



## **SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ESTUDIANTES DE BUP, COU Y FP.**

**A. LOPEZ CASTEDO**

*Universidad de Vigo*

### **RESUMEN**

En los últimos años la Psicología de la Salud se ha centrado en el estudio de los estilos de vida asociados a la aparición de la enfermedad o el examen de sus mediadores. Se preocupa de la modificación de la conducta y del desarrollo de programas de prevención. Para ello es necesario conocer previamente los estilos de vida de los individuos, los cuales hacen referencia a un tipo de conductas cuya repercusión sobre la salud es especialmente importante. En la presente investigación se analizan los datos obtenidos de una muestra de 256 estudiantes de BUP, COU Y FP, evaluando los comportamientos de consumo de sustancias psicoactivas, estilos de vida y estado de salud general. Los resultados confirman la necesidad de desarrollar programas de promoción de la salud basados en los beneficios de llevar a cabo comportamientos saludables.

### **INTRODUCCION**

El concepto de salud ha experimentado un importante cambio paradigmático a lo largo de este siglo. Se puede hablar de un antes y un después estableciendo el punto de corte en el año 1946. A principios de siglo la sociedad prestaba más atención a la enfermedad y a su curación que a la idea de prevención (Camarero, 1982). Esto era debido a la influencia del modelo médico biológico que surgía con fuerza en estos primeros años. Se describía entonces el concepto de salud en términos negativos, como ausencia de enfermedad. En 1946 la OMS define la salud en términos positivos como un completo estado de bienestar físico, mental y social; esto supondrá el punto de inflexión en la concepción del término. Pero, actualmente haciendo una nueva revisión del concepto de salud, encontramos que la definición de la OMS que en un principio parecía tan acertada, ha sido cuestionada (Godoy, 1993).

Tanto en las ciencias biomédicas como en las psicosociales, se ha realizado, y se están realizando actualmente, muchos esfuerzos de cara a conseguir un nuevo concepto de salud que, además sea fácilmente operativizable y medible. Para ello se habla hoy en día (basándose en Noack, 1987) de dos dimensiones de la salud tanto a nivel individual como comunitario: *el balance de salud y el potencial de salud*.

De esta forma la salud queda definida como un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambien-

tales (biofísicas, sanitarias, socioeconómicosociales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida momentánea o duradera, de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales. La adopción de este *modelo biopsicosocial* lleva inevitablemente a desarrollar el concepto de salud y de enfermedad desde un enfoque necesariamente interdisciplinar. Así, la aportación de la psicología ha sido muy importante, ya que se centra en el estudio de sus causas por lo que se refiere a los estilos de vida asociados a la aparición de la enfermedad o el examen de sus mediadores. Una parte importante de ella se preocupa de la modificación de la conducta y del desarrollo de programas comportamentales favorecedores de la mejora de la salud. Para ello, es necesario conocer previamente la calidad de vida de los individuos, los cuales hacen referencia a un tipo de conductas cuya repercusión sobre la salud es especialmente importante. Cierto es que por mucho conocimiento que tengamos sobre la relación existente entre comportamiento y salud, esto no determina que las personas pongan en marcha comportamientos saludables. Esto es debido a que la mayoría de los problemas y enfermedades asociadas a los estilos de vida se desarrollan muy a largo plazo, de ahí que sea muy difícil para las personas establecer relaciones causales entre conductas desadaptativas o no saludables y enfermedad.

Para explicar los motivos por los que un individuo se comporta de forma saludable o no saludable existen dos modelos: **a): El modelo de creencias de salud** propuesto por Becker y Maiman (1982), que dan importancia a los factores cognitivos, esto es, a las creencias que un individuo tiene sobre la enfermedad y sus factores causales; **b): El modelo de la teoría de la acción razonada** de Fishben y Ajzen (1975, 1980) que se basa en que los humanos son seres racionales y hacen uso sistemático de la información con la que cuentan, de forma, que antes de llevar a cabo una acción valoran las implicaciones de las mismas.

## **OBJETIVOS**

Por todo lo expuesto hasta este momento, *el objetivo general* de nuestro estudio es conocer la evolución del estado de salud de la población sobre la que se desea desarrollar un programa de promoción de la salud eficaz. Como *objetivo específico*, se intenta analizar la calidad de vida de los estudiantes de BUP, COU, FPI y II.

## **METODOLOGIA**

### **1.- La muestra:**

Participaron 256 estudiantes elegidos al azar entre la población de BUP, COU y FP I y II de la Provincia de Ourense.

La tabla 1 hace referencia a las características de la muestra, en ella se puede observar que el número de mujeres es superior al de hombres en casi 20 puntos (59.4% frente al 40.6%). El 49.6% tienen entre 16 y 17 años y el nivel económico es medio con un 73.8% de la población estudiada, correspondiendo un mínimo porcentaje tanto al nivel alto 2.9% como al bajo 2.5%. En cuanto al lugar de residencia la diferencia es tan solo de 5 puntos, perteneciendo el 52.5% a la periferia frente al 47.5% que es urbana.

**Tabla 1**  
**Características de la muestra**

VARIABLES	CATEGORIAS				
SEXO %	Varones 40,6			Mujeres 59,4	
EDAD %	14-15 15,2	16-17 49,6	18-19 25,4	20-21 7,8	> 22 2
NIVEL ECONOMICO %	alto 2,9	medio-alto 11,5	medio 73,8	medio-bajo 9,4	bajo 2,5
CURSO %	BUP 24,2	COU 23,8	FPI 28,3	FPII 23,8	
RESIDENCIA %	Urbana 47,5			Periferia 52,5	

### 2.- Instrumentos:

Se utilizó el Cuestionario de Salud y Diabetes (Froján y Rubio, 1997), modificado y adaptado a los objetivos específicos de esta investigación, consistente en 30 preguntas cerradas, con cinco alternativas de respuesta.

La categorización de las respuestas se hizo siguiendo una escala descendente de mayor frecuencia de consumo o de realización de distintas actividades relacionadas con la salud a menor frecuencia o no existencia. Las categorías eran exclusivas y exhaustivas, con lo cual los sujetos siempre se podían acoger a algunas de las alternativas de respuesta.

La cumplimentación del cuestionario tenía una duración media de 15 minutos, asegurando en todo momento el anonimato.

### 3.- Variables:

Las variables que han sido utilizadas se agrupan en las siguientes categorías: *Consumo de sustancias psicoactivas* (Alcohol, Tabaco, Café, Cannabis, Otras drogas, Psicofármacos); *Estilos de vida* (Caminar, Deporte, Duración deporte, Salidas nocturnas, Sueño, Verdura, Carnes, Pescado, Fruta, Dulces); *Acontecimientos vitales* (Acontecimientos positivos, Afectación de acontecimientos positivos, Acontecimientos negativos, Afectación de acontecimientos negativos); *Indicadores de enfermedad* (Enfermedad actual, Hospitalización, Medicina general, Médico especialista, Dolor de estómago, Cansancio físico, Salud actual).

## RESULTADOS

En la tabla 2, se presentan los resultados correspondientes a los estilos de vida. El 79.6% practica algún deporte, la mayoría un 29.1% con una frecuencia entre 1 y 3 días a la semana, frente a un 20.5% que no realiza deporte. Los que practican algún deporte le dedican entre 1 hora o media hora en un porcentaje del 26.6% y entre una o dos horas el 20.1% de la muestra estudiada. La mayoría de los sujetos el 85.7% dedican algún tiempo a caminar. Más de una hora la día un 25%,

entre media y una hora el 21.3%, entre media y un cuarto de hora el 20.5% y menos de un cuarto de hora el 18.9%, no dedicándole nada de tiempo a caminar el 14.3% de la muestra.

En cuanto a las salidas nocturnas, el 32.4% afirma salir una o dos veces por semana. Un dato que a pesar de ser bajo no puede quedar sin comentar dada la edad de la muestra, es que un 4.9% sale más de cinco días a la semana.

En relación a las horas de sueño, la mayoría (48%) dedica entre 8 y 9 horas diarias a dormir y el 34% entre 5 y 7 horas.

Entre los alimentos más consumidos, encontramos que es la carne con un 46.7% y con una frecuencia de 3 a 4 veces a la semana, seguido de las verduras con un 50%, 1 ó 2 veces por semana. El pescado se consume de forma mayoritaria 42.2% con una frecuencia de 1 ó 2 veces por semana. Tanto la verdura como el pescado son consumidos en un 95.7% y en un 94.3% respectivamente. El 35.7% consume fruta entre 5 y 7 días a la semana.

En el porcentaje de la muestra que dice comer dulces no hay muchas diferencias, correspondiendo el mayor porcentaje (28.7%) con una frecuencia de 1 ó 2 veces a la semana, seguido de un 23.4% que los consumen entre 3 y 4 veces por semana, frente a un 7.8% que dice no consumirlos nunca.

**Tabla 2**  
**Estilos de vida**

VARIABLES	CATEGORIAS				
CAMINAR %	+1 hora/día 25,0	1-1/2 hora/día 21,3	1/2-1/4 hora/día 20,5	-1/4 hora/día 18,9	no dedico 14,3
DEPORTE %	a diario 20,5	6-4 veces/sem. 10,7	3-1 veces/sem. 29,1	-1 veces/sem. 19,3	no practico 20,5
DURACION DEPORTE %	+ 2 horas 15,2	2-1 horas 20,1	1-½ hora 26,6	-1/2 hora 16,0	no practico 22,1
SALIDAS NOCTURNAS %	+ 5 días/sem. 4,9	5-3 días/sem. 16,4	2-1 días/sem. 32,4	-1 día/sem. 26,2	no salgo 20,1
SUEÑO %	+ 12 horas 1,6	12-10 horas 8,2	9-8 horas 48,0	7-5 horas 34,0	5 horas 8,2
VERDURA %	7-5 veces/sem. 3,3	4-3 veces/sem. 20,1	2-1 veces/sem. 50,0	-1 veces/sem. 21,7	nunca 4,9
CARNES %	7-5 veces/sem. 9,0	4-3 veces/sem. 46,7	2-1 veces/sem. 32,8	-1 veces/sem. 7,0	nunca 4,5
PESCADO %	7-5 veces/sem. 3,3	4-3 veces/sem. 10,7	2-1 veces/sem. 42,2	-1 veces/sem. 38,1	nunca 5,7
FRUTA %	7-5 veces/sem. 35,7	4-3 veces/sem. 31,1	2-1 veces/sem. 20,1	-1 veces/sem. 9,8	nunca 3,3
DULCES %	7-5 veces/sem. 17,6	4-3 veces/sem. 23,4	2-1 veces/sem. 28,7	-1 veces/sem. 22,5	nunca 7,8

Se puede concluir en relación a los estilos de vida que el chico/a de entre 16 y 17 años, suele caminar más de una hora al día, practica deporte entre 1 y 3 veces por semana dedicándole entre media y una hora. Sale por la noche 1 ó 2 veces a la semana y duerme entre 8 y 9 horas diarias. En

cuanto a su alimentación puede decirse que entre 1 y 2 veces a la semana come verduras y pescado y entre 3 y 4 veces por semana come carne. Comen fruta al menos 5 días a la semana, comiendo tan solo dulces 1 ó 2 veces a la semana.

La tabla 3 corresponde a indicadores de enfermedad. El 70.1% no padece ninguna enfermedad en el momento de contestar al cuestionario, frente al 29.9% que dice si padecerla.

La mayoría de la muestra 91.8%, no ha sufrido ninguna hospitalización, siendo el 4.1% hospitalizados en una ocasión. El 40.6% han acudido entre 1 y 3 veces al año a su médico de cabecera frente al 20.5% que no han acudido. El 59.4% afirma no haber necesitado de un especialista, recurriendo sin embargo el 18% entre 1 y 3 veces al año. El 53.3% refieren no haber tenido dolores de estómago frente al 30.7% que dicen haberlos tenido menos de 1 vez al mes.

**Tabla 3**  
**Indicadores de enfermedad**

VARIABLES	CATEGORIAS				
	Si 29,9			No 70,1	
ENFERM. ACTUAL %					
HOSPITALIZACION %	+ 6 veces 0,8	6-4 veces 0,8	3-2 veces 2,5	1 vez 4,1	no he sufrido 91,8
MED. GRAL. %	+ 12 veces/año 10,7	12-6 veces/año 11,1	5-4 veces/año 17,2	3-1 veces/año 40,6	ninguna 20,5
MED. ESPEC. %	+ 12 veces/año 5,7	12-6 veces/año 3,7	5-4 veces/año 13,1	3-1 veces/año 18,0	ninguna 59,4
DOLOR ESTOMAGO %	+ 4 veces/mes 3,7	4 veces/mes 0,8	3-1 veces/mes 11,5	-1 vez/mes 30,7	ninguna 53,3
CANSANCIO FISICO %	todos los días 4,5	6-4 días/sem. 3,3	3-1 días/sem. 9,8	-1 vez/sem. 22,1	ninguna 60,2
SALUD ACTUAL %	muy bueno 12,3	bueno 47,1	medio/normal 31,1	malo 7,4	muy malo 2,0

El 60.2% no han tenido síntomas de cansancio físico, sin embargo el 22.1% afirma tenerlos menos de 1 vez a la semana y el 9.8% entre 1 y 3 veces a la semana.

En general, el 47.1% de la muestra afirma tener una buena salud general, considerando el 2% su salud como muy mala.

En relación al consumo de sustancias psicoactivas (tabla 4), podemos decir que el 32.4% consume alcohol menos de una vez a la semana, el 26.2% entre 1 y 3 días, el 10.7% entre 4 y 6 días y el 3.7% lo consume todos los días, frente al 27% que dice no consumirlo nunca. En cuanto al consumo de tabaco, el 59.4% afirma no fumar, correspondiendo el 15.2% a sujetos que fuman entre 5 y 10 cigarrillos diarios. El 20.9% toma café al menos un día a la semana y el 18.4% entre 1 y 3 días, frente al 30.7% que no lo consume nunca. En relación a otro tipo de drogas, diremos que el 77%

nunca consumió cannabis, frente al 7.4% que lo consume un día a la semana; los psicofármacos dicen no usarlos en un 92.6%, frente a un 4.9% que los consumen menos de una vez por semana.

Como resumen diremos que la droga más consumida por este grupo de edad es el alcohol con un 73%, seguido del café con un 69.2%, del tabaco con un 40.6%, el cannabis 22.9% y otras drogas incluyendo los psicofármacos un 13.4%.

**Tabla 4**  
**Consumo sustancias Psicoactivas**

VARIABLES	CATEGORIAS				
ALCOHOL %	7 días/sem. 3,7	6-4 días/sem. 10,7	3-1 días/sem. 26,2	-1 día/sem. 32,4	nunca 27,0
TABACO %	+ 20 cig./día 2,5	20-10 cig./día 9,4	10-5 cig./día 15,2	-5 cig./día 13,5	no fumo 59,4
CAFÉ %	7 días/sem. 18,4	6-4 días/sem. 11,5	3-1 días/sem. 18,4	-1 día/sem. 20,9	nunca 30,7
CANNABIS %	7 días/sem. 3,3	6-4 días/sem. 6,1	3-1 días/sem. 6,1	-1 día/sem. 7,4	nunca 77,0
OTRAS DROGAS %	7 días/sem. 0,4	6-4 días/sem. 0,4	3-1 días/sem. 2,0	-1 día/sem. 3,3	nunca 93,9
PSICOFARMA COS %	7 días/sem. 0,8	6-4 días/sem. 0,4	3-1 días/sem. 1,2	-1 día/sem. 4,9	nunca 92,6

Finalmente la tabla 5 hace referencia a los acontecimientos vitales. El 51.6% no ha tenido acontecimientos vitales positivos en este tiempo y si los han tenido el 48.4%. De este último porcentaje al 24.2% le han afectado bastante, frente al 51.2% que no le han afectado nada. El 62.2% no han padecido acontecimientos vitales negativos y si los han sufrido el 37.7%, de los cuales al 15.2% le han afectado bastante frente al 62.7% que no le han afectado nada.

**Tabla 5**  
**Acontecimientos vitales**

VARIABLES	CATEGORIAS				
ACONTEC. POSITIVOS %	Si 48,4			No 51,6	
AFEC. ACON. POSITIVOS %	mucho 11,1	bastante 24,2	poco 10,2	muy poco 3,3	nada 51,2
ACONTEC. NEGATIVOS %	Si 37,7			No 62,3	
AFEC. ACON. NEGATIVOS %	mucho 5,3	bastante 15,2	poco 11,5	muy poco 5,3	nada 62,7

## **CONCLUSIONES**

Nuestra población de estudio aparece como una población sana en un sentido amplio, que si bien puede ejecutar comportamientos de riesgo que es posible que resulten perjudiciales a largo plazo, en el momento actual no causan problemas a los individuos y por ello son difíciles de modificar. Para conseguir el cambio en la calidad de vida es necesario potenciar el autocontrol de los individuos, haciéndolos agentes activos y máximos responsables de su salud. La implantación y mantenimiento de la calidad de vida pasa por que las personas asuman su capacidad de control sobre su propia conducta. En este sentido una buena educación para la salud que incluya el entrenamiento en habilidades como la resistencia a la presión social, rechazo de demandas, demora del refuerzo o la capacidad de anticipar las consecuencias negativas o positivas de una acción son determinantes e imprescindibles para desarrollar estilos de vida sanos.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ASHTON, J. Y SEYMOUR, H. (1990). *La nueva salud pública*. Barcelona. Masson (Orig. 1988).
- AZJEN, I. Y FISHBEIN, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall.
- BECKER, M.H. y MAIMAN, L.A. (1982). Models of Health-Related behavior. En D. Mechanic (Ed.), *Handbook of Health, Health Care and the Health Profession*. New York: Free Press.
- BERTALANFFY, V. (1968). *General system theory: foundations, developments, applications*. Nueva York. G. Brazillier.
- CAMARERO, C. (1982). Servicios sociales y calidad de vida. La política social en España. *Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales*, 13, 57-71.
- FISHBEIN, M. Y AZJEN, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Readings Mass: Addison-Wesley.
- GODOY, J.F. (1993), *Psicología de la Salud*, Memoria de Cátedra no publicada.
- NOACK, H. (1987), "Concepts of health and health promotion", en T. Abelin; Z.J. Brzezinski y V.D. Carstairs (eds.), *Measurement in Health Promotion and Protection*, Copenhagen, World Health Organization Regional Publications.