UNA REVISIÓN SOBRE LAS VARIABLES DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Yolanda Pastor*, Isabel Balaguer y María L. García-Merita***
** Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos*
*** Area de Psicología Social*
Universitat de València, Valencia, España

RESUMEN

El principal objetivo de este trabajo de revisión consiste en analizar las características de la investigación actual sobre los estilos de vida saludables. El periodo analizado se extiende desde 1987 hasta 1993. Los resultados más sobresalientes indican que la mayoría de los autores definen de una manera similar los estilos de vida saludables. Las variables más estudiadas en todos los grupos de edad (adolescentes, adultos y tercera edad) son: consumo de tabaco, consumo de alcohol, actividad física y alimentación. Aunque en términos generales los objetivos de los trabajos empíricos consisten en analizar las variables de estilos de vida, hemos observado algunas diferencias en función del grupo de edad estudiado. Así, los estudios con muestras de adolescentes tratan mayoritariamente de describir los estilos de vida saludables, mientras que en los estudios con adultos el objetivo principal consiste en hallar los principales predictores de los mismos.
Palabras clave: Estilos de vida, salud, variables, predictores

ABSTRACT

The main aim of this review work is to analyze the characteristics of the current research on healthy lifestyles. The period analyzed was from 1987 to 1993. The most significant results indicate that the majority of authors define healthy lifestyles in a similar way. The variables wich were most studied for all age groups (adolescents, adults and senior citizens) were: tobacco use, alcohol use, physical activity and diet. Although, in general, the aims of the empirical works involved analyzing the lifestyle variables, we have observed some differences according to the age groups studied. Therefore, the studies using adolescents' samples dealt mainly with describing healthy lifestyles, whereas the studies using adult sample dealt mainly with finding the main predictors.
Key words: Lifestyle, Health, Variables, Predictors

INTRODUCCION

En las sociedades industrializadas se ha producido un cambio progresivo del modelo de enfermedad vigente en los últimos cien años. En el siglo XIX, las enfermedades infecciosas eran las principales responsables de la mortalidad y morbosidad (Badura, 1982). Sin embargo, la mejora de las condiciones de vida a finales de este siglo y el desarrollo de la medicina alopática (basada en el uso de antibióticos y vacunas) en la primera mitad del siglo XX han permitido el control de las mismas (World Health Organization, 1986). De tal forma que éstas explican hoy en día sólo un pequeño porcentaje de la mortalidad. Al tiempo, se ha producido un aumento progresivo de las enfermedades crónicas no infecciosas como la enfermedad neoplásica, las enfermedades cardiovasculares o la pérdida de facultades por accidente. Así pues, las causas principales de los problemas de salud se han desplazado paulativamente desde los procesos infecciosos a los factores ambientales y a los estilos de vida de los individuos (Wold, 1989).

En este marco, cobra importancia el debate sobre los estilos de vida y su impacto sobre la salud. De hecho, el estilo de vida propio de los paises occidentales puede incluir muchos comportamientos que constituyen un factor de riesgo para la salud. El consumo de cigarrillos y alcohol, las dietas ricas en grasas y abundantes, la falta de ejercicio físico o la conducción imprudente constituyen algunos ejemplos de los comportamientos insalubres o de riesgo. Todos estos comportamientos están estrechamente relacionados con las tres causas de muerte más importantes en la actualidad: enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes de tráfico (Rodríguez Marín y García, 1995).

De este modo, paralelamente a la preocupación creciente por estas nuevas enfermedades crónicas se está produciendo un incremento substancial de las investigaciones sobre estilos de vida y su relación con la salud. La problemática ha sido tratada también por la OMS, organismo que ha comenzado a preocuparse por el tema, propiciando el estudio de los estilos de vida de los niños y adolescentes, así como el desarrollo de campañas de educación para la salud para prevenir la extensión de los malos hábitos de salud (WHO, 1986).

No obstante, a pesar del interés creciente por este campo, tenemos que recordar que el concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo. Sus orígenes se remontan a finales del siglo XIX y las primeras aportaciones al estudio de este concepto fueron realizadas por filósofos como Karl Marx y Max Weber.

Estos hombres ofrecieron una visión sociológica del estilo de vida, enfatizando los determinantes sociales de su adopción y mantenimiento. Así, Marx entiende que el estilo de vida es un producto de las condiciones socioeconómicas a las que se hallan sometidos los individuos. Weber ofrece una ampliación del concepto, admitiendo que el estilo de vida está determinado en parte por los aspectos socioeconómicos, pero a su vez el estilo de vida que adopten los individuos influye e incluso determina la estratificación social (Abel, 1991). Según Weber el estilo de vida está constituido por dos elementos: la conducta vital y las oportunidades vitales. La conducta vital es definida como las elecciones que realizan los individuos en su estilo de vida y las oportunidades vitales constituyen la probabilidad de realizar tales elecciones en base a su posición socioeconómica. De esta forma, en contraste con Marx, Weber aunque enfatiza la importancia de los condicionantes sociológicos ofrece cierto margen de libertad al individuo en su comportamiento (Abel, 1991; Abel y Cockerham, 1993; Cockerham, Abel y Lüschen, 1993).

A principios del siglo XX, se produce un desplazamiento desde los factores socioeconómicos a los factores individuales en el estudio de los estilos de vida. Aparece en estos momentos una orientación personalista representada por Alfred Adler con su Psicología Individual. Adler define el estilo de vida como un patrón único de conductas y hábitos con los cuales el individuo lucha por conseguir la superioridad (Adler, 1973). A la base de su teoría late un ideal antideterminista del ser humano, desde el que se defiende que el hombre elige libremente la línea directriz de su vida.

En los años 50, surge el interés por los estilos de vida desde el ámbito de la salud pública, debido en gran parte a que en estos momentos las enfermedades crónicas empiezan a constituirse como el problema central del sistema sanitario (Rimpelä, 1987). Las primeras investigaciones realizadas desde el campo de la salud adoptan una perspectiva médico-epidemiológica. Desde esta perspectiva se conceptualiza el estilo de vida desde un punto de vista biomédico sin establecer ninguna relación con el contexto social o psicológico. La comunidad médica defendía que las personas practican estilos de vida insanos por su propia voluntad. Esta fue

una concepción criticada en varias ocasiones por culpar a la víctima de sus hábitos o estilo de vida insanos (Badura, 1982).

Como reacción al reduccionismo biomédico, a partir de la 31 sesión del comité regional de la OMS para Europa, los programas de promoción de los estilos de vida saludables adoptan una forma más social que médica (WHO, 1986). Paralelamente, en los últimos años, han emergido múltiples modelos que tratan de explicar los estilos de vida a partir de los factores psicosociales. Algunos de estos modelos pueden encuadrarse dentro del marco de los modelos que tratan de explicar el comportamiento saludable o también denominados modelos de salud, como por ejemplo el Modelo de Creencias sobre la Salud (Pezza, 1993) y el Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1987). Otros modelos, sin embargo, son tomados de la psicología social y aplicados al estudio de los estilos de vida y su relación con la salud. Entre estos últimos destacan la Teoría de la Acción Razonada (Pender y Pender, 1986), la Teoría del Aprendizaje Social (Nutbean, Aaro y Catford, 1989; Wold, 1989) y el Interaccionismo Simbólico (Pezza, 1989-90).

El Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS), basándose en teorías tales como la Teoría de Campo de Lewin, en la Teoría del Valor Esperado y en las Teorías de la Toma de Decisiones, introduce diversas variables psicosociales como determinantes de las conductas de salud preventivas. Este modelo considera que las motivaciones y percepciones subjetivas que tenga el individuo acerca de la salud están influidas por factores demográficos, personales, estructurales y sociales que determinan las acciones saludables que emprende un individuo (Becker y Maiman, 1982). Esta orientación no constituye un modelo de estilo de vida, más bien se centra en explicar cada conducta de salud de forma aislada. De hecho, ha sido aplicado a una amplia variedad de las conductas de salud como la higiene dental, el ejercicio, la alimentación, los chequeos médicos, la educación sexual y el tratamiento del alcoholismo (Biddle y Mutrie, 1991).

Por el contrario, el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (MPS) sí que trata de explicar el estilo de vida en su globalidad. Pender considera el estilo de vida como un patrón de acciones y percepciones que sirven para mantener o ensalzar el nivel de bienestar del individuo (Pender, 1987). Pender introduce tres conjuntos de factores determinantes del estilo de vida: los factores cognitivo-perceptuales, los factores modificadores y los estímulos para la acción. Este modelo ha sido elaborado a partir del MCS. La diferencia entre ambos reside en que mientras que el MCS pretende introducir los determinantes de las conductas protectoras de la salud, definidas como aquellas que reducen la probabilidad de desarrollar una enfermedad específica, en el MPS se plantea como objetivo predecir las conductas promotoras de la salud a partir de un conjunto de determinantes, es decir, aquellas conductas que incrementan el nivel de bienestar del individuo (Frank-Stromborg, Pender, Walker y Sechrist, 1990).

Dada la importancia de este ámbito de estudio, en las últimas décadas se está produciendo un incremento substancial de investigaciones sobre este tema realizadas desde múltiples perspectivas teóricas. Esta diversidad de aportaciones teóricas al estudio de los estilos de vida saludables, va acompañada de una difícil delimitación del término, así como de una gama no siempre uniforme de variables que forman parte del mismo.

Para hacer frente a la diversidad conceptual la oficina regional de la OMS para Europa introduce una definición que constituye la base de los estudios de estilos de vida saludables. Describe el estilo de vida como una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales (WHO, 1986). Tal conceptualización resulta ser amplia y ambigua, además no es fácilmente operacionalizable. Sin embargo, a partir del análisis de las distintas definiciones ofrecidas por los autores, hemos observado que en ella se introducen los principales factores que influyen en los estilos de vida y, además, es considerada por varios autores que o bien comparten dichos presupuestos, o bien incluyen en sus definiciones algunos aspectos señalados en ésta (Brunh, 1988; Mendoza, 1990; Sinha, 1993; Wold, 1989).

A pesar de la carencia de una definición unitaria sobre el término ***estilos de vida saludables***, podemos encontrar ciertas coincidencias o características comunes en las definiciones existentes. De hecho, la mayoría de los autores definen los estilos de vida saludables como un conjunto de patrones conductuales beneficiosos para la salud (Abel, 1991; Blaxter, 1990; Brunh, 1988; Cockerham et al., 1993; Erben, Franzkowiak y Wenzel, 1992; Hyner, 1985; Mendoza, 1990; Milio, 1981; Rodríguez Marín, 1995; Sinha, 1993; Sajiwandani, 1991). Sin embargo, aunque varios autores defienden que estos patrones conductuales son el resultado de una elección individual (Abel, 1991; Blaxter, 1990; Brunh, 1988; Cockerham et al., 1993; Milio, 1981; Sajiwandani, 1991), aparece cierta controversia acerca del carácter voluntario o involuntario de la misma. Mientras que el modelo médico ha defendido el carácter exclusivamente voluntario de tal elección (Badura, 1982; Blaxter, 1990), los autores de orientación psicosocial entienden la elección como involuntaria en cierta medida, puesto que está influida por el medio social circundante (Abel, 1991; Blaxter, 1990; Brunh, 1988; Cockerham et al., 1993; Milio, 1981; Sajiwandani, 1991). Otro aspecto a destacar es que la mayoría de los autores reconocen y remarcan la influencia de las variables psicosociales en la adquisición y mantenimiento de los estilos de vida saludables (Abel, 1991; Blaxter, 1990; Brunh, 1988; Cockerham et al., 1993; Erben et al., 1992; Hyner, 1985; Mendoza, 1990; Milio, 1981; Rodríguez Marín, 1995; Sajiwandani, 1991).

En resumen, desde los modelos psicosociales podemos definir el estilo de vida saludable como un conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud. Por patrones conductuales entendemos formas recu-

rrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones (Rodríguez Marín, 1995). Estos hábitos se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de modificar (Sinha, 1993).

Así pues, el objetivo principal de este trabajo consiste en analizar las variables que forman parte del estilo de vida saludable en los trabajos sobre este tema. Nos interesa conocer cuáles son esas variables y qué características recoge cada variable. Asímismo, examinaremos los métodos de evaluación utilizados en los mismos para medir el estilo de vida saludable. Finalmente, recogeremos las principales características (objetivos, estadísticos utilizados y resultados) de los trabajos empíricos revisados.

METODOLOGÍA

El primer paso de esta revisión consistió en localizar todos aquellos artículos sobre estilos de vida saludables publicados durante el periodo comprendido entre 1987 y 1993. Los repertorios bibliográficos utilizados para la búsqueda de información fueron el Psychological Abstracts (PA), el Social Sciences Citation Index (SSCI) y la Red de Bibliotecas Universitarias (Rebiun), repertorio bibliográfico compuesto fundamentalmente por libros nacionales. En primer lugar, pedimos en el PA y en el SSCI todos aquellos artículos que en el título y/o en los descriptores incluyeran los siguientes términos: estilos de vida y salud. Obtuvimos un total de 195 artículos. Utilizamos los mismos términos en la revisión del Rebiun, del cual obtuvimos 13 libros. En segundo lugar, procedimos a la lectura de los abstracts y eliminamos todos aquellos que reunían alguna de las siguientes características: (1) no encajaban con la definición de estilo de vida saludable que anteriormente hemos esbozado (2) introducían únicamente una o dos conductas de salud (como tabaco o alcohol), puesto que entendemos el estilo de vida saludable como un ***conjunto*** de hábitos de conducta, (3) estaban realizados con personas que sufrían alguna patología física o psicológica (por ejemplo, depresión, enfermedades cardiovasculares o cáncer) y (4) utilizaban poblaciones de riesgo para su estudio (tales como retraso mental, grupos minoritarios, tipo A y niños con dificultades de aprendizaje). Nuestro objetivo era centrarnos en los trabajos realizados con población media, no con grupos de riesgo ni con enfermos. Aplicando estos cuatro criterios de exclusión nos quedamos con un total de 64 artículos y 3 libros.

Cuando recibimos los artículos y libros volvimos a analizar nuevamente si reunían los cuatro criterios señalados. Eliminando aquellos artículos y libros que no cumplían estas cuatro condiciones nos quedamos con un total de 25 artículos (19

empíricos y 6 teóricos), 3 libros empíricos y 2 capítulos de libro teóricos. En el Anexo I se encuentran las referencias de los trabajos empíricos (19 artículos y 3 libros) y en el Anexo II se ofrece una tabla con las principales características de los mismos.

Mientras que por una parte los trabajos teóricos se han utilizado fundamentalmente para elaborar la introducción y la conceptualización, por otra parte los trabajos empíricos se tomaron tanto para completar los dos aspectos señalados como para llevar a cabo la parte fundamental de este trabajo: realizar un análisis del contenido de los artículos, en el que nos centramos en los tres aspectos siguientes: (1) las variables que componen el estilo de vida saludable, en función de la edad de la muestra, (2) los métodos de evaluación empleados, (3) los objetivos, la metodología y los resultados obtenidos en los trabajos.

RESULTADOS DEL ANALISIS BIBLIOGRAFICO

Variables que Constituyen los Estilos de Vida Saludables.

Los autores han introducido diversas variables en sus trabajos a la hora de operacionalizar o estudiar empíricamente los estilos de vida. Del mismo modo que observamos una evolución en la forma de tratar a nivel teórico los estilos de vida en relación con la salud, se aprecian cambios a través del tiempo en las distintas variables que se analizan en los estudios. De hecho, los primeros estudios sobre los estilos de vida saludables surgieron desde el ámbito de la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Las muestras utilizadas en estos estudios estaban constituidas fundamentalmente por adultos con y sin problemas cardiovasculares. Las variables empleadas fueron los factores de riesgo clásicos de este tipo de enfermedades: consumo de tabaco y alcohol, ejercicio físico y hábitos alimenticios (Badura, 1982). Progresivamente, unido al interés creciente que manifestaba la OMS por la educación para la salud (WHO, 1986), ha aumentado el número de estudios realizados con muestras de niños y adolescentes, así como el número de variables estudiadas que forman parte de los estilos de vida. En los últimos años, este campo de estudio también se ha introducido en investigaciones sobre tercera edad, si bien el número de trabajos con esta población es inferior.

A partir de la revisión realizada encontramos que, las variables más estudiadas actualmente, es decir, introducidas con mayor frecuencia en los estudios, coinciden con los factores de riesgo clásicos de las enfermedades cardiovasculares; esto es, con los hábitos alimenticios, la actividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol (Véase tabla 1). Un porcentaje algo superior al 50% del total de las variables introducidas en los estudios corresponde a estas cuatro variables clásicas de estilos de vida.

A finales de los 80 y principios de los 90 ocurrieron importantes cambios sociales como por ejemplo, el incremento del consumo de drogas, la preocupación por las enfermedades de transmisión sexual y el elevado número de accidentes de tráfico, que han conllevado la introducción de nuevas variables de estilos de vida que afectan a la salud. Entre éstas figuran: consumo de drogas y medicamentos, higiene dental, hábitos de descanso, accidentes y conductas de prevención, actividades de tiempo libre, conducta sexual y enfermedades de transmisión sexual, chequeos médicos, apariencia y hábitos de aseo personal. El 36.69% del total de las variables incluidas en los estudios se reparte entre estas 8 variables (Véase tabla 1). Existen además otras variables analizadas con poca asiduidad en los estudios sobre estilos de vida como son: los hábitos de estudio, los hábitos religiosos, los autocuidados ante la enfermedad, etc. que debido a la baja frecuencia de aparición las hemos incluido en el apartado *"otras"*. Estas variables aparecen introducidas en menos de 3 estudios y en su conjunto constituyen un 7.19% de las variables analizadas.

Tabla 1.- Principales variables en los estudios sobre los estilos de vida saludables

Variables	Nº citas	%	Citas
Consumo de alcohol	21	15.11	1-10; 12-22
Consumo de tabaco	20	14.39	1-9; 12-22
Hábitos alimenticios	18	12.95	1-6; 8, 9, 11, 14-22
Actividad física	19	13.67	1, 2, 4-9, 11, 12, 14-22
Consumo de drogas y medicamentos	13	9.35	6, 9, 10, 12, 14-18, 20, 22
Hábitos de descanso	9	6.46	1, 4-6, 11, 14, 19, 21, 22
Accidentes y conductas de prevención	7	5.04	9, 10, 15, 16, 19, 20, 22
Higiene dental	6	4.32	7, 11, 14, 16, 17, 22
Chequeos médicos	7	5.04	1, 2, 7, 10, 15, 18, 19
Actividades de tiempo libre	3	2.16	13, 14, 22

Tabla 1.- (Continuación)

Variables	Nº citas	%	Citas
Sexualidad y enfermedades de transmisión sexual.	3	2.16	10, 13, 15
Apariencia y hábitos de aseo	3	2.16	1, 5, 11
Otras	10	7.19	6, 7, 13, 14, 15, 19, 22
TOTAL	139	100	

Variables Estudiadas en Función de la Edad de la Muestra

Al analizar la frecuencia de aparición de las variables de estilos de vida en las tres muestras en que hemos dividido nuestro estudio encontramos que las cuatro variables clásicas (consumo de alcohol, consumo de tabaco, hábitos alimenticios y actividad física) de estilos de vida, siguen siendo las de mayor frecuencia de aparición tanto en las muestras de niños y adolescentes como en las de adultos y tercera edad (Véase Tabla 2). De hecho, constituyen un 45.44%, un 61.85% y un 57.92% del total de las variables estudiadas para niños-adolescentes, adultos y tercera edad respectivamente.

Algo similar ocurre con las variables: consumo de medicamentos, hábitos de descanso y accidentes y/o conductas de prevención. Estas variables se introducen en los estudios con muestras de todas las edades. El consumo de medicamentos comprende el 9.09%, el 5.26% y el 10.52% de las variables citadas para niños-adolescentes, adultos y tercera edad respectivamente. Estudiar el consumo de medicamentos es relevante debido a su consumo creciente, ya que éstos se consumen en muchas ocasiones sin considerar las prescripciones médicas poniendo así en peligro la propia salud. Como indican los porcentajes de citas, parece ser que los investigadores están más preocupados por estudiar su consumo en las muestras de niños-adolescentes y tercera edad (Véase tabla 2).

Del mismo modo, el análisis de los hábitos de descanso tiene interés para los investigadores en todas las edades estudiadas. De hecho tanto dormir lo suficiente, como relajarse son importantes para la salud, independientemente de la edad de la muestra estudiada. También los accidentes y conductas de prevención de los mismos se estudian en todas las edades (Véase tabla 2).

Tabla 2.- Variables estudiadas en función de la edad de la muestra

	Muestras de niños y adolescentes.													
Autor nº	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
11			X	X			X				X		X	
13	X	X								X		X		X
14	X	X	X	X		X	X			X	X			X
16	X	X	X	X		X		X			X			
17	X	X	X	X		X					X			

22	X	X	X	X		X	X	X		X	X			X
Total	5	5	5	5	0	4	3	2	0	3	5	1	1	5
%	11.36	11.36	11.36	11.36	0	9.09	6.83	4.55	0	6.83	11.36	2.27	2.27	11.36
	Muestras de adultos.													
Autor nº	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	X	X	X	X			X		X				X	
2	X	X	X	X					X					
3	X	X	X											
4	X	X	X	X			X							
5	X	X	X	X			X						X	
7	X	X		X					X		X			X
8	X	X	X	X										
9	X	X	X	X	X	X		X						
10	X				X	X		X	X			X		
15	X	X	X	X	X			X	X			X		X
18	X	X	X	X		X			X					
20	X	X	X	X		X		X						
21	X	X	X	X			X							
Total	13	12	11	11	3	4	4	4	6	0	1	2	2	3
%	17.10	15.79	14.48	14.48	3.95	5.26	5.26	5.26	7.89	0	1.32	2.63	2.63	3.95
	Muestras de tercera edad.													
Autor nº	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
6	X	X	X	X		X	X							X
12	X	X		X		X								
19	X	X	X	X			X	X	X					X
Total	3	3	2	3	0	2	2	1	1	0	0	0	0	2
%	15.80	15.80	10.52	15.80	0	10.52	10.52	5.26	5.26	0	0	0	0	10.52

(A) Consumo de alcohol; (B) Consumo de tabaco; (C) Habitos alimenticios; (D) Actividad física; (E) Drogas; (F) Medicamentos; (G) Hábitos de descanso; (H) Accidentes y conductas de prevención; (I) Chequeos médicos; (J) Actividades de tiempo libre; (K) Higiene dental; (L) Conducta sexual y enfermedades de transmisión; (M) Apariencia y hábitos de aseo; (N) Otras

Por otra parte, existen otras variables de estilos de vida que presentan un interés diferencial en los diferentes grupos de edad estudiados. Consideramos que en estos casos los investigadores introducen o no el estudio de estas variables en una u otra edad en función de si esta variable constituye o no un factor de riesgo para la salud en esta etapa del ciclo vital.

En muchos de los estudios sobre niños y adolescentes aparece la variable higiene dental, representando un 11.36% de las variables estudiadas. Sin embargo, en el grupo de adultos está muy poco representada (1.32%) y en el grupo de la tercera edad no figura en ningún estudio. El interés de la higiene dental en el periodo de la infancia nos recuerda que éste es un periodo determinante para la salud dental futura del individuo.

También el estudio del tiempo libre es una variable típica de los trabajos sobre niños y adolescentes (6.83% de las variables introducidas). De hecho, no es analizada ni en las muestras de adultos ni en las de tercera edad. Aunque sí que se estudia de forma implícita en los trabajos de tercera edad. Puesto que algunas actividades de tiempo libre unidas a otro tipo de actividades cotidianas configuran una variable que valora el estilo de vida activo de las personas mayores (Hultsch, Hammer, y Small, 1993; Schwirian, 1991/92).

Otra de las variables que aparece vinculada a los jóvenes es el consumo de drogas no legalizadas. Esta variable constituye el 3.95% de las variables citadas en la muestra de adultos. Si bien, ha sido introducida únicamente en las muestras de edades comprendidas entre los 18 y 25 años. Cabe resaltar que esta variable es considerada con baja frecuencia en los estudios sobre estilos de vida saludables. El motivo de esta baja frecuencia de aparición se debe a que tradicionalmente el consumo de drogas se ha estudiado de forma independiente de otras conductas de salud y a principios de los noventa empieza a ser introducida en los estudios de estilos de vida.

Ante la preocupación actual por las enfermedades de transmisión sexual, que constituyen un factor de riesgo sobretodo para los jóvenes, la conducta sexual empieza a considerarse en los estudios como una variable de estilo de vida. En los trabajos revisados es analizada en muestras de adolescentes y jóvenes adultos constituyendo un 2.27% y un 2.63% respectivamente del total de cada muestra.

Los chequeos médicos, como medida preventiva para la salud, son cada día más importantes en los grupos de adultos y tercera edad (7.89% y 5.26% respectivamente). En los estudios de niños y adolescentes, solo se consideran las revisiones dentales. Por último, cabe considerar que la apariencia y los hábitos de aseo, aunque con poca frecuencia, se han estudiado con niños y adultos pero no en tercera edad.

En lo que se refiere a ***otras variables*** estudiadas, los estudios que utilizan muestras de niños-adolescentes y de tercera edad introducen un mayor número de variables que los de adultos (Véase tabla 3). Asimismo, en la muestra de niños-adolescentes el porcentaje de variables estudiadas se distribuye más equitativamente entre las diversas variables. Una prueba de ello lo constituye el hecho de que el porcentaje sobre las cuatro variables clásicas es menor en niños-adolescentes (45.4%) que en adultos (61.85%) y en tercera edad (57.92%). De todo ello podemos deducir que los investigadores que analizan el estilo de vida de los niños y adolescentes utilizan en sus trabajos una mayor variedad de variables, prestando, a su vez, menor atención a las variables clásicas.

Tabla 3.- Otras variables introducidas en los estudios

	Frec	Citas		Frec	Citas
Niños/adolescentes			**Adultos**		

Hábitos religiosos	1	13	Protección de la salud	1	7
Búsqueda de sensaciones	1	13	Autocuidado ante la enfermedad	2	7, 15
Vida escolar	1	22	**Tercera edad**		
Relaciones sociales	1	22	Estilo de vida activo	1	12
Actividades cotidianas	1	14	Compostura activa	1	19

Frec: Frecuencia

Características estudiadas en cada una de las variables de estilos de vida

Uno de los aspectos que vamos a analizar a continuación son las características de cada una de las variables de estilos de vida que han sido consideradas por los investigadores, matizando a su vez las similitudes y diferencias por grupos de edad.

Consumo de alcohol.

El consumo de alcohol es una de las variables que recibe un tratamiento diferencial en función de la edad. Como podemos observar en la tabla 4, los aspectos analizados en las muestras de niños y adolescentes son diferentes de los analizados con las muestras de adultos y tercera edad.

Tabla 4.- Consumo de alcohol

	Nº citas	%	Citas
Niños y adolescentes			
Consumo actual o frecuencia en función del tipo de alcohol	5	17.86	13, 14, 16, 17, 22
Experimentación	2	7.14	14, 22
Frecuencia de embriaguez y edad de inicio	2	7.14	14, 22

Tabla 4.- Consumo de alcohol (Continuación)

	Nº citas	%	Citas
Adultos y 3ª edad			
Frecuencia y/o cantidad	12	42.86	1-5, 7, 8, 10, 12, 15, 18, 20
Estatus de consumo	6	21.44	4, 6, 8, 9, 19, 21
Tipo de alcohol	1	3.56	9
TOTAL	28	100	

Consumo de tabaco.

En lo que al consumo de tabaco se refiere, una gran parte de las investigaciones recogen información sobre 1) el consumo actual de tabaco o estatus de fumador; y 2) la frecuencia y/o la cantidad de tabaco consumido (Véase tabla 5). Estos aspectos constituyen el 59.37% y el 25% respectivamente de las características evaluadas en esta variable. Estos tres aspectos son además considerados en estudios con todos los grupos de edad. Sin embargo, el tipo de tabaco consumido y la autoeficacia percibida para dejar de fumar son tratados únicamente en estudios con adultos. Mientras que la experimentación (o haber probado el tabaco) es un aspecto examinado exclusivamente en estudios con niños y adolescentes.

Tabla 5.- Consumo de tabaco

Variables	Nº citas	%	Citas
Consumo actual o estatus de fumador	19	59.37	1-9, 12-19, 21, 22
Frecuencia y/o cantidad	8	25.00	4, 7, 12, 14, 16, 17, 20, 22
Tipo de tabaco	3	9.37	4, 7, 19
Experimentación	1	3.13	22
Autoeficacia percibida dejar de fumar	1	3.13	9
TOTAL	32	100	

Hábitos alimenticios.

En los trabajos que tratan sobre los hábitos alimenticios se consideran fundamentalmente tres características: la calidad de la alimentación, la estructura o regularidad de las comidas y el control de peso (Véase tabla 6). La calidad de la alimentación abarca el consumo o no de determinados alimentos y la frecuencia con la que se consumen. La estructura de las comidas recoge la frecuencia de comidas regulares o frecuencia semanal con la que los sujetos realizan las cinco comidas fundamentales. El control del peso es otro de los aspectos de más interés para los investigadores, pero que únicamente se introduce en los estudios de adultos.

Tabla 6.- Hábitos alimenticios

Variables	Nº citas	%	Citas
Calidad de la alimentación	16	51.61	1-6, 9, 11, 14-20, 22
Estructura de las comidas	6	19.35	4, 11, 18, 19, 21, 22
Control de peso	6	19.35	1, 8, 9, 15, 20, 21
Cantidad	1	3.23	11
Grado de disfrute comiendo	1	3.23	18
Comer con prisas	1	3.23	18
TOTAL	31	100	

Actividad Física.

En el estudio de la actividad física se incluye tanto la actividad física como el ejercicio físico y el deporte. Esta variable es evaluada en los diversos trabajos considerando una o varias de las siguientes características: la frecuencia, la intensidad y/o la duración (Véase tabla 7). Estas comprenden conjuntamente el 61.69% de las características evaluadas en esta variable. Además estas características son introducidas en estudios de todas las edades. Otros aspectos relacionados que sólo aparecen en los estudios con muestras de niños y adolescentes son la opinión sobre las clases de educación física en el colegio, la autovaloración deportiva, los planes de futuro en este terreno, los motivos por los que el individuo hace deporte, la pertenencia a algún equipo de deportes de la escuela, la realización de ejercicio sólo o en compañía, la participación en competiciones deportivas y la práctica deportiva de los padres y otras personas allegadas.

Tabla 7.- Aspectos estudiados en la variable actividad física

Variables	Nº citas	%	Citas
Frecuencia	14	29.79	5-9, 11, 12, 14, 15, 18-22
Intensidad	9	19.14	1, 2, 4, 9, 15-17, 20, 22
Duración	6	12.76	4, 9, 14, 16, 17, 22
Pertenencia a algún club deportivo	3	6.37	1, 14, 22

Tabla 7.- Aspectos estudiados en la variable actividad física (Continuación)

Variables	Nº citas	%	Citas
Opinión sobre las clases de educación física	2	4.26	14, 22
Autovaloración deportiva	2	4.26	14, 22
Planes de práctica en el futuro	2	4.26	14, 22
Motivos de práctica	2	4.26	14, 22
Pertenencia al equipo de deportes de la esc.	2	4.26	14, 22
Practica solo o en compañía	2	4.26	14, 22
Participación en competiciones	2	4.26	14, 22
Práctica de los padres y personas allegadas	1	2.12	22
TOTAL	47	100	

Algunos estudios evalúan la participación en diferentes tipos de actividades y deportes con las que los individuos se comprometen (Véase tablas 8 y 9). Se ob-

servan diferencias en los deportes o actividades recogidos en función de la edad de la muestra.

Tabla 8.- Diferentes deportes recogidos en los estudios

Niños y adolescentes	Nº citas	Citas	Adultos	Nº citas	Citas
Atletismo	2	14, 22	Baloncesto	1	9
Baloncesto	2	14, 22	Béisbol	2	5, 9
Balonmano	2	14, 22	Caza / Pesca	2	5, 9
Deportes de invierno	1	22	Deportes de invierno	1	5
Entrenamiento con pesas	1	22	Deportes de raqueta	2	5, 20
Fútbol o futbito	1	14	Fútbol	1	5
Gimnasia	2	14, 22	Gimnasia	1	5
Montañismo	1	14	Golf	1	9
Ping-pong	1	22	Levantamiento de pesas	1	5
Tenis	2	14, 22	Natación	1	20
Voleibol	1	22	Surf o navegación	1	5
			Voleibol	1	5

Tabla 9.- Diferentes actividades físicas recogidas en los estudios

Niños y adolescentes	Nº citas	Citas	Adultos	Nº citas	Citas
Bailar	1	14	Agricultura	1	9
Caminar/pasear	1	14	Bailar	1	8
Correr	1	14	Bricolage	1	4
Jogging	1	22	Calistenia	1	8
Jugar a pillar	1	14	Caminar/pasear	6	1, 4, 8,9, 18, 20
Jugar al escondite	1	14	Correr	1	8
Montar en bici	2	14, 22	Ganadería	1	9
Nadar	1	22	Jardinería	3	4, 8, 9
Patines/monopatines	1	22	Jogging	3	8, 9, 20
3ª Edad			Mantenimiento	1	9
Caminar/pasear	2	12, 19	Nadar	3	8, 9, 20
Jogging	2	6, 12	Pasear en bici	2	8, 9
Subir escaleras	1	19	Subir escaleras	2	1, 20

Consumo de drogas y medicamentos.

Mientras que el consumo de drogas es una variable que se incluye exclusivamente en estudios con jóvenes adultos, el consumo de medicamentos es examinado en las investigaciones de todos los grupos de edad.

De la variable consumo de drogas, en los estudios revisados únicamente se valora el consumo actual de drogas no institucionalizadas (Gottlieb, Weinstein, Baun, y Bernaki, 1992; Heck y Pinch, 1990; Nattiv y Puffer, 1991).

Con respecto al consumo de medicamentos se considera si estos se consumen con y/o sin prescripción médica y los motivos por los cuales se consumen (Curb, Reed, Miller y Yano, 1990; Gottlieb et al., 1992; Heck y Pinch, 1990; Hultsch et al., 1993; Mendoza, Blanco, Martín de la Concha, Morales, Ruiz, Sagrera y Batista, 1988; Ott, 1990). Otro aspecto relacionado con el consumo de medicamentos que también se incluye en los estudios es el consumo de vitaminas y pastillas de hierro (Mendoza et al., 1988; Nutbean, Aaro y Wold, 1991; Nutbean et al., 1989; Slater y Flora, 1991; Wold, 1989).

Hábitos de descanso.

Bajo el rótulo de hábitos de descanso se incluyen no sólo los patrones de sueño de los individuos sino también las actividades realizadas para descansar y relajarse. Mientras que los patrones de sueño son examinados en los estudios con todos los grupos de edad, las actividades de descanso lo son con adultos y tercera edad. Para analizar los patrones de sueño en los niños y adolescentes las investigaciones recogen la siguiente información: hora de acostarse, hora de levantarse, cansancio matinal o durante todo el día, problemas con el sueño (Hester, 1987; Mendoza et al., 1988; Wold, 1989); y con adultos y personas mayores se pregunta sobre la media de horas por noche y la percepción de dormir o no lo suficiente. Otro tipo de actividades de descanso evaluadas con adultos y personas mayores son: utilizar el fin de semana para descansar y distraerse y tomar un descanso a medio día o a otra hora que no sea por la noche (Abel, 1991; Blaxter, 1990; Cockerham, Kunz y Lüeschen, 1988; Curb et al., 1990; Schwirian, 1991/92; Vingerhoets, Croon y Menges, 1990).

Accidentes y conductas de prevención.

La variable accidentes y conductas de prevención de los mismos es examinada en todas las muestras de edad. Si bien, se observan algunas diferencias en función de la muestra. Tanto en los estudios con niños y adolescentes como en los de tercera edad la única variable que se introduce es el uso del cinturon de seguridad. Los estudios con jóvenes adultos analizan variables como: 1) conducir bajo el efecto del alcohol (Heck y Pinch, 1990; Nattiv y Puffer, 1991), 2) exposición a situaciones violentas, como por ejemplo, implicarse en peleas violentas, llevar consigo una pistola o cuchillo para protegerse, etc (Gottlieb et al., 1992) y 3) uso del cinturón de seguridad (Gottlieb et al., 1992; Heck y Pinch, 1990; Slater y Flora, 1991).

Higiene dental.

La higiene dental es una variable examinada con mayor asiduidad con niños y adolescentes. Con población adulta únicamente se han examinado las visitas regulares al dentista (Dean, 1989). Las investigaciones desarrolladas con niños y adolescentes consideran las siguientes características: 1) frecuencia de cepillado; 2) frecuencia de uso de hilo o seda dental, pasta dental con flúor, palillos dentales, enjuague bucal y pastillas con flúor; 3) visitas al dentista (Hester, 1987; Mendoza et al., 1988; Nutbean et al., 1989; Nutbean et al., 1991; Wold, 1989).

Chequeos médicos.

Al contrario de lo que ocurre con otras variables, los chequeos médicos preventivos son introducidos únicamente en estudios con población adulta. En este apartado se consideran tanto los chequeos médicos generales como los chequeos específicos ambos de carácter periódico. Los chequeos médicos específicos incluidos en la investigación son: chequeos preventivos contra el cáncer como por ejemplo, el autoexamen de las mamas, el papanicolau anual y el autoexamen testicular; y las mediciones de la presión sanguínea (Abel, 1991; Abel, Cockerham, Lüeschen & Kunz, 1989; Dean, 1989; Heck y Pinch, 1990; Nattiv y Puffer, 1991; Ott, 1990; Schwirian, 1991/92). En este apartado también podríamos añadir las visitas anuales al dentista, que hemos recogido en la variable higiene dental. Estas constituyen los únicos chequeos que se evalúan en muestras de niños y adolescentes.

Actividades de tiempo libre.

Como hemos señalado anteriormente las actividades de tiempo libre, como una variable más de estilos de vida, se examinan únicamente en los estudios que utilizan muestras de niños y adolescentes (Kraft, 1991; Mendoza et al., 1988; Wold, 1989). Las actividades consideradas en los estudios son: las horas semanales de televisión y de vídeo, hacer ejercicio o deporte, ir a la discoteca y tardes a la semana con los amigos. Algunos autores preguntan a los sujetos si sabrían qué hacer si tuvieran la tarde libre.

Conducta sexual y enfermedades de transmisión sexual.

También la conducta sexual y la conducta de prevención de las enfermedades de transmisión sexual son analizadas únicamente en estudios con adolescentes y jóvenes. En el apartado de conducta sexual se estudian cuales son las fuentes de información sexual de los sujetos (padres, escuela, amigos, medios de comunicación, etc), si tienen pareja estable, si han mantenido relaciones sexuales completas con alguien, la edad de la primera experiencia sexual, la utilización de métodos anticonceptivos, actitudes hacia el uso de preservativos, número de compañeros sexuales y conocimientos sobre sexualidad (Heck y Pinch, 1990; Kraft, 1991; Nattiv y Puffer, 1991) .

Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual se valora la frecuencia de enfermedades de este tipo padecidas, la conciencia de las campañas contra el

SIDA y la utilización del preservativo para prevenir las enfermedades venéreas (Heck y Pinch, 1990; Kraft, 1991; Nattiv y Puffer, 1991).

Apariencia y hábitos de aseo.

La apariencia y hábitos de aseo personal ha sido analizada en pocos estudios de estilos de vida. Forman parte de la primera: tener una buena apariencia, parecer atractivo al sexo opuesto, adoptar posturas saludables y tener una piel saludable. Entre los hábitos de aseo personal se incluye la frecuencia de baños y de cepillarse el pelo, arreglarse para gustarse a sí mismo, además de la frecuencia de llevar ropa limpia (Abel, 1991; Cockerham et al., 1988; Hester, 1987).

Métodos de Evaluación de los Estilos de Vida Saludables

Se han utilizado dos métodos de evaluación de los estilos de vida saludables en los trabajos revisados: la entrevista estructurada y el cuestionario (Véase Tabla 10). La entrevista estructurada ha sido empleada en 8 de los 22 trabajos empíricos revisados (36.36%). El grado de estructuración de las entrevistas de estilos de vida saludables utilizadas en la investigación es muy alto. Esto mejora el nivel de validez y fiabilidad que habitualmente posee este método. Las entrevistas han sido aplicadas de dos modos; o bien cara a cara, o bien por teléfono. Algunos de los trabajos combinan ambas estrategias.

El cuestionario es el procedimiento de evaluación más empleado. El 63.64% de los trabajos revisados utilizan este método. La mitad de estos trabajos emplean instrumentos concretos diseñados para esa investigación, mientras que en la otra mitad se utilizan instrumentos estandarizados y validados. Son cuatro los instrumentos estandarizados empleados: Cuestionario de conductas de salud para escolares (HBSC) (Aaro, Wold y Kannas, 1986), Escala de autoconcepto de salud para niños (CHSCS) (Hester, 1984), Evaluación del riesgo para la salud (CCHRA) (Amler, Moriarty y Hutchins, 1989) e Inventario de estilos de vida para personas mayores (SLI) (Schwirian, 1991). El modo de administración de estos instrumentos ha sido mayoritariamente a través de investigadores entrenados para ello. Sin embargo, en tres de los trabajos los instrumentos se envían por correo.

Tabla 10.- Métodos de evaluación de los estilos de vida saludables

	Nºcitas	%	Citas
Métodos de evaluación			
Entrevista estructurada	8	36.36	1-6, 8, 19
Cuestionario	14	63.64	7, 9-17, 19-22
TOTAL	22	100	
Modo de administración			
Entrevista telefónica	4	50.00	1, 2, 5, 8

	Nºcitas	%	Citas
Entrevista cara a cara	3	37.50	4, 6, 18
Ambos tipos de entrevista	1	12.50	3
SUBTOTAL (entrevistas)	8	100	
Cuestionario vía correo	3	21.43	10, 13, 21
Cuestionario con investigador entrenado	11	78.57	7, 9, 11, 12, 14-17, 19, 20, 22
SUBTOTAL (cuestionarios)	14	100	
Tipo de cuestionario			
1. Cuestionarios Estandarizados	7	50.00	
HBSC	4	28.58	14, 16, 17, 22
CHSCS	1	7.14	11
CCHRA	1	7.14	9
SLI	1	7.14	19
2. Cuestionarios No estandarizados	7	50.00	7, 10, 12, 13, 15, 20, 21
SUBTOTAL (cuestionarios)	14	100	

Principales Características de los Trabajos Empíricos

En los trabajos revisados, hemos observado las diferencias existentes en el estudio de los estilos de vida saludables en función de la edad de la muestra. Se han encontrado algunas diferencias tanto en lo que se refiere a las variables que se estudian en su conjunto como a la manera en que se analizan las distintas variables. Dado que los autores han mostrado intereses diferentes en base a los grupos de edad con los que trabajan, cabe preguntarse si del mismo modo se plantean objetivos distintos o se buscan relaciones entre variables distintas. En este apartado trataremos de recoger los objetivos, la metodología y los resultados de los trabajos haciendo referencia a las variables con las que se relacionan los estilos de vida.

Principales Características de los Estudios sobre Niños y Adolescentes

Los objetivos de los estudios revisados sobre niños y adolescentes son fundamentalmente descriptivos. La mayoría de los trabajos se plantean como principal objetivo describir el patrón de estilo de vida de los niños y los adolescentes. Asimismo, la metodología que emplean estos trabajos y los resultados a los que llegan son descriptivos (Hester, 1987; Mendoza et al., 1988; Nutbean et al., 1989; Nutbean et al., 1991; Wold, 1989).

Una pequeña parte de los trabajos revisados sobre niños y adolescentes se centran en el análisis de las variables de estilos de vida. Los objetivos que se plantean son analizar la relación de las variables entre sí (Kraft, 1991) y ver cómo se agrupan en factores (Nutbean et al., 1989; Nutbean et al., 1991; Wold, 1989). Para ello se han utilizado diversas metodologías, predominando el análisis de regresión y el análisis factorial.

Con respecto a los factores o dimensiones en que se agrupan las variables de estilos de vida en la muestra de niños y adolescentes, los resultados de los trabajos muestran dos dimensiones: conductas de riesgo para la salud y conductas que realzan la salud (Nutbean et al., 1989; Nutbean et al., 1991; Wold, 1989).

Por contra, otros estudios han tenido por objetivo examinar las relaciones de las variables de estilos de vida con otras variables, utilizando para ello correlación y análisis de regresión. A este respecto, los estilos de vida aparecen asociados fundamentalmente con las variables psicosociales. Las variables psicosociales que se introducen son las actitudes hacia la escuela y la educación, y las relaciones con los pares y los padres (Kraft, 1991; Nutbean et al., 1989). Ambas variables aparecen asociadas a las conductas de salud (Nutbean et al., 1989), siendo además predictores significativos de la edad de la primera experiencia sexual (Kraft, 1991). Las únicas variables sociodemográficas que se han relacionado con los estilos de vida son el área de residencia (Kraft, 1991) y la ocupación de los padres (Nutbean et al., 1989). El área de residencia predice significativamente la edad de la primera experiencia (Kraft, 1991) y la ocupación de los padres aparece débilmente asociada con el estilo de vida (Nutbean et al., 1989).

Además de estas variables, en los trabajos revisados se recogen otras variables sociodemográficas, psicosociales, fisiológicas y psicológicas, pero no se ha estudiado su relación con los estilos de vida. Solo se han realizado estudios a nivel descriptivo con las mismas (Kraft, 1991; Mendoza et al., 1988; Nutbean et al., 1989; Wold, 1989).

Principales Características de los Estudios sobre Adultos

Mientras que los objetivos de los trabajos sobre niños y adolescentes son predominantemente descriptivos, los objetivos que persiguen los investigadores en los trabajos de adultos destacan por su variedad.

En la misma línea que en los trabajos con niños y adolescentes, con los adultos también se ha intentado estudiar las variables de estilos de vida de tres formas: analizando las relaciones entre variables, extrayendo los factores que surgen a partir de las variables de estilos de vida y clasificando los sujetos en base a su semejanza de estilo de vida. El tipo de metodologías empleadas han sido correlaciones y análisis de regresión para analizar las relaciones entre variables, y el análisis factorial y el análisis de clúster para extraer los factores y realizar la clasificación de los sujetos.

Con respecto a las relaciones entre variables, no existe una evidencia concluyente. Mientras que algunos autores ofrecen apoyo empírico de la existencia de relaciones entre las variables de estilos de vida (Abel et al., 1992; Dean, 1989), otros autores muestran que éstas se hallan débilmente relacionadas entre sí (Vingerhoets, et al., 1990).

Existe un único trabajo en el que se analizan los factores de estilos de vida, cuyos resultados informan de la existencia de cuatro factores que se replican en dos paises diferentes: USA y Alemania (Abel, 1991).

Son más numerosos los estudios que tratan de clasificar a los sujetos en grupos basándose en las características semejantes de estilo de vida. Los trabajos ofrecen resultados diversos tanto sobre el número de grupos que se forman como en las características de los mismos (Abel, 1991; Slater, & Flora, 1991). Estas diferencias en los trabajos pueden atribuirse a dos factores: las características diferentes de las muestras analizadas y la utilización de distintas variables.

Otros trabajos se plantean como meta comparar las conductas de salud de distintas poblaciones o grupos, utilizando para ello la prueba chi-cuadrado (Heck y Pinch, 1990; Nattiv y Puffer, 1991). Nattiv y Puffer (1991) comparan un grupo de estudiantes atletas colegiados con un grupo de estudiantes no atletas y encuentra que los atletas muestran un estilo de vida menos saludable. Por su parte, Heck y Pinch (1990) comparan estudiantes de primer y de último año de carrera. En su estudio muestran que los estudiantes de último curso poseen un estilo de vida más saludable.

Si bien, la mayoría de los trabajos sobre adultos tratan de relacionar las variables de estilos de vida con otras variables. En este ámbito podemos distinguir dos tipos de estudios: aquellos que buscan la predicción del estilo de vida y aquellos que buscan la influencia del estilo de vida en el estatus de salud percibida y/o en la salud física. La técnica estadística predominante para ambos objetivos es el análisis de regresión. Cabe resaltar que la búsqueda de predictores de estilo de vida constituye el objetivo más perseguido en los trabajos de adultos.

En lo que respecta a los predictores de los estilos de vida, las variables sociodemográficas aparecen como los predictores más estudiados y con más evidencia empírica a su favor en los trabajos de adultos (Abel et al., 1989; Cockerham et al., 1988; Dean, 1989; Gottlieb y Green, 1987; Ott, 1990).

Otras variables que también se han utilizado para predecir los estilos de vida son las variables psicosociales. Se han utilizado diversas variables en los estudios. Poseen una influencia significativa sobre el estilo de vida el conocimiento sobre la salud (Dean, 1989), los patrones conductuales de los amigos y la experiencia interpersonal (Gottlieb et al., 1992). No se han encontrado datos concluyentes sobre la influencia de las actitudes hacia la salud, los eventos estresantes y el apoyo social (Dean, 1989).

También se ha estudiado la influencia de variables psicológicas como la personalidad y las variables fisiológicas como el estatus de riesgo (nivel de colesterol, nivel de azúcar, etc.) sobre los estilos de vida. Aspectos de la personalidad que aparecen como buenos predictores del estilo de vida son el neuroticismo, la hostilidad y la autoestima (Vingerhoets et al., 1990). También el estatus de riesgo influye significativamente sobre el estilo de vida (Gottlieb et al., 1992).

Por otra parte, se ha analizado el efecto del estilo de vida tanto sobre la salud autoinformada como sobre la salud física. Los estudios sobre el tema indican que el estilo de vida saludable predice significativamente ambas variables (Abel et al., 1989; Blaxter, 1990, Ott, 1990).

Principales Características de los Estudios sobre Personas Mayores

Dado el bajo número de estudios existentes que tratan sobre las variables de estilos de vida saludables en personas mayores, podemos extraer pocas conclusiones acerca de los resultados. En nuestra revisión, recogemos únicamente tres trabajos sobre el tema que además se plantean objetivos dispares.

En uno de los trabajos revisados se realiza una descripción del estilo de vida y el estatus de salud de una muestra de varones japoneses (Curb et al., 1990). Como conclusión a la que llegan estos autores, cabe destacar que, en algunos aspectos (consumo de alcohol y medicamentos), el estilo de vida de esta muestra es más saludable que el de los varones norteamericanos. La metodología empleada en este trabajo es meramente descriptiva.

Con respecto a las relaciones con otras variables y a diferencia de los estudios de adultos, los autores se han planteado predecir el rendimiento cognitivo a partir de las variables de estilos de vida entre otras. La metodología empleada para ello es el análisis de regresión. Los resultados indican que el estilo de vida es un buen predictor del rendimiento cognitivo en personas mayores (Hultsch et al., 1993).

Un área de estudio que ha estado ausente en los trabajos sobre niños y adultos, es la validación de los instrumentos de medida. Esto puede ser debido a que existe una mayor tradición investigadora en estos grupos de edad con lo que los instrumentos utilizados han sido validados con anterioridad al periodo revisado. Por el contrario, en los estudios sobre tercera edad no existe esta tradición. Por ello, Schwirian (1991/92) se plantea introducir los antecedentes, el desarrollo y el contenido, así como la validez y la fiabilidad de un Inventario de estilo de vida para personas mayores (SLI). Esta autora concluye que el SLI posee unos niveles adecuados de validez y fiabilidad.

DISCUSIÓN

A lo largo de todo este trabajo, hemos intentado esbozar, a grandes rasgos, las características que poseen los trabajos sobre las variables de estilos de vida saludables realizados con población general. Hemos realizado un análisis de las variables que forman parte del estilo de vida saludable. También hemos recogido los métodos de evaluación del mismo empleados en los trabajos así como los objetivos y resultados de los artículos revisados sobre este tema. Ha sido una guía constante en

este proceso la comparación entre los trabajos que utilizan muestras de diferentes edades, es decir, niños-adolescentes, adultos y tercera edad. Esta comparación nos ha permitido contrastar los diferentes trabajos y obtener información que nos permite esbozar la panorámica actual de este tema de estudio.

Dada la amplitud del término, se han introducido múltiples variables como constituyentes de los estilos de vida saludables. De ahí la necesidad de clarificar cuáles son estas variables que se introducen en los trabajos y qué características poseen. En nuestra revisión hemos encontrado que existen variables, que por su importancia para la salud, han sido estudiadas con todos los grupos de edad: consumo de tabaco, consumo de alcohol, hábitos alimenticios, actividad física, consumo de medicamentos, hábitos de descanso y conductas de riesgo o accidentes. De todas estas variables, las cuatro primeras han sido las más estudiadas con diferencia en todas las edades. Ello puede ser debido a que el interés de los investigadores sobre el tema continua centrándose en las conductas protectoras frente a los grandes males de nuestro siglo: las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad neoplásica y los accidentes de tráfico.

Por el contrario, dado que los factores de riesgo para la salud son diferentes en función de la edad, existen otras variables que se han estudiado en determinadas edades. Estas son: la higiene dental y el tiempo libre que han sido estudiadas con niños y adolescentes; la conducta sexual, que es introducida en trabajos tanto de adolescentes como de jóvenes adultos; el consumo de drogas que se analiza unicamente con muestras de jóvenes adultos, y los chequeos médicos que se estudian en la adultez y en la tercera edad. Cabe matizar que aunque el tiempo libre como variable en sí misma no ha sido introducida en los estudios sobre personas mayores, esta variable ha sido estudiada más bien como estilo de vida activo o compostura activa del individuo (Schwirian, 1991/92; Hulstch et al., 1993). El estudio de esta variable es relevante en la tercera edad debido a las grandes tasas de sedentarismo y también de apatía y dejadez que sufren las personas que se encuentran en esta etapa del ciclo vital.

Además de las variables mencionadas, en los estudios aparecen otras variables de estilos de vida que han sido estudiadas con baja frecuencia. Estas variables, en conjunto, constituyen el 7.19% de las variables citadas en los estudios. Sin embargo, este porcentaje es superior en los estudios sobre niños y adolescentes. Además en estos estudios, se distribuye más equitativamente el porcentaje de variables estudiadas. Esto indica que los autores de los trabajos de niños y adolescentes se interesan por una mayor variedad de variables, es decir, estudian el estilo de vida con mayor amplitud.

También se observan diferencias en función de la edad de la muestra en la forma de operativizar las variables de estilo de vida. Esto aparece reflejado en el análisis de las variables que hemos presentado. Las diferencias observadas mues-

tran, como es lógico, intereses distintos por parte de los autores en función de las edades estudiadas

Existen dos métodos de evaluación del estilo de vida saludable utilizados en los trabajos empíricos, uno es la entrevista estructurada y, el otro, el cuestionario. El cuestionario es el procedimiento de evaluación más utilizado en la investigación sobre este campo.

Con respecto a la naturaleza de los trabajos revisados, existen también algunas diferencias en función de la edad de la muestra estudiada. Los trabajos realizados con niños y adolescentes son fundamentalmente descriptivos. Las variables predictoras de los estilos de vida que en estos trabajos se han introducido han sido variables psicosociales relacionadas con las escuela y la relación con los padres y los pares (Kraft, 1991; Nutbean et al., 1989). De hecho, estos ámbitos de estudio, la escuela, los amigos y los padres, son de especial relevancia para el desarrollo del estilo de vida de los niños.

En contraste, en los estudios sobre adultos predomina como principal objetivo la predicción del estilo de vida. Las variables que más se han estudiado han sido las variables sociodemográficas. Los resultados al respecto son consistentes en subrayar la importancia de estas variables en la predicción. El segundo lugar tanto en la cantidad de trabajo como en los resultados a favor, lo ocupan las variables psicosociales. En este sentido, cabe resaltar que las variables psicosociales estudiadas en adultos son diferentes a las estudiadas en niños y adolescentes. Se trata de variables como las actitudes hacia la salud, el conocimiento sobre la salud, los patrones conductuales de los amigos y la experiencia interpersonal (Dean, 1989; Gottlieb et al., 1992).

Existe una menor tradición investigadora en el estudio del estilo de vida de las personas mayores. Por ello, existen menos estudios y podemos extraer conclusiones menos relevantes a partir de ellos. A diferencia de los trabajos sobre niños y adultos, se carece de estudios que analicen la predicción del estilo de vida. Sin embargo, resaltan dos características: por un lado el interés de algún autor en el desarrollo de un instrumento de medida validado sobre estilos de vida para personas mayores (Schwirian, 1991/92) y por otro el interés por relacionar los estilos de vida con el rendimiento cognitivo (Hultsch et al., 1993). Si bien, como ya hemos dicho estas conclusiones deben tomarse con precaución.

Un aspecto a tener en cuenta en lo que se refiere tanto a las variables como a los objetivos y los resultados de los estudios sobre niños y adolescentes, es que la mayoría de los autores están integrados en un estudio europeo financiado y dirigido por la OMS (Mendoza et al., 1988; Nutbean et al., 1989; Nutbean et al., 1991; Wold, 1989). De ahí la gran coincidencia en las variables que se introducen, en la forma de operacionalizarlas, en los objetivos que se plantean los estudios e incluso los resultados a los que llegan.

En ocasiones, ha sido difícil clasificar los trabajos en función de la edad de la muestra debido a que algunos de los trabajos clasificados como de adultos poseen muestras que abarcan algunos años de la tercera edad o de la adolescencia tardía. Ello no invalida los resultados obtenidos debido a que para clasificar los trabajos se ha tenido en cuenta la media de edad, la mediana y el porcentaje de sujetos más representativo de cada muestra.

En resumen, cabe destacar que se observan diferencias importantes tanto en las variables analizadas en los estudios como en los objetivos y, en consecuencia, en los resultados, en función de las edades estudiadas por los autores. Podemos distinguir por tanto entre tres grupos o tradiciones de investigación diferentes que son: 1) los trabajos sobre niños-adolescentes, cuyo ámbito de estudio es nuevo, pero gracias a los esfuerzos de la OMS se está consolidando esta línea de investigación; 2) los trabajos sobre adultos que gozan ya de una larga tradición investigadora, existen muchas líneas de investigación pero pocos resultados concluyentes y 3) los trabajos sobre personas mayores, que constituyen el ámbito de estudio más nuevo y menos consolidado.

REFERENCIAS

Aaro L, Wold B y Kannas L. Health behavior in schoolchildren: A WHO Cross National Survey. *Health Promotion*, 1986, 1: 17-33.

Abel T. Measuring Health Lifestyles in a Comparative Analysis: Theoretical Issues and Empirical Findings. *Soc Sci Med*, 1991, 32(8): 899-908.

Abel T y Cockerham WC. Lifestyle or Lebensführung? Critical Remarks on the mistranslation of Weber's: Class, Status, Party. *The Sociological Quarterly*, 1993, 34(3): 551-556.

Adler A. *El sentido de la vida*. Barcelona: Luis Miracle, 1973.

Amler RW, Moriarty DG y Hutchins EB. *Healthier people. The Carter Center of Emory University Health Risk Appraisal Program*. Atlanta: The Carter Center of Emory University Health Risk Appraisal Program, 1989.

Badura B. Estilos de vida y salud: La perspectiva socio-ecológica. En: JI Ruiz Olabuenaga, (ed.), *Estilos de vida e investigación social* (pp. 219-235). Bilbao: Mensajero, 1982.

Balaguer I, Tomás I, Castillo I, Martínez V, Blasco P y Arango C. Health Lifestyles and physical activity. *The 8th. Conference of the European Health Psychology Society*. Alicante, 1994.

Balaguer I, Tomás I, Pastor Y y Castillo I. Influencia de la familia y de los otros significativos en los estilos de vida de los adolescentes. *2º Congreso Internacional Familia y Sociedad.* Sta. Cruz de Tenerife, 1994.

Becker MH y Maiman LA. Models of health-related behavior. En: D Mechanic, (ed.), *Handbook of health, health care and the health professions*. New York: Free Press, 1982.

Biddle S y Mutrie N. *Psychology of physical activity and exercise.* London: Springer-Verlag, 1991.

Blaxter M. *Health and Lifestyles*. London and New York: Tavistock/Routledge, 1990.

Bruhn JG. Life-Style and Health Behavior. En: DS Gochman, (ed.), *Health Behaviour-Emerging Research Perspectives* (pp. 71-86).New York and London: Plenum Press, 1988.

Cockerham WC, Abel T y Lüschen G. Max Weber, Formal Rationality and Health Lifestyles. *The Sociological Quarterly*, 1993, 34(3): 413-425.

Erben R, Franzkowiak P y Wenzel E. Assessment of the outcomes of health intervention. *Soc Sci Med*, 1992, 35(4): 359-365.

Frank-Stromborg M, Pender NJ, Walker SN y Sechrist KR. Determinants of health-Promoting Lifestyle in ambulatory cancer patients. *Soc Sci Med*, 1990, 31(10): 1159-1168.

Hester N. The Child's Health Self-Concept Scale: Its development and psychometric properties. *Adv Nurs Res*, 1984, 7: 45-54.

Hyner GC y Melby CL. Healthy lifestyling: A nontraditional approac to faciliting health-enhancing behaviors in University Undergraduates. *J Am Coll Health*, 1985, 33(6): 264-265.

Mendoza R. Concepto de estilos de vida saludables y factores determinantes. *Segunda Conferencia Europea de Educación para la Salud*. Varsovia, 1990.

Milio N. *Promoting Health through Public Policy*. Philadelphia: Davis, 1981.

Ozámiz JA. Estilos de vida y salud mental. En: JA Ozámiz, (ed.), *Psicosociología de la salud mental* (pp. 107-114). San Sebastian: Ttartalo, 1988.

Pastor Y y Balaguer I. Principales características de los estudios sobre estilos de vida saludables. *2º Congreso Internacional Familia y Sociedad*. Sta. Cruz de Tenerife, 1994.

Pender NJ. *Health promotion in Nursing practice*. NorWalk: Appleton-Century-Crofts, 1982.

Pender NJ. *Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1987.

Pender NJ y Pender AR. Attitudes, Subjective Norms, And Intentions to Engage In Health Behaviors. *Nurs Res*, 1986, 35(1): 15-18.

Pezza PE. Efforts to promote lifestyle change and better health: Whither Symbolic Interactionism?. *Quarterly of Community Health Education*, 1989/90, 10(4): 273-283.

Pezza PE. The Impact of Dominant Paradigms on Contemporary Health Education Theory, Research, and Practice. *Wellness Perspectives: Research, Theory and Practic*e, 1993, 9(3): 4-19.

Rimpelä M. Trends and prospects for lifestyle and health promotion research. *Report no. 4, Norwegian Council for Science and the humanities: Council for science research*, Oslo, 1987.

Rodríguez-Marín J y García JA. Estilo de vida y salud. En: JM Latorre, (ed.), *Ciencias psicosociales aplicadas II* (pp. 25-34). Madrid: Síntesis, 1995.

Rodríguez-Marín J. Psicología social de la salud. En: J Rodríguez-Marín, *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis, 1995.

Sajiwandani JJ. Understanding Lifestyles in the pledge process: a human ecology approach to nursing and health care. *J Adv Nurs*, 1991, 16: 343-349.

Schwirian PM. Measuring health practices of older adults: The Seniors' Lifestyle Inventory. *Proceedings: American Statistical Association.* Atlanta, 1991.

Sinha PD. Project Lifestyle: Developing Positive Health Lifestyles for Schoolchildren in Antigua. *J Sch Health*, 1992, 62(10): 449-453.

Sinha PD. *Developing positive health lidestyle in schoolchildren. Project Lifestyle*. Kingston: Regional Office of the World Health Organization, 1993.

Vuori H. The medical model and the objectives in health education. *Int J Health Educ*, 1980, 23(1): 17-25.

WHO. Life styles and Health. *Soc Sci Med*, 1986, 22(2): 117-124.

Wold B. Lifestyles and physical activity [umpublished master's thesis]. University of Bergen, Bergen, Norway, 1989.

Notas:

[1] Este trabajo ha sido realizado con ayuda de una beca de investigación de la Dirección General de Enseñanzas Universitarias e Investigación de la Generalitat Valenciana.

Correspondencia:
Yolanda Pastor
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología.
Universitat de València
Avenida Blasco Ibáñez 21
46010-Valencia, España.

ANEXO I: ARTICULOS Y LIBROS EMPIRICOS REVISADOS

1. Abel T. Measuring Health Lifestyles in a Comparative Analysis: Theoretical Issues and Empirical Findings. *Soc Sci Med*, 1991, 32(8): 899-908.
2. Abel T, Cockerham C, Lueschen G y Kunz G. Health lifestyles and self-direction in employment among american men: A test of the spillover effect. *Soc Sci Med*, 1989, 28(12): 1269-1274.
3. Abel T, McQueen DV, Backett K y Currie C. Patterns of unhealthy eating behaviours in a middle aged scottish population. *Scott Med J*, 1992, 37: 170-174.
4. Blaxter M. *Health and Lifestyles*. London and New York: Tavistock/ Routledge, 1990.
5. Cockerham WC, Kunz G y Lueschen G. Social Stratification and Health Lifestyles in Two Systems af Health Care Delivery: A Comparasion of the United States and West Germany. *J Health Soc Behav*, 1988, 29: 113-126.
6. Curb JD, Reed DM, Miller D y Yano K. Health Status and Life Style in Elderly Japanese Men with a Long life Expectancy. *J Gerontol*, 1990, 45(5): 206-211.
7. Dean K. Self-care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation. *Soc Sci Med*, 1989, 29(2): 137-152.
8. Gottlieb NH y Green LW. Ethnicity and Lifestyle Health Risk: Some Possible Mechanisms. *Am J Health Promotion*, 1987, 2(1): 37-45.
9. Gottlieb NH, Weinstein RP, Baun WB y Bernacki EJ. A Profile of Health Risks among Blue-Collar Workers. *J Occup Med*, 1992, January: 61-68.
10. Heck MC y Pinch WJ. Health Needs and Concerns of College Men: A Trend Analysis. *Health Values*, 1990, 14(4): 9-16.
11. Hester NO. Helath Concerns of school-age children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 1987, 10: 251-262.

12. Hultsch DF, Hammer M y Small BJ. Age differences in cognitive performance in later life: relationships to self-reported health and activity lifestyle. *J Gerontol Psychol Sci*, 1993, 48(1): 1-11.
13. Kraft P. Age at first experience of intercourse among norwegian adolescents: a lifestyle perspective. *Soc Sci Med*, 1991, 33(2): 207-213.
14. Mendoza R, Blanco J, Martín de la Conche P, Morales E, Sagrera MR y Batista JM. *Los escolares y la salud. Estudio de los escolares españoles en relación con la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
15. Nattiv A y Puffer JC. Lifestyles and Health Risks of Collegiate Athlates. *J Fam Pract*, 1991, 33(6): 585-590.
16. Nutbeam D, Aaro L y Catford J. Understanding childrens' Health Behaviour: The implications for health promotion for Young people. *Soc Sci Med*, 1989, 29(3): 317-325.
17. Nutbeam D, Aaro L y Wold B. The Lifestyle Concept and Health Education with Young People. *World Health Stat Q*, 1991, 44: 55-61.
18. Ott AF. Life Styles, Job Environment and Health Status: Some Empirical Findings for West Germany. *Soc Sci J*, 1990, 27(3): 339-356.
19. Schwirian PM. The seniors' Lifestyle Inventory: Assessing Health Behaviors in Older Adults. *Behavior, Health, and Aging*, 1991/92, 2(1): 43-55.
20. Slater MD y Flora JA. Health Lifestyles: Audience Segmentation Analisis for Public Health Interventions. *Health Educ Q*, 1991, 18(2): 221-233.
21. Vingerhoets AJJM, Croon M, Jeninga AJ y Menges LJ. Personality and health habits. *Psychol Health*, 1990, 4: 333-342.
22. Wold B. Lifestyles and physical activity [umpublished master's thesis]. University of Bergen, Bergen, Norway, 1989.

ANEXO II. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS REVISADOS

Otras variables estudiadas	Muestra	Estadísticos	Resultados
Actitudes hacia la salud	adultos	Análisis factorial análisis cluster	a) Se identifican cuatro factores de estilo de vida en ambos países: apariencia, preocupación, recuperación y nutrición. b) Surgen 3 grupos de sujetos distintos en función del estilo de vida en ambos países: patrón de estilo de vida saludable, preocupados por la salud sin conducta saludable y estilo de vida insano.
Vs. sociodemográficas: edad, ingresos, educación	adultos	correlación regresión	Predictores: a) variables sociodemográficas y algunas variables de estilos de vida. b) Las Vs. sociodemográficas (se excluye la autodirección ocupacional).
	adultos	correlación chi-cuadrado	a) El consumo de tabaco se asocia con la alimentación. b) Las mujeres poseen hábitos alimenticios más saludables que los varones.
Vs. sociod.: edad, género, ocupación, ingresos, región, estatus marital, tamaño familiar, vivienda Actitudes hacia la salud Integración social Apoyo social Salud autoinformada Medidas fisiológicas Personalidad y estatus psiquiátrico	adultos	estadística no-paramétrica descriptivos	Las circunstancias socioeconómicas y el ambiente psicosocial del individuo son determinantes de la salud con más peso que la propia conducta. El estilo de vida influye sobre la salud asociado con la posición económica y ocupacional. El estilo de vida afecta más a la salud cuando el ambiente social es bueno. El estilo de vida predominante en la población no es ni sano ni insano, es mixto.

Artículo	Objetivo
1	a) Validar la medida de EV. en dos países: USA y Alemania b) Identificar grupos de individuos por su estilo de vida
2	a) Predecir el estatus de salud percibida b) Predecir el estilo de vida con la autodirección ocupacional
3	a) Asociación de las variables de estilos de vida b) Diferencias por género de los hábitos alimenticios
4	Determinantes de la salud

Muestra	Estadísticos	Resultados
adultos	correlación regresión	Las variables sociodemográficas: - predicen moderadamente el estilo de vida - ofrecen mínimas diferencias como predictores del estilo de vida entre nacionalidades.
3ª edad	descriptivos	Aparece variabilidad en la prevalencia de enfermedades con la edad. A mayor edad mayor nº de enfermedades crónicas. Menor incidencia de enfermedades coronarias que en USA. Menos limitaciones físicas. Consumo de tabaco similar. Consumen menos alcohol y medicamentos. 1% informa estatus de salud pobre.
adultos	técnicas multivariadas tablas de contingencia	a) Diferencias por género en el consumo de tabaco y de alcohol. Algunas variables aparecen relacionadas en las mujeres: alcohol se relaciona con chequeos y con conductas de autocuidado frente a la enfermedad; ejer-cicio se relaciona con medicamentos y con chequeos. b) Las actitudes ejercen poca influencia en los estilos de vida. El conocimiento ejerce mayor influencia. Pero la situación socioeconómica es la que más influye. Apoyo social influye en el autocuidado y los eventos estresantes en el ejercicio físico.

Artículo	Objetivo	Otras variables estudiadas
5	Predecir el estilo de vida en USA y Alemania a partir de las Vs. socioeconómicas (edad, género, ocupación, ingresos, educación, estatus minoritario, nación, seguro privado, acceso buenos hospitales)	
6	Describir el estilo de vida y el estatus de salud de japoneses residentes en Hawai comparado con los americanos	Condiciones de salud
7	a) Análisis diferencial por género del estilo de vida y de las relaciones entre variables b) Influencia de las variables sociales y psicosociales en los estilos de vida	Actitudes hacia la salud Conocimiento de la salud Apoyo social Redes sociales Eventos estresantes Vs. sociodemográficas: genero, ingresos

Estadísticos	Resultados
MANOVA regresión	Efectos significativos de la etnicidad, el género y su interacción en los estilos de vida. La etnicidad ejerce una influencia significativa en los estilos de vida mediatizada por las variables sociodemográficas y recursos de salud.
descriptivos correlación canónica regresión análisis discriminante	a) 64.4% informan tener buena salud, 30% se comprometen con un ejercicio de moderado a vigoroso, 38% alimentación saludable, 27.2% fuman, 50% son bebedores habituales, 78% del tiempo usan el cinturón. b) Los análisis revelan relaciones entre los patrones conductuales de los amigos, estatus de riesgo y experiencia interpersonal con los estilos de vida.
chi- cuadrado descriptivos	Diferencias observadas: los estudiantes de último año consumen menos alcohol, menos medicamentos sin prescripción, menos drogas ilegales, tienen mayor preocupación y práctica sexual y sus niveles de estrés son más adaptativos. Debido a la madurez o a la educación se observan conductas más responsables en los alumnos de mayor edad, aunque permanecen algunas áreas conflictivas

Artículo	Objetivo	Otras variables estudiadas	Muestra	Resultados
8	Estudiar si el efecto de la raza esta mediatizado por las variables sociodemográficas (edad, ingresos, educación, raza) y psicosociales	Estatus de salud funcional Redes sociales Eventos vitales	adultos	Aunque los niños se perciben a sí mismos como sanos, se han identificado áreas de salud problemáticas. Son especialmente preocupantes: la alimentación, percepción del peso, ejercicio, problemas con el sueño, relaciones con los demás y sentimientos de soledad, infelicidad y miedo. Aparecen ciertas diferencias por género.
9	a) Describir el estilo de vida b) Relaciones de las variables de estilos de vida con otras variables	Normas grupales Esfuerzos por cambiar el estilo de vida Participación en programas de promoción Estatus de riesgo: colesterol, diabetes...	adultos	La salud autoinformada y el EV predicen significativamente el rendimiento en tareas cognitivas múltiples. La salud autoinformada es mejor predictor del procesamiento que las habilidades basadas en el conocimiento.
10	Estudio comparado de estudiantes de 1er. año y último año de carrera		jóvenes-adultos	La mediana de edad de la primera experiencia son los 17.3 años en chicas y 18 años en chicos. 68.2% de los encuestados han experimentado el coito. Consumo de tabaco y alcohol, frecuencia de ir a la discoteca, afiliación con los pares y aspiraciones educativas son predictores significativos de la edad de la primera exper.

Artículo	Objetivo	Otras variables estudiadas	Muestra	Estadísticos
11	Describir las dimensiones de estilo de vida en niños		niños	descriptivos
12	Predecir el rendimiento cognitivo a partir de las variables de estilo de vida y de salud	Medidas cognitivas Historia médica Salud percibida	3ª edad	análisis de componentes principales regresión
13	Predecir la edad de la primera experiencia sexual a partir del resto de variables de estilos de vida, el área urbana, actitudes escuela y afiliación pares		adolescentes	descriptivos chi-cuadrado regresión

Artículo	Objetivo	Otras variables estudiadas	Muestra	Estadísticos	Resultados
14	Describir el estilo de vida de los escolares	Vs. sociodemográficas: sexo, edad, curso, tipo de hábitat, profesión de los padres, dinero en el bolsillo Planes de futuro Rendimiento escolar y satisfacción Percepción de salud Estados de ánimo Trastornos psicosomáticos	niños-adolescen-tes	descriptivos	60% duermen por término medio 9 horas. 63% informan sentir cansancio matinal a veces. 67% se cepilla los dientes todos los días. La TV es una práctica diaria para la mayoría de los escolares. 29% práctica deportiva habitual, 39% realizan ejercicios físicos, La dieta es rica en proteínas animales, frutas y escasa en verduras y legumbres. Cerca del 40% han fumado alguna vez, el 80% han probado el alcohol.. La inmensa mayoría se sienten felices.
15	Comparar un grupo de estudiantes atletas con otros que no lo son		jóvenes-adultos	chi-cuadrado	Los atletas muestran un estilo de vida menos saludable en las siguientes áreas: cantidad de alcohol, conducir y/o subir con un conductor bajo la influencia del alcohol y drogas, uso del cinturón, uso de anticonceptivos, enfermedades de trans-misión padecidas y nº de parejas sexua-les.

Artículo	Objetivo	Otras variables estudiadas	Muestra	Estadísticos	Resultados
16	a) describir las variables y dimensiones de estilo de vida comparando dos países (Gales y Noruega) b) Relacionar el estilo de vida con las actitudes hacia la escuela, la ocupación de los padres y las relaciones con los padres y pares		niños-adolescentes	descriptivos correlaciones análisis factorial análisis de correspondencias múltiples	a) Consumo de alcohol y tabaco aumenta con la edad, también las horas de ejercicio físico. En Gales se consume más alcohol, en noruega se practica más ejercicio. En ambos países las chicas fuman con mayor frecuencia. Surgen dos factores: conductas de riesgo para la salud y conductas que realzan la salud, aunque en Gales estos factores no son significativos se observa la tendencia. b) Se encuentran correlaciones entre las conductas de salud y actitudes hacia la escuela y educación, con la facilidad de hablar con los padres, con la facilidad de hablar con los amigos y tardes a la semana con ellos. Con la ocupación parental las relaciones son débiles y contradictorias.
17	a) Comparar descriptivos entre países b) extraer las dimensiones de estilo de vida		niños- adolescentes	Estadísticos paramétricos análisis de componentes principales	a) Aparece variabilidad en los resultados descriptivos entre países hay claras diferencias. b) Surgen dos factores: estilo de vida de riesgo para la salud y estilo de vida que realza la salud. Estos factores en general surgen en todos los países salvo algunas inconsistencias. Los estilos de vida no varían enormemente entre los países.

Artículo	Objetivo	Otras variables estudiadas	Muestra	Estadísticos	Resultados
18	a) Influencia de las variables sociodemográficas (edad, género, ocupación, educación) en el EV b) Predecir el estatus de salud a partir de las condiciones de trabajo, el estilo de vida y las variables sociodemográficas		adultos	regresión	a) Las Vs. sociodemográficas predicen significativamente el estilo de vida. b) El estilo de vida influye significativamente en el estatus de salud autoinformada, pero cuando se introduce el ambiente de trabajo en la regresión disminuye su efecto. El estilo de vida, la edad y el género influyen en el estatus de salud física real. También el estilo de vida influye en el estatus de salud mental.
19	Validar un cuestionario de estilos de vida para personas mayores	Estatus de salud percibida	3ª edad	análisis factorial fiabilidad	El cuestionario consta de tres subescalas (nutrición, compostura activa y mantenimiento) y 4 ítems (alcohol, tabaco, seguridad y evitar gente con enfermedades contagiosas). El cuestionario es válido y fiable. Las puntuaciones en el SLI se relacionan con el estatus de salud percibida.
20	Detectar patrones o grupos de sujetos en función del estilo de vida	Conocimiento de la salud Actitudes hacia la salud Influencia social Vs. sociodemográficas: edad, género, ingresos, educación, estatus marital, tamaño familiar, raza	adultos	MANOVA an. cluster	Aparecen 7 patrones de estilos de vida: adultos saludables, adultos no saludables, adultos mayores preocupados, habladores saludables, jóvenes adultos saludables, jóvenes adultos no saludables, y jóvenes atletas. Hay diferencias significativas entre los grupos. Las diferencias entre los grupos van en la dirección predicha.

Artículo	Objetivo	Otras variables estudiadas	Muestra	Estadísticos	Resultados
21	Influencia de la personalidad en el estilo de vida		adultos	MANOVA ANOVA	Los cinco hábitos (descanso, tabaco, alcohol, actividad físicay alimentación) no constituyen un constructo homogéneo de estilo de vida positivo. Las asociaciones entre personalidad y estilo de vida son débiles. Neuroticismo, hostilidad y autoestima aparecen como predictores consistentes del estilo de vida.
22	a) Describir los patrones de actividad física y las dimensiones de estilo de vida. b) Relaciones entre ambos. c) Explorar los determinantes de la actividad física	Vs. psicosociales: salud percibida, quejas psicosomáticas, calidad de vida, apoyo social, aspectos de la amistad. Vs. demográficas: sexo, edad, lugar de residencia, ocupación de los padres. Actitudes hacia la escuela Rendimiento escolar Planes de futuro	niños-adolescentes	descriptivos correlación an. factorial ANOVA regresión LISREL análisis de correspondencia múltiple	a) Hay tres tipos de actividad física: deporte, juegos y actividades recreativas. La participación en uno se asocia con el resto. Decrece la participación con la edad, mientras que el tiempo dedicado aumenta. Existen diferencias por sexo. Aparecen tres dimensiones de estilos de vida: hábitos que realzan la salud, actividades desorganizadas y conductas relacionadas con la experimentación con drogas. b) Los niños que tienen un patrón de hábitos que ensalzan la salud participan más en actividades físicas. c) Son predictores de la actividad física: salud percibida, razones para hacer deportes, relaciones con los pares, experiencias escolares, actividad física de los otros significativos, apoyo social y estatus socioeconómico.