

HACIA UN VIVIR SALUDABLE

Luisa Angelucci

Cuanto más tiempo se mantenga un estilo de vida (saludable o no) mayor será su efecto (positivo o negativo) sobre la salud. Los efectos del estilo de vida son no solo multiplicativos, sino también acumulativos, y muchos se manifiestan a largo plazo. ¿Qué es un estilo de vida saludable? ¿Por qué las personas no modifican sus hábitos, a pesar de querer hacerlo o saber que son dañinos?

Todos debemos participar de manera activa en esta batalla ardua pero con muy buenos dividendos que es cambiar o modificar nuestro estilo de vida por un estilo más saludable que nos permita vivir más y mejor.

ANNIA VIVES

LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE en la población humana han pasado de enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, paludismo) a enfermedades de tipo crónico (cáncer y enfermedades cardiovasculares). A partir de la segunda mitad del siglo XX, las causas de muerte se relacionan con enfermedades que provienen de los estilos de vida y conductas poco saludables que exhiben las personas (Oblitas, 2004). Las tasas de morbilidad y mortalidad de Venezuela reflejan esta situación.

El Anuario de Mortalidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud del año 2008 (publicado en 2010), último informe oficial de este tipo dado a conocer en el país, señala que durante ese año, de 133.651 fallecimientos, el veinte por ciento fue producto de enfermedades coronarias. El cáncer fue la segunda causa de muerte: 19.796 personas (quince por ciento), seguido por homicidios y accidentes de todo tipo (ocho por ciento, cada uno). Las enfermedades cerebro-vasculares constituyeron la quinta causa de muerte (7,5 por ciento) y la sexta fue la diabetes (6,3 por ciento).

Las principales causas de muerte son enfermedades crónicas; si bien la tercera y la cuarta no son enfermedades, constituyen un problema de salud asociado, en muchas ocasiones, con estilos de vida o comportamientos no saludables. La prevención de enfermedades y accidentes, además de la promoción de la salud, son asuntos prioritarios en las políticas de salud pública en el mundo actual. Uno de los medios para alcanzar estos fines consiste en promover estilos de vida asociados con un vivir saludable (Sanabria, González y Urrego, 2007).

Luisa Angelucci, profesora e investigadora de las universidades Católica Andrés Bello y Simón Bolívar.

¿Qué se entiende por estilo de vida saludable?

Los conceptos de estilo de vida y modo de vida se refieren a la forma como se desarrolla el hombre en la sociedad y su relación con el proceso salud-enfermedad. Ambos conceptos comienzan a ser objeto de las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo XX, cuando se redimensionan los conceptos de salud y sus determinantes (Vives, 2007).

Alfred McAlister (1981) definió la conducta saludable como el conjunto de acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. Sobre la base de modelos psicosociales, los estilos de vida se definen como patrones conductuales —formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y constituyen un modo habitual de responder a diferentes situaciones— que guardan una estrecha relación con la salud. Existen diversas conductas relacionadas con el estilo de vida saludable: adecuados patrones de sueño, hábitos alimentarios, recreación, actividad física, bajo consumo de alcohol, no consumo de cigarrillo y drogas ilícitas, uso del cinturón de seguridad o del casco, cumplimiento de las normas de tránsito, sexo protegido, cepillado de dientes, vacunaciones, chequeo médico, uso de protectores solares, seguimiento de las instrucciones médicas, entre muchas otras.

Lo recomendable es llevar a cabo cada una de estas conductas saludables a lo largo de la vida. Sin embargo, es conocido que ejecutar un comportamiento saludable no garantiza la adopción de un estilo de vida saludable, pues en el repertorio de conductas de un individuo pueden coexistir hábitos

saludables y nocivos (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003). Adicionalmente, se sabe que cuanto más tiempo se mantenga un estilo de vida saludable, o no, mayor será su efecto positivo, o negativo, sobre la salud. Los efectos del estilo de vida son no solo multiplicativos, sino también acumulativos, y muchos de estos efectos se observan a largo plazo (Sanabria, González y Urrego, 2007).

En el área de la psicología de la salud el concepto de estilo de vida saludable se encuentra íntimamente relacionado con otros como salud, calidad de vida y bienestar, en el sentido de que los estilos de vida promueven cada uno

La salud se refiere al estado general del individuo en un continuo que va de salud plena a enfermedad. La calidad de vida es el funcionamiento de la persona en diferentes áreas de su vida y el bienestar es la percepción del individuo de las condiciones generales asociadas con la salud

de estos fenómenos. En la cotidianidad es difícil distinguir estos términos, pero es conveniente hacerlo en el estudio del proceso salud-enfermedad.

Estilos de vida: salud, calidad de vida y bienestar

El concepto de salud tiene una larga historia, con muchos cambios en los criterios que se han considerado importantes para su entendimiento: modelos mágicos (hasta el segundo



SOLUCIONES INTEGRALES PARA LOS NEGOCIOS

SERVICIO DE MENSAJERÍA DE TEXTO MASIVA

Comunicación interactiva en tiempo real con clientes, vendedores y empleados

- ➔ Sin instalación de software
- ➔ Sin rentas básicas mensuales
- ➔ Tarifas especiales para SMS internacionales

CONTÁCTENOS (0212) 914.17.72 / 75 y 914.62.48

info@divusconsulting.com • www.divusconsulting.com • @propuestasocial

milenio a. C.), posición médica (del siglo V a. C. al siglo XVII d. C.), modelos biológicos (siglos XVIII a XX), modelo biopsicosocial (siglo XX) y modelos genéticos y ecológicos (siglo XXI).

Cada una de estas perspectivas conceptualiza la salud de forma distinta; por ejemplo, en 1946 la Organización Mundial de la Salud definió la salud de acuerdo con un modelo biopsicosocial como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad. Terris (1989: 3) agrega a esta definición la noción de funcionamiento para hacerla más dinámica: salud es «un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de

El «descuento hiperbólico» se ha usado para explicar conductas impulsivas o poco reflexivas en el contexto de la salud. La recompensa del futuro es a muy largo plazo y, aunque sea muy buena, apenas tiene valor

funcionamiento, y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Más tarde se incluye el énfasis en lo social en la definición de salud: «El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad» (Salleras, 1985: 17). En las definiciones actuales se ha incluido el elemento ecológico: salud es un estado vital, dinámico y complejo, caracterizado por el adecuado funcionamiento interno y la relación ordenada con un ambiente igualmente saludable.

La salud no es una propiedad de los organismos vivos en los que ocurre, sino un estado vital determinado por una serie de factores más o menos complejos, según el ser vivo a que se haga referencia, y es dinámico, en permanente ajuste. La salud y la enfermedad forman un proceso continuo: en un extremo se encuentra la muerte prematura, muchas veces prevenible mediante estilos de vida saludables, y en el otro se encuentra un elevado grado de salud, al que difícilmente llega todo el mundo, pero que garantiza una excelente calidad de vida. En la parte media de este continuo, o equilibrio homeostático, se encontraría la mayoría de la población.

Salud no es calidad de vida, aun cuando sí influye en ella. De acuerdo con Carpio y otros (2000: 4), la calidad de vida se define como «la resultante funcional del estado conjunto de las condiciones biológicas, socioculturales y psicológicas de los individuos, estado que define el modo en que éstos se ajustan a las situaciones cotidianas en que su comportamiento, como modo de existencia práctica, tiene lugar, así como los resultados que dicho ajuste tiene sobre el ambiente y sobre el propio organismo».

Ardila (2003: 161) propone una definición integradora de calidad de vida: «es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida».

La calidad de vida implica un sentimiento de bienestar, pero no es lo mismo. El bienestar suele dividirse en dos dimensiones: física y psicológica. El bienestar físico se refiere a

condiciones generales: funciones y limitaciones físicas, vitalidad, presencia de dolor (González, Landero y Ruiz, 2008). En ocasiones se incluyen también resistencia, fuerza, agilidad, coordinación, flexibilidad. El bienestar psicológico se refiere al funcionamiento psicológico vital, basado en experiencias positivas y saludables (Ryan y Deci, 2001). Incluye elementos tales como autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, habilidad para manejar el ambiente, metas significativas y propósito en la vida, crecimiento continuo y desarrollo como persona.

La salud se refiere al estado general del individuo en un continuo que va de salud plena a enfermedad. La calidad de vida es el funcionamiento de la persona en diferentes áreas de su vida y, el bienestar es la percepción del individuo de las condiciones generales asociadas con la salud. Por su parte, el estilo de vida saludable se compone de comportamientos específicos y habituales que llevan a cabo los individuos en la búsqueda de la prevención y el mantenimiento de la salud.

Los hábitos o estilos saludables favorecen la salud y, en consecuencia, la calidad de vida y el bienestar físico y psicológico. Esto se aplica a todos los sectores de la población y en todos los contextos donde se desenvuelven las personas. Por ende, es importante identificar las conductas de riesgo y de protección de poblaciones específicas, para diseñar programas de promoción de comportamientos saludables en cada una de ellas (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

Estilos de vida saludables en estudiantes y trabajadores

Dos sectores donde se han estudiado los estilos de vida son el trabajo y la educación, que se relacionan con etapas de vida importantes para el desarrollo personal y la productividad de un país.

En el caso de la población estudiantil, que representa parte importante del capital humano de la sociedad nacional y mundial, se encuentran numerosos estudios sobre sus estilos de vida. En Venezuela, el Centro de Investigación y Formación Humanística y el Centro de Investigación y Evaluación Institucional de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) unieron esfuerzos para iniciar la investigación sobre los estilos de vida de los estudiantes de la UCAB en Caracas. Con el cuestionario de Salazar y Arrivillaga (2004) se evaluaron los estilos de vida de 364 estudiantes universitarios de la Escuela de Psicología, de primero a quinto año, con un promedio de 19 años de edad y 75 por ciento de mujeres (Cañoto y Angelucci, 2010).

Los estudiantes reportaron que realizaban poca actividad física, acudían poco al chequeo médico (dos estilos de vida poco saludables) y ponían un cuidado entre moderado y bajo en tener alimentación balanceada y sueño reparador, y entre moderado y alto en la práctica de conductas preventivas. El mejor aspecto de su estilo de vida era no consumir drogas. Este tipo de estudios permitiría identificar comportamientos habituales que favorecen o no la salud. Por ejemplo, en esta muestra de estudiantes se observan estilos de vida poco saludables, en cuanto a actividad física, chequeo médico, alimentación y sueño. Dada la importancia de estas conductas con respecto al desarrollo de enfermedades crónicas o la presencia de síntomas físicos que interfieren con el buen funcionamiento general, y específicamente el desempeño académico, sería recomendable llevar a cabo acciones dirigidas a la promoción de conductas saludables, en estos aspectos.

Otro contexto donde se han estudiado los estilos de vida es el laboral, aunque no tan ampliamente como en el estudiantil. Se ha encontrado que la formación de hábitos saludables fa-

vorece el bienestar de los profesionales y de la sociedad adulta en general, al incrementar sus capacidades, disminuir el riesgo de enfermedades y aumentar la productividad (Meza y otros, 2001). Dada la importancia de mantener y promover la salud en el contexto laboral, la mayoría de los países ha promulgado leyes sobre seguridad y salud, que establecen requisitos mínimos para las autoridades, los empleadores y los trabajadores, en la parte de responsabilidad que les corresponde en materia de seguridad y salud en el trabajo. Por ejemplo, en Venezuela se aprobó la reforma de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, publicada en *Gaceta Oficial* No. 38.236, del 26 de julio de 2005.

Se han realizado estudios en diferentes organizaciones, desde una perspectiva de prevención y mantenimiento de la salud laboral, sobre los estilos de vida de los trabajadores (Meza y otros, 2001). Blanco y La Rosa (2009) aplicaron el cuestionario de Salazar y Arrivillaga a 300 profesionales de enfermería, pertenecientes a instituciones públicas (31 por ciento) y privadas (69 por ciento) de Caracas, de los cuales 88 por ciento eran mujeres de edades comprendidas entre 19 y 71 años, con una antigüedad laboral entre un mes y 26 años, 51 por ciento laboraban en turnos diurnos, 17 por ciento en nocturnos y 32 por ciento en turnos rotativos.

Los empleados encuestados reportaron poca alimentación balanceada, poca cantidad o mala calidad de sueño y escasa actividad física. Reportaron practicar conductas preventivas y chequeos médicos. La mayoría de los profesionales de enfermería presentaron un bajo consumo de drogas.

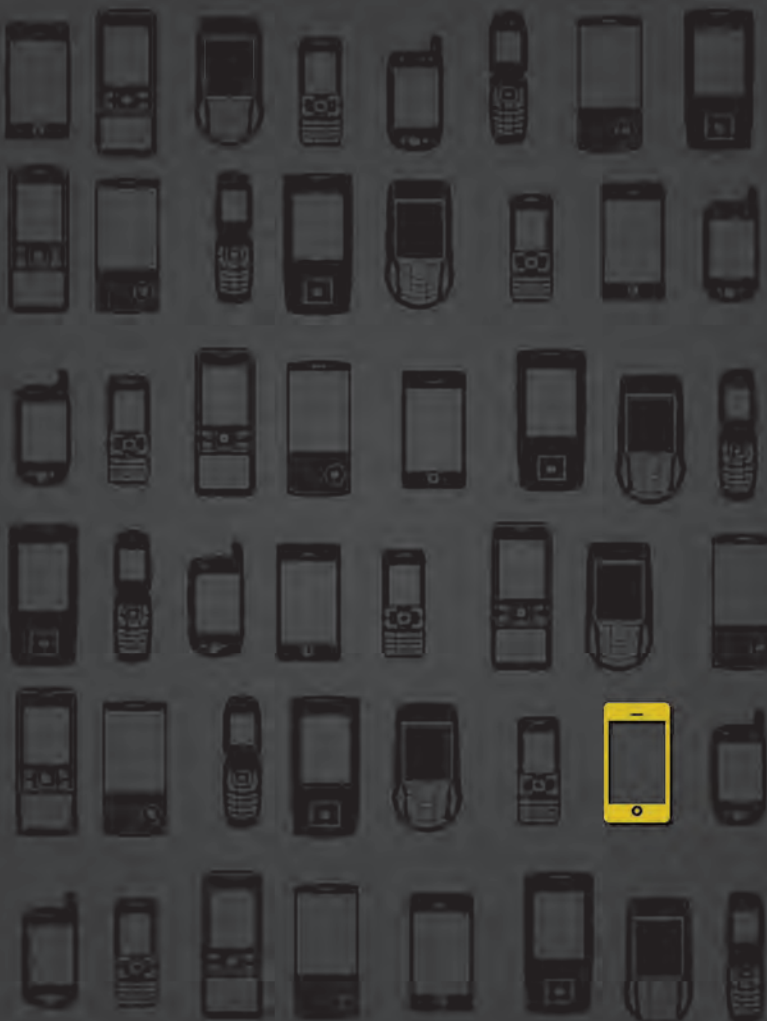
Al comparar los hallazgos puede apreciarse que ambas muestras —estudiantes universitarios y profesionales de

enfermería— presentan inadecuados estilos de vida en lo referente a actividad física. La alimentación y el sueño son de mala calidad (aunque las enfermeras se alimentan peor y duermen menos que los estudiantes, y estos se chequean menos que las enfermeras). Ambos grupos reportan buenos hábitos en cuanto a consumo de drogas y conductas preventivas. Estos resultados permiten inferir que algunos hábitos constituyen un problema de salud independiente de la edad y del contexto. Además, los datos muestran la paradoja de que los profesionales de la medicina no cuidan su salud tanto como la de sus pacientes, aunque ese comportamiento les permitiría ofrecer una atención de calidad y evitar errores.

Queda clara, entonces, la necesidad de impulsar medidas para hacer cambios radicales en los estilos de vida, en diferentes etapas del desarrollo. Para Vives (2007), la necesidad de cambiar el estilo de vida y la manera de conseguirlo son las dos preocupaciones fundamentales de la política actual. Cada vez más, las instituciones gubernamentales y el ciudadano común se preocupan por la salud. Hoy se piensa más en la prevención y, por lo tanto, en la promoción de conductas saludables; sin embargo, muchas veces el resultado de tales esfuerzos es infructuoso.

¿Por qué las personas no cambian sus estilos de vida?

Los hábitos se adquieren a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son persistentes. Que una persona lleve a cabo o no comportamientos protectores puede depender de múltiples factores (sociodemográficos, psicológicos o sociales) y no únicamente de los conocimientos que tenga sobre las causas de la salud y la enfermedad (Brannon y



Entre miles de marcas, tu trabajo va a destacar

Porque con la Maestría en Mercadeo del IESA,
vas a empezar a hacer las cosas como nunca antes.

Recibe las herramientas que necesitas para
destacarte y llegar a nuevos niveles en tu carrera.

Descubre más de la Maestría en Mercadeo
en www.iesa.edu.ve/postgrados
o consúltanos a través de tufuturo@iesa.edu.ve

Tlf: 555.4371 / 555.4354

Twitter: @maestriasiesa



GERENCIA Y LIDERAZGO
RESPONSABLE



Única escuela de negocios en Venezuela acreditada internacionalmente

Feist, 2001). Con el fin de explicar por qué las personas no modifican sus hábitos de salud, a pesar de querer hacerlo o saber que son dañinos, se han formulado varios modelos.

En el campo de la psicología se han estudiado las conductas gobernadas por reglas (Malott, Malott y Trojan, 2003). Existen tres casos de conductas en los cuales el individuo no sigue las reglas, a pesar de que se enuncian los resultados. En estos casos ocurre que las consecuencias no tienen efecto

La promoción y los cambios de comportamientos hacia un vivir saludable son responsabilidad de todos, desde los organismos gubernamentales hasta el propio individuo

sobre la conducta y, específicamente, en cada caso hay un principio que explica el incumplimiento de la regla:

1. Las consecuencias son demoradas y el efecto del refuerzo o castigo disminuye a medida que aumenta la demora entre la respuesta y la consecuencia. Ejemplos: si te comes los vegetales hoy, sales mañana; si haces ejercicio todos los días, al final de la semana podrás comerte un helado.

2. Los resultados no refuerzan o castigan una respuesta, si son insignificantes o pequeños y si solamente la acumulación de muchos pequeños resultados termina teniendo significado para el sujeto. Ejemplos: hacer ejercicio regularmente mejora su salud o disminuir el azúcar de su dieta lo hará perder peso.

3. Los resultados no refuerzan o castigan una respuesta, aunque especifican resultados grandes e importantes, porque la regla enuncia una contingencia con muy baja probabilidad de ocurrencia. Ejemplos: usar el cinturón de seguridad puede salvarle la vida o el uso del condón previene enfermedades sexuales.

Para que una regla sea efectiva debe funcionar como una condición adversa y el acto de cumplirla ser reforzado por la terminación de tal condición. Por ejemplo, no hacer ejercicio (incumplimiento de la regla) crea un estado adverso (remordimiento o angustia); hacer ejercicio (respuesta saludable) elimina tal estado adverso y refuerza el estilo de vida saludable.

En el campo de la economía se utiliza el concepto de preferencias temporales para describir decisiones que implican elegir entre opciones excluyentes con efectos en diferentes momentos, como los comportamientos saludables. Este concepto explica situaciones en las que una persona debe elegir entre una situación inicial que acarrea un efecto positivo o negativo, y una situación posterior con un efecto positivo (normalmente mayor) o negativo (normalmente menor) (Adam, 2012).

Las funciones de descuento muestran el desarrollo del descuento —pérdida del valor de la recompensa— que realiza el sujeto en función del tiempo que debe esperar para obtenerla. Es un fenómeno que ocurre al pensar en el futuro: cualquier recompensa que deba esperarse es mucho menos valiosa que otra inmediata. El «descuento hiperbólico» se ha usado para explicar conductas impulsivas o poco reflexivas en el contexto de la salud. La recompensa del futuro es a muy largo plazo y, aunque sea muy buena, apenas tiene valor. Por ejemplo, una persona con obesidad expresa su preferencia por «bajar peso» pero, cuando se acerca la recompensa inmediata del consumo de alimentos inadecuados, esta conducta alternativa incrementa su valor de forma abrupta, hiperbólica, y se produce el cambio de preferencia

que no favorece un estilo de vida saludable. Los modelos de descuento no ofrecen soluciones definitivas, capaces de integrar las preferencias temporales en el campo de la salud, por lo que se debe investigar más al respecto (Adam, 2012).

Una responsabilidad de todos

Para dirigir acciones de intervención en el campo de la salud es esencial conocer los estilos de vida predominantes de una persona, grupo, comunidad o sociedad determinada: qué los caracterizan y cuáles factores los determinan o los mantienen. En el ámbito institucional —familia, educación, trabajo, Estado— es necesario hacer hincapié no solo en «curar al enfermo» sino también en interiorizar y aplicar lineamientos de prevención primaria y secundaria en términos de comportamientos saludables. Es necesario generar un cambio de actitud y conciencia de que los costos de la prevención son importantes y se requieren inversiones para incrementar la calidad de vida y la productividad de las personas. La promoción de comportamientos hacia un vivir saludable es responsabilidad de todos, desde los organismos gubernamentales hasta el propio individuo. **■**

REFERENCIAS

- Adam, D. (2012): «Preferencias temporales en economía de la salud». Documento de trabajo 2012/7. Sevilla: Cátedra de Economía de la Salud, Universidad Pablo de Olavide, y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Ardila, R. (2003): «Calidad de vida: una definición integradora». *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 35. No. 2.
- Arrivillaga, M., I. C. Salazar y D. Correa (2003): «Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo y de protección en jóvenes universitarios». *Colombia Médica*. Vol. 34. No. 4.
- Blanco, M. y J. La Rosa (2009): «Influencia de la salud psicológica, la salud física, el estilo de vida saludable, el turno laboral, la antigüedad laboral, el tipo de institución, el sexo y la edad sobre la satisfacción laboral en profesionales de enfermería». Trabajo de grado inédito. Caracas: Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello.
- Brannon, L. y J. Feist (2001): *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Cañoto, Y. y L. Angelucci (2010): «Estilos de vida en los estudiantes de la escuela de psicología Ucab-Caracas». Informe del Centro de Investigación y Formación Humanística. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
- Carpio, C., V. Pacheco, C. Flores y C. Canales (2000): «Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica». *Revista Sonorense de Psicología*. Vol. 14. Nos. 1-2.
- González, M. T., R. Landero y M. Ruiz (2008): «Modelo estructural sobre salud mental en mujeres». *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 23. No. 2.
- Malott, R., M. Malott y E. Trojan (2003): *Principios elementales del comportamiento*. México: Pearson Educación.
- McAlister, A. L. (1981): «Social and environmental influences of health behavior». *Health Education Quarterly*. Vol. 8.
- Meza, M., G. Miranda, N. Núñez, U. Orozco, S. Quiel y G. Zúñiga (2001): «Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-2008». *Enfermería en Costa Rica*. Vol. 32. No. 2.
- Oblitas, L. A. (2004): *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Ryan, R. M. y E. L. Deci (2001): «On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being». *Annual Review of Psychology*, 52, 141 – 166.
- Salazar, I. y M. Arrivillaga (2004): «El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios». *Revista Colombiana de Psicología*. Vol. 13, 74-89.
- Salleras Sanmartí, L. (1985): *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Diez de Santos.
- Sanabria, P., L. González y D. Urrego (2007): «Estilos de vida saludables en profesionales de la salud colombianos: estudio exploratorio». *Revista Médica*. Vol. 15. No. 2.
- Terris, M. (1989): *Temas de epidemiología y salud pública*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
- Vives, A. E. (2007): «Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria». *Revista Psicología Científica.com*. Vol. 9. No. 44. <http://www.psicologiacientifica.com/estilo-de-vida-saludable>. Fecha de la consulta: 30 de enero de 2013.