

ESTILOS DE VIDA EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL MUNICIPIO DE ZIPAQUIRÁ

NOHELIA HEWITT RAMÍREZ*

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, BOGOTÁ, D. C. - COLOMBIA

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo determinar cuales son los estilos de vida presentes en el personal médico y demás profesionales de la salud del Hospital San Juan de Dios, Clínica de Zipaquirá y Centro de Atención Ambulatoria del Instituto de Seguros Sociales del municipio de Zipaquirá. Se realizó un estudio de tipo descriptivo. Mediante un muestreo censal se seleccionaron todos los profesionales de medicina, enfermería, bacteriología, odontología, fonoaudiología, fisioterapia y psicología de ambos sexos y con una edad entre 20 a 70 años que laboran en estas instituciones. Se aplicó el instrumento sobre estilos de vida adaptado por Flórez (1998) a población Bogotana, que evalúa los hábitos de salud en diez áreas psicosociales. Los resultados mostraron que estos profesionales de la salud presentan conductas protectoras en las dimensiones: accidentes, valores de la vida y consumo de alcohol. En las dimensiones: condición física, hábitos alimenticios, medio ambiente y estrés y apoyo social se encontraron conductas de riesgo.

* Directora de la investigación, e-mail: NHewitt@usbog.edu.co. Con la participación de las estudiantes de la Facultad de Psicología: Margy Sabrina Contreras Sánchez, Gloria Yanneth Moreno Rodríguez y Ana Catalina Torres Forero

Palabras clave: Salud, Enfermedad, estilos de vida, conductas de riesgo, conductas protectoras

ABSTRACT

This research has as a goal to determine the life styles of the Physicians and other Health Professionals from the San Juan de Dios Hospital, Zipaquirá Clinic and Ambulatory Attention Service of the Instituto de Seguros Sociales of the Zipaquirá Municipality. A descriptive study was carried out. All the health professionals both male and female were selected as: doctors, nurses, bacteriologists, dentists, phono-audiologists, phisio-therapysts and psychologists through a specific sample. Their range age was between 20 to 70 years. It was applied an instrument about life styles according to Flórez (1998) to people from Bogotá which evaluates the health habits in ten psychosocial areas. The results show that these health professionals have protective behaviors in accidents, life values and alcohol consume. It was found risk behaviors on the physical condition, eating habits, environments, stress, and in social support.

Key Words: Health, disease, Life styles, Risk behavior, Protective behaviors

El concepto de psicología de la salud abarca la relación existente entre los factores psicológicos y los padecimientos físicos por enfermedades. De hecho, es la aplicación de la psicología al estudio de los procesos comportamentales implicados en la salud, enfermedad y cuidado de la salud (Johnston, 1990; citado por Rodríguez, 1995; Feldman, 1998). Los psicólogos de la salud se interesan en como el estrés (un factor psicológico) puede afectar la salud física. También les preocupa identificar maneras de promover comportamientos que estén relacionados con una buena salud (como realizar más ejercicio) o formas para decrementar los comportamientos poco saludables como el fumar.

Al trabajar este campo de la psicología, se hace necesario analizar y comprender el concepto de salud. La salud se ha definido desde varios puntos de vista. Para la Organización Panamericana de la Salud (1996) y Álvarez (1998), el concepto de salud es un estado de absoluto bienestar físico, mental

y social, y no la mera ausencia de enfermedad o de afecciones. En la misma línea, Gómez (1996) y la Corporación salud y desarrollo (1995) definen la salud como un estado de bienestar con capacidad de funcionamiento. Esta perspectiva resalta dos aspectos: el subjetivo (bienestar), relacionado con creencias, atribuciones conductas de salud (incluyendo acciones protectoras y conducentes a la búsqueda de atención médica) y el objetivo, que supone la dimensión psicológica (capacidad de funcionamiento).

Por otro lado, Martín (1988; citado por Gómez, 1996), desde un enfoque biológico- ecológico, aporta una idea para determinar el equilibrio dinámico entre salud y enfermedad. Desde esta perspectiva, considera la salud como un estado compensado o de equilibrio dinámico, donde el organismo tiene la posibilidad fisiológica de poder amortiguar una agresión externa, de forma que logre compensar el desequilibrio, y no se produzca enfermedad.

El concepto de salud se encuentra relacionado básicamente con el medio ambiente, el cual se valora conjuntamente con la salud no solo por la diversidad de efectos que pueden ocasionar los factores ambientales sobre ésta, sino porque el ser humano es capaz de ejercer una determinada influencia sobre el medio ambiente en ocasiones con carácter perturbador (Holtzman & cols., 1987; citado por Gómez, 1996). Un ejemplo, son los trabajadores que se encuentran expuestos a una diversidad de riesgos ambientales en sus puestos de trabajo con repercusiones para su salud. Estos riesgos pueden referirse a lesiones físicas por accidentes de trabajo o enfermedades contraídas por sustancias tóxicas. Por otra parte, los horarios de trabajo nocturno y los trabajos a turnos, ocasionan problemas familiares, sociales y profesionales debido a la asincronía entre ritmos biológicos, sociales y de trabajo / ocio.

Estos puntos de vista contemplan la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un completo bienestar en cada uno de los planos del ser humano. En esta investigación se tiene en cuenta la definición desarrollada por Salleras (1985; citado por Rodríguez, 1994), la cual comprende la dinámica de la salud, como la relación entre los factores sociales, físicos y psicológicos que influyen en el individuo, que lo llevan a un bien-

estar que no siempre equivale a salud. Estos factores son inherentes al individuo, y no se puede hacer una utopía acerca de la salud, ya que el ser humano siempre va estar expuesto a factores de riesgo, que le impiden estar en un completo bienestar. Sin embargo, el mismo individuo tiene que ser consciente del riesgo que toma, para prevenir dichos problemas, y llegar a adoptar hábitos saludables que lo lleven a obtener una mejor calidad de vida.

A medida que el individuo se relaciona con el medio es necesario establecer los criterios que lo llevan a mantener un buen estado de salud, el cual solo se logra si se tienen claros los objetivos que lo llevan a equilibrar su ambiente saludable.

Laín Entralgo (1987; citado por García, 1980) clasifica estos criterios en los siguientes grupos: a) Criterio Morfológico: definido como la ausencia de deformaciones en la estructura anatómica del cuerpo. b) Criterio Etiológico: corresponde a la ausencia de causas evidentes de enfermedad, como taras genéticas, de microorganismos, sustancias tóxicas o cuerpos extraños. c) Criterio Funcional: es la normalidad en las constantes vitales, las pruebas funcionales y la actividad de los diversos órganos y sistemas. d) Criterio Utilitario: representa la capacidad para el cumplimiento de actividades (trabajo profesional, creación intelectual y artística). e) Criterio de Comportamiento o Conducta: es la adaptación crítica a las propias pautas y objetivos (coherencia y autenticidad).

Por consiguiente, estar sano es una forma de vivir que implica el sentimiento subjetivo de sentirse bien y el objetivo de no padecer alteraciones ni morfológicas, ni fisiopatológicas, ni ser portador de signos de enfermedad (García, 1980; Luis, 1998; OPS, 1996; OMS, 1986).

El hombre como agente activo de la sociedad esta inmerso en un contexto donde tiene que mantener un equilibrio con los factores del medio, los cuales están guiados por sus costumbres y hábitos lo que hace de la calidad de vida un objetivo de la intervención tanto médica como psicológica. La

calidad de vida es un término ampliamente utilizado. La Organización de Naciones Unidas plantea que la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos son componentes de la calidad de vida (Castro, 2001). Desde la psicología ha sido un término difícil de definir dado su carácter complejo y subjetivo (Andrews & They, 1976; James & Potter, 1993 citados por Fogari & Zoppi, 2004).

Calman citado por García (1980) define la calidad de vida como el grado en que las esperanzas y las ambiciones de una persona se corresponden y son satisfechas por la realidad. Se concibe, como una construcción compleja y multifactorial sobre la que pueden desarrollarse algunas formas de medidas a través de una serie de indicadores objetivos y subjetivos, los primeros son los que están relacionados con las experiencias de las personas, y los segundos son los que están mas presentes en la sociedad, aunque también entran a formar parte de ellos las condiciones biológicas, psicológicas, conductuales y sociales donde tiene un peso específico la vivencia que el sujeto pueda tener de sí mismo (Fernández, 1994).

Rodríguez (1994; citado por Luis, 1998), menciona que el concepto de calidad de vida consta por lo menos de cuatro dimensiones: a) la dimensión funcional referida a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales y cotidianas para la mayoría de las personas. Se incluyen cuatro categorías: movilidad, autocuidado, actividades físicas y de rol; b) dimensión física relacionada con la presencia y gravedad de los síntomas propios de la enfermedad y/o asociados con el tratamiento; c) dimensión emocional, relacionada con las reacciones emocionales ante la enfermedad, la hospitalización y el afrontamiento de síntomas (estrés psicológico, ansiedad y depresión) y d) la dimensión social que comprende las limitaciones funcionales que interfieren en la adaptación social de la persona enferma.

Estas dimensiones inciden de lleno en la salud y en la enfermedad, donde es él médico y el personal de salud a quienes corresponde la responsabilidad

de orientar a los individuos y a los grupos humanos para que modifiquen esos hábitos y costumbres, y eviten el deterioro del medio que origina a la vez graves riesgos para la salud y la vida.

La enfermedad, es la pérdida de la salud e incide en la vida de una persona interrumpiendo su autonomía y su capacidad de adaptación. Lain Entralgo (1987; citado por García, 1980) desarrolla el concepto de enfermedad señalando que esta es un modo de vivir aflictivo, anómalo y reactivo de una alteración del cuerpo que hace imposible la vida biológica (enfermedad letal) impide o entorpece transitoriamente la realización de la vida personal (enfermedad curable) o limita de un modo preciso o definitivo. Ante la enfermedad y con el fin de mantener estilos de vida saludables se han establecido propuestas orientadas a la transformación de las condiciones de salud de la población, como son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Según la corporación, Salud y Desarrollo(1995), la promoción de la salud son todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo e informativo, individual y colectivo, tendientes a crear y reforzar conductas y estilos de vida saludables y a modificar o suprimir aquellos que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud derechos y deberes de los ciudadanos, como también a promover, estimular, incentivar y concretar la participación social en el manejo y solución de los problemas de salud.

Su principio fundamental es el reconocimiento que los más importantes determinantes de la salud están fuera del contexto de la atención médica y del sector salud propiamente dicho. Por lo tanto, la promoción de la salud supone la instalación y mantenimiento de comportamientos no solo saludables, sino también el incremento de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas, y sociales, de la persona. Se realiza gradualmente mediante acciones ejercidas sobre los individuos que les lleven a modificar comportamientos, a aprender a usar juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y a estar capacitados para tomar individual y colectivamente,

las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven (OMS, 1969; citado por Álvarez, 1998).

La promoción de la salud pretende que los individuos adquieran hábitos protectores, entendidos como "Ese algo que opera para mitigar los efectos del riesgo. Estos hábitos se consideran fuerzas internas y externas que contribuyen a que el individuo resista los efectos del riesgo, por tanto, reducen la posibilidad de disfunción y demás problemas. Los factores protectores involucran también variables genéticas, disposiciones personales, factores psicológicos, situacionales y sociales." (Raffo, 1997).

La promoción de la salud, que supone el compromiso de enfrentarse a los desafíos de reducir las desigualdades, e incrementar el ámbito de la prevención. Por otra parte, la prevención se define como el control de los factores de riesgo que conducen al establecimiento de una enfermedad o un grupo de enfermedades específicas, de manera que sus acciones se dirigen a la modificación de procesos ambientales, biológicos o sociales, tanto en el plano individual como en el colectivo, que se constituyen en potenciales causas de enfermedad y muerte (Corporación Salud y Desarrollo, 1995; Instituto de Seguro Social, 1995; Organización Panamericana de la Salud, 1996; Flórez A., 2000).

La prevención incluye tres niveles:

1. Primaria: dirigida al individuo sano o aparentemente sano. Sus objetivos particulares son: la promoción de la salud y prevención de las enfermedades; para conseguirlos se dispone de la educación para la salud y de la prevención específica." (Álvarez, 1998; OPS, 1996).
2. Secundaria: En este nivel de prevención, las acciones se dirigen ya al enfermo; tiene como objetivos especiales: evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez, estos objetivos se alcanzan mediante el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado." (Álvarez, 1998; OPS, 1996).

Terciaria: Corresponde a la rehabilitación, tanto física, como social. La terapia física, ocupacional y la psicológica, tratan de conseguir que los individuos se adapten a su situación, y pueden ser útiles a sí mismos y a la sociedad" (Álvarez, 1998).

La prevención de la enfermedad, está dirigida a la disminución de factores de riesgo que son el resultado de la estrecha interacción individuo-ambiente donde cada una de estas dos partes juega un papel activo. Es decir, el individuo no debe considerarse un receptor pasivo de los diferentes estímulos, por el contrario se encuentra constantemente modulando la incidencia a estos con su conducta, y sus efectos en la determinación del carácter de riesgo. En este proceso de modulación se mezclan componentes genéticos, psicológicos, sociales y situacionales lo que supone además, el carácter específico de los mecanismos implicados en la determinación del riesgo: en cada individuo tendrán una dinámica propia, única, que dependerá de la articulación de los componentes referidos con anterioridad (Rafo, 1997).

Con base en esto, los individuos al adoptar comportamientos saludables deben dirigirse a acciones que directa o indirectamente disminuyan o aumenten la probabilidad de contraer una enfermedad. Estas acciones pueden tener como efecto tanto aumentar los riesgos de contraer una enfermedad o de empeorar un estado patológico existente, como el efecto contrario de reducir el riesgo de enfermedad o ayudar a la detención de su progreso e incluso a su remisión total. En este sentido, dichas acciones se definen como conductas efectivas específicas para prevenir o aumentar los riesgos de contacto con los agentes fisicoquímicos y biológicos productores de patología biológica (Ribes, 1990).

Estas conductas pueden clasificarse en conductas de patología directas e indirectas. Las conductas directas son aquellas que producen el contacto con el agente patógeno, ya sea este un agente causante de lesiones, Ej: accidentes de trabajo y domésticos, ó un agente infeccioso, como ocurren en los contagios venéreos de SIDA. Las conductas indirectas son aquellas que sin producir contagios específicos con agentes patógenos o dañinos,

aumenta la vulnerabilidad del organismo. Ejemplo de ellas son: Las prácticas alimentarias inadecuadas, el ejercicio físico mal dosificado, el abuso en la automedicación de antibióticos, otros fármacos, el consumo de alcohol, el tabaquismo, y muchas otras prácticas vinculadas directa o indirectamente con el cuidado de la salud (Ribes, 1990).

Las conductas preventivas y de riesgo están reguladas por factores adicionales a los efectos que tienen sobre el estado de salud del individuo. De este modo, las conductas de riesgo, en ocasiones, pueden constituir la consecuencia directa de carecer de conductas preventivas, por ejemplo, algunas prácticas higiénicas como la de lavarse las manos; no obstante, en otras ocasiones, la conducta de riesgo se produce, aun cuando existe disponible también la conducta preventiva, lo cual no implica necesariamente que se deje de emitir el comportamiento que bajo ciertas condiciones puede constituir un riesgo para la salud.

Sin embargo y aunque esté claro, que las conductas de salud constituyen un factor relevante en la progresión de la enfermedad, la explicación de tales conductas al individuo, permite que desarrollen estrategias para combatir la aparición y mantenimiento de las mismas. Existen diferentes modelos en el campo de la promoción de la salud, y de la prevención de la enfermedad que intentan explicar las acciones de las personas respecto de la salud. Estos contienen variables similares en cuanto la perspectiva teórica y el tipo de conducta de salud; y se basan en explicaciones de tipo social, cognitivo y comportamental.

Uno de los modelos que pretende describir los determinantes de la conducta preventiva se centra en variables psicosociales, sobre la base de un cuerpo de teorías psicológicas bien establecidas, específicamente la teoría del campo social de Lewin, denominada modelos de creencias sobre la salud (Maiiman & Becker, 1954; citado por Rodríguez, 1995).

Desde este modelo, los individuos no llevarán a cabo conductas de salud (de prevención, de participación, de cumplimiento o rehabilitación) a menos que tengan unos niveles mínimos de motivación e información relevante

sobre la salud; se vean a sí mismos como potencialmente vulnerables, perciban la condición como amenazante; estén convencidos de la eficacia de la intervención y, vean pocas dificultades en la puesta en práctica de la conducta de salud. (Rosenstock, 1974; citado por Rodríguez, 1994).

Otro modelo explicativo, es el que proporciona la teoría de acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980). Esta teoría complementa y mejora aspectos del análisis de la toma de decisiones en el ámbito de salud separando las creencias de las actitudes y subrayando la importancia de la influencia de otros aspectos sobre la intención de actuar del individuo. Esta teoría se basa en el supuesto de que los seres humanos son habitualmente bastante racionales y que hacen uso sistemático de la información de la que disponen (Ajzen y Fishbein 1980; citado por Rodríguez, 1994).

Según este modelo, para predecir la conducta de un individuo es importante identificar y medir la conducta que interesa. Así mismo, la intención que la persona tiene de realizar o no una conducta es su aspecto inmediato. No obstante, si no presenta acontecimientos imprevistos, la persona actuará de acuerdo con su intención.

También es cierto, que se deben identificar los aspectos de las actitudes y creencias de las personas. Según Rodríguez (1994); las actitudes acerca de una conducta están en función de las creencias sobre el resultado de tal conducta y de la valoración que la persona hace de tales resultados. Esto quiere decir, que si el individuo cree que al realizar una conducta cualquiera, obtendrá resultados positivos, lo llevarán a tener una actitud adecuada hacia la ejecución de la conducta. Para que el individuo tenga esta actitud, se deben tener en cuenta factores como; las actitudes hacia los objetivos, los aspectos de la personalidad, las variables sociodemográficas (sexo, clase social, edad), el estatus, la inteligencia y el contexto social; comprendidas como variables externas.

Bayés (1992; citado por Rodríguez, 1994), construyó un modelo multifactorial e interactivo, resultado de la reconsideración de un modelo anterior que

menciona que las conductas de riesgo o de prevención, están directamente determinadas por la mayor o menor "vulnerabilidad biológica" del individuo a la enfermedad, por la "modulación psicológica" debida a las condiciones biológicas vigentes en la interacción y por los aspectos situacionales. Este modelo incluye el pasado del individuo en el que los estilos interactivos (modos funcionales de interactuar y la manera como un individuo reacciona frente a diferentes tipos de situación), las competencias funcionales (recursos que posee el individuo y que ha utilizado en el pasado para manejar situaciones funcionalmente semejantes), y la información específica que se posee sobre la situación, pueden ser objetivos, normas, estímulos, pautas temporales y características situacionales, establecidas a lo largo de cada historia de aprendizaje personal.

Como se ha visto hasta ahora, hablar de salud implica tener las condiciones necesarias para crear un ambiente favorable en el desarrollo físico, social y psicológico del individuo. Por esto, es importante adoptar conductas saludables, que lleven al sujeto a un bienestar, a través de programas de promoción y prevención, donde se adquiriera el conocimiento, para mejorar sus condiciones de vida.

Dado que el estilo de vida de una persona esta determinado (total o parcialmente) por las condiciones de vida en las que vive, también influyen comportamientos directos que emiten las personas como lavarse o no las manos, empezar a fumar o dejar de hacerlo, decidir que comer y cuando, elegir con quien cuando y cuán a menudo tener relaciones sexuales. Muchas personas adoptan transitoriamente o incorporan a su estilo de vida, comportamientos promotores y/o protectores de la salud (Harris & Guten, 1979; citado por Rodríguez, 1995).

Los comportamientos protectores de la salud cambian con el tiempo porque las personas cambian como resultado de la experiencia y, porque las circunstancias de la vida de la persona cambian también. En segundo lugar, los hábitos comportamentales no son interdependientes. Diferentes hábitos comportamentales pueden tener diferentes objetivos. Por ejemplo, puedo dormir

suficiente y comer una dieta equilibrada "para promocionar mi salud", mientras que puedo no fumar, o no tomar alcohol, para "prevenir una enfermedad" (Leventhal & Prochaska, 1985; citado por Rodríguez, 1995).

Por otro lado, el hecho que una persona lleve a cabo comportamientos protectores de la salud, depende de factores motivacionales que, a su vez, dependen de la percepción que la persona tiene de la amenaza que la enfermedad constituye para ella, de la eficacia que cree que la conducta tendrá para reducir la amenaza, y de la atracción que sobre ella ejercen los comportamientos alternativos. Naturalmente, los comportamientos saludables (promotores o protectores/ preventivos), como la gran mayoría de los que constituyen el repertorio conductual del ser humano, se adquieren mediante procesos de aprendizaje, por vía de experiencia directa y por modelos sociales (experiencia vicaria.). Cuando los comportamientos están ya instaurados en el repertorio comportamental de la persona, y se ejecutan de forma recurrente, tienden a convertirse en hábito (Rodríguez, 1995)

Diferentes investigaciones han estudiado los comportamientos de riesgo en médicos y enfermeras y se ha encontrado que el tabaquismo es el factor de riesgo presente con mayor frecuencia en este grupo de profesionales en la mayoría de países. Un ejemplo de esto, es el estudio transversal realizado con 221 trabajadores de la salud, del municipio centro Habana. Su objetivo era determinar la prevalencia del consumo de tabaco y la percepción del riesgo de fumar, e identificar propuestas para reducir la frecuencia de fumadores y el consumo de cigarrillos. Se aplicaron técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación. Se aplicó un cuestionario que indagaba sobre las variables socio demográficas (edad, sexo, área de salud donde trabaja), las variables relacionadas con el consumo (intensidad, frecuencia, duración) y las variables relacionadas con la percepción del riesgo de fumar. Se realizaron 10 grupos focales homogéneos, con médicos, enfermeras y otros trabajadores, atendiendo a la tenencia o no del hábito. Como resultados se obtuvo que el 32% de los médicos y el 46% de las enfermeras fumaban en el momento de la encuesta. Se encontró que los médicos son fumadores moderados (11 y 19 cigarrillos al día) y severos (20 cigarrillos al día), y tienen

menos limitaciones para fumar en sus centros de trabajo que las enfermeras. El 17% de ellos y el 20% de las enfermeras pensaban que fumar era más beneficioso que dañino. Ambos grupos se caracterizaron por presentar una percepción distorsionada del riesgo de fumar. Entre las propuestas hechas por los propios trabajadores, que deberán tenerse en cuenta al implementar proyectos de intervención, se encontraron: Fortalecer la atención primaria los servicios de atención para fumadores, hacer cumplir en los centros de salud las regulaciones para fumar, aplicar sanciones a quienes no cumplen con lo reglamentado y divulgar de manera sistemática la importancia que los médicos y enfermeras sean modelos y agentes de cambios en la sociedad (Pérez, Larrea & Gorbea, 2000).

Otro estudio en la misma línea se realizó con médicos, administrativos, investigadores y personal del servicio general del instituto nacional de salud en México. Su objetivo fue determinar la prevalencia, adicción, conocimientos y aptitudes sobre el tabaquismo en este grupo poblacional. Dentro del grupo de servicios generales se incluyeron a todos los que laboraban como enfermeras, técnicos de laboratorio, y rayos x, audiovisual, y en general, todo el personal que no estuviera dentro de alguno de los otros grupos. Se conformaron tres grupos, uno formado por los médicos que no son fumadores, otro con médicos que son fumadores y un tercer grupo se formó con todos los fumadores que no son médicos. Se aplicó un cuestionario que comprendía tres secciones diferentes. En la primera se determinó el grado de adicción utilizando nueve preguntas. La segunda incluyó preguntas que investigaron conocimientos generales acerca del tabaquismo. La tercera sección exploró aspectos relacionados con su actitud acerca de la legislación del tabaquismo. A todos los individuos se les envió una versión del cuestionario con el objeto de estandarizar la aplicación y una guía con las instrucciones. Todas las encuestas fueron autoaplicadas. Antes de iniciar el proceso de aplicación se envió una circular a todos los departamentos y servicios de cada institución de salud firmada por cada director. En ella se explicaba la intención del cuestionario y se les pedía que colaborarán con el programa contestando la encuesta. La prevalencia de médicos fumadores(22%) fue menor que la de fumadores que no son médicos(28%). Entre médicos fumadores y fumadores

que no son médicos no hubo diferencias significativas con respecto al conocimiento de adicciones y aptitudes. El grupo de médicos no fumadores presentó mejor conocimiento y aptitud y estaban de acuerdo en que se declarara libre de humo de tabaco la institución donde trabajan. Se concluyó que la prevalencia de médicos fumadores es alta pero menor que la de fumadores no médicos. El grupo de médicos sugieren que la adicción puede condicionarlos y que se requiere una campaña para reducir el tabaquismo entre ellos (Sansores & Venegas, 2000).

Otro estudio relacionado con la prevalencia de consumo de tabaco, fue el realizado por Fernández & Bayle (1999) con médicas y enfermeras de la comunidad de Madrid, para indagar acerca del tabaquismo. La muestra estuvo conformado por 1235 profesionales, (435 médicas y 800 enfermeras). El 43.07% del total son fumadoras, siendo el tabaquismo mayor en las enfermeras (47,62%) que en las médicas (34,71%), y entre el personal de atención primaria (35,29%). El tabaquismo fue diferente en ambas profesiones según la edad. En las médicas fue menor el tabaquismo en las edades entre 20 y 30 años (22, 88%), y en las enfermeras, este grupo de edad fue el que presentó mayor porcentaje de fumadoras (52,38%). Del total de las encuestadas el (18.3%), eran exfumadoras y el (64.65%) de las que fumaban señalaron que habían intentado dejarlo. Un (2.93%) fumaban delante de los/as pacientes y un 94%, pensaban que debía permitirse fumar en las salas de espera. Él (27.46%) creía que estaba permitido fumar en su área de trabajo, y el (90.64%) señaló que se fumaba habitualmente en las salas de uso común del personal sanitario y un (30.37%) respondió que existía un lugar específico para fumar en el centro de trabajo. Se concluyó que la prevalencia de tabaquismo entre los profesionales de la salud, médicas y enfermeras, de la comunidad de Madrid, es superior a la de la población general de igual edad y género. El tabaquismo entre las enfermeras es más frecuente que entre las médicas, y es mayor en los hospitales que en atención primaria, y entre las enfermeras es mayor en el grupo más joven, lo que es muy preocupante.

En el hospital healthcare de Londres, se estudió el uso de sustancias psicoactivas de los médicos, enfermeras, dentistas, estudiantes de medicina y

de otros trabajadores. Se encontró que la automedicación es común entre estos profesionales, en especial los médicos, psiquiatras, anesthesiólogos, y enfermeras con altas especialidades. Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se encontró que el 14.3% de los psiquiatras y el 12.4% de los médicos presentaban un consumo alto de alcohol y otras drogas, mientras que el 7,8% de los anesthesiólogos y el 5.5% de los cirujanos presentaban consumo lo que indicó que este grupo presentaba índices bajos de uso de sustancias y eran los menos vulnerables para utilizar otros narcóticos importantes. De los 136 estudiantes de medicina se encontró que el 86% bebía alcohol y el 33.1% usaban sustancias ilícitas, y el 10- 20% de las enfermeras tenían problemas de abuso de sustancias, y un 6-8% abusaban del alcohol.

En España, Garnés (2001) realizó un estudio sobre las fuentes de estrés en médicos residentes que trabajaban en la unidad de urgencias del hospital general de Alicante. El objetivo del estudio fue determinar el nivel de estrés laboral y sus fuentes. Se hizo un estudio descriptivo transversal. La muestra estuvo compuesta por 82 médicos residentes de las distintas especialidades médicas y quirúrgicas. Para el análisis de los datos, se utilizó un registro de datos sociodemográficos y una escala de fuentes de estrés con puntuaciones de 0-10. Los resultados mostraron que los médicos presentan un nivel medio de estrés (5.1). Las fuentes de estrés con mayor puntuación fueron: El tipo de patología atendida, la toma de decisiones, el exceso de trabajo y el número de días de turno, la masificación de los servicios de urgencia y los enfermos críticos. Se concluyó que para minimizar el estrés de los médicos es importante establecer las rotaciones en urgencias, espaciar los días de turnos y formar a los profesionales en atención en unidades de urgencias.

En el ámbito nacional se han realizado algunos estudios para determinar los estilos de vida en profesionales de la salud. Flórez (1993) realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar los principales factores causantes de estrés en médicos residentes de tres hospitales de Santa Fé de Bogotá. Utilizó una metodología *expost-facto* con un diseño descriptivo correlacional. Se tomaron 90 médicos que estaban realizando su especialización en diferentes áreas de la medicina en los hospitales San Juan de

Dios, la Misericordia y el Materno Infantil. La muestra fue clasificada por nivel de residencia, sexo, edad, estado civil y especialidad. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de estrés Diario "Hasless", el Inventario de Ansiedad "Idare", y el Inventario de Experiencias Estresantes en residentes. Se logró determinar que los factores de mayor influencia en la generación de estrés fueron el ambiental, profesional y el personal paralelamente a este resultado se pudo comprobar que los médicos residentes están laborando bajo condiciones adversas en cuanto a locaciones, recursos físicos y/o económicos, así como la organización y la administración.

De igual manera, Rodríguez (1997), llevo a cabo un estudio que analizó las características sociodemográficas, funcionalidad familiar y prácticas de salud en estudiantes de los programas de medicina, enfermería y psicología de la Universidad del Norte. Se realizó un estudio descriptivo transversal, el tamaño de la muestra fue de 756 estudiantes extraídos de manera aleatoria mediante un muestreo estratificado. Se evaluaron algunas prácticas de salud con respecto a: acciones preventivas, hábitos nocivos, hábitos personales y practicas sexuales. La edad promedio de los estudiantes de todos los programas permite clasificarlos en la etapa del ciclo vital individual de adulto a joven, el sexo predominante en los programas fue el femenino, el estado civil soltero. El 56% de los estudiantes presenta algún grado de disfuncionalidad familiar, con 21.5% de disfunción moderada o severa. Los resultados muestran que las acciones preventivas son inadecuadas a todos los programas en cuanto a la practica de control médico, salud oral, auto examen de mama y testículos especialmente en los estudiantes de medicina. Existe un consumo importante de bebidas alcohólicas y de auto medicación para todos los programas, así como el consumo del tabaco con un inicio del hábito en las edades entre 15 y 19 años. La gran mayoría tiene un manejo inadecuado de las normas de seguridad vehicular. En los hábitos personales la mayoría de los estudiantes tiene un adecuado hábito alimenticio. En cuanto a las practicas sexuales de los estudiantes evaluados a pesar de ser solteros llevan una vida sexual activa.

Los datos demuestran la necesidad de desarrollar estrategias para mejorar los hábitos de salud en los estudiantes de los programas de medicina, enfermería y psicología con el fin de proteger su salud y beneficiar a sus pacientes y a la comunidad.

Finalmente, cabe resaltar que en las investigaciones citadas se evidencia un índice elevado de conductas de riesgo relacionadas con el consumo de tabaquismo y consumo de alcohol en los profesionales de la salud. También se puede percibir que el estrés es otro de los factores de riesgo que involucra el contexto laboral en el que se desenvuelve el profesional, ya que se ve expuesto a enfrentarse diariamente a la enfermedad, al sufrimiento, a la muerte de algunos pacientes y a las exigencias habituales que se producen en este medio.

Sin embargo, poco se ha investigado sobre otros hábitos o prácticas de salud presentes en estos profesionales. Un estudio como éste puede aportar a la comprensión de los problemas de salud que intervienen en la intención, inicio y mantenimiento del cambio hacia la adopción de conductas saludables, o hacia el abandono de hábitos perjudiciales. Los cambios de conducta son producto de muchos factores que tienen que ver con el aprendizaje, con las variables biológicas de la persona y con la motivación. El cambio de conducta no solo depende del individuo, sino también de la interacción de lo biológico, psicológico y el medio ambiente en el que se desenvuelve.

Objetivo

Identificar los estilos de vida del personal médico y demás personal de la salud del Hospital San Juan de Dios, Clínica de Zipaquirá, y del Centro de Atención Ambulatorio del Instituto de Seguros Sociales (CAA - ISS) del municipio de Zipaquirá.

Variables

Estilos de vida. Conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona (Henderson, Hall & Lipton, 1980; citado por Rodríguez, 1995). Pueden ser comprendidos como conductas protectoras y de riesgo.

Se entiende por conductas protectoras todas aquellas conductas que presentan los individuos y los protegen de las enfermedades, tales como práctica de autocuidado físico, mental, oral, alimenticia y sexual (Roa, 1995; OPS, 1996).

Las conductas de riesgo son los comportamientos que vulneran al individuo ante la aparición de enfermedades (Roa, 1995) y son comportamientos patógenos conductuales. Estos estilos de vida son medidos a través del cuestionario de estilos de vida adaptado por Flórez (1998).

MÉTODO

Tipo de investigación

Se realizó una investigación empírico-analítica, de tipo descriptivo correlacional, pues se pretendió describir estadísticamente las variables del estilo de vida medidas mediante el cuestionario de estilo de vida. De acuerdo con Dankhe (1986; citado por Fernández, 1998), esta investigación busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, este tipo de investigación tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en los que se manifiesta una o más variables.

Participantes

La población estuvo conformada por 73 profesionales de la salud del Hospital San Juan de Dios Hospital, Clínica, y el CAA del ISS del municipio de Zipaquirá, de ambos sexos que se encontraban en edades entre 20 y 70 años, elegidos por medio de un estudio censal.

Instrumento

Inventario de estilos de vida: Fue creado en la Universidad de Berkeley por Sheldon Margen, adaptado al español por el médico Manuel Garcés en Guatemala, cuyo índice de confiabilidad es de 0.90. Este cuestionario

fue utilizado en Colombia por Flórez y Hernández (1998) en un estudio acerca de los estilos de vida de las personas residentes en la localidad de Chapinero de la ciudad de Bogotá. Es un inventario cerrado, estructurado y autoadministrado que comprende las siguientes áreas:

- **Condición Física:** indaga acerca de la actividad física que realiza la persona. Esta categoría tiene 6 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 6.
- **Historia Familiar:** indaga acerca de los antecedentes patológicos familiares de la persona. Esta categoría tiene 6 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 6.
- **Autocuidado y Cuidado Médico:** indaga acerca de algunas conductas esenciales de higiene personal y de autoexamen para la detección precoz de enfermedades. Esta categoría tiene 13 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 13.
- **Hábitos alimenticios:** indaga acerca de la ingestión de bebidas y alimentos. Esta categoría tiene 9 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 9.
- **Consumo de Alcohol y otras sustancias:** indaga acerca del consumo de agentes nocivos para la salud. Esta categoría tiene 6 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 6.
- **Accidentes:** indaga acerca de comportamientos de protección contra accidentes. Esta categoría tiene 7 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 7.
- **Valores de la vida:** indaga acerca de comportamientos de la esfera intelectual y espiritual que constituyen factores de protección de la salud. Esta categoría tiene 7 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 7.
- **Estrés y Apoyo social:** indaga acerca de eventos de la vida cotidiana generadores de estrés y el factor amortiguador que representa el apoyo social. Esta categoría tiene 16 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 16.

- Medio Ambiente: indaga acerca del medio físico-químico y psico-social en que vive la persona. Esta categoría tiene 7 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 7.
- Sexualidad: indaga acerca de la satisfacción de la persona con su sexualidad. Esta categoría tiene 4 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 4. (Flórez & Hernández, 1998).

La calificación del inventario se hizo digitalmente, mediante la revisión del número de respuestas correctas en cada categoría.

Procedimiento

Inicialmente, se estableció contacto con los diferentes directores de las instituciones de salud para presentar el proyecto de investigación y lograr la autorización para su aplicación. Una vez lograda la autorización se aplicó el instrumento de forma individual a la totalidad de los profesionales que laboran en el área médica. Se eligieron las personas que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos para esta investigación es decir, pertenecer a las instituciones de salud del municipio de Zipaquirá y tener entre 20 y 70 años de edad.

Una vez aplicado el cuestionario se realizó la tabulación de los datos obtenidos, para lo cual se diseñó la base de datos por medio del programa estadístico SPSS. Luego se llevó a cabo el análisis descriptivo y las correlaciones pertinentes.

RESULTADOS

Los resultados de este estudio se presentan en dos partes: la primera muestra el análisis descriptivo de las características demográficas y profesionales del personal de la salud; y la segunda parte corresponde al análisis global y de cada una de las dimensiones medidas por el cuestionario de estilos de vida adaptado por Flórez y Hernández (1998).

Análisis descriptivo

Características demográficas

El rango de edad de mayor frecuencia fue entre 31 y 40 años, con un 35.6% del total de la muestra; seguido por el rango de 41 a 50 años, con un 32.9%. Los rangos de edad de menor frecuencia fueron: de 20 a 30 años, con un 16.4%, el rango entre 51 a 60 años, con un 11.0%, y el de 60 años o más con un 4.1%. Esto señala que el promedio de edad de esta muestra poblacional fue de 40.5 años.

Con respecto a la variable género, el 56.2 % fueron mujeres y el 43.8% fueron hombres. En cuanto al estado civil, la mayor frecuencia encontrada fue de personas casadas, cuyo porcentaje corresponde al 57.5%, el 27.4% son personas solteras, el 9.6% de personas conviven en unión libre, el 4.1% que corresponde a las personas separadas y un 1.4% son personas viudas.

Características profesionales

En cuanto a la profesión el 46.6% son médicos, el 15.1% enfermeros, el 12.3% bacteriólogos y odontólogos, el 9,6% fisioterapeutas, un 2.7% fonoaudiólogos y el 1.4% de la muestra son psicólogos.

En relación al tiempo de dedicación de los profesionales a su labor se encontró que un 76.6% trabajan tiempo completo, seguido por los que laboran medio tiempo con un 20.5% y finalmente un 2,7% que se dedican al área de urgencias con un promedio de 8 - 10 horas.

En cuanto al lugar de trabajo se encontró mayor población de profesionales en el Hospital San Juan de Dios con un 61.6%, seguido de un 23.3% que corresponde a las personas que laboran en la Clínica de Zipaquirá, y finalmente un 15.1% en el CAA- ISS.

En relación a la variable de Tiempo de Experiencia el 26% de profesionales han laborado por espacio de 11 a 15 años, seguido de los que llevan entre

16 y 20 años con un 17.9%, de 6 a 10 años con un 15%, de 21 a 25 años con 13.7%, el 10.9% que han laborado menos de 1 a 5 años, el 6.9% de 26 a 30 años, el 6.8% han laborado menos de un año y un 2.7% de profesionales de salud han laborado entre 31 a 35 años.

Análisis global de cada una de las dimensiones evaluadas por el instrumento

El grupo de profesionales de la salud que contestó el cuestionario de estilos de vida presenta mayor porcentaje de conductas protectoras en las dimensiones de condiciones de accidentes, valores de vida, y consumo de alcohol. Esto indica que los profesionales de la salud cuentan con un adecuado estilo de vida, que les permite adoptar conductas saludables frente a su entorno. Se puede apreciar que las dimensiones en las que más se presentan conductas de riesgo son las de condición física, hábitos alimentarios y medio ambiente, lo que indica que en estas áreas los profesionales de la salud muestran inadecuados estilos de vida que los pueden llevar a tener condiciones desfavorables para su salud, como incremento de peso, problemas de presión sanguínea, de corazón, enfermedades del colón y dificultades respiratorias, entre otras.

En la tabla 1 se puede apreciar el porcentaje poblacional de las conductas riesgo y conductas protectoras en cada dimensión.

Tabla 1

DIMENSIÓN	TIPO DE CONDUCTA	
	PROTECTORA	DE RIESGO
Condición física	53%	47%
Historia familiar	76%	24%
Autocuidado y cuidado médico	77%	23%
Hábitos alimenticios	60%	40%
Consumo de alcohol y otras drogas	80%	20%
Accidentes	94%	5.23%
Valores de la vida	80.2%	19.71%
Estrés y apoyo social	73.7%	26.2%
Medio ambiente	62.75%	37.24%
Sexualidad	77.05%	21.57%

Porcentajes de conductas protectoras y conductas de riesgo obtenidas por los profesionales de la salud en cada dimensión del inventario de estilos de vida.

Dimensión 1. Condición física

En este grupo poblacional se encontró que el 53% de la muestra presenta conductas protectoras relacionadas con la práctica diaria de ejercicio. El 47% presenta conductas de riesgo por no realizar un calentamiento previo para practicar algún tipo de ejercicio o deporte.

Dimensión 2. Historia familiar

En el 76% de la muestra se identifica antecedentes de enfermedad en sus familiares. El 24% presenta solo un antecedente de presión sanguínea alta, lo que indica que es un factor de riesgo en esta muestra.

Dimensión 3. Autocuidado y cuidado médico

Se identificó que el 77% de la muestra presenta conductas protectoras en relación al cuidado personal referente a higiene oral, uso de bronceadores y, exámenes médicos, entre otras. El 23% del personal de la salud no se ha realizado un examen de presión intraocular en los últimos 4 años, de igual forma, dentro de este un 38.35% mayor de 50 años no se ha realizado un examen de sangre oculta en las heces fecales durante los últimos 2 años, lo que indica que presentan conductas de riesgo.

Dimensión 4. Hábitos alimenticios

El 60% de la muestra presenta conductas protectoras relacionadas con la practica de dietas balanceadas, consumo de alimentos ricos en fibra y de carnes blancas. El 40% de la muestra presenta conductas de riesgo relacionadas con esta dimensión, ya que de éste un 78.08% del personal consume alimentos especiales o favoritos (grasa, chocolates, etc.), y un 56.16% le agrega sal a las comidas.

Dimensión 5. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

El 80% de la muestra presenta conductas protectoras con respecto al consumo de cigarrillos y alcohol y revisa las instrucciones y precauciones relacionadas con el uso de medicamentos; no obstante el 20% de la muestra presentan conductas de riesgo. Dentro de este porcentaje, el 46.57% del personal de salud consume al menos dos tragos al día, siendo este porcentaje significativo.

Dimensión 6. Accidentes

Con respecto a esta dimensión dentro de este grupo poblacional, se encontró que el 94.7% de la muestra presenta conductas protectoras relacionadas con no manejar bajo los efectos del alcohol, conocer las señales de tránsito, tomar medidas de seguridad en su ambiente laboral y familiar (manejo de sustancias tóxicas, maquinarias peligrosas, etc.). El 5.23% presenta conductas de riesgo, lo cual no es altamente significativo frente a esta condición.

Dimensión 7. Valores de vida, esfera intelectual y espiritual

El 80.2% de este grupo poblacional presenta conductas protectoras relacionadas con la vinculación a eventos y actividades recreativas, aceptación de estilos de vida de otros y satisfacción con su vida espiritual; sin embargo un 19.71% de la muestra reporta sentirse insatisfecho con el uso del tiempo libre que disponen para su recreación y entretenimiento.

Dimensión 8. Estrés y apoyo social

Con respecto a esta dimensión se encontró que un 73.7% de la muestra, se encuentra satisfecho con su ritmo de vida y manifiesta conductas protectoras relacionadas con la expresión libre de sentimientos, toma de decisiones, y hábitos adecuados de sueño. No obstante, el 26.2% presentan conductas de riesgo en relación con esta dimensión. El 65.75% de este porcentaje ha tenido recientemente alteraciones en su estilo de vida laboral y familiar.

Dimensión 9. Medio ambiente

El 62.75% de la muestra viven en un ambiente libre de contaminación y sustancias tóxicas. El 37.24% presenta conductas de riesgo. El 63.01% de este porcentaje ha extrañado su trabajo cuando lo ha dejado por alguna enfermedad o siente nostalgia por regresar a él.

Dimensión 10. Sexualidad

En relación con esta condición se encuentra que un 77.05% de la muestra presenta conductas protectoras relacionadas con su actividad sexual y un 21.57% presenta conductas de riesgo. El 58.90% de este porcentaje no utiliza ningún tipo de anticonceptivos en sus prácticas sexuales, lo cual es altamente significativo en esta condición.

Análisis poblacional de conductas de riesgo por ítem

Aunque el análisis global demuestra que en las dimensiones condición física, historia familiar, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, valores de la vida, estrés y apoyo social, se evidencia la presencia de conductas protectoras, el análisis por ítems arroja que no todos los profesionales de la salud presentan conductas protectoras en los ítems evaluados. De esta manera, en la condición física se encontró un porcentaje del 71.23% de riesgo ya que los profesionales de la salud no hacen ejercicio o practican algún deporte durante al menos 30 minutos, 3 o más veces a la semana, de igual manera un 68.40% no realizan ejercicios de calentamiento y enfriamiento antes o después de hacer ejercicio.

En cuanto a la historia familiar el 63.01% presentan antecedentes familiares de presión sanguínea alta. En los hábitos alimentarios se encontró que el 78.08% de los profesionales de la salud tienen alimentos especiales o favoritos (chocolates, grasas, entre otras), y un 56.16% de ellos le agregan sal a las comidas. En cuanto al consumo de alcohol y otras drogas se observó que el 9.2% del personal de la salud consumen dos tragos diarios.

Análisis correlacional de las variables demográficas con las dimensiones evaluadas por el cuestionario estilos de vida

Se realizaron las correlaciones entre las variables sexo, edad, estado civil, tiempo de dedicación al trabajo y lugar de trabajo con cada una de las dimensiones evaluadas por el cuestionario de estilos de vida. Los hallazgos más significativos son los que se relacionan a continuación.

El análisis de asociación entre la variable sexo y las dimensiones evaluadas por el instrumento se realizó utilizando el coeficiente de correlación biserial puntual dado que la variable sexo es una variable dicotómica. Se encontró una asociación positiva baja entre las dimensiones de autocuidado y cuidado médico (0.29), hábitos alimenticios (0.049) y consumo de alcohol (0.26), con la variable sexo femenino. La asociación más baja se encontró entre la variable sexo femenino y la dimensión hábitos alimenticios. Estos resultados indican que las profesionales de la salud de sexo femenino presentan conductas de riesgo en relación a consumo de alimentos no balanceados, uso de medicamentos sin prescripción médica, inasistencia a controles médicos, hábitos de sueño inadecuados e ilimitado consumo de alcohol.

El análisis de la asociación entre la variable edad y las dimensiones del cuestionario de estilos de vida (tabla 2) se realizó utilizando el coeficiente de Spearman con un intervalo de confianza del 0.05 porque son variables ordinales. Se encontró una asociación negativa baja entre el rango de edad de 31-40 años y la dimensión condición física (-0.293) y, una asociación negativa considerable entre la variable valores de la vida y este mismo rango de edad (-0.51). Adicionalmente, una asociación positiva baja entre el rango de edad de 60 ó más años con las dimensiones de autocuidado y cuidado médico (0.298) y con la dimensión de sexualidad (0.365). Estos resultados indican que los profesionales de la salud entre 31 y 40 años presentan conductas de riesgo relacionados con la falta de actividad física y con el tiempo de recreación del que disponen. Mientras que los profesionales de la salud de 60 años en adelante presentan un nivel de riesgo en

las dimensiones de autocuidado y cuidado físico y en el manejo de su sexualidad.

Tabla 2

Asociación entre la variable edad (31-40 años y 60 ó más) y dimensiones evaluadas por el cuestionario de estilos de vida.

DIMENSIÓN	EDAD	
	31-40 AÑOS	60 O MÁS AÑOS
Condición física	- 0.293 *	
Autocuidado y cuidado médico		0.298*
Valores	-0.51*	
Sexualidad		0.365**

* Significativo al 95% de confianza

**Significativo al 99% de confianza

El análisis de la asociación entre la variable estado civil y las dimensiones evaluadas por el cuestionario de estilos de vida se realizó utilizando el coeficiente de Sperman con un intervalo de confianza del 0.05. Se encontraron asociaciones positivas bajas entre la variable estado civil soltero con las dimensiones de historia familiar (0.045), autocuidado y cuidado médico (0,324) y valores (0.232), lo que indica que los profesionales de la salud solteros presentan conductas de riesgo en relación con los profesionales de la salud casados, viudos y los que viven en unión libre en las dimensiones mencionadas. En la tabla 3 se presentan dichos resultados.

Tabla 3

Asociación entre la variable estado civil (soltero) y las dimensiones evaluadas por el cuestionario estilos de vida.

ESTADO CIVIL SOLTERO	
DIMENSIÓN	PHI
Historia familiar	0.045
Autocuidado	0.324
Valores	0.232

En relación a la variable tiempo de dedicación se encontraron asociaciones positivas bajas entre la variable dedicación de tiempo completo con las dimensiones condición física (0.354*), hábitos alimenticios (0.291*), y tiempo de dedicación medio tiempo con la dimensión medio ambiente (0.276*). Entre la variable tiempo de dedicación tiempo completo y la dimensión valores de la vida se encontró una asociación negativa baja (-0.273*).

En la tabla 4, se presenta las asociaciones que fueron significativas entre la variable tiempo de dedicación y las dimensiones evaluadas por el cuestionario de estilos de vida.

Tabla 4

Asociación entre la variable tiempo de dedicación y las dimensiones evaluadas por el cuestionario de estilos de vida.

DIMENSIÓN EVALUADA	TIEMPO DE DEDICACIÓN	
	Tiempo completo	Medio tiempo
Condición física	.354*	
Hábitos alimenticios	0.291*	
Valores	-0.273*	
Medio ambiente		0.276*

* Significativo al 95% de confianza

En la tabla 5, se presentan las asociaciones que fueron significativas entre la variable lugar de trabajo, con las dimensiones evaluadas por el cuestionario de estilos de vida. Como se puede observar, se encontraron asociaciones positivas bajas entre la variable lugar de trabajo Hospital San Juan de Dios y las dimensiones historia familiar (0.354*), medio ambiente (0.276*) y sexualidad (0.882**) y negativa baja entre este lugar de trabajo y la dimensión valores de la vida (-0.276*). Entre el lugar de trabajo Clínica de Zipaquirá y la dimensión hábitos alimenticios se encontró una asociación positiva baja (0.276*).

Tabla 5

Asociación entre la variable lugar de trabajo y las dimensiones evaluadas por el cuestionario de estilos de vida.

CONDUCTA RIESGO	LUGAR DE TRABAJO	
	Hospital San Juan de Dios	Clínica de Zipaquirá
Historia familiar	0.354 *	
Hábitos alimenticios		0.276*
Valores de la vida	-0.273*	
Medio ambiente	0.276 *	
Sexualidad	0.882**	

* Significativo al 95% de confianza

**Significativo al 99% de confianza

Estos resultados nos indican que los profesionales de la salud que laboran en el Hospital San Juan de Dios presentan más conductas de riesgo en relación con los profesionales de la salud que trabajan en los otros lugares de trabajo.

En la tabla 6 se presenta la correlación de la variable profesión, con las dimensiones evaluadas por el cuestionario de estilos de vida.

Tabla 6

Asociación entre la variable profesión y las dimensiones evaluadas por el cuestionario de estilos de vida.

CONDUCTA RIESGO	PROFESION	
	Médicos	Enfermeros
Autocuidado y cuidado médico	0.202*	
Historia familiar		0.489*
Consumo de alcohol	0.364*	
Hábitos alimenticios	0.309*	
Valores de la vida		0.336*
Sexualidad	0.252*	

* Significativo al 95% de confianza

Como se observa en esta tabla, se encontraron asociaciones positivas bajas entre las dimensiones de autocuidado, historia familiar, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, valores de la vida y sexualidad. Lo que nos indica que los médicos presentan más conductas de riesgo en estas dimensiones en relación con los demás profesionales de la salud.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue identificar los estilos de vida (conductas de riesgo y conductas protectoras en las dimensiones condición física, historia familiar, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, accidentes, valores de la vida, estrés y apoyo social, medio ambiente y sexualidad) del personal médico y demás personal de la salud vinculado con instituciones prestadoras de los servicios de salud del municipio de Zipaquirá.

Es evidente que los profesionales de la salud presentan conductas protectoras en todas las dimensiones especialmente en las relacionadas con accidentes, valores de la vida y consumo de alcohol, lo que indica que este grupo poblacional ha desarrollado medidas preventivas para optimizar su bienestar físico, social y psicológico y así disminuir su vulnerabilidad en el contexto laboral donde se desenvuelven.

A pesar del alto compromiso que conlleva el ejercicio profesional en el campo de la salud se encontró que estos profesionales participan en actividades y eventos recreativos que les permite descargarse del estrés laboral generado por el tipo de trabajo en el que se encuentran. No obstante el 53.42% se sienten insatisfechos con la cantidad de tiempo libre con que cuentan debido a que deben realizar turnos nocturnos que alteran su vida familiar, social y profesional. Según Levi (1979; citado por Gómez, 1996), la realización de los turnos se convierte en una actividad laboral particularmente agobiante que interfiere significativamente con las actividades recreativas y familiares y que afecta el rendimiento profesional pues disminuye la capacidad física dado la asincronía entre ritmos biológicos, sociales y de trabajo/ocio.

A pesar que desde el análisis global se encontró que en este grupo poblacional son más prevalentes las conductas protectoras lo que hace que adopten estilos de vida saludables, el análisis específico por ítems señala que estos profesionales de la salud presentan conductas que les pueden generar efectos negativos en su vida dependiendo de la relación que tengan con los factores sociales, culturales y biológicos, que además pueden convertirse en causa o anunciadores de enfermedad.

Con respecto a estas conductas se encuentra la de consumo de alcohol, cigarrillos y otras drogas. Aunque en esta dimensión, se encontró que el 80% de los profesionales de este grupo poblacional presentan conductas protectoras, es significativo que un 9.2% de la muestra se encuentran en riesgo de ser consumidores abusivos de alcohol si se tiene en cuenta que ya han superado el comportamiento de consumo que está relacionado con tomar por lo menos tres veces en el último mes y/o en cada ocasión haber ingerido cinco o más vasos o copas de licor (Duque, Klevens & Ramírez, 1997).

Así mismo, en las dimensiones condición física, hábitos alimenticios y medio ambiente estos profesionales presentaron puntajes bajos (53% - 62%) sin querer decir con esto, que son conductas de riesgo, pero si que se encuentran en el límite de convertirse en factores perjudiciales para la salud. Comportamientos como emplear dietas inadecuadas, hacer poco ejercicio físico y conducir de forma imprudente están estrechamente relacionados con las tres causas de muerte más importantes de la actualidad: Corazón, cáncer y carretera. Adicionalmente entre los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares están la presión arterial alta, fumar cigarrillos, alto nivel de colesterol y, en menor medida la obesidad y la inactividad física (Califano, 1986; citado por Rodríguez, 1995).

En cuanto a las dimensiones de estrés y medio ambiente, se encontró que un 65.75% de la muestra poblacional han tenido que hacer reajustes importantes en su hogar o en su pasado reciente que han afectado su estilo de vida. Esto, muestra que el medio ambiente y el estrés son factores determinantes dentro del estado de salud pues forman parte de las reacciones ante

los cambios de estímulos. De hecho, el estrés se plasma en los diversos estilos de comportamiento y marca las pautas y ritmos de vida (Levi, 1979; citado por Gómez, 1996).

Así mismo, el estrés es la respuesta de nuestro organismo a todas las presiones a las que está sometido: todo lo que nos estimula o todo lo que nos agrede provoca estrés. En los últimos años, está aumentando en el personal médico el número de bajas laborales por causas psicológicas como depresión, por cansancio y agotamiento. Todos estos factores están relacionados con el hecho de tener que enfrentarse diariamente a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte de algunos pacientes y a las exigencias cada día más habituales que se producen en los servicios de urgencias hospitalarias por parte de algunos de los usuarios (Martínez - Sánchez, E. & Ros, 2001). Las reacciones ante el estrés provocan el deterioro de ciertos tejidos como los correspondientes a los vasos sanguíneos y el corazón. En último término, nos hacemos más susceptibles a las enfermedades dado que disminuye nuestra capacidad para combatir a los gérmenes (Shannon, 1989).

El análisis correlacional permite señalar que se encuentran asociaciones positivas bajas, entre las variables demográficas con las dimensiones de historia familiar, hábitos alimenticios, valores de la vida y estrés. Teniendo en cuenta que estas asociaciones no son factor de causalidad para que se produzca riesgo, si pueden ser producto de presencia de enfermedad a futuro.

Este análisis correlacional también mostró que los profesionales de la salud de sexo femenino presentan más conductas de riesgo que los hombres específicamente en relación a consumo de alimentos no balanceados, comportamiento que puede estar relacionados con mantener una apariencia física acorde con las exigencias sociales. Esto corrobora los resultados del estudio realizado en Chile por la pontificia Universidad Católica (1994), donde se evaluaron a 728 mujeres, y se encontró que la prevalencia de conductas de riesgo son especialmente altas en las mujeres en comparación con los hombres (Carrasola, 1994).

De otro lado, se encuentra que los profesionales de la salud de 60 años o más no usan bloqueadores, no se realizan exámenes médicos y se sienten satisfechos con su actividad sexual. Esto se puede explicar por las representaciones sociales que se tienen del adulto mayor.

Frente a la variable estado civil los resultados muestran que los profesionales de la salud soltero(a)s presentan mayor número de conductas de riesgo en relación con las personas casadas, viudas y las que viven en unión libre. Aunque estudios como los de Verbrugge (1979) han mostrado que las personas solteras no llevan vidas seguras y saludables, ya que no cuentan con personas que los apoyen emocionalmente; y que los viudos, divorciados y solteros pueden ser más vulnerables a las enfermedades físicas y mentales, no es precisamente el estado marital lo que determina que las personas asuman o no un comportamiento saludable, protector de la salud, lo que no quiere decir que el hecho de tener pareja, pueda influir en la adopción de comportamientos saludables (Flórez & Hernández, 1998).

En referencia a la variable lugar de trabajo se encontró se encontró que los profesionales de la salud que laboran en el Hospital San Juan de Dios presentan en mayor frecuencia conductas de riesgo en relación con los profesionales que laboran en las otras instituciones. Esto puede explicarse porque las condiciones de trabajo son más óptimas en las otras entidades médicas, frente al espacio físico, la estructura de la organización, el número de usuarios que atienden, y el número de especialistas que laboran en estos lugares.

En relación a la variable profesión, los resultados nos indica que los médicos presentan más conductas de riesgo en relación a los otros profesionales, datos que son similares a los encontrados en investigaciones internacionales como las realizadas por Gossop y Stephen (2001); Sansores (2000) y Varona (2000).

Los resultados presentados corroboran lo planteado por Flórez y Hernández (1998) con referencia a que variables como el estrato social, el nivel educacional, la ocupación de los sujetos, la edad, el estado civil, influyen decisi-

vamente en el estilo de vida que asumen los individuos. Conner y Norman (1995), han demostrado que existen asociaciones confiables entre las variables demográficas y el estilo de vida: los comportamientos adictivos son más frecuentes entre individuos jóvenes; las mujeres son menos consumidoras de sustancias psicoactivas; las mujeres cumplen menos con los programas de ejercicio, cuidan más sus regímenes alimentarios; los individuos con mejor soporte social y mejores conocimientos tienen mejores hábitos saludables.

Este estudio es un punto de partida, para la realización de otras investigaciones sobre los estilos de vida y hábitos de salud de los profesionales vinculados con las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud de otras zonas del país con el fin de hacer comparaciones y crear programas conjuntos que lleven a una mejor calidad de vida, tanto para los usuarios como para el personal de salud.

Los resultados obtenidos con relación a los estilos de vida de los profesionales de la salud, sugieren la necesidad de considerar a los profesionales de la salud como población objeto de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el fin que reduzcan la probabilidad de presentar comportamientos no saludables y con la meta de hacerlos responsables sobre sus decisiones de cambio de sus conductas de riesgo, más si se considera que son modelos de comportamiento tanto para sus pacientes como para la comunidad en general.

REFERENCIAS

- Alarcon, L. (2000). El Proceso Psicológico de la Promoción y de la Prevención. *Revista Avances en psicología clínica*. 18, 13-22 Colombia.
- Álvarez, R. (1998). *Salud publica y preventiva*. Madrid: Pirámide
- Castro, M. L. (2001). Calidad de vida y promoción de la salud. En: H. E. Restrepo & H. Málaga. (Eds). *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

- Conner, M. & Norman, P. (1995). The role of social cognition in health behaviours. En: Conner, M. & Norman, P. (Eds) *Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press, 1-16
- Corporación Salud y Desarrollo (1995). Propuesta de prevención y salud instituto de seguros sociales. Sustentación para el plan de promoción de la salud. Bogotá.
- Duque, L. F., Klevens, J. & Ramírez, C. (1997). Estudio de epidemiología de la violencia en Santafé de Bogotá. Assalud – Colciencias.
- Fernández, R. (1994). Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández, R. (1998). Metodología de la investigación. México. Mc Graw Hill.
- Feldman, R. (1998). Psicología con aplicaciones para Latinoamérica. México: Mc Graw Hill.
- Fernández, L., & Bayle, M. (1999) Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y las enfermeras de la comunidad de Madrid. *Revista salud publica*. España.
- Flórez, L. (1993). Análisis de las fuentes de estrés en médicos residentes del sector de la calle primera de Santa Fé de Bogotá y proposición de un programa para su modificación. Universidad Católica de Colombia. Tesis de Grado. Bogotá.
- Flórez, L. (1999). La salud pública y la psicología de la salud: El papel de la psicología científica. *Revista colombiana de psicología*. N.º 8 p. 22-29. Colombia.
- Flórez, L. & Hernández, L. (1998). Evaluación del estilo de vida. *Boletín latinoamericano de psicología de la salud*. Disponible en www.alapsa.org
- Fogari, R., & Zoppi, A. (2004). Effect of antihypertensive agents on quality of life in the elderly. *Drugs Aging*. 21(6), 377-393
- García, J. (1980). *Patología general*. Madrid: Edema.

- Garnés, A. (2001). Estudio de las fuentes de estrés laboral en médicos residentes. (en red). Disponible en [www.Medinet.com/el México/ publicaciones/centro salud 9](http://www.Medinet.com/el_México/publicaciones/centro_salud_9). España.
- Gómez, D. (1996). Salud y Prevención. Nuevas Aportaciones desde la Evaluación Psicológica. España. Universidad de Santiago de Compostela.
- Gossop, M. & Stephen, S. (2001). Health care professional referred for treatment of alcohol and drug problems. (en red). Disponible en : [www.Cues.Udg.Mx/investigación / alcohol/professional. htm](http://www.Cues.Udg.Mx/investigación/alcohol/professional.htm). Londres.
- Jaude, L. & Carrasola, X. (1994). Estilos de vida de la mujer adulta de la región metropolitana. Universidad Católica de Chile. (en red). Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletín/html/salud>.
- Luis, A. (1998). Psicología social aplicada. Madrid. Mc Graw Hill.
- Organización Panamericana de la Salud. (1996). Promoción de la salud: una antología. México: Pax.
- Pérez, P, Larrea N., & Gorbea, M. (2000). Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud. Revista cubana de Medicina. Cuba.
- Raffo, G. (1997). Factores de riesgo. (en red). Disponible en www.monografias.com
- Ribes, E. (1990). Psicología y salud un análisis conceptual. España: Martínez roca.
- Roa, A. (1995). Evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: Ciencias de la Educación preescolar y especial.
- Rodríguez, A. (1997). El personal sanitario no es un buen ejemplo para los pacientes que acuden diariamente a su consulta. Revista Medicina Clínica. España.
- Rodríguez, A. (1997). Educación sanitaria parte de los sanitarios no siguen los hábitos que aconsejan a sus pacientes. (en red). Disponible en: www.el-mundo.es/salud/snúmeros/97/5246/5246educacion.html-11k.
- Rodríguez, M. (1994). Evaluación en promoción y prevención de la salud. En: R. Fernández Ballesteros (Ed). Evaluación conductual hoy: un en-

foque para el cambio psicológico, clínico y de la salud. Madrid: Piramide, p. 652-656.

Rodríguez, M. J. (1995). *Psicología social de la salud*. Ed. Síntesis, CA España.

Sansores, R., & Venegas, A. (2000). Tabaquismo en médicos mexicanos. Un análisis comparativo con fumadores que no son médicos. *Revista de investigación clínica*. México.

Shannon, M. (1989). Health promoción and illness prevención: a biopsychosocial perspective. *Revista Health and social work*. 32-40.

Varona, P. (2000). Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud. *Revista Cubana. Medgen integral*.

Verbrugge, L. M. (1979). Marital status and health. *Journal of Marriage and the family* 41 (2). 267-285

Yip, Y. (2001). A study of work stress, patient handling activities and risk of low back pain among nurses in Hong Kong. *Journal of advanced Nursing*. Vol 36 p. 794-804.

Zúñiga, M. & cols. (1999). Evaluación del Estado de Salud con la encuesta SF - 36: Resultados Preliminares. *Revista de Salud Pública*. México. Vol. 41. 110 - 118.