

ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

LIFE STYLE IN UNIVERSITY STUDENTS

Recibido: 2 de mayo de 2013/Aceptado: 8 de agosto de 2013

MARTHA MUÑOZ ARGEL *

ALICIA URIBE URZOLA **

Universidad Pontificia Bolivariana - Montería - Colombia

Key words:

Life styles, Beliefs, Practices,
University students,
Socio economic stratum.

Palabras clave:

Estilos de vida, Creencias, Prácticas,
Estudiantes universitarios,
Estratos socioeconómicos.

Abstract

This research paper aims to identify life style based on specific practices and beliefs and to analyze the socio-economical stratum at a university level. The research design is transversal and descriptive and the tool used was the Practices and Beliefs About Life Style Questionnaire. The socio-economical stratum was established through database entry and an enrollment category assigned by the university. For the sample 180 students were chosen through a random and systematic sampling method. The results show the prevalence of a healthy life style with discrepancies between practices and beliefs. In relation to the socio-economic stratum, differences were not showed.

Resumen

El presente artículo de investigación tiene como objetivo identificar el estilo de vida a partir de las prácticas y las creencias, así como analizar la variable estrato socioeconómico en el contexto del nivel educativo universitario. El diseño de investigación es transversal descriptivo y el instrumento utilizado fue el Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre el Estilo de Vida. El estrato socioeconómico se estableció mediante la base de datos de ingreso y categoría de matrícula asignada por la universidad. La muestra fue constituida por 180 estudiantes universitarios, que fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio por conglomerado y sistemático. Los resultados muestran la prevalencia del estilo de vida saludable, con discrepancias entre prácticas y creencias, y en relación con el estrato socioeconómico, no se presentaron diferencias significativas.

Referencia de este artículo (APA):

Muñoz, M. & Uribe, A. (2013). Estilos de vida en estudiantes universitarios. En *Psicogente*, 16(30), 356-367.

* Docente, Universidad Pontificia Bolivariana Montería. Email: martha.munoz@upb.edu.co

** Docente, Universidad Pontificia Bolivariana Montería. Email: alicia.uribe@upb.edu.co

INTRODUCCIÓN

El interés de investigar sobre el estilo de vida deriva de la necesidad de identificar relaciones entre los hábitos de las personas, sus condiciones de vida y su salud. En principio, los estudios acerca de los estilos de vida datan del siglo pasado y aún existen límites por precisar respecto a su investigación. Conforme a esto, su definición enfatiza una serie de aproximaciones en relación con la salud, en tanto implica riesgo o protección de esta. Así, el estilo de vida indica un conjunto de decisiones que las personas toman en su vida cotidiana y que afectan su salud. Las personas tienen más o menos control sobre tales decisiones, de modo que el estilo de vida saludable se ha entendido como el conjunto de estos patrones de conducta relacionados con su salud. La relevancia de su estudio se determina por el hecho de que ellas tienen la condición de realizar elecciones, en el marco de opciones disponibles o en el contexto de oportunidades ofertados en su propia vida (Cockerham, 2007).

Así pues, entre los aspectos claves del concepto, se resalta su asociación a conductas de carácter relativamente permanentes relacionadas con la salud del individuo, y que son sensibles de potenciarse o limitarse por las decisiones tomadas a partir de las condiciones del contexto social.

De esta forma, el concepto de estilo de vida se ha ido estructurando con base en diversos enfoques y distintas áreas de conocimiento que reconocen el carácter enteramente voluntario del sujeto actuante y cognosciente, así como su relación con diferentes variables, inclui-

das las oportunidades ofrecidas por el contexto y por las condiciones estructurales de vida (Cockerham, 2007; Gil, 2007).

De acuerdo con lo anterior, los determinantes del estilo de vida relacionados con la salud son diversos, y su estudio puede abordarse desde dos perspectivas distintas: una que se interesa en la dinámica del sujeto en su individualidad, que refleja unidad de estilo y de acción en la conducta de las personas; y otra, que transita en la interrelación sujeto-cultura y refiere el término tanto desde aspectos contextuales como de aprendizaje colectivo (Cockerham, Rütten & Abel, 1997).

En este marco, algunos estudios valoran aspectos individuales, como son los factores biológicos y la conducta relacionada con comportamientos asociados con enfermedad. Otros, en cambio, buscan analizar factores comportamentales inmersos en lo sociocultural, como: la 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 (Arrivillaga, Salazar & Correa, 2003). En consecuencia, es clara la relevancia de las variables sociológicas y socioeconómicas en el tema, tales como educación, estrato social, pobreza, sin dejar de lado las particularidades del ser humano debidas a su historia personal.

En tal sentido, la categoría estilo de vida y su relación con la salud representa una comprensión compleja, que involucra factores ontológicos, interpersonales, familiares, ambientales, culturales, económicos y sociales, los cuales convergen en el presente del sujeto (Hernán-

dez & Flórez, 2006). En concordancia con este supuesto, Ruiz Olabuenaga (1989) afirma que los estilos de vida son específicos de grupos concretos, minoritarios, e incluyen diferenciación cultural de gustos y preferencias, es decir, que ellos estructuran un perfil social colectivo e individual, con pautas, hábitos, formas de pensar y sentir pertenecientes a un entorno específico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en aras de unificar criterios que permitan acuerdos en el desarrollo de investigaciones en el tema, recoge las diferentes posturas al considerar el estilo de vida como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, y determinados por la interacción entre características personales, socioeconómicas y ambientales. De esta manera, sintetiza el concepto como un estilo general de vida, basado en la interacción entre las condiciones socioeconómicas y culturales en un amplio sentido, y patrones individuales de conducta determinados por factores personales (OMS, 1989, citado por Roth, 1990).

Por lo anterior, el término estilo de vida indica un conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos, estructurados en el marco de una cultura, que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes, los cuales pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad, dependiendo de su naturaleza (Roth, 1990). Es decir, que esas pautas y hábitos pueden ser saludables o no, en términos que incluyen la instauración, el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición de salud (Rodríguez, 1995).

Los resultados de estudios acerca de los estilos de vida, y, en específico, el análisis de factores tales como grupos de conductas, ideas, dimensiones biológicas y sociales relacionadas de algún modo con la salud, muestran un gran número de evidencias que validan esta definición. Los interrogantes sobre el tema se refieren sobre todo a la participación de factores predisponentes a cambios conductuales y cognitivos en la adopción de ciertos estilos de vida saludables, tales como las variables sexo, edad, estrato socioeconómico o nivel de educación; en tanto las investigaciones asocian factores beneficiosos que, no obstante, son inconsistentes respecto al riesgo frente a la conducta saludable (Pastor, Balaguer & García, 2006), lo que conduce a buscar respuestas a la luz de visiones ecológicas.

Uno de los factores contextuales que se ha relacionado con el estilo de vida, y que poco se ha estudiado, es el estrato socioeconómico. Este adquiere relevancia en cuanto se asocia culturalmente e incluye indicadores de calidad de vida y supuestos básicos para orientar la planeación de la inversión pública en programas sociales como la salud y el saneamiento, amén de los servicios educativos y recreativos de los ciudadanos (Mina, 2004).

Al respecto, las investigaciones que evalúan el estatus socioeconómico y su relación con la salud asocian el nivel de ingreso con la presencia de enfermedad y riesgo de desarrollo de ciertas patologías; otras, señalan la necesidad de realizar estudios más profundos acerca de los conceptos de pobreza y enfermedad, dado que sus vínculos no han sido claramente explicados, aun cuando pareciera que la variable posibilidad de atención básica

de salud es determinante en la disminución de la enfermedad. Los reportes de investigaciones confirman, sin embargo, la tesis de la mediación de la interpretación del sujeto en tanto perteneciente a esa categoría. En tal sentido, de acuerdo con Ashiabi, es más negativo para la salud sentirse pobre que ser pobre (2007, 23-24).

No obstante, estudios realizados en Latinoamérica reportan que la variable estrato socioeconómico se asocia al estilo de vida; y se afirma la existencia de una relación directamente proporcional entre estos aspectos, al concluir que a mayor estrato, mayor presencia de creencias favorables de salud.

Según Arrivillaga y Salazar (2005), esta relación parece obvia, dado que la fuente de consulta proviene de estudiantes universitarios de instituciones educativas privadas, las cuales se caracterizan por ofrecer a sus estudiantes la posibilidad de acceso a recursos y satisfactores de tipo material, favorables para el desarrollo de conductas y afrontamientos saludables. También se reporta mayor presencia de creencias favorables sobre la salud en jóvenes de estratos medio, medio-alto y alto; por el contrario, en jóvenes de estratos medio-bajo y bajo se muestran niveles bajos o muy bajos de presencia de estas creencias (Arrivillaga, Salazar & Correa, 2003).

En este mismo sentido, Aaro (1995, citado por Pastor, Balaguer & García, 2006) muestra evidencias acerca de la correlación positiva respecto a conductas beneficiosas y salud, pero inconsistencias respecto a correlación negativa entre conductas de riesgo y beneficiosas, y correlación positiva o negativa con presencia de programas educativos en salud. Por ello, señala como varia-

bles de interés el nivel de la actividad cultural-educativa y el tipo y carácter del trabajo que realizan las personas.

Se afirma, además, que los nichos sociales, las presiones laborales y económicas, entre otros aspectos, también serían fundamentales en la adopción de estilos de vida no saludables (Costa & López, 1996, citado por Arrivillaga & Salazar, 2005). Por otra parte, para fines referenciales de esta investigación, es necesario precisar que la estratificación socioeconómica en Colombia consiste en la adopción clasificatoria por los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos, la cual tiene como propósito principal el cobro diferencial por estratos de los servicios públicos domiciliarios, permitiendo asignar subsidios (Grupo de Estratificación Socioeconómica Dirección Geoestadística DANE, 2013).

En un informe de consultoría para la Dirección de Desarrollo Urbano, Mina (2004) discriminó el conjunto de ocho variables tenidas en cuenta en la estrategia de focalización para estrato socioeconómico en Colombia, todas relacionadas con las características de las viviendas y su entorno. Para el caso de los municipios del país, al adoptarse este tipo de focalización, la mayor proporción de sus habitantes no se ubica en el rango estrato, aun cuando sus recursos económicos puedan ser ostensibles. En este sentido, resulta de particular importancia que el ingreso no figura entre las variables determinadas como criterio para la focalización de la estratificación socioeconómica.

Dados todos estos referentes investigativos y conceptuales, el objetivo del presente trabajo consistió en identificar el estilo de vida de los jóvenes universitarios,

a partir de las dimensiones del estilo de vida, las prácticas y las creencias, además de analizar la variable estrato socioeconómico en el contexto de la educación universitaria.

MÉTODO

Diseño

La investigación es de carácter no experimental y de tipo descriptivo. El diseño es transversal y de análisis evolutivo de grupo (cohorte). Para la investigación, la variable de estudio estilo de vida saludable fue definida como el conjunto de prácticas y creencias desarrolladas por los individuos, las cuales pueden ser saludables o no saludables. De este modo, en la medición de estilos de vida, tanto las puntuaciones de prácticas del estilo de vida como de las creencias del estilo de vida, se valoran en términos negativos o positivos para la salud, según la determinación del estilo de vida en las siguientes categorías: no saludables, poco saludables, saludables y muy saludables.

Participantes

La muestra fue constituida por 180 participantes, estudiantes de sexo masculino y femenino distribuidos de la forma como se muestra en la Tabla 1:

Tabla 1. Distribución de la muestra

| Sexo \ Estrato | Estrato | | | | | | Total |
|----------------|---------|----|----|----|----|----|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Masculino | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 90 |
| Femenino | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 90 |
| Total | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 180 |

La muestra representa el 16 % de la población universitaria, cohorte 2011-02. Esta se determinó de manera aleatoria, por conglomerado y selección sistemática, teniendo como criterios el estrato socioeconómico y los sexos femenino y masculino. El criterio para la asignación del estrato socioeconómico es el determinado por la universidad a partir del tipo de matrícula. La edad promedio de los participantes oscila entre 16 y 21 años.

Instrumentos

La información se recolectó mediante la aplicación del Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida (Arrivillaga, M., Salazar, I., Correa, D., 2003), el cual está formado por 116 ítems, distribuidos en dos subescalas: prácticas (69 ítems) y creencias (47 ítems). Su formato de respuesta es de tipo Likert, de cuatro alternativas con un rango de siempre a nunca y de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, respectivamente.

Las seis dimensiones del estilo de vida, son:

Condición, actividad física y deporte (ítems 1-6 y 70-74), recreación y manejo del tiempo libre (ítems 13-11-75-78), autocuidado y cuidado médico (ítems 13-32-79-91), hábitos alimenticios (ítems 33-49-92-98), consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (ítems 50-59-99-109) y sueño (ítems 60-69-110-116).

En la adaptación del cuestionario a la población de estudiantes universitarios, se sustrajo el ítem 25, que corresponde a personas mayores de 40 años. Asimismo,

se modificó la redacción de los ítems 32 (normas de seguridad) y 76 (contexto laboral) con el propósito de aplicación al contexto académico. Los rangos de calificación que definen el Estilo de Vida (EV) en las categorías por dimensión son: Estilo de Vida muy Saludable (EVMS), Estilo de Vida Saludable (EVS), Estilo de Vida Poco Saludable (EVPS) y Estilo de Vida No Saludable (EVNS). Estas categorías derivan de diferentes resultados de las subcategorías prácticas del estilo de vida y creencias del estilo de vida (Tabla 2).

car el objetivo de investigación, hacer lectura y firmar el consentimiento informado; y, luego, de otros 30 minutos para lectura de instrucciones del cuestionario (de modo grupal) y diligenciamiento de respuesta (de modo individual) por los participantes.

RESULTADOS

Las preguntas que componen el cuestionario de estilo de vida se distribuyen en una escala de 1 a 5, don-

Tabla 2. Rangos de calificación del Cuestionario Prácticas y Creencias del Estilo de Vida

| DIMENSIÓN | Rangos de calificación para las prácticas | | | |
|---|---|---------|---------|----------|
| | EVNS | EVPS | EVS | EVMS |
| 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 | 18-17 | 26-33 | 34-40 |
| Sueño | 10-16 | 24-25 | 25-32 | 33-40 |
| DIMENSIONES | Rangos de calificación para las creencias | | | |
| | 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 |
| EV Rango calificación general | 380-436 | 267-388 | 158-266 | 109-157 |

Procedimiento

La información fue recolectada mediante aplicación individual autoadministrada del cuestionario, y se realizó durante cuatro días consecutivos. Primeramente, los sujetos fueron organizados en siete grupos compuestos por 27 a 30 participantes (entre uno y dos grupos cada día). Primero se dispuso de 30 minutos para expli-

car el objetivo de investigación, hacer lectura y firmar el consentimiento informado; y, luego, de otros 30 minutos para lectura de instrucciones del cuestionario (de modo grupal) y diligenciamiento de respuesta (de modo individual) por los participantes.

El análisis de frecuencia de comportamiento y creencias muestra que el estilo de vida tiende a ser sa-

ludable (73,9 %). De manera concreta, en la población estudiada, la puntuación mínima se sitúa en los estilos de vida poco saludable y muy saludable. Ningún sujeto de la muestra se ubicó en el rango de estilos de vida no saludable (Tabla 3).

La frecuencia del estilo de vida por sexo masculino y femenino evidencia que las mujeres manifiestan un estilo de vida más saludable que los hombres, con una diferencia porcentual de 5,6 %, como lo muestra la Tabla 3.

No obstante, al realizar el análisis de comparación de medias, mediante prueba t, se demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias de hombres y mujeres, ya que el valor hallado es $P\text{-valor} = 0,84 > 0,05$, que rechaza la hipótesis de igualdad de medias (Tabla 4).

Los resultados por dimensiones del estilo de vida muestran que en la dimensión condición, actividad física y deporte,

se manifiesta una tendencia porcentual inversa respecto a las prácticas, en contraste con las creencias, donde el comportamiento tiende a ser negativo respecto a la salud, y las creencias son altamente positivas hacia esta (Figura 1).

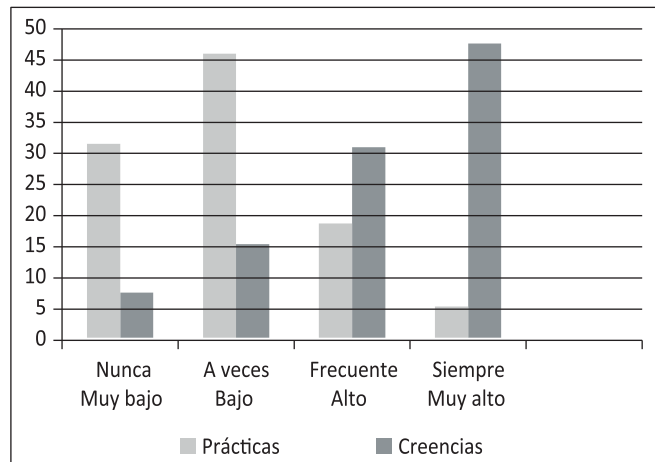


Figura 1. Condición, actividad física y deporte

Respecto a la dimensión recreación y manejo del tiempo libre, se observa que los jóvenes disponen medianamente de tiempo en su vida cotidiana para el mejor

Tabla 3. Contingencia sexo estilo de vida

| | | ESTILO | | | | |
|------|-------|--------|--------|--------|------|--------|
| | | EVPS | EVS | EVMS | EVNS | Total |
| EV | | 27 | 133 | 20 | 0 | 180 |
| Sexo | | 15 % | 73,9 % | 11,1 % | 0 | 100 % |
| | H | 51,9 % | 45,9 % | 50,0 % | - | 47,2 % |
| | M | 48,1 % | 54,1 % | 50,0 % | - | 52,8 % |
| | Total | 100 % | 100 % | 100 % | - | 100 % |

Tabla 4. Prueba t igualdades de medias

| Prueba t para igualdad de medias | | | | | | |
|----------------------------------|-------|--------|---------|----------------------|------------------------------------|----------|
| Estilo de Vida | t | Gl | P-valor | Diferencia de medias | 95% Intervalo Confianza Diferencia | |
| | | | | | Inferior | Superior |
| | -0,20 | 178,00 | 0,84 | -0,02 | -0,17 | 0,14 |
| | | 0 | | | | |

aprovechamiento de las relaciones interpersonales y la posibilidad de compartir de modo participativo en los diferentes escenarios. Esto, acompañado de creencias altamente importantes para su salud (Figura 2). En tal sentido, se percibe una tendencia de coherencia positiva hacia el estilo de vida saludable entre prácticas y creencias en lo que concierne a esta dimensión.

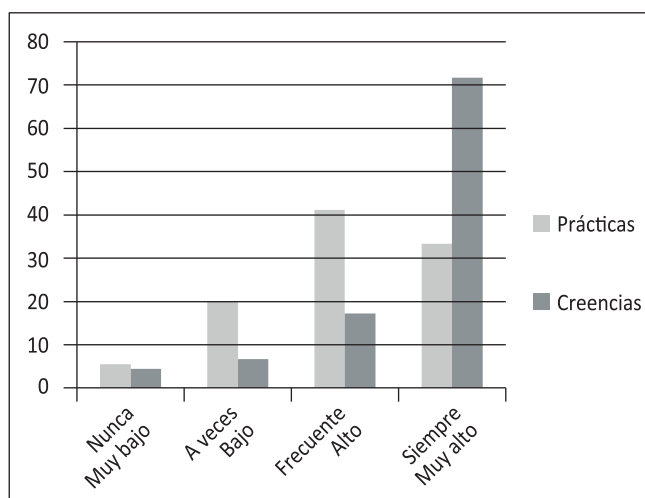


Figura 2. Recreación y manejo del tiempo libre

En relación con las prácticas y creencias orientadas hacia el autocuidado y cuidado médico, las respuestas de los participantes evidencian tendencia negativa

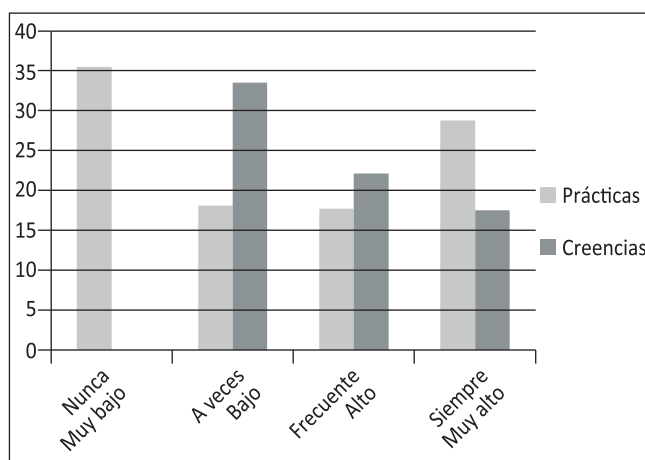


Figura 3. Autocuidado y cuidado médico

tanto hacia las prácticas como hacia las creencias; además, se observa un comportamiento incoherente entre las respuestas dadas frente a estos dos componentes del estilo de vida (Figura 3).

Respecto a los hábitos alimenticios, un alto número de estudiantes ejerce control necesario de alimentación adecuado. De igual modo, se observan creencias altamente saludables, lo que indica una tendencia de coherencia entre las prácticas y las creencias del estilo de vida (Figura 4). Con relación a las prácticas y creencias positivas, consumen entre 3 y 4 vasos de agua al día (73,89 %), y sostienen la creencia de que el agua es una sustancia importante en la buena salud (90,56 %). También consumen alimentos con baja cantidad de azúcar (35,00 %) y sal (33,89 %). Respecto a las prácticas negativas, consumen mecatos (55,00 %) y comidas altas en grasa.

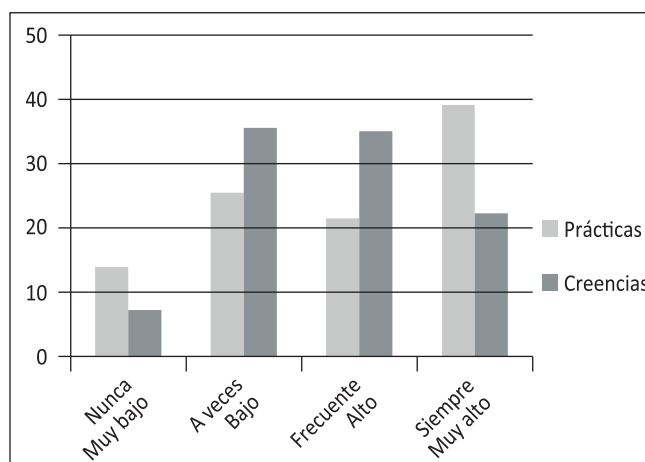


Figura 4. Hábitos alimenticios

En la dimensión que indaga por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, los resultados se distribuyen entre creencias negativas relacionados con la salud, y las prácticas, que muestran una tendencia a extremos. Se

identificaron las siguientes práctica negativas: El 36 % de los participantes manifiesta que ingiere con frecuencia bebidas que contienen alcohol una vez a la semana, y el 63 % dice que reconoce cuándo parar el consumo (Figura 5). Al respecto, es preciso señalar el valor culturalmente asociado de estas sustancias con la actividad social.

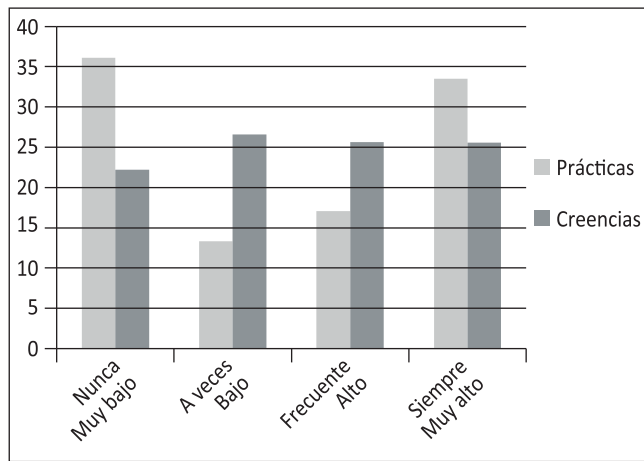


Figura 5. Consumo de sustancias

En lo relacionado con la dimensión sueño, los resultados permiten afirmar que tanto la práctica como las creencias del estilo de vida son estadísticamente coherentes.

Desde el criterio de indicador de salud, se muestran prácticas y creencias negativas de salud. En este sentido, los participantes poco reconocen el descanso y la rutina de sueño como actividades adecuadas y necesarias (Figura 6).

En cuanto al estrato socioeconómico, los resultados de investigación muestran que el estrato socioeconómico podría no tener una relación de afectación con

los estilos de vida, ya que la mayor parte de la población manifiesta un estilo de vida saludable, independientemente del estrato socioeconómico en que se encuentra ubicada (Figura 7).

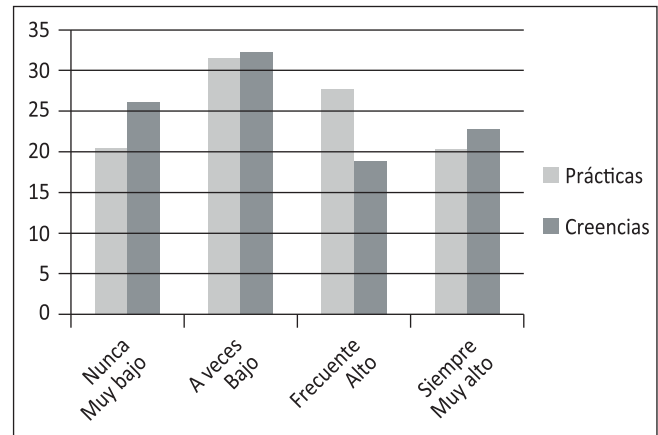


Figura 6. Sueño

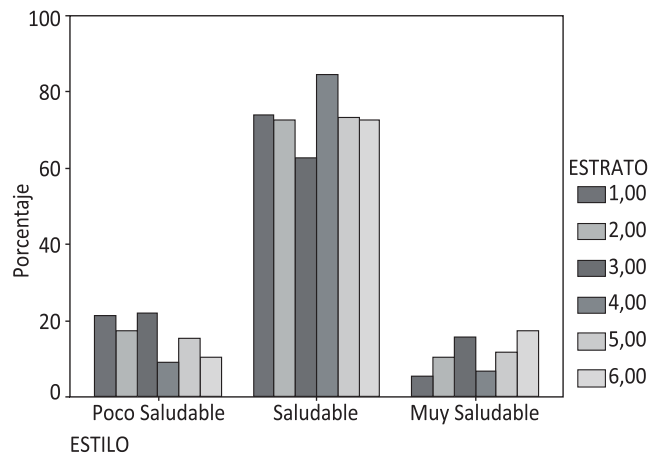


Figura 7. Estilo de vida y estrato socioeconómico

DISCUSIÓN

El análisis de los resultados permite afirmar que la población universitaria manifiesta un estilo de vida saludable; sin embargo, al analizar las distintas dimensiones por subescalas de prácticas y creencias del estilo de vida

que componen su evaluación, se evidencia presencia de factores de riesgos o vulnerabilidad, que podrían influir en el mantenimiento o fluctuación del estilo de vida saludable. Estos factores de riesgos están referidos tanto a la coherencia como a la incoherencia entre creencias y prácticas en el estilo de vida, y al comportamiento o creencias riesgosas en algunas dimensiones.

Partiendo de la afirmación anterior y en acuerdo con los hallazgos de investigaciones realizadas por Arrivillaga, Salazar y Correa (2003) respecto a las diferentes dimensiones del estilo de vida y su relación con la salud, los datos evidencian incongruencias entre el nivel de presencia de creencias favorables o desfavorables a la salud y el tipo de prácticas ejecutadas, en algunas dimensiones del estilo de vida. Así, al contrastarse las prácticas con respecto a las creencias relacionadas con la salud en los estilos de vida, en cada uno de sus componentes, se observó lo siguiente:

En la dimensión condición, actividad física y deporte, se evidenció una tendencia inversa entre las prácticas y las creencias. El estudio muestra en específico que aunque los jóvenes manifiestan ausencia de ejercitación corporal, lo cual denota factor de riesgo para la salud, se reconoce este tipo de actividad asociado positivamente a la salud, creencia que se convierte en opción potencial de promoción de conductas protectoras de salud.

En concordancia con lo afirmado en el párrafo anterior, los reportes relativos a comportamientos y creencias saludables, en la dimensión recreación y tiempo libre, podrían estar asociados a las características del ambiente sociocultural universitario, que reducen el

tiempo de dedicación para el esparcimiento, pero es alto en actividades sociales y de recreación.

En las dimensiones de prácticas y creencias relacionadas con el autocuidado y cuidado médico, las respuestas de los participantes sugieren la presencia de factores de riesgo, referidos a respuestas que podrían reflejar bajo nivel informacional acerca de la importancia de controles médicos y el autocuidado en el contexto de una mejor salud.

Con relación a los hábitos alimenticios, de modo conductual, los jóvenes asumen que esta dimensión está relacionada directamente con la salud. De esta manera, se siguen sosteniendo los planteamientos respecto a que el estilo de vida en relación con la salud implica una tendencia conductual hacia el cuidado o hacia la desatención de las necesidades alimentarias (Elliot, 1993). No obstante, la diferencia de los porcentajes registrados entre el patrón general de conducta y creencias en las categorías siempre y muy altas, respectivamente, sugiere que las prácticas relacionadas con los hábitos alimenticios podrían estar afectadas por aprendizaje imitativo en una cultura que valora la estética corporal, más que por conocimiento acerca de la adecuada nutrición ya que manifiestan consumir alimentos altamente relacionados con riesgos para la salud (Food and Agriculture Organization-FAO, 2012).

En la dimensión referida al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, los resultados evidenciaron que los jóvenes reconocen este tipo de sustancias como nocivas para la salud, sin embargo también reportan prácticas asociadas a estas creencias que indican que, en este

componente, la información es irrelevante en relación con la modificación del comportamiento.

En relación con el estilo de vida y el estrato socioeconómico de los participantes, resulta de interés contrastar los hallazgos de este estudio con los resultados de investigación de Arrivillaga, Salazar y Correa (2003), y Arrivillaga y Salazar (2005), en población universitaria de carácter privado en Colombia, los cuales indican la existencia de correlación directamente proporcional entre creencias del estilo de vida y el estrato socioeconómico, resultados que no se confirman en esta investigación.

Con relación al aspecto socioeconómico, dos factores que pueden explicar el comportamiento de este resultado son, en primera instancia, el hecho de que la estratificación socioeconómica no toma como indicador el nivel de ingreso de la población colombiana. Por este motivo, aun cuando el nivel de ingreso y egreso económico sea alto, la población residente en municipios que no son capitales solo registra hasta estratos 3, debido a las condiciones del entorno de las viviendas (Mina, 2004); por ello, en el estudio de los estilos de vida relacionados con las condiciones económicas debe determinarse qué indicadores de este aspecto pueden medir su relación con los estilos de vida.

Otro resultado pertinente de citar al respecto son los hallazgos presentados por Cockerham (2007), que no relacionan la salud con el hecho de ser pobre, sino con el de sentirse pobre. En este sentido, resulta necesario ahondar en categorías de significados que circulan y representan este imaginario y su relación con los estilos de vida concernientes con la salud.

Por otro lado, atendiendo la postura conceptual de Ruiz Olabuenaga (1989), es posible deducir que en la especificidad de la estructura organizativa de los estilos de vida de los jóvenes estudiados, el factor socioeconómico no configura su tipo o prioridad de perfil social individual, ya que, como jóvenes universitarios, se constituyen en un grupo social diferenciado de manera particular en el contexto de formación académico profesional.

A nivel global, los estudiantes manifiestan un alto grado de creencias en las dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud, lo cual resulta favorablemente básico en la implementación de programas para la promoción de esta. Según los resultados de la investigación, es necesario asumir enfoques multimodales para la intervención de la adopción de estilos de vida saludables en la población joven universitaria. Además de los procesos psicológicos, en conjunto con variables socioculturales y socio-ambientales que median entre las prácticas y creencias de estilos de vida relacionados con conductas protectoras o de riesgo (Cockerham, 2007; Gil, 2007), estos deben contemplar la inclusión de las características del contexto concreto de la cotidianidad universitaria.

Por último, la diversidad de resultados de investigación sugiere indagar acerca del desarrollo de la persona desde las múltiples transacciones que estructuran tanto la conformación de su estilo de vida, como el de los colectivos concretos. Esto implica seguir ahondando en variables compartidas por los sujetos, sin desconocer la diferenciación de grupos sociales específicos minoritarios, a fin de ser pertinentes en la promoción de salud comunitaria.

REFERENCIAS

- Arrivillaga, M., Salazar, I. & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Revista Colombiana Médica*, 34(4), 186-195.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida en jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*, 13(1), 19-36.
- Ashiabi G., O. K. (2007). Children's Health Status: Examining the Associations among Income Poverty. *PloS one*, 2(9).
- Cockerham W., A. T. (1993). Formal Rationality and Health Lifestyles. *The Sociological Quarterly*, 34, 413-435.
- Cockerham, W. (2007). New directions in health lifestyle research. *International Journal of Public Health*, 52(6), 327-328.
- Cockerham, W., Rütten, A., Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, 38(2), 321-342.
- Elliot, D. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S. Millstein. Promoting the health of adolescent. New York: Oxford University Press.
- Food and Agriculture Organization (2012). *Grasas y ácidos grasos en nutrición humana: Consulta de expertos*. Granada, España: FAO-FINUT.
- Gil, L. (2007). *Psicología social: un compromiso aplicado a la salud*. España: Universidad de Zaragoza.
- Grupo de Estratificación Socioeconómica Dirección Geoestadística DANE (2013). La estratificación socioeconómica en el régimen de los servicios públicos domiciliarios. Bogotá: DANE.
- Hernández, L., Flórez, L. (1 de enero de 2006). Alapsa. Recuperado de Alapsa: http://www.alapsa.org/boletin/art_eval01_1.htm
- Mina, L. (2004). Estratificación socioeconómica como instrumento de focalización. *Economía y Desarrollo*, 3(1), 53-67.
- Pastor, Y., Balaguer, I, García, M. (2006). Relación entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en adolescencia media. Un modelo exploratorio. *Psicothemas*, 18-24.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de Medicina conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22(1), 22-31.
- Ruiz Olabuenaga, M. (1989). *Life styles and daily leisure*. Prague: Academy of Sciences, Institute for Philosophy and Sociology.