

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN PROFESIONALES DE LA SALUD COLOMBIANOS. ESTUDIO EXPLORATORIO

PABLO ALFONSO SANABRIA-FERRAND, Ps. M.Sc^{1*}, LUIS A. GONZÁLEZ Q. PS²
Y DIANA Z. URREGO M., M.D. M. Sc.[‡]

¹ Profesor asociado, Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.

² Profesor asistente, Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.

Resumen

El objetivo del presente estudio fue establecer la frecuencia de comportamientos saludables en una muestra de profesionales de la salud colombianos y establecer si existe alguna relación entre su nivel de acuerdo con el modelo biomédico y su estilo de vida. Para ello se adaptó el cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida, tomado de Salazar y Arrivillaga (1) y se tomó una muestra de 606 profesionales de la salud voluntarios (500 médicos y 106 enfermeras) en las principales ciudades de Colombia. Se encontró que sólo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras presentan un estilo de vida saludable y que el principal problema está relacionado con la actividad física y el deporte. No se encontró relación entre el nivel de acuerdo con el modelo biomédico y el estilo de vida de los profesionales. Se concluyó que esta situación puede estar induciendo en los profesionales, además de una pobre salud en el futuro, una actitud que no favorece la promoción de hábitos saludables en sus pacientes y la práctica de una medicina más curativa que preventiva, tal como lo sustenta Erika Frank (2).

Palabras clave: estilos de vida, comportamientos saludables, profesionales de la salud

HEALTHY LIFE STYLES IN COLOMBIAN HEALTH PROFESSIONALS. EXPLORATORY STUDY

Abstract

The objective of this study was to establish the frequency of healthy life styles in a sample of Colombian health professionals and to establish if there is any relation between their level, as described by the biomedical model, and their life styles. For that purpose, the questionnaire of Practices and Believes about life styles of Salazar and Arrivillaga (1) was adapted and applied to a sample of 606 health professionals volunteers (500 medical doctors and 106 nurses) in the main cities of Colombia. It was found that only the 11,5% of the medical doctors and the 6,73% of the nurses seems to have a healthy life style and that the main problem was related with the low physical activity and sport practice. No relation was found between the biomedical model and the life style of the professionals. It was concluded that this situation could be inducing unhealthy habits in the professional and attitudes that do not favor the promotion of healthy habits in their patients and so the practice of a healing medicine rather than a better preventive medicine, as it has been sustained by Erika Frank (2).

Key words: life style, health behavior, medical staff

[‡] En el momento de la investigación estaba vinculada como profesora asistente de la UMNG y actualmente es profesora asociada de la Universidad Nacional de Colombia.

* Correspondencia psanabria@umng.edu.co. Dirección postal: Centro de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada. Tr. 3 N° 49-00. Bogotá, D.C., Colombia.
Recibido: Septiembre 7 de 2006. Aceptado: Julio 12 de 2007.

Introducción

Es innegable que la prevención de la enfermedad y promoción de la salud son dos temas de alta prioridad en las políticas y acciones de salud pública en el mundo actual. Tampoco es sorpresa el hecho, que la conducta de las personas esté directamente relacionada con estos temas. El tiempo de sueño, los hábitos alimentarios, el manejo de la alimentación y el peso corporal, la recreación, la actividad física, la abstención o consumo de alcohol, de tabaco y de drogas recreativas, el uso de cinturón de seguridad, el uso de casco cuando se utiliza bicicleta y motocicleta, el cumplimiento de las normas de tránsito, el sexo seguro y protegido, el cepillado de dientes, la vacunación, la adopción de medidas de tamizaje para la detección temprana de enfermedades, entre otros comportamientos, hacen a las personas más o menos propensas a la enfermedad o a mantener sus estados de salud (3). Por tanto, intervenir los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (4), de tal forma que cada vez es más frecuente que los médicos recomienden a sus pacientes la modificación de ciertas conductas que atentan contra su salud.

Pero, ¿qué pasa cuando son los mismos profesionales de la salud quienes presentan estilos de vida inadecuados? Se supone que al tener pleno conocimiento de la relación entre comportamiento y salud, así como de la etiología de las enfermedades y su tratamiento, se trataría de personas que evitarían conductas que atentan contra la salud. Sin embargo no siempre es así, siendo frecuente encontrar médicos fumadores, bebedores, sedentarios, obesos, etc. Al parecer, para algunos de ellos no es un problema recomendar hábitos de vida saludable que ellos mismos no ponen en práctica.

El problema no termina con el reconocimiento de esta incoherencia y por el contrario se extiende a sus consecuencias. Al respecto, Erika Frank ha aportado evidencias empíricas (2,5-8) que demuestran que los médicos que cuidan su salud y practican estilos de vida saludables, tienen mayor probabilidad de recomendar y de inducir en sus pacientes hábitos igualmente saludables y de tener mayor éxito en el seguimiento de sus recomendaciones, contrario a aquellos de hábitos no saludables, que tienden a practicar una medicina curativa en lugar de preventiva y que probablemente son poco escuchados por sus pacientes cuando les recomiendan comportamientos que evidentemente,

ellos tampoco practican. De ahí que el tema de los estilos de vida cobra mayor importancia cuando se trata de profesionales de la salud, pues el impacto sobre la salud pública es doble: además de impactar a un grupo en particular, los estilos de vida de dicho grupo recaen en las acciones de salud de sus pacientes, al convertirse en modelos de vida para ellos.

La categoría estilos de vida ha sido recurrente en la literatura sociomédica, epidemiológica y de la psicología de la salud, fundamentalmente a partir de la segunda mitad del siglo XX; pero aún así y a pesar de lo generalizado de su uso, no siempre se ha definido (9). Se trata de un término que atañe a pautas comportamentales, es decir, a formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que cuando se constituyen en el modo habitual de responder ante una situación se pueden entender como hábito, permitiendo entender la relación directa que se establece entre la forma y el estilo de vivir con aspectos de la salud (10).

El estilo de vida se puede considerar como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados (11). Este se va conformando a lo largo de la historia de vida del sujeto, pudiéndose afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares, o de grupos formales o informales. Es natural que las personas tiendan a imitar los modelos sociales promovidos en los medios de difusión o comunicación social. El estilo de vida se puede formar no sólo espontáneamente, sino también como resultado de las decisiones conscientes de quienes aspiran a perfeccionarse y a perfeccionar la sociedad. Puede favorecer al mismo tiempo la consolidación de algunos valores y, aún más, su difusión social. Representa así mismo un producto complejo, fruto de factores personales, ambientales y sociales, que convergen no sólo del presente, sino también de la historia interpersonal (12).

Son muchos los factores que han actuando a nivel del ambiente humano y que determinan que una enfermedad se inicie y se desarrolle en sujetos concretos e incidan con más peso en determinados grupos poblacionales. Dado entonces que el estilo de vida de una persona está determinado por las condiciones en las que vive, resulta un objetivo importante para

cualquier profesional de la salud indagar sobre las conductas de riesgo y de protección que los diferentes grupos sociales inducen en las personas (10). Estas pueden verse afectadas por factores como la edad, particularmente por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre (niñez, juventud, vejez), los aspectos culturales, el nivel socioeconómico, el género, e incluso, factores emocionales y cognitivos. De acuerdo con esto, los determinantes se podrían agrupar en las siguientes categorías: demográficas, sociales, situacionales y psicológicas.

Los estados anímicos, las conductas y el ambiente en el que se vive influyen notoriamente sobre la salud. El actual interés por la salud ocupacional y por los riesgos medioambientales por ejemplo, han originado programas de prevención en la contaminación del ambiente y en el manejo adecuado de desechos, productos y maquinaria, con el fin de lograr un mayor bienestar de la población. Se cuenta también con el respaldo científico del rol que juegan las emociones en la salud, siendo muy reconocidos los efectos del estrés en el ámbito físico y mental, así como el factor protector del apoyo social durante el proceso de salud-enfermedad. Se ha estudiado incluso, cómo los modelos sociales logran instaurar en algunos sectores de la población patrones de conducta que fomentan aspectos saludables (las leyes para fumadores en sitios públicos, que los “distancian” de quienes no fuman al localizarlos en espacios específicos y restringidos) y otros que por el contrario, pueden tener efectos nocivos, como sucede con la publicidad que promueve hábitos alimenticios inadecuados, con el fin de obtener una figura delgada (13).

Según Pinn los comportamientos saludables varían de acuerdo al sexo de las personas (14). Las mujeres por ejemplo, padecen consecuencias más graves por un menor consumo de alcohol, tienen una incidencia de dos a tres veces mayor de síndrome de intestino irritable y de enfermedad intestinal funcional y tienen nueve veces más probabilidades de contraer ciertas enfermedades hepáticas. Al avanzar la edad, tienden a presentar más reacciones adversas a los medicamentos que los varones de la misma edad y una mayor prevalencia de incontinencia urinaria. Además, aunque el 52% de todas las muertes por enfermedad cardíaca y el 61% de todas las muertes por accidente cerebrovascular en los Estados Unidos corresponda a mujeres, es menos probable que reciban tratamiento médico para los problemas cardiovasculares antes de su muerte. Por otra parte, Conner afirma que las mujeres que dejan de fumar y de consumir

alcohol, comienzan a realizar algún ejercicio físico, se preocupan más por su dieta, por tomar complementos vitamínicos y por mejorar su higiene dental, en comparación con los hombres (15).

Pero no sólo el género es un factor determinante y distinto en las actitudes y comportamientos de la salud; también cobran importancia aspectos como la edad, el nivel socioeconómico, las experiencias pasadas, sean propias o ajenas, la susceptibilidad, y la severidad y beneficios percibidos por cada persona. Con relación a la actividad física y a los comportamientos saludables, Cheryl, afirma que a mayor actividad física, habrá menor consumo de tabaco y de alcohol (16), si esto sucede en personas que practican deportes de alto impacto, se podría establecer entonces una relación entre la actividad física juvenil, como predictora de la actividad física adulta.

Con relación a la clase socioeconómica, las personas de clase media y alta generalmente tienen la facultad de elegir el medio en el que establecen sus hogares, así como la calidad y el tipo de alimentos que consumen y la atención médica que reciben. En cambio para los que viven en la pobreza, sus opciones están fuertemente restringidas por la escasez de sus recursos (17). Otros factores determinantes que se han descrito son los estados emocionales, la autoestima, el acceso a los servicios médicos, los factores de personalidad y los factores cognitivos, los cuales determinan algunas prácticas individuales de conducta saludable (15).

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la prevalencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con dietas inadecuadas y con estilos de vida poco sanos está creciendo en muchos países. Al aumentar la prosperidad y la urbanización, las dietas tienden a ser más ricas en energía y en grasas (especialmente saturadas) y a tener un contenido menor de fibra y de carbohidratos complejos y uno mayor de alcohol, de carbohidratos refinados y de sal. En los medios urbanos disminuye con frecuencia el ejercicio físico y el gasto de energía, mientras que se incrementa el consumo de tabaco y el estrés. Estos y otros factores de riesgo, junto con el incremento en la esperanza de vida, van unidos a una mayor prevalencia de obesidad, de hipertensión, de enfermedades cardiovasculares, de diabetes *mellitus*, de osteoporosis y de algunos tipos de cáncer, con los subsecuentes e inmensos costos sociales y de atención de salud. En algunas regiones, la caries dentales conforman una

condición relacionada también con la dieta. La Liga Europea contra el Cáncer estableció que la adopción de un estilo de vida sano mejora el estado general de la salud y evita incluso algunos tipos de cáncer. En el mismo sentido, un informe publicado en septiembre de 1997 por el Fondo Internacional para la Investigación del Cáncer y por el Instituto Americano para la Investigación del Cáncer sobre la relación entre la alimentación y la aparición de cáncer, estableció que en términos generales, los vegetales reducen el riesgo de desarrollar diferentes tipos de cáncer, mientras que el alcohol, la carne, las dietas grasas y la obesidad, incrementan este riesgo. El consumo de carne por ejemplo, probablemente incrementa el riesgo de aparición de cáncer de colon y posiblemente el de páncreas, el de mama, el de próstata y el de riñón (17).

Numerosos estudios sugieren que los estilos de vida pueden prevenir la aparición de enfermedades en grupos poblacionales y las investigaciones se han centrado en indagar acerca del impacto de los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales en el estilo de vida de las personas y su relación con el mantenimiento de la salud y la aparición de la enfermedad. Un ejemplo son los estudios realizados en los Estados Unidos, en donde los estilos de vida no óptimos de millones de adultos y de niños se traducen en una epidemia de obesidad y en un incremento del riesgo para la aparición de enfermedades crónicas. A este respecto y concretamente con relación al mal de Alzheimer y a las demencias, Gardner afirma que „ha habido una explosión de información en los últimos diez años que realmente resalta las posibilidades que tenemos de reducir la enfermedad de Alzheimer en nuestra sociedad, con algunas intervenciones que son relativamente bien conocidas y tienen beneficios claros para la salud pública“ (18).

En Europa se han propuesto proyectos para los adolescentes en los que la clave es promover la salud y prevenir la enfermedad en el siglo XXI. Un ejemplo de ellos es el proyecto HELENA (*Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence*), de gran alcance y diseñado para comprender y mejorar de forma eficaz los hábitos nutricionales y los estilos de vida de los adolescentes europeos (19). En Colombia también se han gestado propuestas y dentro de ellas se destaca el estudio de Cabrera, quien tuvo como objetivo establecer la incidencia de la actividad física en el incremento de factores de riesgo para la salud en 3000 residentes urbanos de todos los estratos de la ciudad de Bogotá, con edades entre 18 y 65 años y

del que se concluyó que la aproximación a la actividad física se debía hacer desde un enfoque ecológico, en el que se combinaran aspectos individuales como la autoconfianza, interpersonales como el soporte social y comunitarios como el mejoramiento de la infraestructura urbana y el acceso a espacios seguros (20).

En una muestra de 656 jóvenes universitarios entre los 18 y 24 años de edad, Vickers *et al.* investigaron la posible relación entre el consumo de tabaco, la actividad física, los estilos de respuesta y la depresión, encontrando que los consumidores de tabaco en comparación con los no consumidores, presentaban más altas frecuencias de depresión, menor actividad física y preocupaciones por el peso. Igualmente, que los consumidores depresivos utilizaban el tabaco para elevar sus estados de ánimo (21). En cuanto al consumo de alcohol, de tabaco y de otras drogas y bebidas como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios, Arrivillaga *et al.* encontraron en un estudio realizado en Cali (Colombia), que el 50% de los estudiantes presentaba un estilo de vida poco saludable en esta dimensión. Las prácticas que identificaron como no saludables fueron las del consumo de más de tres gaseosas en la semana (73,8%), consumo de licor al menos dos veces a la semana (53%), consumo de más de dos tazas de café al día (55,2%) y fumar (51,9%), resaltando que sólo el 16% de los estudiantes prohíbe que fumen en su presencia (22).

Acerca de expectativas saludables, los estudios demuestran que los hábitos de las personas son poco consistentes, ya sea porque los comportamientos protectores de la salud cambian bastante con el tiempo (historia de aprendizaje), o porque los hábitos comportamentales pueden tener diferentes objetivos, sin estar gobernados por un conjunto único de razones. El que una persona lleve acabo o no comportamientos protectores podría depender de motivaciones, que a su vez dependen de la percepción que el individuo tiene de las enfermedades, o de los modelos sociales a los cuales está expuesto (aprendizaje), lo que demuestra que los hábitos para lograr un estilo de vida sano no dependen únicamente del conocimiento que se tiene de la salud y la enfermedad, como lo diría el sentido común y que al articular dichos hábitos, cada persona puede aprender comportamientos saludables (10). Ahora bien, el que se realice una conducta de salud no garantiza que se lleven a cabo otros comportamientos saludables, pues en el repertorio de conducta de un individuo pueden convivir al mismo tiempo hábitos saludables y nocivos (22).

Con respecto al bienestar, los estilos de vida determinan la presencia de factores de riesgo, de factores protectores o de ambos, por lo cual es importante tener en cuenta los componentes individuales y sociales que rodean al individuo. De acuerdo con Matarazzo, los comportamientos de salud contemplan esfuerzos para reducir “patógenos conductuales” y practicar las conductas que actúan como “inmunógenos conductuales” (23). Para Becoña la adopción de estilos de vida saludable no se puede explicar con el viejo modelo de información, en el que era suficiente tener conocimiento de como se produce la enfermedad y su manera de prevención (24). Este autor plantea algunos de los aspectos que explican por que las personas no adoptan estilos de vida saludable, dentro de ellos el carácter placentero y la inmediatez de los efectos de las conductas no saludables, la no percepción de la relación entre la práctica de los comportamientos nocivos con la aparición de la enfermedad diagnosticable, la idea que la mayoría tiene del poder sin límites de la medicina y de la tecnología para solucionar los problema de salud, las barreras culturales que impiden el cambio de los hábitos no saludables y el cambio como un proceso cíclico y lento y más que rápido lineal.

Como se mencionó al comienzo, muchos suponen que los profesionales de la salud, en especial los médicos y las enfermeras, al ser personas estudiosas de los factores que determinan la salud de un individuo, practiquen con mayor frecuencia comportamientos que promueven la salud y evitan la enfermedad, presentando por lo tanto, una morbilidad y mortalidad menores a las de la población general. Pero al respecto hay estudios que desvirtúan esta creencia, como el de Frank *et al.* que encontraron que los médicos norteamericanos tenían mayor edad en el momento de morir, comparados con abogados y otros profesionales, a pesar de que era más probable que murieran de enfermedades cerebro vasculares, accidentes y suicidio, por lo que la baja tasa de mortalidad o la mayor longevidad no serían indicadores suficientes del buen estado de salud y de estilos de vida saludables en estos profesionales (8).

Hay datos que sugieren que los estilos de vida representativos de los médicos y de cada especialidad se han convertido en determinantes para seleccionar la carrera, incluso más, que aspectos como la tradición, el salario, el prestigio o la duración de la misma. Los estudiantes norteamericanos por ejemplo, prefieren hoy en día la radiología y la anestesiología, a la medicina familiar, a la ginecología o a la cirugía

general, influyendo en su decisión el nivel de control que perciben de su propio estilo de vida, tales como cantidad de tiempo libre, posibilidades de realizar actividades de ocio y recreación, tiempo para compartir con la familia y la posibilidad de controlar el número de horas que semanalmente se gastan en las actividades profesionales (25). También se ha encontrado que en aquellos médicos norteamericanos que en el pasado probaron alguna sustancia ilícita, actualmente es menos frecuente que la consuman, aunque si hay persistencia en el consumo de alcohol, probablemente por la frecuencia de reuniones que implica su estatus social. Igualmente hay un alto grado de automedicación, especialmente de benzodiazepinas y de opiáceos menores, condición que incrementa el riesgo de abuso o de dependencia de drogas (26).

Basada en la anterior revisión, nuestra investigación pretende establecer la frecuencia de comportamientos saludables en una muestra de profesionales de la salud colombianos, si existe algún tipo de característica de los sujetos que se asocie a una práctica de estilos de vida saludable y si se observa alguna relación entre su nivel, de acuerdo con el modelo biomédico y su estilo de vida.

Método

Diseño

Como se querían caracterizar los comportamientos y las creencias saludables en los profesionales de la salud, se utilizó un diseño de tipo descriptivo correlacional.

Sujetos

Para el estudio se tomó un muestra total de 606 profesionales de la salud. El 46,2% (280) fueron hombres y el restante, 53,8% (326) mujeres. Del total de la muestra, el 82,8% (500) fueron médicos y el 17,2% (106) enfermeras. El promedio de edad del grupo fue de 30,06 años, con una edad mínima de 20 y máxima de 68. La edad promedio de los médicos fue de 29,11 años y la de las enfermeras de 34,8 años. El 44,6% de la muestra se tomó en Bogotá y el restante (63,4%) en ciudades como Cali, Villavicencio, Yopal, Cúcuta, Bucaramanga, Neiva y Cartagena, entre otras. De los médicos, el 85,8% fueron médicos generales y el restante (24,2%) tenía alguna especialidad médico-quirúrgica (7,8%) u otra especialidad (6,4%).

Instrumento

Se adaptó el cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida, tomado de Salazar y Arrivillaga

(2004) (1). El cuestionario, con un total de 90 preguntas, se divide en tres partes: la primera, con diez preguntas sobre identificación de los sujetos; la segunda, sobre prácticas saludables, con 57 preguntas que evalúan actividad física, tiempo de ocio, autocuidado, toma de medidas de bioseguridad, hábitos alimenticios, consumo de psicoactivos y tiempo de sueño y la tercera, con 23 preguntas que evalúan las creencias sobre tiempo de ocio y consumo de psicoactivos y el abordaje biomédico de la salud y la enfermedad. Todas las escalas de respuestas corresponden a una escala Likert.

Procedimiento

Se contactaron las asociaciones científicas y de exalumnos de las principales ciudades del país con el fin seleccionar un total de 606 voluntarios entre médicos y enfermeras, a quienes se les explicó el objetivo general del estudio y el diligenciamiento individual del cuestionario en presencia de alguno de los investigadores.

Resultados

La percepción subjetiva del estado de salud de los médicos y enfermeras fue en general muy positiva, ya que la mayoría de sus respuestas tendieron a calificar su salud como buena, muy buena y excelente (57,5% en enfermeras y 77% en médicos).

Al evaluar su percepción en cuanto a si se han sentido deprimidos o no, se encontró que alrededor de la tercera parte los sujetos evaluados respondieron de forma positiva, siendo mayor la proporción en las enfermeras que en los médicos (36,6% vs. 24,2%). Si se compara esta cifra con el último estudio de Salud Mental de Colombia año 2003 (27), el 8,6% de los hombres y el 14,9% de las mujeres sufren de depresión en el país, lo que aparentemente indicaría una mayor frecuencia en esta población. Sin embargo, se debe tener en cuenta que las cifras sobre depresión del presente estudio corresponden a un reporte subjetivo de los sujetos evaluados.

En cuanto al Índice de Masa Corporal (IMC), se encontró que un poco más de la mitad de los médicos y de las enfermeras estuvo clasificado en IMC normal (61,2% médicos y 52,9% enfermeras), que una tercera parte presentaba sobrepeso u obesidad (23,3% y 29,4%) y que una quinta parte tenía bajo peso o deficiencia nutricional (15,2% y 17,6%).

Las conductas de la segunda sección respecto actividad física y deporte, tiempo de ocio, autocuidado,

prácticas de bioseguridad, hábitos alimenticios y consumo de sustancias psicoactivas se evaluaron tomando como referencia los 30 días anteriores al diligenciamiento del cuestionario, excepto las conductas de autocuidado y de prácticas de bioseguridad. De acuerdo a la cantidad y frecuencia con que se realizaban cada una de las conductas evaluadas se clasificaron en cuatro categorías: muy saludables, saludables, poco saludables y no saludables.

Al evaluar el nivel de actividad física se encontró que tanto los médicos como enfermeras que participaron en el estudio presentaban en su mayoría, hábitos poco y nada saludables (85,69% y 94,18%) (Figura 1).

En cuanto al tiempo de ocio, se encontró que aproximadamente una tercera parte de los médicos y enfermeras presentaba un manejo poco saludable, siendo mayor en las enfermeras que en los médicos (Figura 2).

En el manejo del autocuidado, que se refiere a aspectos como visitas periódicas al odontólogo y al médico, al uso de pruebas de tamizaje, etc., se encontró que una sexta parte de los médicos y enfermeras del estudio tenía hábitos pocos saludables (Figura 3).

En cuanto a las prácticas de bioseguridad, se encontró que alrededor del 11% de los médicos y de las enfermeras no presentaban una práctica adecuada de estas medidas (Figura 4).

Referente al manejo de hábitos alimenticios una sexta parte de los médicos y enfermeras, presentaba hábitos pocos saludables (Figura 5).

Respecto al consumo de psicoactivos, los sujetos evaluados reportaron en general, una práctica saludable (Figura 6).

En cuanto a los hábitos de sueño, se encontró que un poco menos del 10% de los médicos y enfermeras evaluados presentaban hábitos poco saludables (Figura 7).

Finalmente, de las siete conductas no saludables evaluadas en el cuestionario, se identificó el número que practicaban de forma simultánea, encontrándose que solo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras tenían hábitos totalmente saludables, cerca de la mitad (48,2% y 47,1%) deficiencia en la práctica de una de las conductas y el 40,2% de los médicos y el 46,2% de las enfermeras, prácticas deficientes en dos o más conductas.

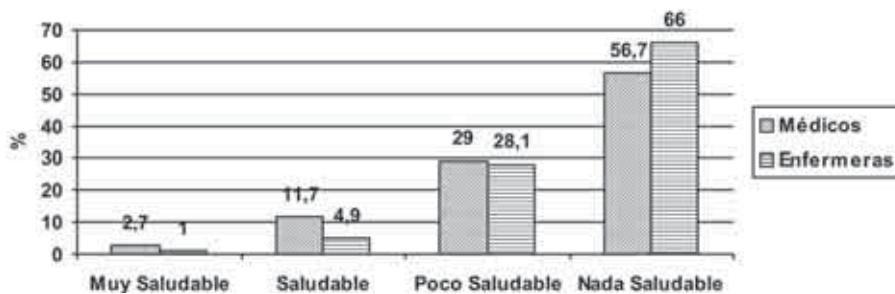


FIGURA 1. Distribución de la actividad física en médicos y enfermeras.

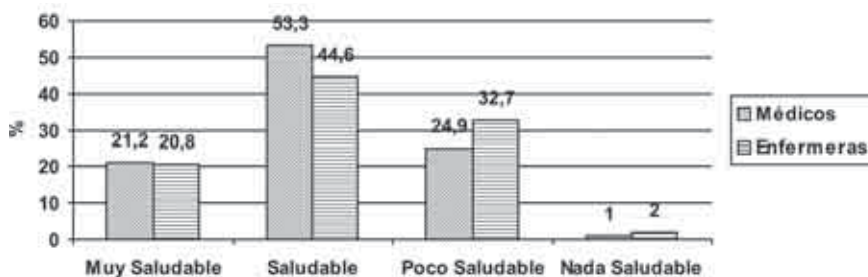


FIGURA 2. Distribución del tiempo de ocio física de médico y enfermeras, según su clasificación.

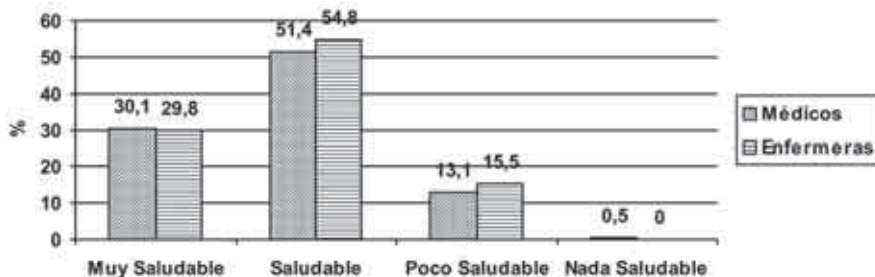


FIGURA 3. Distribución del auto-cuidado de médicos y enfermeras, según su clasificación.

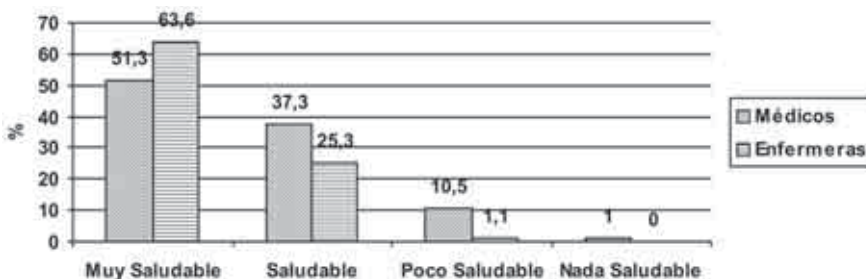


FIGURA 4. Distribución de las prácticas de bioseguridad de médicos y enfermeras, según su clasificación.

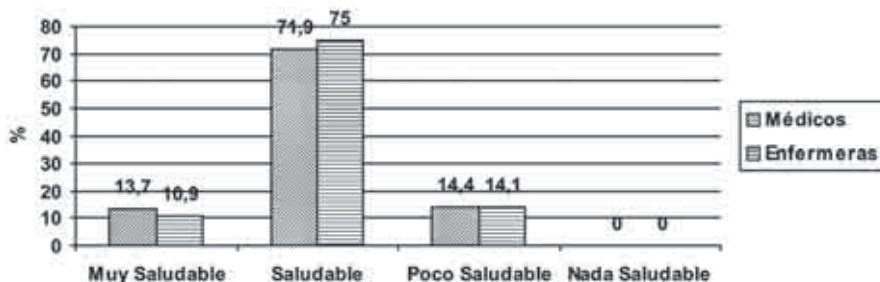


FIGURA 5. Distribución de hábitos alimenticios de médicos y enfermeras, según su clasificación.

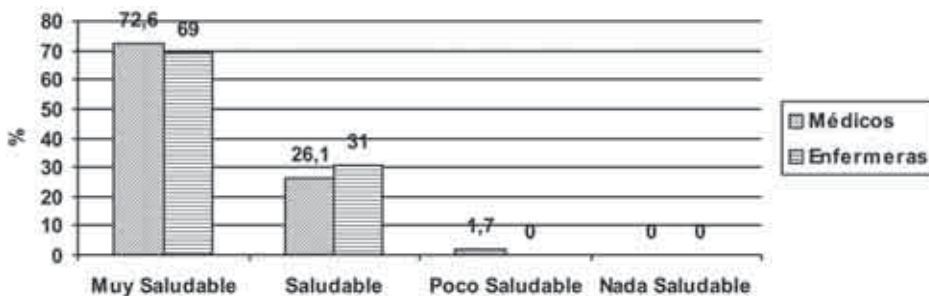


FIGURA 6. Distribución del uso de sustancias psicoactivas de médicos y enfermeras, según su clasificación.

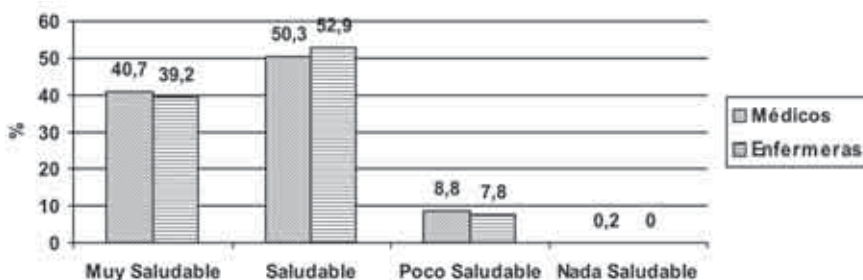


FIGURA 7. Distribución de hábitos de sueño de médicos y enfermeras, según su clasificación.

La siguiente parte del cuestionario, correspondiente a la creencia de si el tiempo de ocio favorece los estados de salud y si el consumo de sustancias psicoactivas está relacionado con la mala salud de las personas, permitió encontrar que la mayoría de los profesionales estaba de acuerdo con dicha afirmación. Sin embargo, es de resaltar que una cuarta parte de los médicos y de las enfermeras (24,34% y 20,33% respectivamente) pensaba que existe una baja relación entre el consumo de psicoactivos y la salud de las personas. Al evaluar el nivel de acuerdo de los profesionales con el enfoque biomédico, se encontró que el 59,2% de los médicos y el 63,6% de las enfermeras, estaba de acuerdo con el enfoque.

Con el fin de establecer las relaciones entre los comportamientos saludables y las características de los sujetos, se realizó un Análisis de Correspondencias Múltiples que permitió establecer la presencia de dos factores que caracteriza a los sujetos con distintos tipos de estilo de vida: el primero (eje horizontal), hace referencia al tipo de estilo de vida de los sujetos (saludable, derecha vs. no saludable, izquierda) y el segundo a las características de los sujetos (menores de 25 años, solteros, sin hijos y generalmente médicos vs. mayores de 35 años, casados, generalmente enfermeras) (Figura 8).

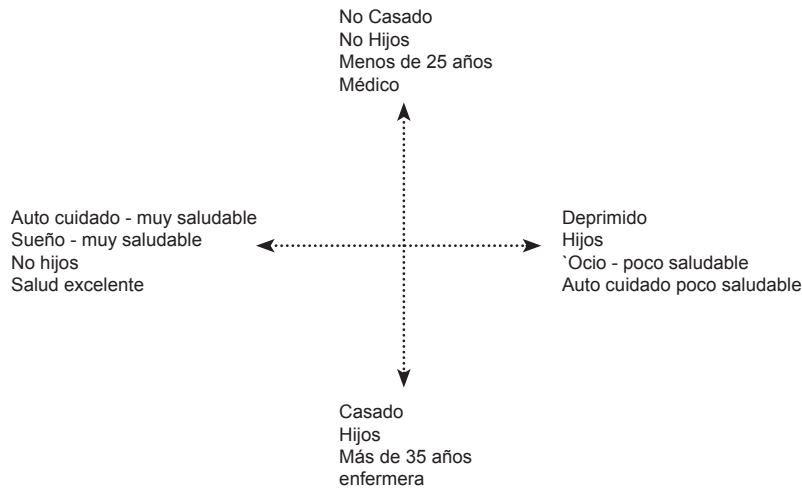


FIGURA 8. Factores principales del análisis de correspondencia múltiple.

El mismo análisis permitió establecer tres subclases o grupos claramente diferenciados, organizados dentro de los dos factores. El primer grupo se conformó con sujetos entre los 25 a 30 años, solteros, sin hijos, generalmente médicos, que tenían estilos de vida saludable. El segundo grupo, con sujetos menores de 25 años, solteros, sin hijos, generalmente médicos, que tenían estilos de vida poco saludables. Y el tercer grupo, con sujetos mayores de 35 años, casados, con hijos, generalmente enfermeras, que tenían estilos de vida poco saludables. De esta manera, los profesionales que se caracterizaron por ser personas con estilos de vida poco saludable correspondió a los médicos más jóvenes y solteros o las enfermeras de más de 35 años casadas, mientras que los profesionales con hábitos saludables eran los de mediana edad (25 a 30 años).

Discusión

Los resultados de la investigación muestran que los estilos de vida de los profesionales evaluados presentan en general deficiencias, sobre todo en aspectos como la actividad física y el deporte, siendo menos saludable en las enfermeras que en los médicos. Al igual que en otros estudios, esto evidencia que la sola información sobre la enfermedad no es suficiente para producir cambios de conducta que la prevengan (28-30). El estilo de vida no se conforma únicamente durante el proceso de formación y práctica profesional, sino que se va conformando a lo largo de la historia de vida del sujeto, desde la niñez, pudiéndose afirmar, como ya se dijo,

que es un proceso de aprendizaje, ya por asimilación, o ya por imitación, de patrones familiares o de grupos formales o informales (12). También se han descritos variables de orden cognitivo-sociales que explican el porque una persona adopta o no un comportamiento particular en favor o en contra de su propia salud (15,30), lo que podría explicar por ejemplo, que se observen médicos neumólogos fumadores.

Una de estas teorías corresponde al Modelo de Creencias de la Salud, propuesto por Hochbaum, Rosenstock y Kegels durante la década de 1950 (31), que propone que hay dos factores básicos de los que depende que una persona adopte un comportamiento saludable: la percepción de amenaza de una enfermedad y la percepción de la efectividad de su propia conducta para contrarrestar dicha amenaza. A su vez, la percepción de la amenaza depende de otros dos factores: la percepción de susceptibilidad hacia la enfermedad y la percepción de la severidad de las consecuencias de la misma. Sin embargo, estas dos variables que determinan la probabilidad de seguir o no acciones relacionadas con la salud también están afectadas por las diferencias individuales de los sujetos, tales como sus características sociodemográficas, las normas sociales y su personalidad. Por lo tanto, las personas seguirán una conducta de salud particular si creen que son susceptibles a determinada enfermedad, si consideran que dicha enfermedad realmente es un problema serio para su vida y si creen que los beneficios de tomar una acción en particular para contrarrestarla o evitarla, pesan más que los costos

de no realizar dicha conducta. Existen otras teorías que se han utilizado ampliamente para comprender las conductas de salud y para diseñar programas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud, entre ellas la Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de Acción Planeada, ambas de Ajzen y la Teoría de la Motivación para la Protección de Rogers (15).

Ahora sería necesario considerar el hecho de que la principal deficiencia presentada por los profesionales de la salud, esté relacionada con la actividad física y el deporte. Esto resulta un problema relevante si se tiene en cuenta que la Organización Mundial de la Salud (32) considera que los estilos de vida sedentarios son una de las diez principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo y que en el estudio sobre la Carga Global de Enfermedad se estima que la inactividad física representa la octava causa de muerte en el mundo y supone un 1% de la carga total de enfermedad, medida como DALY (*disability adjusted life years*), o años de vida ajustados por discapacidad en el mundo (33).

Los principales beneficios de la actividad física regular son la disminución en los riesgos de enfermedad cardiovascular, de obesidad, de diabetes *mellitus* e intolerancia a hidratos de carbono, de osteoporosis, de trastornos psicológicos (ansiedad, depresión) y de determinados tipos de cáncer (colon, mama y pulmón) (33).

Finalmente se debe considerar que a diferencia de la población general, los profesionales de la salud que no lleven un estilo de vida saludable, representan un problema adicional, ya no para su salud personal, sino para la de sus pacientes. Como se planteó en la introducción, los médicos que cuidan de su salud tienen mayor probabilidad de practicar una medicina preventiva y de tener mayor éxito en el seguimiento de las recomendaciones a sus pacientes (2,5-8). Es importante considerar que el presente estudio fue una investigación exploratoria que intentó establecer la presencia de la problemática en nuestra cultura colombiana, la cual se pudo evidenciar en los resultados y que mostró además que el panorama no es muy diferente al encontrado en las investigaciones de otros países. Por lo tanto, se hace necesario desarrollar otros trabajos de investigación que midan los determinantes biológicos, psicológicos, sociales y culturales, de los estilos de vida, así como la conducta de consejería en estilos de vida por parte de los profesionales de la salud.

Referencias

1. Salazar IC, Arrivillaga M. El Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas, Como Parte del Estilo de Vida de Jóvenes Universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*. 2004;13: 74-89.
2. Frank E. Physician health and patient care. *JAMA*. 2004 Feb 4;291(5): 637.
3. Díaz-Llanes G. El comportamiento en psicología de la salud. En: Hernández-Meléndez E, Grau-Abalo J, editors. *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Mexico: Universidad de Guadalajara; 2005. p 179-99.
4. Smith TW, Orleans CT. Prevention and Health Promotion: Decades of Progress, New Challenges, and an Emerging Agenda. *Health Psychology*. 2004;23(2): 126-31.
5. Frank E, Rothenberg R, Lewis Ch, Belodoff BF. Correlates of Physician' Prevention-Related Practices. Findings From the Women Physicians' Health Study. *Archives of Family Medicine*. 2000;9: 359-67.
6. Frank E, Breyan J, Elon L. Physician Disclosure of Healthy Personal Behaviors Improves Credibility and Ability to Motivate. *Journal of the American medical association* 2000;9: 287-90.
7. Frank E, Kunovich-Frieze T. Physicians' Prevention Counseling Behavior: Current Status and Future Directions. *Preventive Medicine*. 1995;24: 543-5.
8. Frank E, Biola H, Burnett C. Mortality rates and causes among U.S. physicians. *Journal of the American medical association*. 2000;19(3): 155-9.
9. Infante-Pedreira OE, Pérez-Gonzalez eM, Díaz-Gonzalez JA. La psicología de la salud en la atención primaria. En: Hernandez-Meléndez E, Grau-Arebaló J, editors. *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Mexico: Universidad de Guadalajara; 2005. p. 253-72.
10. Rodríguez-Marin J. *Psicología Social de la Salud*. Madrid, España: Editorial Síntesis S.A.; 1995.
11. Tavera J. Estilos de vida, factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. 1994.
12. Flórez Alarcón L, Hernandez L. Evaluación del estilo de vida. *Boletín Latinoamericano de psicología de la salud*. 1998.
13. Brannon L, Fesist J. Comprensión del estrés y la enfermedad. En: Brannon L, Fesist J, editores. *Psicología de la Salud*. Madrid: Mosby; 2001. p. 177-212.
14. Pinn VW. Sex and gender factors in Medical Studies: Implications for health and clinical practice. *JAMA*. 2003;289(4):397-400.
15. Conner M. The role of social cognition in health behaviours. En: Conner M, Norman P, editores. *Predicting Health Behaviour: Research Practice with Social Cognition Models*. Buckingham: Open University Press; 1995.
16. Cheryl R, McKeown R, Valois R. Patterns of tobacco and alcohol use among sedentary, exercising nonathletic, and athletic youth. *Journal of School Health*. 1996;66(1):27-34.
17. Lemus J. Condiciones de vida y salud en Argentina. *Ambiente médico*. 2000;27: 9-18.
18. Gardner A. Estilos de vida saludables podrían ayudar a prevenir el Alzheimer. <http://www.supersalud.com/vernoticias.php?cod=2374> 2005 June 21 Disponible en URL: <http://www.supersalud.com/vernoticias.php?cod=2374>

19. Moreno-Aznar LA. Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence. <http://www.helenastudy.com/> 2006 August 16 Disponible en URL: <http://www.helenastudy.com/>
20. Cabrera G, Gómez L, Mateus JC. Actividad física y etapas de cambio comportamental en Bogotá. *Colombia Médica*. 2004;35(2): 82-6.
21. Vickers KS, Patten CA, Lane K, Clark MM, Croghan IT, Schroeder DR, et al. Depressed versus nondepressed young adult tobacco users: differences in coping style, weight concerns and exercise level. *Health Psychology*. 2003;22(5):498-503.
22. Arrivillaga M, Salazar IC, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*. 2003;34(4):186-95.
23. Matarazzo JD. Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions. En: Matarazzo JD, Weiss SM, Herd JA, Miller NE, Weiss SM, editores. *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. New York: John Wiley y Sons; 1984. p. 3-40.
24. Becoña Iglesias E, Vasquez F. Promoción de los estilos de vida saludables. *ALAPSA* 2004;(5): 15-25.
25. Dorsey R, Jarjoura D, Rutecki G. Influence of Controllable Lifestyle on Recent Trends in Specialty Choice by US Medical Students. *JAMA*. 2003;290:1173-8.
26. Hughes P, Brandenburg N, Baldwin D, Storr C. Prevalence of substance use among US physicians. *Journal of the American medical association*. 1992 May 6;267(17).
27. Gomez-Serrano LC, Posada-Villa JA. *Estudio Nacional de Salud Mental*. Colombia: Ministerio de Protección Social; 2003.
28. Pescosolido BA. Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help. *American Journal Of Sociology*. 1992;97:1096-138.
29. Heaney D, Wyke S, Wilson P, Elton R, Rutledge P. Assessment of impact of information booklets on use of healthcare services: randomised controlled trial. *BMJ*. 2001;322:1218-21.
30. Sanabria-Ferrand PA. Efectividad de un programa cognitivo social para prevenir el cáncer de piel en mujeres adolescentes. *Universitas Psicológica*. In press 2006.
31. Becker MH. Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*. 1974;2:324-473.
32. WHO. *World Health Report*. 2002. Report No.: 8.
33. Varo-Cenarruzabeitia JJ, Martinez-Hernandez JA, Martínez-González MA. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica*. 2003;121(17):665-72.