocional. Se encontraron diferencias significativas según el sexo, los hombres presentan una mayor satisfacción con su estilo de vida y el estado general de salud que las mujeres ( $Z = -2,70$ ;  $p = 0,007$ ; prueba Mann-Whitney).

<sup>3</sup> Entendida como euforia extrema, sensaciones de poder, mucha energía e ideas simultáneas e incontrolables.

## Discusión

El presente artículo describe las prácticas que hacen parte del estilo de vida de los jóvenes de una universidad privada del suroccidente de Colombia, las diferencias que existen según el sexo y el nivel de satisfacción que tienen respecto a sus propios comportamientos. Igualmente, se presenta la satisfacción de los universitarios respecto a su estilo de vida y estado general de salud.

Se evaluaron 10 dimensiones del estilo de vida, y de éstas, los jóvenes tuvieron nueve, consideradas como saludables, con excepción de ejercicio y actividad física. Entre las nueve dimensiones saludables, seis mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (“prácticas saludables” vs. “prácticas no saludables”): autocuidado y cuidado médico; alimentación; consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales; sueño, sexualidad y relaciones interpersonales. No obstante, la dimensión de sexualidad requeriría una revisión especial, puesto que las prácticas que puntúan como saludables (e.g., expresar a la pareja las preferencias sexuales), aunque son importantes en función de la salud sexual, no necesariamente tienen el mismo impacto que aquellas en las que se observan menores puntuaciones (utilizar el condón cada vez que se tiene una relación sexual). Por otra parte, en las dimensiones de tiempo de ocio, estado emocional percibido y afrontamiento, aunque hay más prácticas saludables que no saludables, existe una mayor tendencia al punto medio que en las demás dimensiones que también se identificaron como saludables. Esto significaría que en estas áreas es importante realizar una revisión detallada de los comportamientos, pues se está en mayor riesgo de que en algún momento estos aspectos de la vida de los universitarios puedan verse afectados de manera negativa debido a un predominio de prácticas no saludables.

Al realizar las comparaciones según el sexo, las mujeres presentan un mayor número de dimensiones saludables ( $p < 0,05$ ) que los hombres, lo cual parece ser congruente con algunos planteamientos y hallazgos empíricos

(Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003) sobre la capacidad de la mujer para cuidar más de sí misma, una tarea que quizás corresponda con los roles de género asignados especialmente en la cultura occidental. Sólo en la dimensión de ejercicio y actividad física, los hombres presentaron mayores prácticas saludables que las mujeres, y esto de manera significativa, lo cual es coherente con los planteamientos de Elizondo, Guillén y Aguinaga (2005), quienes sugieren que las mujeres tienen un estilo de vida más sedentario que los hombres y que éstos son los que realizan la práctica deportiva en mayor proporción. Este asunto de las diferencias por sexo, resulta aún más interesante cuando se considera la evaluación subjetiva que realizan los hombres y las mujeres sobre sus estilos de vida y su estado general de salud, puesto que los primeros manifiestan una mayor satisfacción con su forma de vida, con lo cual podría pensarse que tienen un menor nivel de conciencia sobre las áreas o las prácticas problemáticas y el impacto que pueden tener (a medio y largo plazo) en su salud.

Reconociendo el papel que desempeña el comportamiento como un determinante del estado de salud y como componente principal del estilo de vida (Fernández del Valle, 1996; Lalonde, 1974; Suls y Rothman, 2004), cabe resaltar que, por ejemplo, en la dimensión de tiempo de ocio se encontraron conductas orientadas al descanso, la relajación y la interacción con familiares, amigos y pareja, con lo cual se favorece no sólo la salud, sino la inclusión social (Rodríguez y Agulló, 1999; ONU, 2005). En autocuidado y cuidado médico sobresalen la asistencia a controles médicos preventivos y el seguimiento de las recomendaciones de los profesionales de la salud, que es congruente con lo planteado por Hernán et al. (2004), acerca de que dichos actos permiten tener algún nivel de control sobre la salud. En alimentación, a diferencia de los resultados presentados por Sámano, Flores-Quijano y Casanueva (2005), quienes trabajaron con adolescentes mexicanos, los jóvenes de este estudio presentaron un consumo adecuado de todos los grupos de alimentos, y la mayoría tenía hábitos regulares para la alimentación. Respecto

al sueño, se encontró que los universitarios mantienen patrones estables de sueño sin necesidad de utilizar sustancias inductoras del mismo, y esto es un elemento que favorece la salud física y psicológica, permite recuperar la energía después de las actividades cotidianas y contribuye a mejorar la concentración, el estado de ánimo y el rendimiento físico e intelectual (Buela-Casal y Sierra, 1994; Miró et al. 2005 y Sierra, Jiménez y Domingo, 2002). En cuanto a las relaciones interpersonales, se destaca que los estudiantes logran establecer relaciones positivas, caracterizadas por expresiones apropiadas de afecto así como de gustos, preferencias y opiniones; la ayuda a los amigos y la búsqueda de diversión y compañía. En la dimensión de afrontamiento todas las prácticas parecen ser indicadas para solucionar problemas, con excepción de aquellos casos en que se les dificulta admitir que no pueden cambiar las situaciones, pero que siguiendo el planteamiento de Lazarus y Folkman (1984), podría pensarse que se trata de tener estrategias activas y de lucha frente a las demandas.

Por otra parte, en cuanto se analiza el alto nivel de satisfacción hallado respecto al estilo de vida y el estado general de salud y la existencia de un mayor número de dimensiones saludables, se observa cierto nivel de coherencia entre lo que se hace y se percibe como efecto del comportamiento. Sin embargo, visto desde la perspectiva del modelo de etapas del cambio, también podría considerarse que el nivel de satisfacción, sobretudo el más bajo, puede ser un asunto que permita ayudar a discriminar mejor las posibilidades de que un individuo pueda realizar un cambio en la conducta; ya que en este modelo se considera que es fundamental que las personas estén en una fase de contemplación para modificar su comportamiento. Esto implica que el individuo sea capaz de admitir que tiene un problema y esté pensando seriamente en superarlo, aunque todavía no tenga un compromiso para actuar (Prochaska y Norcross, 2001). No obstante, debe tenerse en cuenta que las personas pueden permanecer durante largos períodos de tiempo en la etapa

de la contemplación, es decir, sin pensar que su conducta o su estilo de vida sea problemático, aunque los demás (sobretudo las personas más cercanas del entorno) así lo consideren.

Esta misma lógica sería la que se aplicaría a este grupo de jóvenes que participaron en el estudio, pero examinando la correlación que existe entre su nivel de satisfacción (alto, medio, bajo) con las prácticas, y si la dimensión a la que pertenecen las conductas es o no saludable. De acuerdo con el modelo transteórico, tendrían un mayor acercamiento al cambio aquellos estudiantes que tuvieron una baja o mediana satisfacción con sus prácticas y éstas fueron poco saludables, como por ejemplo, en tiempo de ocio, alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, sueño, sexualidad, afrontamiento.

Si se sigue este mismo criterio del modelo en la dimensión de ejercicio y actividad física, que resultó no saludable pero en la que la mayoría de los estudiantes están satisfechos con sus prácticas, se podría considerar que probablemente no se está preparado para el cambio, debido a que los individuos no la consideran un área problemática (etapa de precontemplación según Prochaska y Norcross, 2001), y este tipo de percepción de la situación podría ser una condición de riesgo para la salud a largo plazo, si se tiene en cuenta que una baja actividad física y de ejercicio, puede contribuir al desarrollo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares (Amigo, et al. 1998; Elizondo, Guillén y Aguinaga, 2005; Gámez, 2005; Guerra et al. 2006; Ramírez-Hoffman, 2002; Sparling, Owen, Lambert y Haskell, 2000; Velasco, 2004; WHO, 2008a), o implica carecer de una alternativa de modulación del estado emocional, que bien podría ser útil para los casos de los estudiantes que señalaron que la mayoría del tiempo presentaban estados emocionales negativos relacionados con la ira, la ansiedad y la depresión.

Igualmente, se encuentran algunas dimensiones, como tiempo de ocio, autocuidado y cuidado médico, alimentación, en las que hubo un alto nivel de satisfacción, y quienes

pertenecían a dicho nivel tenían prácticas más saludables. En estos casos, se observa que hay coherencia entre ambos aspectos y es factible que los sujetos estén en un momento más avanzado dentro del modelo de cambio (etapa de finalización), porque la persona posee una conducta apropiada (coherente en este caso con el mantenimiento de la salud) y no tiene necesariamente que trabajar para prevenir la recaída; además, posee una total confianza en sí misma (autoeficacia) en todas las situaciones de riesgo, con muy poca posibilidad de presentar la conducta de riesgo (Prochaska y Norcross, 2001).

Aunque hasta el momento se ha afirmado que cuando se valora el nivel de satisfacción con las prácticas que corresponden a cada dimensión, puede tenerse una aproximación al nivel de comprensión que tienen los universitarios acerca de si tienen o no comportamientos que pueden ser perjudiciales o beneficiosos para la salud, bien cabe señalar una limitación sobre las características metodológicas de este estudio, pues ellas sólo permiten hacer una aproximación de carácter exploratorio y en algunos casos de tipo correlacional, al tema de los estilos de vida que se relacionan con la salud.

Por otra parte, una ventaja es que los resultados obtenidos permiten pensar en la posibilidad de llevar a cabo programas de educación y promoción de la salud o de prevención de la enfermedad. Es importante considerar que aunque los estudiantes se muestran en general satisfechos con sus conductas, existen tres situaciones que requieren especial atención. Una es la presencia de prácticas específicas que constituyen un factor de riesgo para la salud (e.g., un alto consumo de bebidas gaseosas o artificiales -jugos, leche azucarada, etc.-, y comidas rápidas -pizzas, hamburguesas y perros calientes-, fritos, mecateo o postres; realizar dietas sin supervisión médica, consumir medicamentos para bajar o subir de peso); otra, la presencia de estados emocionales negativos como la tristeza, el decaimiento o el aburrimiento, al igual que la angustia, el estrés o el nerviosismo, pues un porcentaje considerable de estudiantes informó que los ha experimentado

la mayoría del tiempo en los últimos seis meses de su vida, y en esos casos habría que revisar si estos constituyen algunos síntomas de cuadros clínicos como la ansiedad y la depresión; y finalmente, la carencia de conductas dentro de los repertorios habituales del individuo que podrían ser un elemento protector frente a la posibilidad de enfermar o tener una condición de salud no deseada (e.g., no usar condón en todas las relaciones sexuales; no usar anticonceptivos; caminar, montar bicicleta, hacer deporte o alguna práctica corporal con poca frecuencia; no utilizar algún tipo de protección solar; no realizar autoexploraciones para detectar cambios en el cuerpo; omitir algunas veces las comidas principales, incluso teniendo hambre; tomar poca agua en el día; dificultad para aceptar en algunas ocasiones que las situaciones no se pueden cambiar).

Los resultados obtenidos en este estudio permiten tener una aproximación a los estilos de vida de los universitarios, reconociendo no sólo los comportamientos en cada una de las dimensiones evaluadas, sino el grado de satisfacción que se tiene con ellos; así como las diferencias de sexo y la satisfacción de los jóvenes con su estilo de vida y el estado general de salud. Adicionalmente, al analizar la relación entre las conductas y la satisfacción, se plantean aspectos motivacionales para el cambio, que son analizados siguiendo el modelo transteórico y proponiendo, a partir de allí, algunos puntos claves para el diseño de estrategias de intervención en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Todo esto, teniendo como punto de partida que los estilos de vida son ampliamente reconocidos como uno de los elementos determinantes de la salud, el bienestar y la calidad de vida (Fernández del Valle, 1996; Lalonde, 1974; Suls y Rothman, 2004), además de ser la variable que se encuentra bajo el control de los individuos y son susceptibles de modificarse (Fernández del Valle, 1996; Zapata, 2006), al menos en las dimensiones (e.g., ejercicio y actividad física, sexualidad, consumo de drogas, etc.) que lo requiera.

## Referencias

- Acosta, M. V. y Gómez, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 1, 9-21.
- Alcalá, M., Azañas, S., Moreno, C. y Gálvez, L. (2002). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. *Medicina de la familia*, 3, 2, 81-87.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34, 4, 186-195.
- Arrivillaga, M. y Salazar, I. C. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*, 13, 1, 19-36.
- Bauman, A. y Phongsavan, P. (1999). Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. *Drug Alcohol Dependence*, 55 (3), 187-207.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (2001). Consumo problemático de sustancias. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos generales* (pp. 213-236). Madrid: Siglo XXI.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. *Alapsa*, 5, 1-40.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: International Thomson Editores Spain.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (1994). *Los trastornos del sueño. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide S.A.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (1996). Evaluación de los trastornos del sueño. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 307-336). Madrid: Siglo XXI.
- Caballero, G. (2004). Conocimientos y actitudes sexuales de los géneros en la salud reproductiva de los adultos jóvenes. *Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 1(1), 31-38.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Navarro, J. F. y Sierra, J. C. (1998). Tratamiento conductual de los trastornos del sueño. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 285-319). Madrid: Siglo XXI.
- Cadavid, L. y Salazar, I. C. (2006, septiembre). Prácticas que caracterizan los estilos de vida en salud de los universitarios. En I. C. Salazar (Presidente), *La evaluación de los estilos de vida en salud de los universitarios*. Simposio realizado en el Seminario de Investigación en Psicología de la Salud, Cali, Colombia.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Carrasco, A. M. (2004). Consumo de alcohol y estilos de vida: una tipología de los adolescentes españoles. *Revista de Psicología Social*, 19, 51-79.
- Clemente, A., Molero, R. y González, F. (2000). Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas. *Anales de Psicología*, 16, 189-198.
- Domínguez, L. y Díaz, E. (2006). La Evaluación de los trastornos del sueño. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 281-297). Madrid: Pirámide.
- Elizondo, J. J., Guillén, F. y Aguinaga, I. (2005). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años

- de Pamplona. *Revista Española de Salud Pública*, 79,5, 559-567.
- Fernández del Valle, J. (1996). Evaluación ecopsicológica de los estilos de vida. En G. Buéla, V. E. Caballo y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 1071-1089). Madrid: Siglo XXI.
- Flórez, L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y prevención*. Bogotá: Manual Moderno.
- Gámez, R. (2005). Intervenciones efectivas en promoción de la actividad física. *Kinesis*, 42, 58-61.
- González, L. (2005). *Hábitos alimenticios*. Recuperado el 19 noviembre, 2005, de [http://ucce.ucdavis.edu/freeform/spanol/documents/nutricion\\_y\\_salud1688.pdf](http://ucce.ucdavis.edu/freeform/spanol/documents/nutricion_y_salud1688.pdf)
- Guerra, S., Teixeira-Pinto, A., Ribeiro, J. C., Ascensão, A., Magalhães, J., Andersen, L. B., Duarte, J. A. y Mota, J. (2006). Relationship between physical activity and obesity in children and adolescents. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 46, 1, 79-83
- Hernán, M., Ramos, M. y Fernández, A. (2004). La salud de los jóvenes. *Gaceta Sanitaria*, 18,1, 47-55
- Kandel, E., Schwartz, J. y Jessell, T. (1997). *Neurociencia y conducta*. Madrid: Prentice Hall.
- Kornblit, A., Mendes, A. M. y Adaszko, D. (2006). *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, 47, 1-83. Recuperado el 17 abril, 2007, de <http://www.iigg.fsoc.uba.ar/Publicaciones/DT/DT47.pdf>
- Lalonde, M. (1974). *A New perspective on the health of Canadians*. A working document. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
- Lange, I., Urrutia, M., Campos, C., Gallegos, E., Herrera, L., Jaimovich, S., Luarte, M., Madigan, E. y Fonseca da Cruz, I. (2006). *Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina*. Recuperado el 27 julio, 2007, de <http://pwr-chi.bvsalud.org/dol/docsonline/get.php?id=233>
- Lazarus, A. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55,3, 234-247.
- Lazarus, A. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.
- Lazarus, A. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer Publishing.
- Londoño, C., García, W., Valencia, S. C. y Vinaccia, S. (2005). Expectativas frente al consumo alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*, 21, 2, 259-267.
- Mesa, M. I., Barella, J. L. y Cobeña, M. (2004). Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. *Atención Primaria*, 33, 7, 374-380.
- Miró, E., Cano-Lozano, M. C. y Buéla-Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27.
- Morell, M. y Cobaleda, E. (1998). La nutrición como base para la salud. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp.249-283).Madrid: Siglo XXI.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Promoting physical activity and active living in urban environments*. Recuperado el 18 septiembre, 2006, de <http://www.euro.who.int/document/e89498.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2005). *Informe sobre la juventud mundial*. Recuperado el 30 agosto, 2006, de <http://www.cinu.org.mx/jovenes/informejuv05completo.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2007). *Panorama de la salud en la región. Salud en las Américas*. Recuperado el 15 enero, 2006, de [http://www.paho.org/hia/documentos/Esp/HIAbookletCompiled%20-%20Esp.pdf#search="panorama](http://www.paho.org/hia/documentos/Esp/HIAbookletCompiled%20-%20Esp.pdf#search=)

- Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. M. (2006). La evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 211-233). Madrid: Pirámide.
- Prochaska, J. O. y Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy*, 38, 4, 443-448.
- Ramirez- Hoffman, H. (2002). Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Revista Colombia Médica*, 33,1, 3-5.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y Emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, J. y Agulló, E. (1999). Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. *Psicothema*, 11,2, 247-259.
- Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22,1, 27-50.
- Salazar, I. C. y Cáceres, D. E. (2004, noviembre). Identificación de factores de riesgo y de protección para el consumo de sustancias psicoactivas [SPA] en jóvenes. En V. E. Caballo, S. Anguiano y L. Reynoso (Eds.), *Memorias IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 90). Iztacala: Editorial Pax México.
- Salazar, I. C., Varela, M. T., Cáceres, D. E. y Tovar, J. R. (2005, diciembre). Análisis de factores de protección y de riesgo para el consumo alcohol y tabaco en jóvenes. En M. E. Ortiz (Ed.), *Psicología de la Salud y Adicciones*. Simposio realizado en el III Congreso Latinoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, La Habana, Cuba.
- Salazar, I. C., Varela, M. T., Cáceres, D. E. y Tovar, J. R. (2006). Consumo de alcohol y tabaco en jóvenes colombianos: factores psicosociales de riesgo y protección. *Psicología Conductual*, 14, 1, 77-101.
- Salazar, I. C., Varela, M. T., Lema, L. F. y Cardona, M. A. (2007). *Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios* (Cevju). Sin publicar, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia
- Salazar, I. C., Varela, M. T., Tovar, J. R. y Cáceres, D. E. (2006). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 19-30.
- Sámamo, R., Flores-Quijano, M. E. y Casanueva, E. (2005). Conocimientos de nutrición, hábitos alimentarios y riesgo de anorexia en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 6 (2). Recuperado 15 julio, 2007, de <http://www.respyn.uanl.mx/vi/2/articulos/conocimientos.htm>.
- Sierra, J. C., Jiménez, C. y Domingo, J. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*, 25, 35-43.
- Sparling, P., Owen, N., Lambert, E., y Haskell, W. (2000) Promoting physical activity: the new imperative for public health. *Health Educational Research*, 15, 367-376.
- Suls, J. y Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23, 119-125.
- Varela, M. T, Salazar, I. C., Cáceres, D. E. y Tovar, J. R. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3,8, 31-45.
- Velasco, M. (2004). Actividad física, recreación y calidad de vida. *Kinesis. Educación física y deporte*, 39, 61-63.
- Ventura, M. (2002). Procesos emocionales y afectivos. *Pensamiento Psicológico*, 1,1, 9-24.
- Vickers, K., Patten, C. y Lane, K. (2003) Depressed versus non depressed young adult tobacco users: Differences in coping style, weight concerns, and exercise level. *Health Psychology*, 22, 5, 498-503.
- World Health Organization. (2002). *The World health report 2002. Reducing risks to health, promoting healthy life*. Recuperado

- el 1 febrero, 2007, de <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- World Health Organization. (2005). *Public Health caused by harmful use of alcohol*. Recuperado el 1 mayo, 2007, de <http://www.who.int/nmh/a5818/en/>.
- World Health Organization. (2008). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Recuperado el 1 marzo, 2008, de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/diet/en/index.html>.
- Wu, T., Rose, S. y Bancroft, J. (2006). Gender differences in health risk behaviors and physical activity among middle school student. *Journal School Nursing*, 22, 1, 25-31.
- Zapata, Y. (2006). *Sistemas de seguridad social*. Material de trabajo de la Especialización de Administración en Salud. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia.