

Hábitos y creencias relacionadas con la salud en un grupo de adolescentes escolarizados de Bogotá

Francoise Contreras*
Gustavo Esguerra
Ximena Londoño
 Universidad Santo Tomás

Recibido: noviembre 10 de 2004
 Revisado: diciembre 10 de 2004
 Aceptado: enero 11 de 2005

Resumen

El propósito de esta investigación es describir los patrones de creencias acerca de la salud/enfermedad en un grupo de estudiantes de colegios privados de Bogotá y determinar su relación con los comportamientos de esta población. Se aplicó el cuestionario CCHS-98 elaborado por GilRoales a un grupo de 199 estudiantes con edades comprendidas entre los 14 y 18 años, principalmente de estrato socioeconómico tres (medio). De acuerdo con los resultados, la muestra presenta un perfil de riesgo medio y alto en un 66.8%, y una menor experiencia relacionada con la salud en una proporción similar (64.8%). Se encontró relación entre perfiles de riesgo y atribución personal hacia la conducta de fumar, lo cual indica que aunque es una población proclive a adquirir el hábito, el hecho se percibe como dependiente de factores personales, lo que constituye un recurso valioso para la prevención. Los resultados permiten evidenciar los factores de riesgo y protectores presentes en esta población en particular y sus resultados pueden ser útiles para el diseño de programas de prevención primaria en estos jóvenes.

* Correspondencia: Francoise Contreras. Facultad de Psicología, Universidad Santo Tomás. Correo electrónico: francoisectorres@correo.usta.edu.co.

Palabras clave: creencias, hábitos, perfil de riesgo, atribución personal, prevención.

Abstract

The purpose of this investigation is to describe the standards of beliefs concerning health / illness in a group of students in private schools Bogotá, and to determine its relation with the behavior of this population. Questionnaire CCHS-98 elaborated by GilRoales, it was applied to a group of students 14-18 years old, mostly from average social / economic status. According to the results, the sample presents a profile of medium to high risk in 66.8 percent, and a lesser experience relating to health in similar proportion (64.8 percent). Relation between profiles of risk and personal attribution toward smoking were encountered which indicates that even though a population tends to acquire the habit. The events are perceived as dependant upon personal factors which constitute a valuable recourse for prevention. The results make evident the factors of risk and protection in this population in particular, and these results can be useful in designing primary preventive programs for these young people.

Index terms: beliefs, habits, risk profile, personal attribution, prevention.

Introducción

Actualmente se ha superado, al menos teóricamente, el concepto de salud como ausencia de enfermedad, y se asume como un concepto más amplio e integral de bienestar físico, psicológico y social, que incluye hábitos, creencias, atribuciones y estilos de vida, relacionados de alguna manera con el mantenimiento de la salud o la presencia de enfermedad. Dentro de esta perspectiva, el estado de salud que posea un individuo constituye la expresión de una compleja interacción entre el organismo y el medio ambiente, entendido éste como el contexto físico, social, cultural y económico en el que se desarrolla (Serrano, 1997).

En el período de la adolescencia, los hábitos y estilos de vida adquieren especial importancia dado que la forma como las personas experimentan esta etapa influirá en la consolidación de patrones comportamentales que podrían afectarlos por el resto de sus vidas (Spear y Kulbok, 2001), en cuanto ejercerán influencia hasta la edad adul-

ta. La adolescencia se ha relacionado con el establecimiento de modelos de conducta con importantes implicaciones sobre la salud del individuo que pueden exponerlo a la adquisición de determinadas conductas de riesgo (Friedman y Ferguson, 1989), o a incrementar los factores protectores que faciliten el logro de una salud integral que promueva el desarrollo del joven como persona y como integrante de un grupo (Maddaleno, 1995).

En uno de los editoriales de la revista *The Lancet* (2004), la adolescencia se describe como un largo período entre la infancia y la adultez, en el que las oportunidades emergen, la libertad llama y la personalidad se desarrolla; es también una etapa en la cual las expectativas son altas, la vulnerabilidad no es fácilmente admitida y el riesgo es subestimado. Existe amplio consenso en asumir que las prácticas, creencias, valores y hábitos de vida favorables o no para su salud se adquieren y consolidan en este momento del ciclo vital en el que controles sociales, relaciones interpersonales y

modelos cambian de manera importante, y se tiene acceso a contextos en donde el riesgo potencial a prácticas no seguras es alto (Gil et al., 2004).

Es frecuente observar también que los comportamientos no se presentan de manera aislada, sino que se comparten dentro de determinados grupos etáreos. Dichas prácticas se encuentran influidas por el sistema de creencias, atribuciones y expectativas compartidas por el grupo de pares en torno a la salud. Lo anterior es especialmente relevante si se tiene en cuenta que en ocasiones la presión ejercida por el grupo puede incidir en que el adolescente evalúe de una u otra forma la pertinencia o no de ciertos comportamientos que por lo general no tienen una consecuencia inmediata, pero que pueden llegar a comprometer su bienestar futuro.

Por otra parte, en el caso de los adolescentes, la presión ejercida por el grupo de pares parece influir significativamente más sobre el comportamiento que en otros grupos poblacionales. Spear y Kulbok (2001) sostienen que inclusive los adolescentes jóvenes responden a la presión de grupo de una forma distinta a la de los adolescentes mayores y a la de los adultos jóvenes, y han encontrado relación significativa entre ésta y los comportamientos relacionados con la salud. Se ha encontrado que la respuesta a la presión social depende también de la necesidad de aprobación y aceptación del joven dentro de su grupo de pares, lo que en ocasiones incide en la ejecución de comportamientos no saludables que, aunque pueden traer beneficios potenciales a corto plazo, pueden constituir una conducta que pone en riesgo la salud del adolescente. La forma en que los adolescentes responden a la presión del grupo está también estrechamente relacionada con la necesidad de integración y con la formación de identidad, definida por Van Hoof y Raaijnakers (2002) como esa necesidad de ser la misma persona a través del tiempo, de las circunstancias y de las situaciones sociales.

Dentro de este contexto, las creencias en salud adquieren una gran relevancia, pues se ha evidenciado que el individuo no realizará un com-

portamiento en salud (de prevención, participación, cumplimiento o rehabilitación) a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información, se vea a sí mismo como potencialmente vulnerable y vea pocas dificultades en la puesta en práctica de la conducta de salud (Rodríguez-Marín, 1996), aspectos percibidos como difíciles de superar cuando el joven busca aprobación e integración mediante conductas que pueden afectar su salud.

Otro aspecto asociado con la aparición de comportamientos relacionados con la salud es el locus de control, el cual está en función de las expectativas individuales relacionadas con las creencias ante una situación particular (Bennet y Norman, 1998) y las actitudes, las cuales implican la evaluación que el individuo haga de la importancia de las consecuencias de determinada práctica (Rodríguez-Marín, 1996). Es claro que los estilos atribucionales ejercen un papel importante en la ejecución de comportamientos relacionados con la salud, pues las personas buscan descubrir por qué ocurren los acontecimientos, en este caso por qué se padece alguna enfermedad o se tiene buena salud. Cuando el individuo intenta identificar las causas o motivos que desencadenaron determinada circunstancia, puede centrarse en factores personales o en factores situacionales, los cuales no son necesariamente excluyentes (Bennet y Norman, 1998).

Se hace principalmente una distinción entre locus de control interno (creencia en que los eventos son una consecuencia de acciones propias y, por esto, se encuentran bajo el control personal) y externo (creencia en que los diferentes eventos no están relacionados ni determinados por factores de control personal). Los sistemas atribucionales son relativamente estables y guardan relación con el grado de responsabilidad que el sujeto atribuye a su condición de salud. Si el individuo asume que las condiciones de salud dependen de factores externos, esto lo despoja de la responsabilidad sobre su salud; pero si considera que este estado depende también de sus estilos y hábitos de vida, esto incrementa y consolida su responsabilidad.

Se ha evidenciado que el locus de control interno en contraste con el externo es más sensible a los mensajes e incrementa el conocimiento relacionado con las condiciones de salud que pretenden mejorar el funcionamiento físico, disminuyendo la susceptibilidad a las disfunciones psicológicas y físicas; por ello, se enfatiza en la necesidad de considerar la influencia del locus de control en los comportamientos relacionados con la salud (Strickland, 1997).

Como puede observarse, la adquisición y mantenimiento de comportamientos relacionados con la salud implican necesariamente procesos multideterminados por factores interactuantes, pues no se trata de fenómenos simples ni de sucesos aislados (Flórez, 2000); la edad, por sí misma, no podría explicar por qué los adolescentes se comportan o se relacionan con los otros o responden al ambiente (Spear y Kulbok, 2001).

El comportamiento relacionado con la salud de los jóvenes responde a una intrincada relación entre factores psicológicos, socioculturales, ambientales e inclusive fisiológicos, teniendo en cuenta los cambios presentes en esta etapa de la vida. Dentro de este contexto, es evidente que aspectos como la edad, el género, la estructura familiar (prácticas de las generaciones pasadas de adultos), estatus socioeconómico, actitudes, valores y percepción que tienen los jóvenes sobre la salud deben ser estudiados e incluidos dentro de contextos multidisciplinarios para diseñar intervenciones más exitosas (Spear y Kulbok, 2001; Serrano, 1997). De igual manera, para realizar intervenciones efectivas, es importante continuar diseñando e implementando modelos integrales que permitan establecer de manera más clara cómo interactúan los factores psicológicos, sociales y biológicos con los diversos factores de riesgo o protectores (Restrepo, 2001).

Resulta entonces fundamental trabajar con estos grupos poblacionales a nivel de prevención primaria y promoción de la salud. En el primer caso, el propósito sería evitar o reducir la incidencia de casos mediante la identificación de factores de riesgo, enfatizando en la generación de condicio-

nes para que los jóvenes desarrollen la capacidad de actuar, de ejercer control sobre su comportamiento y de tomar decisiones positivas para su salud, así como para el bienestar colectivo. Con respecto a la promoción de conductas saludables, el énfasis estaría en la adquisición y mantenimiento de creencias, actitudes, motivaciones y conductas en favor de la salud (Godoy, 1994). El prevenir la presencia de hábitos no saludables, modificar factores de riesgo y promover prácticas seguras tendría incidencia sobre la reducción de la vulnerabilidad a la enfermedad (Rodríguez, 1994).

No obstante, la adquisición y mantenimiento de conductas y hábitos saludables como principal objetivo de los programas de prevención y promoción de salud, en ocasiones no tienen el impacto esperado, debido principalmente a que se han dejado de lado los aspectos particulares y factores de riesgo específicos de un grupo poblacional (Montesinos, 1999). Esto implica alcanzar un mejor conocimiento para intervenir de manera más efectiva a nivel individual y comunitario (Fernández-Ríos, 1994). Dentro de este marco de análisis, los mecanismos de prevención en salud deben orientarse hacia la identificación y modificación de comportamientos que poseen determinados grupos de adolescentes, y a la identificación de cómo se adquieren las conductas y hábitos estrechamente relacionados con la salud en poblaciones específicas (Flórez, 2000).

Costa y López (1996) sostienen que establecer estos comportamientos es indispensable para crear mecanismos de modificación o mantenimiento dentro de un proceso de aprendizaje planificado con el propósito de adquirir actitudes y hábitos saludables que incidan en que el joven se sienta más responsable del mantenimiento de su propia salud.

De acuerdo con lo anterior, es indispensable la identificación de creencias y hábitos en determinados grupos sociales para implementar planes eficaces que incluyan el diseño, elaboración, aplicación y evaluación de programas pertinentes y adecuados encaminados a la educación, preven-

ción, promoción, mantenimiento y acrecentamiento de la salud. Spear y Kulbok (2001) afirman que estudiar el comportamiento relacionado con la salud en los adolescentes contribuye a la identificación de factores psicológicos y sociales potencialmente modificables asociados con la ejecución de determinadas prácticas y provee orientación para llevar a cabo intervenciones más efectivas.

De igual forma, Rodríguez-Marín (1996) sostiene que es importante identificar los factores que determinan los comportamientos saludables, entender cómo se establecen, cambian o se extinguen en el repertorio comportamental del individuo, estudiar la manera en que se relacionan el aprendizaje y los factores con la adquisición y mantenimiento de conductas de protección y promoción de la salud. Las intervenciones relacionadas con la salud y los programas de promoción deben fundamentarse sobre el entendimiento de las necesidades psicosociales y físicas, para asegurar estilos de vida saludables durante la adolescencia y hasta la adultez. Esto implica conocer comportamientos, creencias, actitudes, valores y necesidades percibidas que tienen estos jóvenes con respecto a la educación, la promoción y la intervención en salud (Spear y Kulbok, 2001).

Método

Participantes

199 adolescentes escolarizados, hombres (51.2%) y mujeres (48.8%) de estrato socioeconómico medio, con edades comprendidas entre los 14 y 17 años (96.1%), pertenecientes a colegios privados de Bogotá.

Instrumento

El instrumento CCHS-98 (creencias, comportamientos y hábitos en salud) fue elaborado por Gil Roales-Nieto en 1998 (Grupo de Psicología y Salud de la Universidad de Almería, España) para ser utilizado con adolescentes escolarizados. El cues-

tionario, de autorreporte individual, permite medir aspectos relacionados con la salud/enfermedad e identificar comportamientos y creencias relacionados con factores protectores o de riesgo. El instrumento incluye escalas para obtener el perfil de riesgo asociado con hábitos en salud, perfil de experiencias relacionadas con la salud/enfermedad, patrón de creencias sobre la salud y la enfermedad, sesgos en la percepción de riesgo, atribución personal y expectativas en salud.

Procedimiento

El cuestionario se aplicó de manera colectiva en los cursos noveno, décimo y undécimo de los colegios privados seleccionados. La prueba requirió un tiempo aproximado de realización de 25 minutos para ser diligenciada. A cada estudiante se le entregó un cuadernillo con las preguntas, una hoja de respuestas y un lápiz No. 2. Los datos fueron procesados con el programa SPSS 11.0. Primero se caracterizó sociodemográficamente la muestra y se obtuvo el perfil de riesgo relacionado con los diferentes hábitos en salud y experiencias relacionadas con la salud/enfermedad. Adicionalmente se identificó el patrón de creencias y sesgos en la percepción de riesgo y la atribución personal ante las expectativas de salud. Posteriormente se realizó un análisis correlacional entre las variables estudiadas, mediante el estadístico de Spearman.

Resultados

Con respecto al perfil de riesgo, se encontró que más de la mitad de la muestra (66.8%) está ubicada en un perfil de riesgo alto y medio; aunque el nivel alto es inferior, los datos indican que se trata de una población que requiere atención prioritaria. De igual forma, el 81.4% de la muestra manifestó haber tenido algún tipo de experiencias relacionadas con la salud/enfermedad (ellos o personas cercanas han padecido o padecen alguna enfermedad específica).

Con respecto a los patrones de creencias y sesgos en la percepción de riesgo, se puede observar que

un porcentaje significativo de la muestra no sabe o no contesta en torno a la posibilidad de tomar medicamentos, fumar, tener caries, tener cáncer, morir antes de llegar a viejo, tener muy buena salud durante toda la vida y tener problemas cardiacos, lo cual permite inferir unas creencias sobre salud difusas y poco claras en esta población, lo cual a su vez podría estar relacionado con el escaso conocimiento sobre la relación entre su comportamiento y hábitos de vida, con la presencia de la enfermedad o el mantenimiento de la salud.

A pesar de lo anterior, más de la mitad de la población presenta una atribución personal interna con respecto a tomar medicamentos (70.4%), tener buena salud (79.4%), tener caries (93.0%) y fumar (94.5%). La atribución externa, por su parte, corresponde a tener cáncer (63.3%), llegar a viejo (62.3%) y llegar a ser más viejo que los amigos (60.3%); es decir, estas expectativas están en función de diferentes eventos que no están relacionados ni determinados por factores de control personal.

Al revisar las correlaciones entre las variables estudiadas respecto al perfil de riesgo, se encontró que la atribución correlaciona significativamente con el fumar ($r = ,260$ $p = ,006$), tener caries ($r = ,277$ $p = ,002$) y morir antes de llegar a viejo ($r = ,237$ $p = ,018$). En este perfil, las demás variables no mostraron asociaciones significativas ni con sesgo ni con atribuciones. De otra parte, al revisar el perfil de salud enfermedad, se observó que la atribución sólo muestra asociación significativa con el llegar a viejo ($r = ,233$ $p = ,023$), las demás variables no mostraron asociación importante ni con atribución ni con sesgo.

Discusión

Los resultados de este estudio evidencian la necesidad de realizar intervenciones dirigidas a este grupo de adolescentes de acuerdo con su perfil de riesgo, identificación de factores asociados y recursos con que cuentan. Se evidencia que se

trata de una población cuyo perfil de riesgo alto implica la necesidad de orientar acciones encaminadas principalmente a la promoción de conductas saludables, lo cual es prioritario si se tiene en cuenta que sus prácticas actuales en relación con la salud influirán en el comportamiento futuro del individuo y probablemente perduren durante su vida (Friedman y Ferguson, 1989; Spear y Kulbok, 2001).

De acuerdo con los resultados, un porcentaje significativo de la muestra no sabe o no contesta en torno a la posibilidad de tomar medicamentos, fumar, tener caries, tener cáncer, problemas cardiacos, morir antes de llegar a viejo y tener buena salud durante toda la vida. Además, según los datos, más de la mitad de la muestra realiza atribuciones externas con respecto a tener cáncer, llegar a viejo y llegar a ser más viejo que los amigos. Esto significa, entonces, en el caso específico del cáncer, que los jóvenes perciben que dicha condición no está determinada por factores de control personal, lo cual requiere proveer información necesaria sobre la estrecha relación entre el cáncer y la conducta, principalmente cuando se encuentra con otros factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad a padecerlo.

Si se espera modificar creencias y comportamientos, se está ante una población que requiere información, motivación y que se perciba a sí misma como vulnerable (Rodríguez Marín, 1996); este último aspecto es difícil de encontrarse dada cierta particularidad de la adolescencia en la cual suelen subvalorarse los riesgos (*The Lancet*, 2004). Las creencias difusas de esta población deben aclararse mediante programas integrales que vayan mas allá de la información y que provean una formación adecuada y oportuna, de tal manera que el joven se sienta como agente responsable en gran medida de su condición de salud, por lo menos en lo que respecta a su comportamiento.

El recurso potencial de esta población de adolescentes radica en que presentan una atribución interna con respecto a tomar medicamentos, tener buena salud, tener caries y fumar. Esto indica que se trata de una población proclive al cambio

de hábitos mediante la educación en salud, capaz de asumir la responsabilidad que tienen ellos sobre la misma. Tal como lo plantea Strickland (1997), el locus de control interno hace que los jóvenes sean más sensibles a los cambios y disminuye la susceptibilidad de presentar disfunciones psicológicas y físicas. Este recurso favorecería específicamente la modificación de la conducta de fumar en aquellos jóvenes que lo hacen y fortalecería el mantenimiento de la conducta saludable en aquellos que se abstienen de hacerlo, mediante la percepción de dominio sobre las circunstancias potencialmente riesgosas.

En esta población se sugiere un trabajo más orientado hacia la promoción de conductas saludables en la que el énfasis sea la adquisición y mantenimiento de creencias, actitudes y conductas en favor de la salud (Godoy, 1994). Se recomienda también realizar programas de prevención primaria con respecto a la conducta de fumar, la cual correlacionó significativamente con la atribución interna, lo que denota que se deben desarrollar acciones encaminadas a prevenir particularmente dicho fenómeno en esta población.

Es importante trabajar con las familias y contextos más amplios en los que se desarrolle el joven, pues en la adolescencia se adquieren y consolidan comportamientos relacionados con la salud (Gil et al., 2004) en los cuales tienen gran incidencia experiencias de la infancia, las pautas de crianza y los patrones comportamentales de la familia. En este sentido, promover conductas saludables en los niños ayudaría a tener una experiencia más favorable en la adolescencia reduciendo los riesgos potenciales a los que deberá hacer frente.

Dado el significativo papel que juegan los factores cognitivos en determinar las conductas de salud, la prevención del tabaquismo debe incluir la información y la modificación de creencias en torno a ello, teniendo en consideración el contexto social significativo para el joven (Lau, 1997); una práctica no saludable, como fumar, implica el sen-

tido de libertad e independencia, la acción social de reforzamiento que genera su consumo y el deseo de ser aceptado por su grupo de pares, aspectos que sin duda alguna también deben ser tenidos en cuenta (Rodríguez Marín, 1996). Lo anterior podría influir en la generación de condiciones para que los jóvenes desarrollen la capacidad de actuar y de ejercer control sobre la presión ejercida por su grupo de pares.

Referencias

- Bennet, M. & Norman, P. (1998) *Predicting health behavior*. Buckingham: Open University Press.
- Costa, M. & López, E. (1996) *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Rios, L. (1994) *Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI editores.
- Flórez, L. (2000) El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. 18, 13-22.
- Friedman, H. & Ferguson, J. (1989) *Enfoques de la OMS sobre la salud de los adolescentes*. Washington: OMS.
- Gil, J., Moreno, E., Vinaccia, S., Contreras, F., Fernandez, H., Londoño, X., Salas, G.H. y Medellín, J. (2004) Hábitos básicos de salud y creencias sobre salud y enfermedad en adolescentes de España, Colombia y México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 3, 483-504.
- Godoy, J.F. (1994) Psicología de la salud. En: M. Casullo. (Ed.) *Evaluación psicológica en el campo de la salud*. (pp.48-53) Buenos Aires: Paidós.

- Lau, R. (1997) Representaciones cognitivas sobre salud y enfermedad. En: D. Gochman.(Ed.) *Handbook of Health Behavior* (pp. 51-67) New York: Plenum Press.
- Maddaleno, M. (1995) *La salud del adolescente y del joven*. Washington: OPS.
- Montesinos, L. (1999) Desafíos de la psicología de la salud en el ocaso del siglo XX. *Summa Psicológica*. 16, 147- 175.
- Restrepo, H. (2001) *Promoción de la salud*. Bogotá: Panamericana.
- Rodríguez, G. (1994) *Psicología de la salud en América Latina*. México: UNAM.
- Rodríguez - Marín, J. (1996) *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Serrano, M.I. (1997) *La Educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud*. Madrid: Diaz de Santos.
- Spear, H.J. & Kulbok, P.A. (2001) Adolescent health behaviors and related factors: A review. *Public Health Nursing*, 18, 2, 82-93.
- Strickland, B.R.. (1997) Locus of control. En: D.Gochman. (Ed.) *Handbook of Health Behavior* (pp. 71-87) New York: Plenum Press.
- The Lancet (2004). Who is responsible for adolescent health?. *The Lancet*, 36, 9426, 2009.
- Van Hoof, A. & Raaijnaker, Q. (2002). The spatial integration of adolescent identify: Its relation to age, education, and subjective well being. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 3, 201-212.