

## **TEMA 2. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.**

### **2.1. Relación entre estilos de vida y salud.**

El hecho de que las causas principales de muerte se desplacen paulatinamente desde los procesos infecciosos a los factores ambientales, hace que cobre importancia el debate sobre los estilos de vida y su impacto sobre la salud. Así, el interés social que despierta este ámbito de estudio ha conducido a la proliferación de investigaciones y publicaciones, de forma que en la actualidad el concepto de estilo de vida se utiliza en mayor medida desde el área de la salud que desde otros ámbitos de estudio (Coreil, Levin & Jaco, 1992).

Sin embargo, a pesar del interés creciente desde el campo de la salud, el concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo. Según revisiones históricas como las realizadas por Ansbacher (1967), Abel (1991) o Coreil et al. (1992), los orígenes de este concepto 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 autores ofrecieron una visión sociológica del estilo de vida, enfatizando los determinantes sociales de su adopción y mantenimiento. Desde la orientación sociológica, la mayoría de definiciones convergen al atender el estilo de vida como un patrón de actividades o conductas que los individuos eligen adoptar entre aquellas que están disponibles en función de su contexto social.-

A principios del siglo XX, aparece una orientación personalista representada por Alfred Adler con su Psicología Individual, produciéndose un desplazamiento desde los factores socioeconómicos a los factores individuales en el estudio de los estilos de vida. Por lo

tanto, desde esta filosofía se define el estilo de vida como un patrón único de conductas y hábitos con los cuales el individuo lucha para sentirse mejor. Las investigaciones realizadas desde la Psicología Individual tuvieron una gran importancia en el refinamiento operacional del concepto *estilo de vida* y a la hora de aportar técnicas psicoterapéuticas para su modificación.

Una disciplina que durante la segunda mitad del siglo XX también incorpora el término *estilo de vida* es la antropología. Algunos estudiosos de este área, como por ejemplo Chrisman, Freidson o Suchman, introducen este término en sus trabajos para designar el rango de actividades en la que se implica un grupo. En contraste con los sociólogos que enfatizan los determinantes socioeconómicos, los antropólogos enfatizan la importancia de la cultura.

No obstante, durante la segunda mitad del siglo XX, el ámbito de aplicación en el que el término *estilo de vida* ha tenido más impacto ha sido el área de salud. En los años 50 es cuando empieza a utilizarse en el contexto de la investigación sobre salud pública y en el intento de buscar explicación a los problemas de salud que empezaban a caracterizar a las sociedades industrializadas.

Las primeras investigaciones realizadas desde el campo de la salud adoptan una perspectiva médico-epidemiológica. En la línea de lo explicado en apartados anteriores sobre la filosofía del modelo biomédico, desde este paradigma, la comunidad médica defendía que las personas practican estilos de vida insanos por su propia voluntad. Es decir, este modelo no reconocía la importancia del contexto social y de los factores psicológicos como condicionantes de la adquisición de los estilos de vida. Precisamente porque culpabiliza a la víctima de

sus hábitos o estilos de vida insanos, este enfoque ha recibido numerosas críticas (Mechanic, 1979).

Aunque sea criticado de reduccionista, el modelo biomédico contribuyó a que el estilo de vida fuera un tema de estudio e investigación para las ciencias de la salud y que los ciudadanos llegaran a ser más conscientes de que algunas de sus conductas conllevan riesgos para la salud. Además, el modelo biomédico fue el encargado de introducir el término de *estilo de vida saludable* y de conseguir en cierto modo que, tanto su uso como el del término *estilo de vida*, se extendiese al lenguaje cotidiano y a la literatura sobre la salud (aunque sin una base teórica ni una conceptualización clara). De hecho, como ya se ha comentado, el término *estilo de vida* es utilizado hoy en día en mayor medida desde el área de la salud que desde la sociología, la antropología o la Psicología Individual.

A pesar de que han surgido muchos intentos de conceptualizar qué es *estilo de vida*, todavía no existe una definición consensuada. Aún más, los términos *estilo de vida* en general y *estilo de vida saludable* continúan empleándose actualmente por muchos autores como sinónimos, a pesar de los esfuerzos de la OMS durante la década de los 80 para diferenciarlos.

## **2.2. Conceptualización del estilo de vida saludable.**

A causa de la diversidad de disciplinas que utilizaron el término *estilo de vida*, existen innumerables definiciones y aplicaciones del mismo. En el caso de la disciplina de la salud, como se comentó más arriba, la oficina regional de la OMS para Europa introdujo una definición que constituye la base de los estudios sobre estilos de vida saludables, porque a pesar de ser criticada por amplia, ambigua y poco

operativa, tiene el reconocimiento de los expertos por introducir los principales factores que influyen en los estilos de vida. Concretamente, esta definición describe el *estilo de vida* del siguiente modo:

“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, p. 118).

A pesar de habitualmente se utiliza el término *estilo de vida saludable*, se considera más apropiado el uso del término *estilo de vida relacionado con la salud*, ya que recoge mejor tanto los comportamientos que realzan la salud como los comportamientos que la ponen en riesgo (Donovan, Jessor & Costa, 1993). Sin embargo, en ocasiones resulta recargado o hasta confuso denominarlo así, por ejemplo, cuando se trata su relación con otras variables (e.g. el estilo de vida relacionado con la salud se relaciona con el bienestar emocional).

Por lo tanto, el término *estilo de vida saludable* tiene en cuenta tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos otros que la protegen, tal y como defiende Dellert S. Elliot (1993), uno de los estudiosos en la materia con más relevancia internacional. Según este autor, el estilo de vida saludable se entiende cada vez más como un patrón de comportamientos relacionado con la salud que se llevan a cabo de un modo relativamente estable. Una de las aportaciones más importantes de Elliot ha sido su planteamiento sobre las características fundamentales del estilo de vida saludable, resumidas en los siguientes cuatro apartados:

- a. Posee una *naturaleza conductual y observable*. En este sentido, las actitudes, los valores y las motivaciones no forman parte del mismo, aunque sí pueden ser sus determinantes.
- b. *Las conductas que lo conforman deben mantenerse durante un tiempo*. Conceptualmente, el estilo de vida denota hábitos que poseen alguna continuidad temporal, dado que supone un modo de vida habitual. Así, por ejemplo, el haber probado alguna vez el tabaco no es representativo de un estilo de vida de riesgo para la salud. Por la misma regla, si un comportamiento se ha abandonado ya no forma parte del estilo de vida.
- c. El estilo de vida denota *combinaciones de conductas que ocurren consistentemente*. De hecho, se considera al estilo de vida como un modo de vida que abarca un amplio rango de conductas organizadas de una forma coherente en respuesta a las diferentes situaciones vitales de cada persona o grupo.
- d. El concepto de estilo de vida no implica una etiología común para todas las conductas que forman parte del mismo, pero sí se espera que las distintas conductas tengan *algunas causas en común*.

Con la intención de construir un concepto de estilo de vida saludable más actualizado, Cockerhan, Rütten y Abel (1997) analizan las aportaciones de diversos autores relevantes en diferentes momentos del siglo XX: comienzos de siglo (Simmel y Weber), mediados (Bourdieu) y finales (Giddens). A partir de esta revisión, Cockerhan, Rütten y Abel definen los estilos de vida saludables como modelos colectivos de conducta relacionados con la salud, basados en elecciones desde opciones disponibles para la gente, de acuerdo con sus posibilidades en la vida. A su vez, plantean la disyuntiva entre los expertos que consideran la práctica de estilos de vida saludables como una elección personal y los expertos que la consideran como una actuación en función de las posibilidades que cada individuo tiene

en su vida, refiriéndose en este segundo caso a aspectos más estructurales como sexo, edad, raza, recursos socioeconómicos o, incluso, límites percibidos derivados de la socialización y de la experiencia en un ambiente social particular. En un análisis más a fondo, este tipo de dilemas no hacen más que mostrar que aún no se ha dejado de replantear la disyuntiva básica entre el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial en lo que atañe a la adopción -o no- de estilos de vida saludables (Engel, 1977). Este material se guiará según las ideas del segundo grupo de expertos, que defienden la necesidad de tener en cuenta aquellos factores más externos o independientes de la elección del individuo, como son las variables sociodemográficas o las características ambientales y socioeconómicas, que, de un modo u otro, influyen en el individuo a la hora de llevar a cabo ciertas conductas, conductas que o bien protegen su salud o bien la ponen en riesgo.

### **2.3. Variables importantes en el estudio de los estilos de vida saludables.**

Como se ha comentado más arriba, los primeros estudios sobre los estilos de vida saludables surgieron desde el ámbito de la prevención de las enfermedades cardiovasculares, por lo que las variables empleadas en esos primeros estudios fueron los factores de riesgo clásicos de este tipo de enfermedades: consumo de tabaco y alcohol, ejercicio físico y hábitos de alimentación. Además, las muestras que utilizaban dichos estudios estaban constituidas fundamentalmente por adultos con y sin problemas cardiovasculares (Badura, 1982). Sin embargo, el aumento progresivo de la preocupación por la educación para la salud por parte de la Organización Mundial de la Salud y demás organismos públicos dedicados a la mejora del bienestar de la población infanto-juvenil, ha provocado un aumento en el número de

estudios realizados con muestras de niños, niñas y adolescentes, así como un aumento en el número de variables estudiadas que forman parte de los estilos de vida. En los últimos años, el campo de estudio centrado en los estilos de vida saludables también se ha introducido en investigaciones sobre tercera edad.

En la Tabla 2 se resumen las variables relacionadas con los estilos de vida saludables más estudiadas en la investigación, en función del momento evolutivo de las muestras estudiadas: infancia-adolescencia, adultez o vejez (Pastor, Balaguer & García-Merita, 1998a).

Tabla 2. Importancia de las diferentes variables relacionadas con los estilos de vida saludables para cada etapa evolutiva (adaptada de Pastor et al., 1998a).

Variables	Infancia y adolescencia	Adultez z	Vejez z
- Consumo de alcohol	x	x	x
- Consumo de tabaco	x	x	x
- Hábitos alimenticios	x	x	x
- Actividad física	x	x	x
- Consumo de medicamentos	x		x
- Hábitos de descanso	x	x	x
- Accidentes y conductas de prevención de los mismos	x	x	x
- Higiene dental	x		
- Actividades de tiempo libre	x		x
- Consumo de drogas no legalizadas	x		
- Conducta sexual	x		
- Chequeos médicos		x	x

En efecto, las variables más estudiadas en las tres etapas evolutivas analizadas coinciden con los factores de riesgo clásicos de las enfermedades cardiovasculares: consumo de alcohol, tabaco, hábitos de alimentación y actividad física. Por otra parte, se

encuentra que es en la muestra infantil y adolescente donde el porcentaje de variables estudiadas tiene una mayor distribución entre las diferentes variables. A continuación se comenta una explicación de este último hecho.

En la década de los 80, la OMS se planteó la necesidad de abordar el estudio de los estilos de vida específicamente en la etapa adolescente, para lo cual se creó el estudio *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC). Este proyecto internacional e interdisciplinar abarca el estudio de las conductas de salud, otros aspectos del estilo de vida general, algunas influencias sociales y algunas percepciones del ambiente. En España, desde el año 2000, la dirección de este estudio recae sobre la profesora Carmen Moreno Rodríguez, del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla, con el apoyo y financiación del Ministerio de Sanidad y Consumo (para más información ver página web: [www.hbsc.es](http://www.hbsc.es)).

#### **2.4. Relación entre los contenidos de los estilos de vida saludables en la etapa adolescente.**

Algunos investigadores concluyen sus estudios con un análisis simplista de los estilos de vida, estudiando de manera aislada e independiente las variables que conforman los estilos de vida saludables (e.g. hábitos de alimentación, higiene dental, actividad física, consumo de sustancias, sexualidad, etc.). Esta forma de proceder, aunque bien delimitada, no deja de mostrar una realidad excesivamente diseccionada del comportamiento complejo de los individuos y, por tanto, resulta difícil extraer conclusiones acerca de cómo proceder para su modificación o reforzamiento. Dicho de otra manera, aquellos enfoques que se centran únicamente en analizar de



forma independiente las variables que conforman los estilos de vida saludables se consideran simplistas si no avanzan un segundo paso en el que se trate de conocer cómo se relacionan entre sí dichas variables. Solo así, cuando se aborde esa relación, se habrá conseguido que el término *estilo de vida* no pierda su significado original (Coreil et al., 1992; Donovan, Jessor & Costa, 1991; Elliot, 1993).

Ahora bien, las investigaciones realizadas con población adulta y de la tercera edad han mostrado relaciones débiles y dispares entre las conductas que conforman el estilo de vida saludable. Tal y como señala Ungemack (1994) estos resultados pueden explicarse por las características intrínsecas de la muestra tratada, ya que la adultez y vejez son etapas del desarrollo en las que las conductas de salud ya están instauradas y se mantienen de forma independiente unas de otras. Así, Williams y Wechsler (1972) explican, en su investigación realizada con mujeres de 35 a 54 años, que los comportamientos relacionados con la salud no correlacionan entre sí, debido a que las conductas protectoras de la salud difieren en tres aspectos básicos:

- No todas las personas se encuentran en el mismo nivel de enfermedad o salud, o sea, que habrá quien necesite llevar a cabo conductas protectoras de la salud desde la prevención primaria y quien las necesite desde la prevención secundaria.
- Algunas conductas requieren ser practicadas a diario (como por ejemplo, la higiene dental) mientras que otras tienen una naturaleza más esporádica (como por ejemplo, los chequeos médicos) o, incluso, tan solo se deben llevar a cabo una vez en la vida (como la vacunación).
- Además, las conductas relacionadas con la salud también difieren en función de la comodidad o esfuerzo que requiera su acción.

Sin embargo, la etapa adolescente tiene características diferentes, de manera que es posible analizar la dimensionalidad de las conductas que conforman los estilos de vida saludables en esta etapa evolutiva. Concretamente, la investigación ha demostrado que muchas conductas relacionadas con la salud están interrelacionadas y tienden a covariar sistemáticamente durante la adolescencia (Jessor, 1984). De hecho, las uniones intraindividuales entre las conductas – su tendencia a coocurrir dentro del mismo adolescente– sugieren la existencia de un síndrome, una constelación organizada de comportamientos, más que una colección de actividades discretas e independientes. Este modo de entender el estilo de vida tiene importantes implicaciones para conocer el origen y naturaleza de cada comportamiento, así como para planificar programas de prevención e intervenciones en la población adolescente.

Existen diversas explicaciones que tratan de revelar las razones por las que las diversas conductas que conforman los estilos de vida correlacionan de forma clara durante la adolescencia. Elliot (1993) recoge cinco explicaciones diferentes:

- 1) Las conductas tienen una causa común, como pueden ser rasgos de personalidad, desorden clínico, orientación social o proceso de desarrollo.
- 2) Las conductas están vinculadas con la experiencia social y se aprenden en grupo, unas unidas a otras.
- 3) Las conductas constituyen medios alternativos para alcanzar algunas metas personales.
- 4) Las conductas se hallan vinculadas con las expectativas normativas de grupos particulares o culturas.
- 5) Las conductas están vinculadas causalmente unas con otras.

En el estudio de la dimensionalidad de los estilos de vida relacionados con la salud han existido tres tradiciones de investigación que difieren en el número de dimensiones propuestas, concretamente se trata de la unidimensionalidad, bidimensionalidad y multidimensionalidad (Elliot, 1993; Pastor, Balaguer & García-Merita, 1998b; Steele & McBroom, 1972; Williams & Wechsler, 1973).

Los autores de la primera tradición defendían que las conductas de riesgo para la salud, junto a otros comportamientos problemáticos de la edad adolescente (como por ejemplo, delincuencia o absentismo escolar), son manifestaciones de una propensión general hacia la desviación, una predisposición hacia la no-convencionalidad. Todas estas conductas problemáticas o de riesgo conformarían el *síndrome de conducta problema* y compartirían un conjunto de factores determinantes que les afecta. El principal exponente de esta visión es la teoría de la conducta problema (Jessor & Jessor, 1977), que ha inspirado a muchos otros trabajos sobre *unidimensionalidad* en los estilos de vida de los adolescentes.

En uno de los trabajos empíricos más clásicos de esta tradición se encontró que el consumo de drogas, el consumo de alcohol y la conducta desviada (como el vandalismo, el absentismo escolar o las peleas) se relacionan positivamente con el consumo de marihuana (Jessor, Chase & Donovan, 1980). Estas mismas variables, junto a la conducta sexual precoz, se analizaron posteriormente, encontrando que un solo factor era suficiente para explicar la variabilidad de estas conductas (Donovan & Jessor, 1985). Sin embargo, replicaciones posteriores de dicho estudio, realizadas en tres momentos temporales distintos, mostraron que el porcentaje de varianza explicado era bajo (Osgood, Johnston, O'Malley & Bachman, 1988). Así mismo, las diferentes investigaciones de la tradición unidimensional de los estilos de vida han mostrado que la mayor fuerza de relación entre las

conductas que ponen en riesgo la salud de los adolescentes recae en las conductas adictivas, concretamente consumo de tabaco, consumo de alcohol y consumo de drogas ilegales.

Los mismos autores de la anterior tradición se han ocupado también de estudiar la relación de las conductas que realzan o protegen la salud (alimentación, actividad física, higiene dental...) (Donovan et al., 1993), conectando así con la segunda tradición en el estudio de la dimensionalidad de los estilos de vida en la adolescencia, conocida como *bidimensionalidad*. Esta perspectiva postula que las distintas conductas relacionadas con la salud se agrupan en dos dimensiones, abarcando una de ellas a aquellas conductas que comprometen o ponen en riesgo la salud, mientras que la otra dimensión incluiría las conductas que realzan la salud. Sin embargo, la relación existente entre las conductas que realzan la salud es más débil que la relación encontrada entre las conductas de riesgo para la salud.

La mayor parte de las investigaciones que ofrecieron apoyo empírico a la bidimensionalidad de los estilos de vida surgieron a partir del estudio *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC), por lo que muestran muchas coincidencias en la muestra utilizada, así como en las variables de estilos de vida tenidas en cuenta (Aaro, Laberg & Wold, 1995; Jessor, Turbin & Costa, 1998; Nutbeam, Aaro & Wold, 1991; Thuen, Klepp & Wold, 1992). Por ejemplo, estos últimos autores realizaron análisis factoriales con diversas variables relacionadas con los estilos de vida que promueven o bien comprometen la salud de los adolescentes, realizando dichos análisis de manera independiente para los adolescentes de 11, 13 y 15 años. Sus resultados muestran la existencia de dos factores diferenciados en los tres grupos de edad, con una varianza explicada en ambos

factores de 43%, 44% y 37%, para cada grupo de edad respectivamente.

Por otro lado, desde la tradición *multidimensional* se reúnen los trabajos que encuentran múltiples dimensiones de agrupación al estudiar diversas conductas relacionadas tanto con estilos de vida que comprometen la salud como con aquellas que la protegen. En este caso, los estudios muestran mayor heterogeneidad y menor acuerdo en el número de dimensiones que se crean al agrupar los estilos de vida, que rondan entre 4 y 10 dimensiones. Existen varias razones para explicar esta disparidad de resultados, como es el hecho de que los estudios que se enmarcan en la tradición multidimensional recogen muestras de edades y países distintos, así como mayor diversidad de variables y, por lo tanto, encuentran soluciones factoriales más dispares que los estudios pertenecientes a la tradición bidimensional y unidimensional. Por otro lado, esta diversidad de resultados se podría deber además a la existencia de múltiples definiciones operacionales de las variables de estilos de vida (por ejemplo, para evaluar el consumo de alcohol algunos instrumentos miden la frecuencia de consumo mientras otros utilizan la cantidad diaria o semanal). En definitiva, esta disparidad de criterios ha provocado que las investigaciones realizadas desde esta tradición no muestren coincidencia en el número de dimensiones en las que se pueden agrupar los estilos de vida relacionados con la salud (Belloc & Breslow, 1972; Krick & Sobal, 1990; Tapp & Goldenthal, 1982; Williams & Wechsler, 1972).

En relación con la evolución a lo largo de la adolescencia de la asociación de las variables de estilos de vida, algunos autores señalan aproximadamente los 14-15 años como el momento evolutivo donde las conductas aparecen más relacionadas, dando lugar a un menor número de factores (Donovan et al., 1993; Pastor et al., 1998b;

Terre, Drabman & Meydrech, 1990), y es a partir de esa edad cuando se incrementa la prevalencia de múltiples conductas de riesgo para la salud (Brener & Collins, 1998).

El estudio de las conductas de salud desde un punto de vista multidimensional tiene importantes implicaciones para la conceptualización, medida y modificación de las conductas de salud. Conceptualmente, la multidimensionalidad significa que las conductas de salud no son ni monolíticas ni independientes. En lugar de eso, los modelos teóricos deben incorporar conceptos que abarquen múltiples conductas y no tratar los comportamientos de salud como una entidad singular. Desde la perspectiva de la medición, la implicación de la multidimensionalidad se centra en la viabilidad de las medidas multi-item para evaluar una determinada conducta de salud, sin tener que dar más peso a unas conductas frente a otras en función del número de variables utilizadas en su medida. Sin embargo, es necesario aún definir los dominios de cada concepto o conducta de salud, identificando claramente los ítems o conductas de referencia como base de las observaciones que pueden ser utilizadas para la medición. Las implicaciones de la multidimensionalidad para la modificación de conducta asumen el hecho por el que los comportamientos que coocurren regularmente deben compartir algunas causas comunes. La diferenciación de las conductas en múltiples categorías, sobre la base de la existencia de más de una dimensión de la salud, implica diferencias en las causas de las conductas a través de las dimensiones. De ser así, definir bien las dimensiones servirá de base para aumentar la eficacia de los intentos de identificar antecedentes de conductas de salud modificables, proporcionando así una mejor base para la elección de los objetivos de las intervenciones (Kulbok & Cox, 2002; Vickers, Conway & Hervig, 1990).

Actualmente los expertos parecen haber dado por finalizado este debate con un mayor apoyo a la tradición multidimensional de los estilos de vida en la etapa adolescente, a pesar de que no exista acuerdo del número exacto de factores que conforman los estilos de vida en esta etapa. Considerando las implicaciones de la multidimensionalidad en el estudio del estilo de vida, posteriormente, otros autores han comenzado a preguntarse acerca del modo en que se relaciona la salud y las conductas de riesgo, teniendo en cuenta que estas conductas pueden estar agrupadas en dimensiones. En este sentido, Rutten (1995) ha sistematizado los modelos posibles a utilizar en el estudio de la asociación entre salud y comportamientos de riesgo, clasificándolos en tres tipos, bivariable, aditivo y multivariable. A pesar de que Rutten se centró en las conductas de riesgo, por encuadrarse en una época donde predominaba el enfoque de déficit en la salud, sus conclusiones pueden también ser consideradas a la hora de valorar la relación entre conductas protectoras y salud.

El primer modelo hace referencia al método más comúnmente utilizado para un análisis descriptivo de la relación de las conductas de riesgos y la salud. Los estudios realizados desde este *modelo bivariado* se basan en simples relaciones de causa y efecto, despreciando la compleja interrelación de las variables de estilos de vida. Lamentablemente, este análisis simplista parece dominar los sistemas de evaluación de las conductas relacionadas con la salud, de modo que las medidas políticas de intervención se han centrado en una lógica basada únicamente en la relación entre una causa y un efecto.

El segundo enfoque, conocido como *modelo aditivo*, es típico de aquellos análisis de las conductas de riesgo para la salud un poco más complejos y se basa, en gran medida, en métodos de regresión

múltiple. A pesar de que este tipo de análisis controla la fuerza de explicación relativa de determinados factores de riesgo (es decir, cantidad de variación explicada), muestra algunas deficiencias. Concretamente, estos modelos asumen una concepción lineal, aditiva y recursiva (es decir, que las relaciones causales trabajan en una sola dirección). Implícitamente este enfoque omite las asociaciones no lineales y los efectos de interacción que con bastante probabilidad existen, debido a la interdependencia entre las conductas que componen los estilos de vida. Como en el caso de los modelos bivariados, las políticas derivadas de este enfoque tienden a centrarse únicamente en las causas y en los efectos, solo que ahora se hace hincapié en identificar qué variable explicadora representa la mayor cantidad de variación dentro del modelo.

Por último, el tercer enfoque, conocido como *modelo multivariable*, difiere notablemente de los dos anteriores, ya que se centra en formas complejas de interacción que constituyen las pautas de las conductas de riesgo para la salud, tal y como se podría entender desde la tradición multidimensional de los estilos de vida. Siguiendo este modelo, un riesgo para la salud no se considera como una tendencia aislada de comportamiento, sino más bien como un componente de una constelación duradera de riesgos para la salud que toman forma como estilos de vida. En este caso, es el patrón de estilo de vida el que se evalúa en un continuo desde salud pobre a salud ideal. Centrarse en la constelación formada por las variables de estilos de vida es bastante diferente de resumir los efectos de la única variable, según lo sugerido por los dos modelos anteriores. En esta perspectiva multivariada, una variable con una posición central dentro del complejo de interrelaciones de variables puede ser más importante para la prevención de enfermedades y promoción de la salud que las variables con mayor efecto directo pero con una



posición periférica dentro de la constelación de las variables de estilos de vida relacionados con la salud.

La investigación de las constelaciones de estilos de vida relacionados con la salud evita la preocupación de las causas singulares o dominantes de una conducta de riesgo, ya que coloca los riesgos específicos dentro de un patrón más complejo. Por ejemplo, en materia de estilos de vida saludables de las mujeres mayores, la falta de actividad física se ajusta muy bien con no fumar, no consumir alcohol y con otras formas de conducta saludable; sin embargo, la constelación de riesgo de los chicos jóvenes combina la falta de actividad física con una mayor probabilidad de fumar y de consumir alcohol. Por lo tanto, las políticas e intervenciones derivadas del modelo multivariable deben ser capaces de hacer frente a la complejidad y la especificidad de los patrones de comportamiento de salud, según las características concretas de la población destinataria (Rutten, 1995).

Teniendo en cuenta la importancia del estudio de los estilos de vida saludables para la intervención, ya sea desde un enfoque bivariable, aditivo o multivariable, las estrategias para abordar los estilos de vida relacionados con la salud se encuentran entre las intervenciones más eficaces y disponibles para reducir la incidencia y gravedad de las principales causas de enfermedad y discapacidad, sobre todo para el caso de los cuatro comportamientos clásicos: alcohol, tabaco, actividad física y alimentación (Whitlock, Orleans, Pender & Allan, 2002). Existen multitud de revisiones que demuestran un significativo progreso en el desarrollo de intervenciones efectivas para modificar diferentes factores de riesgo, de forma aislada, uno en cada momento. Sin embargo, no sucede lo mismo con el desarrollo de los métodos más efectivos para hacer frente a los múltiples riesgos de comportamiento, a pesar de las

investigaciones que demuestran cómo la coexistencia de múltiples riesgos es un hecho generalizado en la adolescencia, adultez y vejez (Pronk, Anderson et al., 2004).

De hecho, en los últimos años, en consonancia con el enfoque multivariable en el estudio de los estilos de vida, algunas investigaciones se están dedicando a conocer la manera específica en la que las diferentes variables de estilos de vida correlacionan en la población adolescente. Así, por ejemplo, Sánchez (2007) ha encontrado que cerca del 80% de los adolescentes americanos de 11 a 15 años tienen múltiples factores de riesgo relacionados con la dieta y la actividad física. Kremers, de Bruijn, Schaalma y Brug (2004) han mostrado la existencia de una asociación negativa entre las conductas sedentarias, por un lado, y la frecuencia de actividad física y el consumo de fruta y verdura, por otro lado, en una amplia muestra de adolescentes alemanes. Giannakopoulos, Panagiotakos, Mihas y Tountasa (2008) encuentran, en una muestra de más de 2000 adolescentes griegos de 12 a 17 años, que el consumo de tabaco correlaciona positivamente con la edad, el tiempo dedicado al juego y el consumo de refrescos, mientras que el consumo de zumo de fruta, productos lácteos para el desayuno y la frecuencia de los desayunos se asocian inversamente con el consumo de tabaco.

Ante este panorama, los investigadores, políticos y profesionales especializados en la promoción de la salud deberían estar dispuestos a romper con el paradigma de riesgo-aislado que ha dominado la pasada investigación relacionada con el cambio de estilos de vida, para desarrollar nuevos modelos y paradigmas de investigación de riesgo-múltiple, intercomportamental e interdisciplinar (Orleans, 2004). De este modo, un enfoque integrado, que se dirija a las múltiples conductas de riesgo para la salud, debe ser también más eficiente que centrarse en un único factor de riesgo,

ahorrando tiempo, esfuerzo y recursos al sistema de salud (Pronk, Peek & Goldstein, 2004). Por lo tanto, ante esta nueva perspectiva de intervención, cada vez más profesionales demandan guías y modelos de intervención para el cambio de múltiples conductas relacionadas con la salud, que además tengan en cuenta las características específicas de la población destinataria.

Los primeros pasos sistematizados de este nuevo paradigma se pueden encontrar a finales de siglo XX con el nacimiento del Consorcio del Cambio de Conducta (*Behavioral Change Consortium, BCC*), a través de la unión de 15 Proyectos o institutos nacionales de salud de los Estados Unidos de América, la Fundación *Robert Wood Johnson* y la Asociación Americana del Corazón. Este organismo se inició con la intención de expandir la investigación en los cambios de conductas de salud, centrándose en varias amenazas contemporáneas para la salud, como eran la dependencia al tabaco, la pérdida de actividad física y la alimentación no saludable (Solomon & Kington, 2002; Sorenson & Steckler, 2002).

El BCC ha servido como un modelo de investigación colaborativa a través de los diferentes institutos nacionales de salud de los Estados Unidos, así como a través de diferentes contextos, poblaciones y estrategias de intervención, siguiendo los siguientes principios (Solomon & Kington, 2002):

- Centrarse en determinantes sociales y comportamentales de la enfermedad, lesión y discapacidad.
- Usar múltiples enfoques (como por ejemplo, educación, apoyo social, leyes, incentivos o programas de cambio comportamental).
- Dirigirse a múltiples niveles de influencia simultáneamente (como individuos, familias, comunidades y naciones).

- Tener en cuenta las necesidades especiales de los grupos destinatarios (es decir, basarse en la edad, género, raza, clase social, etc.).
- Tener una visión a largo plazo de los resultados en salud, ya que los cambios frecuentemente necesitan muchos años para llegar a establecerse.
- Implicar a la variedad de sectores de nuestra sociedad que tradicionalmente no han estado asociados con los esfuerzos de la promoción de la salud, incluyendo leyes, empresas, educación, servicios sociales y medios de comunicación.

Algunas limitaciones del BCC se centran en su conciencia de promoción de la salud a través, paradójicamente, de la prevención de la enfermedad y el estudio únicamente de los estilos de vida clásicos (alcohol, tabaco, actividad física y alimentación). Sin embargo, a pesar de esas limitaciones, este colectivo tiene la importancia de formar parte de los primeros intentos de demostrar la necesidad de intervenir en múltiples conductas de salud o estilos de vida, para así aprovechar la sinergia creada a partir de su interrelación. De hecho, los expertos que forman parte de este consorcio denuncian la poca claridad existente en la investigación sobre la interrelación entre diferentes conductas relacionadas con la salud, a pesar de las décadas de investigación en este área (Ory, Jordan & Bazzarre, 2002).

En la misma línea, la Fundación *Robert Wood Johnson* y el *Bayer Institute for Health Care Communication* de los Estados Unidos de América han fundado en 2001 el proyecto conocido como *Addressing Multiple Behavioral Risk Factors in Primary Care*, con el objetivo de revisar la existencia de evidencias sobre las estrategias de intervención en múltiples riesgos y elaborar recomendaciones para la investigación, la intervención y la política (Orleans, 2004). A pesar

de que este proyecto se centra también en las cuatro conductas de riesgo clásicas (tabaco, alcohol, actividad física y alimentación), consideran que si se crea una adecuada plataforma de intervención y evaluación para estos cuatro comportamientos, en el futuro podría ampliarse para incluir también a otros comportamientos de riesgo para la salud (Pronk, Peek et al., 2004). Estos autores hacen una serie de recomendaciones para trabajar desde esta nueva perspectiva:

- Llevar a cabo diálogos o grupos de discusión con múltiples participantes, como clínicos, dirigentes del sistema de salud o políticos.
- Plantear una agenda de política pública, organizada en torno a cuestiones públicas relacionadas con el contexto de la intervención en múltiples factores de riesgo.
- Apoyar de manera continua la transferencia de los resultados de la investigación a las aplicaciones prácticas de la intervención en múltiples factores de riesgo.
- Iniciar algunos proyectos de demostración alrededor de la intervención en múltiples factores de riesgo.
- Apoyar una agenda de investigación más amplia que se centre en la intervención en múltiples factores de riesgo.

Como se puede apreciar a lo largo de esta revisión, las investigaciones que se preocupan del análisis múltiple de los estilos de vida se centran sobre todo en las conductas que ponen en riesgo la salud, así como en la prevención a nivel secundario y terciario de aquellos pacientes con determinadas dolencias o con riesgos de desarrollarlas, como por ejemplo enfermedades cardiovasculares o diabetes. Así mismo, existen evidencias que demuestran que, desde esta perspectiva, la intervención sobre múltiples conductas de riesgo puede producir efectos pequeños, pero estadísticamente significativos (Goldstein, Whitlock & DePue, 2004; Orleans, Gruman, Ulmer, Emont

& Hollendonner, 1999). Spring, Doran, Pagoto, Schneider, Pingitore y Hedeker (2004) encuentran, en una muestra de mujeres adultas pertenecientes a un programa destinado al cambio de múltiples estilos de vida (tabaco, actividad física y alimentación), que la intervención tiene más éxito cuando los cambios se realizaban secuencialmente y no simultáneamente. Sin embargo, Prochaska (2008) demuestra que las intervenciones destinadas a modificar múltiples conductas de riesgo para la salud son efectivas tanto si se atajan las diferentes conductas de riesgo de manera simultánea como si se hace de un modo secuencial. De cualquier modo, la investigación más actual apoya la eficacia de la intervención sobre múltiples conductas de riesgos, a pesar de la inexistencia de acuerdos sobre el mejor modo de hacer esta intervención múltiple.

En lo que respecta a la prevención terciaria de las conductas de riesgo para la salud, es decir, la prevención de las conductas de riesgo que ya están instauradas en la persona, Noar, Chabot y Zimmerman (2008) proponen tres enfoques para la adaptación de las teorías clásicas acerca del cambio de conductas aisladas al campo del cambio múltiple de conducta. Concretamente, el modelo de creencia de salud (Becker & Maiman, 1975), la teoría de la acción razonada (Ajzen & Fishbein, 1980) y de la conducta planificada (Ajzen, 1991), la teoría social cognitiva (Bandura, 1986) o el modelo transteórico (Prochaska & DiClemente, 1983), estos autores proponen tres enfoques para el cambio múltiple de conductas: un enfoque de los principios del cambio conductual, otro enfoque centrado en la categoría de la salud/conducta global, y, por último, un enfoque múltiple de comportamiento. De este modo se reconoce una vez más la importancia del cambio múltiple de las conductas de salud y, por ende, de la necesidad de profundizar en el estudio de las constelaciones de dichas conductas en su relación con la salud.

De todos los modelos y teorías de salud, ha sido el modelo transteórico el que ha recibido más apoyo en el estudio e intervención sobre múltiples conductas de riesgo para la salud desde la prevención terciaria, al tener en cuenta varios grados de preparación para el cambio en la conducta de riesgo (Prochaska et al., 2004, 2005). Concretamente, según este modelo, las personas que cambian sus conductas de salud progresan a través de cinco estados (Prochaska & DiClemente, 1983): precontemplación (no tiene la intención de cambiar en el futuro previsible), contemplación (tiene la intención de cambiar en los próximos 6 meses), preparación (tiene la intención de cambiar en los próximos 30 días), acción (ha realizado el cambio en los últimos 6 meses) y mantenimiento (hizo el cambio hace más de 6 meses). El modelo transteórico integra tres importantes conceptos para el examen y la intervención sobre las conductas de salud a través de las distintas fases: balance en la toma de decisiones, autoeficacia y procesos de cambio.

En definitiva, todos estos intentos teóricos se centran en la modificación individual de las conductas de riesgo para la salud de manera independiente, desde un enfoque de prevención terciaria. Sin embargo, la investigación no ha aportado aún suficiente información acerca de la intervención múltiple, en el ámbito poblacional y de prevención primaria y secundaria, es decir, para la población que todavía no tiene establecidas de manera permanente dichas conductas de riesgo, como es el caso de la población adolescente. Además, en esta etapa evolutiva es especialmente importante no solo prevenir la instauración de constelaciones de múltiples conductas que ponen en riesgo la salud, sino también aquellas intervenciones destinadas a promover y mantener los patrones múltiples de conductas que demuestren proteger su salud.

La investigación disponible hasta el momento aporta evidencias suficientes sobre la prevalencia de estilos de vida aislados de riesgo para la salud y de sus asociaciones con las características demográficas, incluidas asociaciones bivariadas entre las conductas de estilo de vida y otros factores relacionados con la salud. Sin embargo, solo una parte muy modesta de la investigación aborda las relaciones entre múltiples estilos de vida que protegen o promueven la salud, así como de los clústeres de esas variables y sus correlatos demográficos (Atkins & Clancy, 2004; Coups, Gaba & Orleans, 2004). Así, tal y como señalan los editores invitados del número especial de la revista *Preventive Medicine*, dedicada al enfoque del cambio múltiple de las conductas de salud (*Multiple Health Behavior Change, MHBC*), el campo de la investigación en este ámbito es joven y sus límites están todavía sin definir (Prochaska, Spring & Nigg, 2008).

## **2.5. Referencias bibliográficas.**

- Aaro, L. E., Lamberg, J. C. & Wold, B. (1995). Health behaviours among adolescents: Towards a hypothesis of two dimensions. *Health Education Research, 10*, 83-93.
- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings. *Social Science & Medicine, 32*, 899-908.
- Ajzen, I. & Fishbein, R. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes, 50*, 179-211.
- Ansbacher, H. L. (1967). Life style: A historical and systematic review. *Journal of Individual Psychology, 23*, 191-212.



- Atkins, D. & Clancy, C. (2004). Multiple risk factors interventions. Are we up to the challenge? *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (Suppl. 1), 102-103.
- Badura, B. (1982). Estilos de vida y salud: la perspectiva socioecológica. En J. I. Ruiz Olabuenaga (Ed.), *Estilos de vida e investigación social* (pp. 219-235). Bilbao, España: Mensajero.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.
- Becker, M. H. & Malman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care regimens. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Belloc, N. B. & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, 409-421.
- Brener, N. D. & Collins, J. L. (1998). Co-occurrence of health-risk behaviors among adolescents in the United States. *Journal of Adolescence Health*, 22, 209-213.
- Cockerham, W. C., Rütten, A. & Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, 38, 321-342.
- Coreil, J., Levin, J. S. & Jaco, G. (1992). Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. *Clínica y Salud*, 3, 221-231.
- Coups, E. J., Gaba, A. & Orleans, T. (2004). Physician screening for multiple behavioral health risk factors. *American Journal of Preventive Medicine*, 27, 34-41.
- Donovan, J. E. & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 13, 890-904.
- Donovan, J. E., Jessor, R. & Costa, F. M. (1991). Adolescent health behavior and conventionality-unconventionality: An extension of problem-behavior theory. *Health Psychology*, 10, 52-61.

- Donovan, J. E., Jessor, R. & Costa, F. M. (1993). Structure of health-enhancing behavior in adolescence: A latent-variable approach. *Journal of Health and Social Behavior, 34*, 346-362.
- Elliot, D. S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S. G. Millstein, A. C. Petersen & E. O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century* (pp. 119-150). Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*, 129-136.
- Giannakopoulos, G., Panagiotakos, D., Mihas, C. & Tountas, Y. (2008). Adolescent smoking and health-related behaviours: interrelations in a Greek school-based sample. *Child: Care, Health and Development, 35*, 164-170.
- Goldstein, M. G., Whitlock, E. P. & DePue, J. (2004). Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *American Journal of Preventive Medicine, 27* (Suppl. 2), 61-79.
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. Nueva York, NY, EE. UU.: Academic Press.
- Jessor, R. (1984) Adolescent development and behavioral health. En J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd & N. E. Miller (Eds.), *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention* (pp. 69-90). Nueva York, NY, EE. UU.: John Wiley & Sons.
- Jessor, R., Chase, J. & Donovan, J. (1980). Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents. *American Journal of Public Health, 70*, 604-613.
- Jessor, R., Turbin, M. S. & Costa, F. M. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 788-800.

- Kremers, S. P. J., de Bruijn, G. J., Schaalma, H. & Brug, J. (2004). Clustering of energy balance-related behaviours and their intrapersonal determinants. *Psychology and Health, 19*, 595-606.
- Krick, J. P. & Sobal, J. (1990). Relationships between health protective behaviors. *Journal of Community Health, 15*, 19-34.
- Kulbok, P. A. & Cox, C.L. (2002). Dimensions of adolescents' health behavior. *Journal of Adolescence Health, 31*, 394-400.
- Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior: Results from a 16-year follow-up. *American Journal of Public Health, 69*, 1142-1145.
- Noar, S., Chabot, M. & Zimmerman, R. S. (2008). Applying health behavior theory to multiple behavior change: Considerations and approaches. *Preventive Medicine, 46*, 275-280.
- Nutbeam, D., Aaro, L. & Wold, B. (1991). The lifestyle concept and health education with young people. Results from a WHO international survey. *World Health Statistics Quart, 44*, 55-61.
- Orleans, C. T. (2004). Addressing multiple behavioral health risks in primary care. Broadening the focus of health behavior change research and practice. *American Journal of Preventive Medicine, 27* (Suppl. 1), 1-3.
- Orleans, C. T., Gruman, J., Ulmer, C. Emont, S. L. & Hollendonner, J. K. (1999). Rating our progress in population health promotion: Report card on six behaviors. *American Journal of Health Promotion, 14*, 75-82.
- Ory, M. G., Jordan, P. J. & Bazzarre, T. (2002). The behavior change consortium: Setting the stage for a new century of health behavior-change research. *Health Education Research, 17*, 500-511.
- Osgood, D. W., Johnston, L. D., O'Malley, P. M. & Bachman, J. G. (1988). The generality of deviance in late adolescence and early adulthood. *American Sociological Review, 53*, 81-93.

- Pastor, Y., Balaguer, I. & García Merita, M. L. (1998a). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la Salud, 10*, 15-52.
- Pastor, Y., Balaguer, I. & García Merita, M. L. (1998b). Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia: una revisión. *Revista de Psicología General y Aplicada, 51*, 469-483.
- Prochaska, J. & Diclemente, C. (1983). Stages and processes of change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical Psychology and Psychotherapy, 51*, 390-395.
- Prochaska, J. J., Spring, B. & Nigg, C. R. (2008). Multiple health behavior change research: An introduction and overview. *Preventive Medicine, 46*, 181-188.
- Prochaska, J. O. (2008). Multiple health behavior research represents the future of preventive medicine. *Preventive Medicine, 46*, 281-285.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Redding, C., Rossi, J. S., Goldstein, M., DePue, J., et al. (2005). Stage-based expert systems to guide a population of primary care patients to quit smoking, eat healthier, prevent skin cancer, and receive regular mammograms. *Preventive Medicine, 41*, 406-416.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Redding, C. A., Greene, G. W., Rossi, S. R., et al. (2004). Multiple risk expert systems interventions: Impact of simultaneous stage-matched expert system interventions for smoking, high-fat diet, and sun exposure in a population of parents. *Health Psychology, 23*, 503-516.
- Pronk, N. P., Anderson, L. H., Crain, A. L., Martinson, B. M., O'Connor, P. J., Sherwood, N. E., et al. (2004). Meeting recommendations for multiples healthy lifestyle factors: Prevalence, clustering, and predictors among adolescent, adult,

- and senior health plan members. *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (Suppl. 1), 25-33.
- Pronk, N. P., Peek, C. J. & Goldstein, M. G. (2004). Addressing multiple behavioral risk factors in primary care. A synthesis of current knowledge and stakeholder dialogue sessions. *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (Suppl. 1), 4-17.
- Rutten, A. (1995). The implementation of health promotion: A new structural perspective. *Social Science & Medicine*, 41, 1627-1637.
- Solomon, S. & Kington, R. (2002). National efforts to promote behavior-change research: Views from the Office of Behavioral and Social Sciences Research. *Health Education Research*, 17, 495-499.
- Sorenson, J. R. & Steckler, A. (2002). Improving the health of the public: A behavior-change perspective. *Health Education Research*, 17, 493-494.
- Spring, B., Doran, N., Pagoto, S., Schneider, K., Pingitore, R. & Hedeker, D. (2004). Randomized controlled trial for behavioral smoking and weight control treatment: Effect of concurrent versus sequential intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 785-796.
- Steele, J. L. & McBroom, W. H. (1972). Conceptual and empirical dimensions of health behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 382-392.
- Tapp, J. T. & Goldenthal, P. (1982). A factor analysis study of health habits. *Preventive Medicine*, 11, 724-728.
- Terre, L., Drabman, R. S. & Meydrech, E. F. (1990). Relationships among children's health-related behaviors: A multivariate, developmental perspective. *Preventive Medicine*, 19, 134-146.
- Thuen, F., Klepp, K. I. & Wold, B. (1992). Risk-seeking and safety-seeking behaviors: A study of health-related behaviors among

- Norwegian school children. *Health Education Research*, 7, 269-276.
- Ungemack, J. A. (1994). Patterns of personal health practice: Men and women in the United States. *American Journal of Preventive Medicine*, 10, 38-44.
- Vickers, R. R., Conway, T. L. & Hervig, L. K. (1990). Demonstration of replicable dimensions of health behaviors. *Preventive Medicine*, 19, 377-401.
- Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N. & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 267-284.
- Williams, A. F. & Wechsler, H. (1972). Interrelationship of preventive actions in health, and other areas. *Health Services Reports*, 87, 969-976.
- Willians, A. F. & Wechsler, H. (1973). Dimensions of preventive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 420-425.
- World Health Organization (1986). Life-Styles and Health. *Social Science & Medicine*, 22, 117-124.