

Creencias de salud-enfermedad en estudiantes universitarios

ROSA MARTHA MEDA LARA,¹ BERNARDO MORENO JIMÉNEZ,² MARCELA MORALES L.,³
PATRICIA TORRES YÁNEZ,⁴ BAUDELIO LARA GARCÍA,⁵ GONZALO NAVA BUSTOS⁶



Resumen

La promoción de salud en el ámbito escolar constituye “un valor agregado “al de por sí ya extraordinario valor que tiene la escuela. (OPS, 1998). En cuanto a la promoción de salud, se reconoce la importancia del estudio de los estilos de vida como un indicador de riesgo de diversas enfermedades o causas de muerte, ya que el estilo de vida representa un conjunto de conductas relacionadas con la salud, de valores y actitudes adoptadas por el sujeto en respuesta a su ambiente social, cultural y económico. El objetivo del presente estudio es identificar las creencias de salud enfermedad que caracterizan a los estudiantes universitarios. El estudio fue de tipo descriptivo transversal, se obtuvieron datos confiables de 1234 estudiantes de diversas universidades a los que se les aplicó el Cuestionario de Creencias de salud-enfermedad (Meda-Lara, R. M, en prensa). Los resultados indicaron que casi todos los estudiantes obtuvieron puntuaciones que indicaron creencias protectoras de salud; sin embargo, se encontraron diferencias significativas por género, siendo las mujeres las que tuvieron puntuaciones más altas en todos los factores del Cuestionario de Creencias de Salud Enfermedad y por Universidad se encontró que los estudiantes del CUSur tuvieron puntuaciones más altas en las creencias de conductas preventivas y de consumo de tabaco, alcohol y drogas, pero los estudiantes de San Luis Potosí tuvieron puntuaciones más altas en el factor 2 relacionadas con las creencias de Autocuidado.

Descriptor: creencias, salud-enfermedad, estudiantes.

Believes of health in university students

Abstract

The health promotion at the university level represents an “additional value”, to the one that represents the educational extraordinary issue. (PHO, 1998). As for health promotion, it is wide known the significant importance of life styles studies, which it's been considered as a risk indicator of different diseases or even, a cause of death, taking into account that life styles represents a summary of related behaviors associated to health conditions, social values and different human behavior in response to our own social, cultural and economical conditions. The purpose of this study was identify believes on university students. Type of study: Descriptive, transversal. Valued data was colleted from 1234 university students related with health-disease believes. (Meda-Lara, R, not published). The results indicated that almost all students obtained punctuations related to protective health beliefs; however, we found significant differences by gender, women got high punctuations in all factors of the Health Sickness Beliefs Questionnaire compared with men. The CUSur students obtained higher punctuations than San Luis Potosi ones, in beliefs about preventive behaviors and tobacco, alcohol and drugs consumption, whereas the opposite was found for self-care beliefs.

Key words: believes, health disease, students.

1 Profesora investigadora Titular C de tiempo completo del Departamento de Psicología Básica del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

2 Profesor investigador de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

3 Profesora investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

4 Profesora investigadora del Centro Universitario del Sur. Universidad de Guadalajara.

5 Profesor investigador Titular C de tiempo completo del Departamento de Psicología Básica del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

6 Profesor del Departamento de Psicología Básica del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

Antecedentes

Las personas a lo largo de su vida van desarrollando ciertos estilos de vida, que se van sistematizando como un proceso de aprendizaje por asimilación o imitación de modelos, patrones familiares de grupos. Todo ello orienta las concepciones, criterios y decisiones de los individuos, su tiempo, energía física y psíquica, además de sus relaciones con otras esferas de su vida” (Florez, 1994). Con lo anterior, se pueden encontrar estilos de vida salutogénicos (que tienden a la salud) tales como tener hábitos de ejercicio físico, uso de métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual, estrategias de afrontamiento del estrés, una dieta balanceada, auto cuidado y cuidado médico, habilidades sociales, prácticas adecuadas de higiene, entre otros. Sin embargo, también hay estilos de vida patogénicos (que impactan el estado de enfermedad del sujeto), como el sedentarismo (propiciando enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, entre otras), consumo de tabaco y alcohol, enfermedades de transmisión sexual, estrés, consumo excesivo de alimentos ricos en grasas saturadas, autoestima baja, ansiedad social, timidez y depresión, por mencionar algunos. En este contexto, son las creencias de salud-enfermedad las que juegan un papel importante, y a veces, incluso determinante, en la toma de decisiones para modificar los estilos de vida, para trasladarlos de estados patogénicos a estados salutogénicos.

Duchan y cols. (2001), refieren que los estilos de vida saludables son “los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.... por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social”.

Con relación a la población joven se ha reportado que, en comparación con los niños y los ancianos, sufren de pocos trastornos que amenazan su vida y que la adopción de algunos hábitos que tienen consecuencias negativas para la salud a largo plazo, tales como el tabaquismo, el consumo de drogas adictivas y alcohol (Rhodes y Jason, 1990), no causa por lo general, morbilidad o mortalidad en estas edades, sino que sus efectos y costos se evidencian en etapas posteriores de la vida. Así, cuando las sociedades han de tomar decisiones sobre cómo invertir en los recursos

de salud, generalmente asignan poca importancia a la población joven, a pesar de que, después de la infancia temprana, esta etapa es la más vulnerable hasta que se llega a la vejez (Burt, 2000).

Los factores del modelo que determinan la conducta de salud son de dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de severidad). Por otra parte, las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza se encuentran en función de la creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción de beneficios y barreras). Una última variable que completa el modelo y es la presencia de estímulos internos o externos que se constituyen en claves para actuar (Yeung y cols., 2004).

Una clave interna puede ser el síntoma de alguna enfermedad, mientras que una clave externa puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad. Adicionalmente, el concepto de *autoeficacia* ha sido adherido a algunas versiones del Modelo de Creencias de Salud (MCS). La autoeficacia es útil para entender comportamientos relacionados con el cuidado de la enfermedad crónica que requiere cambios comportamentales en un largo período de tiempo (Weinstein y cols., 1998).

En un estudio realizado en Colombia en jóvenes universitarios, se evaluaron las creencias de salud-enfermedad y encontraron que éstos tenían creencias favorables relacionadas con la actividad física y el deporte, las creencias de tener conductas de autocuidado y evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas; sin embargo, estas creencias no coincidían con la práctica saludable. (Arrivillaga y Salazar, 2003).

Así, es prioritario identificar los escenarios de excelencia para promover aptitudes y actitudes positivas hacia la salud y son precisamente las llamadas Escuelas Promotoras de Salud una alternativa viable (OPS/OMS, 1996:36), lo que significa un reto es lograr un diseño que permita conseguirlo.

Varios modelos teóricos del campo de la psicología y de la educación, entre otros, han ido logrando una base teórica metodológica bien estructurada pa-

ra garantizar la modificación o el reforzamiento de conductas salutogénicas individuales y de pequeños grupos: "La Educación para la Salud". (OPS,1996)

La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo, entre otros. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

Los problemas de salud en nuestros tiempos han aumentado y afectado, principalmente, en los adultos jóvenes; esto se debe a los estilos de vida que se practican, los cuales se van sistematizando como un proceso de aprendizaje por asimilación o imitación de modelos, patrones familiares y/o de grupos. Todo esto orienta las concepciones, criterios y decisiones de los individuos, su tiempo, energía física y psíquica, además de sus relaciones con otras esferas de su vida (Floréz, 1994). Con base en lo anterior, se pueden encontrar estilos de vida salutogénicos (que tienden a la salud), también hay estilos de vida patogénicos (que impactan el estado de enfermedad del sujeto). Además, las creencias juegan un papel importante en la toma de decisión para modificar los estilos de vida, que se encuentran determinadas por los grupos etarios.

Las creencias juegan un papel importante en la toma de decisión para modificar los estilos de vida, que se encuentran determinadas por los grupos etarios. Así, "en los jóvenes, tienden a enfatizar más los síntomas en sus definiciones, (particularmente los relacionados con su propia experiencia), los adultos mayores resaltan estados emocionales más abstractos y generales, así como enfermedades específicas y tienen en cuenta los componentes temporales de la enfermedad. A su vez, estas creencias de salud enfermedad están fijadas por los estilos de vida que cada persona haya aprendido, en su contexto" (Rosenstock y Strecher, 1997).

En este estudio se pretende contestar la siguiente interrogante: ¿Se pueden caracterizar las creencias de

salud enfermedad en una muestra de estudiantes universitarios?

Método

- a) *Tipo de estudio*: descriptivo correlacional.
- b) *Sujetos*: se obtuvieron datos confiables de 1234 estudiantes que de forma voluntaria participaron en el estudio, de los cuales el 64 por ciento ($n = 792$) fueron mujeres y el 36 por ciento ($n = 442$) hombres. La edad promedio fue de 21 años ($DE = 2.7$). Todos eran alumnos regulares del Centro Universitario del Sur, de las carreras de Psicología, Negocios internacionales, Medicina, Enfermería, Nutrición, Derecho, Turismo, Rescates y seguridad laboral y Administración de redes de cómputo, así como alumnos regulares de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- c) *Instrumentos*: cuestionario de Creencias de Salud Enfermedad (Meda-Lara, R.M. en prensa); el cual consta de 27 reactivos diseñado con la escala de Lickert (con opciones de respuesta de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo).
- d) *Procedimiento*: se diseñó un software que contiene una batería psicológica para medir estilos de vida, creencias de salud y enfermedad. Se capacitó a 15 estudiantes de la licenciatura en Psicología para la aplicación de los instrumentos. Se empleó el centro de cómputo con 3 salas simultáneas, donde los estudiantes contestaron de manera individual cada uno de los cuestionarios. No hubo control de tiempo. Posteriormente se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS 11.1.

Resultados

Se obtuvieron datos confiables de 1234 estudiantes que de forma voluntaria participaron en el estudio. Se realizó análisis factorial con rotación Oblimin de la Escala de Creencias de Salud Enfermedad, obteniéndose 5 factores que explicaban el 47.60 por ciento de la varianza acumulada. En la Tabla 1 se presentan los factores encontrados:

- Factor 1) Creencias de relaciones sociales
- Factor 2) Creencias de auto cuidado
- Factor 3) Creencias de consumo de sustancias
- Factor 4) Creencias en conductas preventivas
- Factor 5) Creencias de consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Tabla 1. Análisis factorial con rotación Oblimin del Cuestionario de Creencias de Salud Enfermedad

Reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
25	.739				
23	.664				
26	.641				
21	.632				
22	.616				
24	.494				
3		-.791			
1		-.780			
2		-.759			
5		-.739			
7		-.640			
4		-.605			
6		-.575			
9		-.469			
8		-.285			
13			.703		
11			.675		
10			.605		
15			.533		
20				-.566	
27				-.531	
19				-.465	
17				-.459	
16					.752
14					.673
18					.570
12					.383

En la Tabla 2 se presenta el análisis de consistencia interna para cada uno de los factores del Cuestionario de Creencias de Salud Enfermedad; se observa que todos los factores obtuvieron un coeficiente de consistencia interna aceptable.

En la Tabla 3 se presenta las correlaciones entre los factores del Cuestionario de Creencias de Salud Enfermedad; se encontró que todos los factores se correlacionaron entre sí. Solamente el factor 3 de creencias de consumo de sustancias se correlacionó de manera discreta con el factor 3 referente a las creencias de relaciones sociales.

En la Tabla 4 se presentan la comparación de medias y desviaciones estándar de los factores del Cuestionario de Creencias de Salud Enfermedad por

género; se aplicó la prueba t de Student encontrándose diferencias estadísticamente significativas $p < .05$ en el factor 1, en el que las mujeres tuvieron la tendencia a calificaciones más altas en las creencias de relaciones sociales y en el factor 3 relacionado a las creencias del daño que ocasiona el uso de sustancias; además, se encontraron diferencias estadísticamente significativas $p < .01$ en el factor 2 en el que las mujeres tuvieron calificaciones más altas en las creencias de autocuidado. Sin embargo, las puntuaciones en ambos grupos indicaron creencias orientadas a la salud, considerando que la media de los factores en casi todos fue mayor a 4 que indica creencias favorables a la salud, a excepción del factor 3 referente a las creencias de consumo de sus-

Tabla 2. Análisis de Consistencia Interna de los Factores del Cuestionario de Creencias de Salud Enfermedad

Factores	Coficiente alpha
Creencias de relaciones sociales	.74
Creencias de autocuidado	.83
Creencia de consumo de sustancias	.52
Creencias en conductas preventivas	.77
Creencias de consumo de tabaco, alcohol y drogas	.52

Tabla 3. Análisis de Correlación entre los factores del Cuestionario de Creencias de Salud Enfermedad

Factores	2	3	4	5
1	.445**	.063*	.434**	.323**
2		.114**	.443**	.313**
3			.108**	.074**
4				.482**

Correlación de Pearson significativa .01**

Correlación de Pearson significativa .05*

tancias (estimulantes, automedicación, y alimentos), cuya puntuación indicó la ambigüedad en la creencia.

En la Tabla 5 se presentan la comparación de medias y desviaciones estándar de los factores del Cuestionario de Creencias de Salud Enfermedad por universidad; se aplicó la prueba t de Student encontrándose diferencias estadísticamente significativas $p < .05$ en el factor 2, en el que los alumnos de San Luis Potosí tuvieron la tendencia a calificaciones más altas en las creencias de autocuidado; mientras que los estudiantes del CUSur tuvieron puntuaciones más altas en el factor 5 ($p < .01$) relacionado con las creencias del daño que ocasiona el consumo de tabaco, alcohol y drogas y en el factor 3 ($p < .05$) de creencias de conductas preventivas. Sin embargo, de manera similar a los resultados generales, los estudiantes tienden a tener puntuaciones altas que indican creencias orientadas a la salud.

Discusión

El estudio de los estilos de vida relacionados con la salud y la enfermedad han sido abordados desde varias perspectivas metodológicas; sin embargo, predominan las socioculturales. En este sentido se retoma la postura de Duchan y cols. (2001), en la que refirieron que los estilos de vida no sólo involucran acciones o comportamientos individuales, sino que son importantes los factores sociales y culturales (las tradiciones, valores, creencias, hábitos, conductas y

comportamientos) que determinan en cierta medida las conductas de los grupos.

Por otra parte, las creencias juegan un papel importante en la toma de decisión para modificar los estilos de vida, que se encuentran determinadas por los grupos etarios. Así, "en los jóvenes, tienden a enfatizar más los síntomas en sus definiciones, (particularmente los relacionados con su propia experiencia), A su vez estas creencias de salud enfermedad están fijadas por los estilos de vida que cada persona haya aprendido, en su contexto" (Rosenstock, y Stretcher, 1997).

En este estudio se encontró que el Cuestionario de Creencias de Salud Enfermedad obtuvo un coeficiente de consistencia interna de alfa .82.

El cuestionario de creencias fue procesado con análisis factorial y reportó 5 factores: creencias de relaciones sociales; creencias de autocuidado; creencias de consumo de sustancias; creencias de conductas preventivas y creencias del consumo de tabaco, alcohol y drogas, obteniéndose un 48 por ciento de la varianza.

Al realizar los análisis descriptivos de los factores se encontró que el Cuestionario de Creencias de Salud Enfermedad por sí mismo no es un instrumento capaz de discriminar a sujetos con creencias favorables versus desfavorables a la salud, por lo menos en la muestra estudiada, ya que las calificaciones promedio de cada factor siempre tuvieron puntuaciones mayores a 4 que indicaban creencias favorables hacia la salud.

Tabla 4. Comparación de Medias y Desviaciones Estándar de las Creencias de Salud Enfermedad por Género

Factores/Género	Total		Hombres		Mujeres	
	M	DE	M	DE	M	DE
Creencias de Relaciones sociales	4.20	.54	4.16	.55	4.22*	.54
Creencias de Autocuidado	4.56	.48	4.50	.49	4.60**	.47
Creencias de consumo de sustancias	3.57	.75	3.51	.78	3.60*	.73
Creencias de conductas preventivas	4.80	.42	4.79	.46	4.81	.39
Creencias del consumo de tabaco, alcohol y drogas	4.29	.72	4.29	.73	4.29	.71

$p < .05$ *

$p < .01$ **

Tabla 5. Comparación de Medias y Desviaciones Estándar de las Creencias de Salud Enfermedad por universidad

Factores/Género	CUSUR		SAN LUIS	
	M	DE	M	DE
Creencias de Relaciones sociales	4.22	.55	4.17	.53
Creencias de Autocuidado	4.54	.52	4.61*	.37
Creencias de consumo de sustancias	3.60	.74	3.51	.78
Creencias de conductas preventivas	4.82*	.43	4.19	.73
Creencias del consumo de tabaco, alcohol y drogas	4.35**	.71	4.19	.73

p < .05 *

p < .01 **

Sin embargo, el Cuestionario de Creencias de Salud Enfermedad fue capaz de discriminar por género tendencias en las creencias de salud enfermedad; en las que las mujeres se caracterizaron por tener puntuaciones más altas en relación con los varones, a excepción del factor 3, relacionado con la creencia de consumo de sustancias que, tanto de forma general como por género, indicó una ambigüedad en dicha creencia.

Además, se encontraron diferencias significativas por universidad, en el que los estudiantes del CUSur tuvieron puntuaciones más altas en las creencias de conductas preventivas y de las creencias de consumo de tabaco, alcohol y drogas; mientras que los estudiantes de San Luis se caracterizaron por tener mayor puntuación en la creencia de autocuidado.

Sobre la base de lo anterior, se encontró que de manera general los estudiantes se caracterizaron por tener creencias orientadas a la salud; como, por ejemplo, creen importante hacer ejercicio físico sistemáticamente y que esto se refleja en la salud, además de que creen que es importante tener conductas de autocuidado como, por ejemplo, visitar al médico una vez cada año, revisar periódicamente su cuerpo en busca de cambios, entre otros (Krauskopf, 1995). Asimismo, creen que se debe evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (Bray, y cols., 2003).

Sin embargo, llama la atención las creencias que tuvieron calificativos de ambiguas (Factor 3) tales como la creencia de que ciertos estimulantes favorecían los procesos de aprendizaje, que el consumo de cigarrillos puede disminuir la ansiedad, la automedicación para evitar ir al médico y el sacrificio de reducir grasas, azúcar y embutidos en la alimentación (Ilczyszyn y Gurí; 2002).

Aunado a lo anterior, las creencias de los estudiantes reflejaron una tendencia a la prevención y atención a la salud. Resultó interesante que las mujeres tuvieron creencias mayormente protectoras con relación a los hombres.

Los resultados encontrados en este estudio, sugieren la necesidad de revisar el Cuestionario de Creencias de Salud Enfermedad, para identificar los reactivos más discriminativos de creencias protectoras y no protectoras a la salud en estudiantes universitarios y relacionarlos con los estilos de vida.

El aporte de esta investigación fue proporcionar una caracterización de las creencias de salud enfermedad de vida de una población joven de estudiantes universitarios, lo que permitirá la creación de programas de acción dirigida a modificar los estilos de vida patogénicos y favorecer los estilos de vida saludables, además de la implementación a corto plazo de los talleres que fomenten la promoción de la salud en escenarios educativos.

Bibliografía

- ARRIVILLAGA-QUINTERO M. y SALAZAR-TORRES I. C. (2003). *Los factores cognitivos y la salud de los jóvenes colombianos*. Memorias del II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena Colombia 23-27 de septiembre.
- BRAY, J. J. H.; ADAMS, G. J.; GES, J. G.; MCQUEEN, A. (2003) "Individuation, Peers, And Adolescent Alcohol Use: A Latent Growth Analysis". *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 71(3): 553-564, June.
- BURT M. (2000). *¿Por qué debemos invertir en el adolescente?* Segunda edición. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- DUCHAN, J. y BLACK, M. (2001). "Progressing Toward Life Goals: A Person-Centered Approach To Evaluating Therapy". *Topics in Language Disorder: Alternative Measures for Evaluating Treatment Outcomes*. 22 (1): 37-49, November.
- FLÓREZ, L. (1994). "Cuestionario de estilo de vida promotor de la salud". *Boletín de la Asociación Colombiana de Psicología de la salud*, 3, 16-22.
- FRIEDMAN, M. & ROSEMAN, R. (1974). *Type A behavior and pour heart*, Knopf, NY.
- ILCZYSZYN G. R. y GURÍ J. C. (2002). *La obesidad en adultos jóvenes reduce su expectativa de vida en más de una década*. Disponible en: <http://www.healthig.com/obesidad/obesidad26.html>

- KRAUSKOPF, D. (1995). Las conductas de riesgo en la fase juvenil. Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente, Cartagena de Indias, Colombia, Mayo. Disponible en <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro37/vi/index.htm>.
- OPS. Escuelas promotoras de salud: modelo y guía para la acción. OPS.HSP/SILOS-36. Washington, D.C. 1996.
- RHODES, J. E. JASON, LEONARD A. (1990). "A Social Stress Model of Substance Abuse". *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 58 (4): 395-401, August.
- ROSENSTOCK I., STRECHER V. (1997). *The Health Belief Model*. En: Health Behavior and Health Education. 2 ed. San Francisco: Jossey- Bass Publishers..
- WEINSTEIN, N.D., ROTHMAN, A.J. y SUTTON, S.R. (1998). "Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues". *Health Psychology*, 17(3): 290-299.
- YEUNG, A, CHANG, D.; GRESHAM, ROBERT L. Jr.; Nierenberg, A.A., Fava, M. (2004). "Illness Beliefs of Depressed Chinese American Patients in Primary Care". *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol 192(4):324-327, April.

