

CREENCIAS SOBRE SALUD Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS JÓVENES: ESTUDIO BIOGRÁFICO DE ESTILOS DE VIDA

*Susan Galdames Cruz**
*Paulina Jamet Rivera***
*Alexander Bonilla Espinoza****
*Francisca Quintero Carvajal*****
*Valerie Rojas Muñoz******

Recibido en diciembre 26 de 2017, aceptado en julio 30 de 2018

Citar este artículo así:

Galdames Cruz S, Jamet Rivera P, Bonilla Espinoza A, Quintero Carvajal F, Rojas Muñoz V. Creencias sobre salud y prácticas de autocuidado en adultos jóvenes: estudio biográfico de estilos de vida. *Hacia Promoc. Salud.* 2019; 24 (1): 28-43. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.1.4

Resumen

El abundante acceso a información y recomendaciones para el autocuidado de la salud a través de los medios de comunicación y los programas de salud pública no han logrado aumentar la adherencia de la población a estilos de vida saludables. A pesar de los avances en esta materia, las enfermedades no transmisibles asociadas a estilos de vida insanos siguen siendo una epidemia a nivel mundial. **Objetivo:** Para comprender uno de los factores psicosociales relevantes para el autocuidado de la salud se estudió en profundidad las creencias de profesionales jóvenes chilenos sobre salud y sobre sus prácticas de autocuidado. **Materiales y métodos:** Mediante un estudio cualitativo basado en el paradigma fenomenológico y el método biográfico se analizó las historias de vida de 14 adultos jóvenes profesionales que trabajan en distintas áreas laborales. **Resultado:** En base a un análisis de contenido se muestra que los jóvenes manifiestan creencias favorables hacia un estilo de vida saludable, pero a nivel de sus prácticas de autocuidado ellos mantienen algunas conductas no saludables. Es así como, independientemente del conocimiento científico que manejan sobre salud, los jóvenes generan una estructura argumentativa personal que les permite autojustificar la inconsistencia entre sus creencias y sus prácticas de autocuidado. **Conclusiones:** Estos hallazgos plantean la necesidad de redirigir el foco de las intervenciones de promoción de estilos de vida saludables.

Palabras clave

Estilo de vida, autocuidado, conductas saludables, pensamiento, psicología (fuente: DeCS, BIREME).

* Psicóloga. Doctora en Psicología. Departamento de Psicología. Universidad de La Serena. Coquimbo, Chile. Autor para correspondencia. Correo electrónico: sgaldame@userena.cl.  orcid.org/0000-0003-4672-3100. 

** Psicóloga. Universidad de La Serena. Coquimbo, Chile. Correo electrónico: pjamet@alumnosuls.cl.

 orcid.org/0000-0002-2667-4308. 

*** Psicólogo. Universidad de La Serena. Coquimbo, Chile. Correo electrónico: aleebonilla93@gmail.com.

 orcid.org/0000-0003-4895-4850. 

**** Psicóloga. Universidad de La Serena. Coquimbo, Chile. Correo electrónico: fcaquinterocarvajal@gmail.com.

 orcid.org/0000-0002-5738-5939. 

***** Psicóloga. Universidad de La Serena. Coquimbo, Chile. Correo electrónico: valerie.s.rojas@gmail.com.

 orcid.org/0000-0003-3415-7869. 



BELIEFS ON HEALTH AND SELF-CARE PRACTICES IN YOUNG ADULTS: BIOGRAPHICAL STUDY OF LIFESTYLES

Abstract

The abundant access to information and recommendations for self-care for health through the media and public health programs have not managed to increase the adherence of the population to healthy lifestyles. Despite advances in this area, the non-communicable diseases associated with unhealthy lifestyles continue to be an epidemic worldwide. **Objective:** the beliefs of Chilean young professionals about health and self-care were studied in depth to understand one of the relevant psychosocial factors that affect health self-care. **Materials and methods:** through a qualitative study based on the phenomenological paradigm and the biographical method, the life stories of 14 Chilean young professional adults working in different work areas were analyzed. **Results:** based on a content analysis, young people show favorable beliefs towards a healthy lifestyle but, at the level of self-care practices, they maintain some unhealthy behaviors. This is how, regardless of the scientific knowledge they handle about health, young people generate a personal argumentative structure that allows them to self-justify the inconsistency between their beliefs and their self-care practices. **Conclusions:** These findings raise the need to redirect the focus of interventions promoting healthy lifestyles.

Key words

Lifestyle, self-care, health behavior, thought, psychology (*Source: MeSH, NLM*).

CRENÇAS SOBRE SAÚDE E PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO EM ADULTOS JÓVENS: ESTUDO BIOGRÁFICO DE ESTILOS DE VIDA

Resumo

O abundante acesso a informação e recomendações para o autocuidado da saúde a través dos meios de comunicação e os programas de saúde pública não tem logrado aumentar a aderência da população a estilos de vida saudáveis. Apesar dos avanços nesta matéria, as doenças não transmissíveis associadas a estilos de vida insanos seguem sendo uma epidemia a nível mundial. **Objetivo:** Para compreender um dos fatores psicossociais relevantes para o autocuidado da saúde se estudou em profundidade as crenças de profissionais jovens chilenos sobre saúde e sobre suas práticas de autocuidado. **Materiais e métodos:** Através dum estudo qualitativo baseado no paradigma fenomenológico e o método biográfico se analisou as histórias de vida de 14 adultos jovens profissionais que trabalham em diferentes áreas ocupacionais. **Resultado:** De acordo a uma análise de conteúdo se amostra que os jovens manifestam crenças favoráveis para um estilo de vida saudável, mas a nível de suas práticas de autocuidado eles mantem algumas condutas não saudáveis. É assim como, independentemente do conhecimento científico que têm sobre saúde, os jovens geram uma estrutura argumentativa pessoal que lhes permite auto justificar a inconsistência entre suas crenças e suas práticas de autocuidado. **Conclusões:** Estas descobertas estabelecem a necessidade de redirecionar o foco das intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis.

Palavras Chave

Estilo de vida, autocuidado, condutas saudáveis, pensamento, psicologia (*Fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

A pesar de la gran difusión de información y recomendaciones que se entregan en los servicios de salud, y a través de los medios de comunicación masivos, aún persiste una baja adherencia a estilos de vida saludables en la población. Las enfermedades crónicas que dependen de los estilos de vida siguen constituyendo el principal problema de salud pública en las Américas (1). En Chile, pese a los avances en el sistema de salud pública, las últimas encuestas de salud señalan que en la población adulta: 43,9 % padece enfermedades crónicas; 27,7 % declara estar estresado (2); 9,8 % padece diabetes; 38,5 % tiene colesterol elevado; 25,1 % tiene obesidad (3); mientras que en hábitos saludables solo un 5 % cumple con una alimentación integral saludable (4) y solo un 31,8 % hace ejercicio físico y/o deporte (5). La proyección de este panorama a nivel nacional, y uno similar a nivel de Latinoamérica (6), tiene consecuencias negativas para el desarrollo social y económico de los países y plantea la necesidad urgente de desarrollar intervenciones que promuevan en forma efectiva estilos de vida saludables en la población.

Durante la última década, en Chile, se han implementado estrategias de prevención de enfermedades crónicas y de promoción de estilos de vida saludable (7-10). Sin embargo la evaluación de la Política de Promoción de la Salud en Chile del período 1998-2006 (11) muestra que la cobertura aún no es suficiente para dar respuesta a las demandas del perfil epidemiológico nacional. A nivel científico se ha reconocido que los factores psicosociales tienen un rol importante en predecir la conducta de salud. Los estilos de vida están influenciados por factores tanto internos como externos al individuo en los que interactúan variables biomédicas, psicosociales y de vida cotidiana (12-15). Tradicionalmente este fenómeno se ha abordado desde un enfoque centrado en enfermedades específicas evaluando la prevalencia e interviniendo en conductas de

riesgo, mayoritariamente en población vulnerable. En este ámbito las investigaciones sobre creencias y representaciones de las personas sobre su enfermedad han mostrado que estas variables son buenos predictores de la adherencia al tratamiento (16-19) sobre todo en personas con enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, enfermedad coronaria, tuberculosis, SIDA entre otros).

Por otra parte el problema de los estilos de vida ha sido abordado desde un enfoque de promoción de la salud, definida esta por la OMS como “capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta” (20). Este enfoque ha abierto un campo de investigación transdisciplinario en el que se han desarrollado modelos conceptuales con una mirada biopsicosocial como lo es, por ejemplo, el modelo del campo de la enfermería denominado modelo promoción de la salud de Pender (21). A partir de este modelo se encuentran estudios que han estimado una prevalencia de estilos de vida promotores de salud de solo un 52,2 % en la población local chilena (22). Tanto el modelo de Pender como otros modelos previos recogidos por este, destacan el rol de las creencias como predictor de la conducta saludable y reconocen que para implementar y mantener comportamientos saludables la persona —como gestora de su propia salud— debe tener creencias favorables y la disposición conductual al estilo de vida saludable.

La investigación en torno a creencias sobre estilos de vida saludable (23) y otros factores cognitivo-sociales tales como significados personales (24), teorías implícitas (25, 26), representación de enfermedad (16), entre otros, plantea que el pensamiento actúa sobre la conducta de salud en forma de un conjunto dinámico de ideas —espontáneas y contextuales— que acompañan el comportamiento y le otorgan sentido; conforme a lo cual, la representación subjetiva de la propia salud constituye un mediador de la conducta e incide en la adherencia a estilos de vida saludable. Asimismo, las personas actúan como agentes

activos en la búsqueda de soluciones a sus problemas de salud (o malestares) organizando el procesamiento de información perceptiva y conceptual sobre las amenazas de salud de manera episódica y autorregulada gracias a un sistema de retroalimentación cognitivo conductual (17). De este modo las creencias y las prácticas de cuidado de la salud se influyen mutuamente y, además, son parte del carácter dinámico de la cultura (27).

Uno de los aportes del enfoque de la promoción de la salud es el concepto del autocuidado que se refiere al conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona en relación consigo misma, con su cuerpo y su entorno, con el interés de regular los factores internos o externos que se perciben relacionados a la propia salud (28). El autocuidado puede variar en función de la experiencia del individuo con algún problema de salud tanto en lo personal como en figuras cercanas. Se aprende a lo largo del desarrollo y a la vez depende de las necesidades evolutivas del individuo. Aun cuando existen medidas universales de cuidado de la salud, a lo largo del ciclo vital, se debe producir una adaptación del comportamiento al contexto social y a las necesidades específicas de cada edad (29); lo cual plantea la necesidad de abordar un enfoque evolutivo en el estudio de los estilos de vida saludables. Estudios recientes en población universitaria sobre creencias saludables y variables psicológicas relevantes para el autocuidado han establecido el rol protector que, en interacción con las creencias saludables, tienen los factores de: capacidad de resolución de problemas y afrontar estrés; habilidades sociales y bienestar subjetivo y autocontrol respecto a las prácticas saludables de autocuidado (30).

En el contexto del problema de los estilos de vida en salud, el presente estudio aporta al conocimiento que orienta la promoción de conductas saludables mediante el objetivo de comprender cuáles son las creencias de adultos jóvenes sanos sobre la salud y sobre el autocuidado que realizan en su vida cotidiana. En esta oportunidad se abordará el fenómeno estudiado desde un enfoque ideográfico,

por ello no se pretende generalizar los resultados a la población general sino que se busca comprender las experiencias subjetivas de autocuidado de un grupo reducido. De este modo se ha optado por analizar la perspectiva de adultos jóvenes, quienes desde un punto de vista evolutivo y preventivo supuestamente han alcanzado un completo nivel de autonomía en la toma de decisiones sobre su estilo de vida y autocuidado. En este momento vital, el individuo ha terminado su moratoria social e ingresa al mundo del trabajo y establece un proyecto de vida asociado a su identidad. Por esto, las conductas de salud que se definen en esta etapa tenderán a mantenerse relativamente estables en el tiempo y/o repercutirán en edades posteriores en las que de acuerdo al panorama epidemiológico de hoy se predicen peores índices de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación cualitativa se basó en el paradigma fenomenológico (31), en tanto otorga relevancia al significado social esencial de las acciones y al contexto en que estas ocurren. Asimismo, la investigación de un fenómeno requiere de la indagación de la perspectiva de los sujetos sobre los significados de su experiencia y se orienta a establecer cómo se estructuran dichos significados. En este marco, el método biográfico (32) permite acceder a la significación subjetiva de un fenómeno en distintos momentos de la vida (33); siendo su principal herramienta para acceder a los significados psicosociales el relato extenso de las experiencias vividas con la riqueza de las características del entorno físico, afectivo, relacional y temporal vivenciado. En este caso se buscó indagar sobre la experiencia vivida por los jóvenes en el ámbito que ellos consideraron central para la formación de sus conductas y concepciones de autocuidado de la salud, revelando detalladamente eventos vitales dotados de significado en sus correspondientes contextos (34). Debido a que las entrevistas estuvieron centradas en el acontecer vital vinculado a la salud, el presente estudio utilizó historias de vida

temáticas centradas en el autocuidado de la salud (40); estas fueron realizadas individualmente con un bajo nivel de estructuración en el que se buscó captar información personal y subjetiva que espontáneamente narraron los sujetos.

Se utilizó una muestra intencionada de acuerdo a los objetivos de investigación de 14 adultos jóvenes egresados de la Universidad de La Serena, titulados en carreras de distintos ámbitos profesionales (tabla 1). Uno de los criterios que enriquecen los análisis en investigación cualitativa es la pluralidad de las características de los sujetos, ya que esto permite una mayor riqueza de las experiencias recogidas. Por ello se escogieron sujetos de distintas profesiones, definidas en base a la clasificación de ocupaciones de la Organización

Internacional del Trabajo (35), y correspondientes a distintas áreas laborales y que estuvieran en proporciones similares en cuanto a sexo. Los otros criterios de inclusión fueron: ser adulto joven, egresado de la Universidad de La Serena entre 2008-2014, que se encontraran trabajando en sus correspondientes profesiones y viviendo en forma autónoma. Los criterios de exclusión fueron: tener hijos y/o estar embarazada debido a los cambios que esto genera respecto a los cuidados en salud y la atención constante hacia el cuidado de otro. Los jóvenes fueron contactados a través de información facilitada por la Oficina de Egresados con la firma de un protocolo de acceso restringido y uso confidencial de los datos. La fase de campo de la investigación se llevó a cabo entre noviembre de 2015 y enero de 2016.

Tabla 1. Características de la muestra.

Sujeto	Edad	Sexo	Ocupación
E1	32	Femenino	Químico Laboratorista
E2	30	Masculino	Periodista
E3	25	Femenino	Enfermera
E4	25	Masculino	Ingeniero Civil Mecánico
E5	28	Masculino	Profesor Lenguaje
E6	25	Femenino	Psicóloga
E7	25	Masculino	Ingeniero Comercial
E8	24	Femenino	Educadora Diferencial
E9	26	Masculino	Arquitecto
E10	26	Masculino	Ingeniero en Minas
E11	28	Femenino	Educadora de Párvulos
E12	25	Masculino	Traductor
E13	29	Femenino	Profesora Biología
E14	27	Femenino	Diseñadora

Fuente: elaboración propia.

Los jóvenes fueron contactados mediante un correo electrónico que solicitaba su participación a través de un consentimiento informado y les comunicaba sobre los objetivos y métodos de la investigación. Al confirmar su voluntad de participar, los jóvenes enviaron un número telefónico de contacto para coordinar la siguiente fase de investigación. Las entrevistas se realizaron en los lugares de trabajo de los participantes y/o en lugares de encuentro público que ellos eligieron. Todos los procedimientos de la investigación fueron diseñados de acuerdo a los principios de la Declaración de Helsinki (36).

El procedimiento mediante el cual se realizó la recolección de datos fue la entrevista en profundidad, grabada en audio, que se motivó mediante preguntas directrices; no obstante, la mayor parte de los relatos surgieron en forma espontánea. Cada entrevista se extendió entre una a dos sesiones y se llevó el registro de notas de campo en cada sesión de entrevista. Previo a la fase de campo se reconocieron los supuestos y preconcepciones de los investigadores sobre el tema con el fin de mantenerlos entre paréntesis y no contaminar las entrevistas (37).

En la primera fase se realizaron 9 entrevistas y paralelamente se llevó a cabo su transcripción textual con detalles de aspectos contextuales, no verbales y del clima afectivo del relato, y se comenzó el análisis e interpretación del texto en forma manual. En la última fase, paralelamente a los análisis de resultados, se realizaron 5 entrevistas adicionales que permitieron una comprensión más acabada del fenómeno estudiado; lográndose la saturación de las categorías.

El análisis de los datos comprendió distintas fases de reducción fenomenológica (31) de los relatos individuales, transcritos minuciosamente, en base a los cuales se establecieron unidades de sentido que describían en forma textual las narraciones de los jóvenes. Luego se pasó a un análisis del conjunto de las historias y se conformaron

familias de significados que dieron origen a las categorías centrales en torno al autocuidado de la salud. Estas categorías expresadas en conceptos psicológicos y/o fenomenológicos se formularon incorporando los apuntes del cuaderno de notas de los investigadores y permitieron la descripción estructural de los significados (38).

Respecto a los criterios de rigor se implementó lo señalado por Norena et al. (39), cuidando la consistencia del proceso investigativo a lo largo del estudio. Se realizó una constante triangulación de fuentes mediante discusiones y revisión de notas de las entrevistas en las reuniones de equipo en las que se generaron, discutieron y clarificaron las categorías de análisis para asegurar que estuvieran reflejando la perspectiva de los entrevistados. Las categorías inicialmente se basaron en temas consistentes con la revisión teórica y a estas se agregaron categorías que fueron emergiendo desde los mismos relatos. Además, se realizaron reuniones sistemáticas de supervisión del equipo que mediante el criterio intersubjetivo aseguró la credibilidad de los resultados; tomándose consciencia de los sesgos de los investigadores como una forma de regular la interferencia de concepciones de estos en los análisis y generación de resultados. Por último, el uso del método cualitativo propone la transferibilidad de los resultados como la posibilidad de aplicarlos al análisis de casos similares a los evaluados y abre hipótesis útiles para la comprensión del fenómeno que sirvan de guía para futuras investigaciones.

RESULTADOS

A continuación, se presentan las principales categorías construidas en base a las narraciones de los sujetos entrevistados.

Creencias sobre lo que es salud: los jóvenes definieron salud como un fenómeno que a la vez es estado y proceso. En tanto estado lo definieron como experimentar bienestar físico, psicológico y tener relaciones interpersonales positivas en un

determinado momento. En cuanto a proceso, es una constante búsqueda de equilibrio para la satisfacción de necesidades que la persona tiene en los distintos ámbitos que conforman su ser. Aunque fueron mencionadas las necesidades espirituales, según la interpretación de los investigadores, no lograron diferenciarse de las psicológicas. Por último, a lo largo de una misma entrevista, la mayoría de los sujetos señalaron más de una definición explícita o implícita de salud. Por ejemplo, mencionaron en un momento de la entrevista la definición de salud como ausencia de malestar o enfermedad: “estas sano si no tienes ninguna alteración, ninguna enfermedad, tanto física como psicológicamente” (E5); y en otro momento hacían mención del significado de salud asociado a la apariencia física saludable, en donde estar sano implica “verse bien”: “el cuidarse hace que uno se vea bien y el verse bien [...] verse sano, verse radiante” (E4).

Creencias sobre autocuidado: el autocuidado fue considerado una “responsabilidad propia”, que requiere de la toma de consciencia. De igual manera mencionaron realizar un repertorio de conductas que consideran autocuidado tales como alimentarse en forma sana, beber agua, evitar riesgos, regular la ingesta de alcohol y drogas, asistir a controles médicos, usar preservativos y hacer ejercicio.

Al relatar sus creencias, los sujetos pasaban de un nivel conceptual amplio a dar ejemplos concretos específicos. Por ejemplo, la creencia de que es importante realizar autocuidado físico integral principalmente se remitía a alimentarse en forma saludable y ejercitar, así como lo psicológico a tener menos estrés: “salud es todo aquel estado físico o emocional [...]. Lo que es para el cuerpo alimentarse bien y hacer deporte; y para la mente por supuesto es evitar problemas” (E5). Las conductas de autocuidado en el ámbito psicológico fueron generalmente relatadas en forma negativa, a saber: “evitar problemas, evitar estrés, evitar sobrecargarse”. La única vez que apareció en positivo fue como ‘relajarse’.

Experiencias relevantes del ciclo vital: esta categoría hace referencia a una serie de sucesos que, según los entrevistados, influyeron en la formación de sus conductas de autocuidado al día de hoy. Estas experiencias estaban asociadas a contextos vitales tales como el hogar en que crecieron, el colegio en que estudiaron, la universidad y el lugar de trabajo. Respecto al hogar y a la familia de origen, los sujetos consideran que tuvieron poca participación y autonomía en la adquisición de conductas de autocuidado a lo largo de su crianza. Las conductas aprendidas se atribuyen a modelado de conductas o hábitos que tuvieron que asumir por disposición de sus padres. “Cuando vivía con mis viejos era como comer lo que ellos decían, lo que consideraban bueno a su parecer” (E2).

La valoración que los jóvenes hicieron sobre el contexto escolar fue ambivalente dado que, si bien lo reconocen como un contexto relevante para su desarrollo, consideran que este no hizo una formación intencional de conductas de autocuidado integral y se limitó a actividades puntuales sobre temas específicos como son la prevención de uso de drogas y sexualidad responsable. Los relatos se refirieron a lo que ‘no’ se hizo en su experiencia escolar, por ejemplo: que no existían aprendizajes graduales, permanentes o transversales que condujeran a implementar los aprendizajes en lo cotidiano sino que se trataban los temas de salud como materia teórica de algunas asignaturas.

Sobre el contexto universitario se observaron diferencias entre las experiencias de los jóvenes, las cuales ellos atribuyeron a la carrera que estudiaron o a la presencia de algún docente que incentivó la salud. Generalmente los jóvenes no consideran la formación del autocuidado como parte de la formación profesional recibida e incluso justifican y normalizan la experiencia de alimentación insana, desorden en el dormir, uso de alcohol y drogas, entre otras, que vivieron durante su paso por la universidad. Algunos relatos de los jóvenes señalaron que al enfrentar los períodos de presión académica se “tienen más ganas de comer

calorías”, se duerme menos y algunos estudiantes buscan formas de activarse/relajarse consumiendo cigarrillo, alcohol y en menor medida fármacos psicoestimulantes.

De igual manera hicieron referencia a experiencias de enfermedad/autocuidado vividas; es decir que los entrevistados creen que haberse enfermado y la forma en que sus cuidadores enfrentaron la enfermedad fue una experiencia altamente significativa, especialmente las formas de cuidado que fueron efectivas en restablecer su salud o brindarles alivio. Más que una coincidencia en los tratamientos utilizados (uso de hierbas, medicamentos, cambios alimentarios, remedios caseros entre otros), los entrevistados coincidieron en reportar una experiencia afectiva de alivio que les generó la convicción de causalidad y efectividad del tratamiento.

Factores de monitoreo de la salud: esta categoría hace referencia a las creencias en relación a los factores del contexto que ofrecen retroalimentación o gatillan el monitoreo de la salud. Estos factores son principalmente informaciones relevantes de los medios de comunicación e interacciones con personas significativas que impulsan un cambio en la preocupación y/o en las conductas de autocuidado específicas. Estas personas incluyen amistades, familiares, profesores y compañeros de trabajo o incluso algún reportaje o testimonio que promueva la toma de consciencia, aprendizajes y nuevas disposiciones en la forma de cuidarse.

Dentro de los indicadores de salud que son considerados válidos, destacan los exámenes médicos y los chequeos que realizan algunos profesionales como requisito de su trabajo: “por medio de las personas que saben y de los instrumentos que tienen” (E3), “es muy importante hacerse un chequeo o evaluación, exámenes de sangre [...] que nos reporten cómo estamos” (E6).

Fuentes de información/comunicación: además de las personas significativas, las fuentes y acceso

a información que creen que les permite reflexionar y tomar decisiones en cuanto a su salud, también incluyen: las redes sociales, revistas científicas y medios de comunicación. “Yo soy un lector constante. Al contrario de lo que la gente hace en redes sociales, yo tengo muchas redes sociales informativas, que aportan” (E5).

En algunas entrevistas se mencionó una dificultad para establecer qué información es la “más válida”, ya que señalan que la información disponible es demasiado abundante y en ocasiones los mismos profesionales de la salud difieren entre ellos sobre las recomendaciones que entregan. En este sentido los entrevistados no discriminaban en forma clara la información basada en la evidencia científica de la información sin evidencia o información comercial. Una de las entrevistadas, además, manifestó que se ofrecen: “productos que prometen muchas cosas [...] con fines comerciales pero no necesariamente para mejorar la salud de la población”.

Factores de cambio: cuando los entrevistados analizan las posibilidades de cambio en su autocuidado tienden a reflexionar, “tomando distancia”, desde una perspectiva social y no personal; es decir que las medidas que se perciben necesarias para mejorar el autocuidado se piensan como medidas globales e incluso como políticas públicas. Al preguntarle respecto a qué necesitaba para su autocuidado, una entrevistada señaló: “y que se tomen medidas como por ejemplo, lo que iban a hacer en unos colegios de quitar los carritos (puestos de venta de comida poco saludable)” (E1).

Contradicción entre creencias y prácticas de autocuidado: esta categoría está en un nivel lógico superior, ya que surgió del análisis relacional de las categorías anteriormente expuestas.

Según los jóvenes, a pesar de tener información o estar conscientes de que necesitan dejar una conducta insana o incorporar una conducta

saludable, generalmente no logran alcanzar el estilo de vida que les parece deseable; habiendo algunos cambios que ellos ‘deben’ realizar, pero que finalmente no realizan. “Aparte de la alimentación, trato de hacer ejercicio. Pero no me gusta, no. [...] Tenemos hasta una máquina trotadora ahí, pero yo no la ocupo. Trato, pero no” (E7), “yo estoy consciente que ciertas cosas a uno no le hacen bien, pero es más fuerte la tentación yo creo”.

Existe una contradicción entre lo que se sabe y lo que finalmente se hace, ante lo cual surgen argumentos que los jóvenes usan para explicar la discordancia y operan como autojustificaciones. Entre las explicaciones que observamos, la mayoría relacionaba la falla en algún ámbito del autocuidado con factores que son asumidos como determinantes. Por ejemplo, se mencionan razones afectivas y características de sí mismo que

se presumen invariantes o que se refieren a una voluntad propia que “no es controlable” tales como “nunca me ha gustado”, “siempre fui flojo para el ejercicio”, “la tentación es más fuerte”; mientras otros factores se atribuyen al entorno como son la falta de tiempo por actividades laborales, poco acceso a alimentos saludables, fiestas, influencia de personas significativas entre otros. De todos modos, al indagar en las explicaciones que plantean factores externos, los jóvenes hacen una reflexión reconociendo que en el fondo existe un aspecto volitivo en su conducta.

Tengo tiempo, pero si lo destino a hacer ejercicio ya no me quedaría tiempo para compartir con mis amigos o para mi familia, entonces como que uno va priorizando en realidad las cosas que, que quiere hacer y al final el ejercicio igual es como lo último que uno prioriza. (E3)

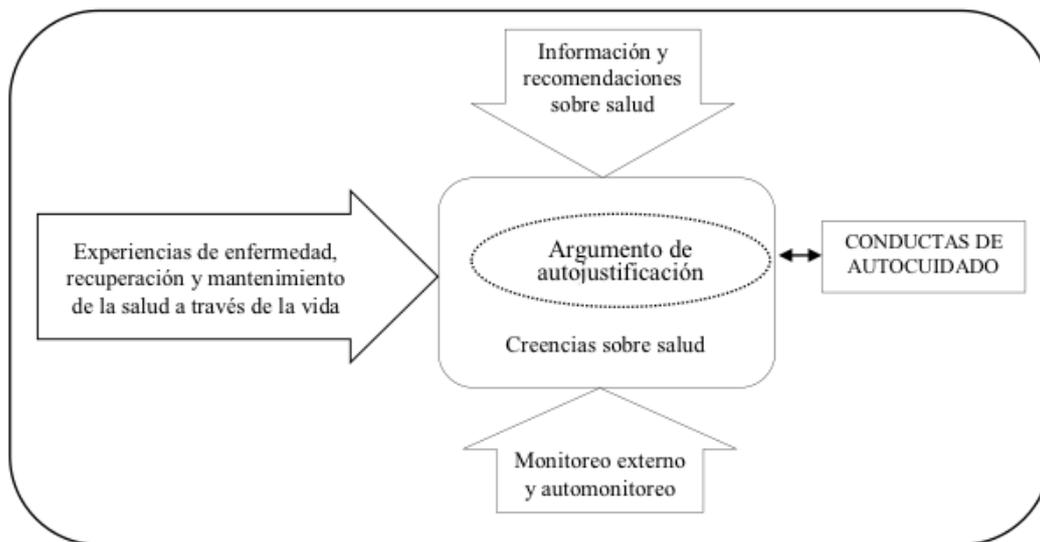


Figura 1. Diagrama de factores que alimentan el sistema de creencias y se relacionan a las prácticas de autocuidado.

Fuente: elaboración propia.

Modelo general

En base a las categorías que se extrajeron y las notas de campo registradas se realizó un diagrama final sobre la forma en que los jóvenes entrevistados piensan su salud. De este modo podemos decir que los sujetos cuentan con información proveniente de tres vías principales: (i) la información y recomendaciones que reciben a través de medios de comunicación escritos e informáticos entre las que está la información recibida en su formación profesional; (ii) el conocimiento basado en la experiencia personal de haberse enfermado o de las formas que evalúan como efectivas para la recuperación o mantenimiento de la salud y (iii) la información de automonitoreo o monitoreo que registran en su propio cuerpo (síntomas y sensación de normalidad) o información que otras personas entregan sobre aspectos directamente relacionados con la salud de uno mismo (tales como comentarios sobre variaciones de peso, palidez, apariencia de estar cansado o enfermo).

Los jóvenes usaban conceptos e información sobre salud en sus relatos y establecían un nexo con las conductas saludables que ellos realizaban; no obstante, también se observó que al momento de reflexionar sobre las conductas no saludables de su estilo de vida de hoy o sobre lo que les faltaba para tener un estilo de vida saludable, organizaban la información de manera menos lógica o con errores de razonamiento generando una estructura argumentativa que terminaba autojustificando su situación.

DISCUSIÓN

Las creencias sobre salud que observamos en los adultos jóvenes entrevistados, a nivel de sus teorías, reflejan una noción acorde con la definición de la OMS sobre el bienestar integral de las personas. No obstante, a nivel conductual, solo se refieren a conductas en ámbitos específicos de la salud en desmedro de otros (por ejemplo, alimentación). Además, se observó en los relatos la definición

de salud como “ausencia de enfermedad” y “verse bien”. Esto puede estar mostrando que las definiciones institucionales previas de salud toman tiempo en desaparecer del pensamiento colectivo y que algunas nociones nuevas comienzan a agregarse tal como la valoración social de la apariencia física como indicador de salud, quizás asociada a la constante exposición de la imagen personal (fotografías y vídeos) en los medios de comunicación social masivos.

Respecto al ámbito psicológico y espiritual se observa que, si bien existe una noción de su relevancia para la salud, no está claro a nivel práctico cuáles son las conductas o estrategias de autocuidado necesarias o suficientes para mantenerse bien.

Con relación a las creencias sobre autocuidado se pudo observar una significación valórica de “responsabilidad propia”, ubicándolo en una esfera ética y distinta a la del conocimiento científico. Según esta visión, no basta con saber cómo cuidarse sino que también depende de la decisión ética de cuidarse a sí mismo; lo cual se enmarca en el proceso de subjetivación de la relación del individuo consigo y su entorno. Este resultado concuerda con un estudio europeo sobre creencias y actitudes sobre estilos de vida saludable, en donde se identifica a la responsabilidad por la salud como una de las dimensiones relevantes para los programas de intervención en la comunidad (40). Respecto a las definiciones de salud y autocuidado se encuentra una primera definición conceptual abstracta, amplia, así como una traducción a nivel conductual específica, por lo que no siempre son consistentes entre sí. A modo de patrón de relación de significados se observa una inconsistencia entre las creencias sobre salud y las prácticas de autocuidado que conforman el estilo de vida de los jóvenes. Un mismo sujeto señalaba invertir mucho esfuerzo en ejercitarse y comer sano, pero reconocía seguir fumando cigarrillo. Este tipo de resultado coincide con los hallazgos de un estudio similar a esta investigación, aunque realizado en una

población de menor edad. En ese estudio se observó que los adolescentes entrevistados manejaban conocimiento sobre conductas saludables, pero reconocían tener hábitos y rutinas nocivas tales como el consumo de sustancias psicoactivas y alimentación insana (41). Asimismo, los resultados coinciden con estudios cuantitativos sobre la relación entre creencias y prácticas de salud en jóvenes universitarios (42, 43) en los que se observó una fuerte presencia de creencias favorables con la salud en coexistencia con prácticas de salud nocivas. Se puede advertir que este fenómeno se ha señalado previamente bajo el concepto de “paradoja comportamental” (44), fenómeno que alude a la inconsistencia entre el saber y el hacer en salud en el que se observan comportamientos nocivos pese a la existencia del conocimiento de lo que es saludable. Esto ocurre aun cuando el conocimiento científico sobre salud aumenta en forma sustantiva tal como lo muestra un estudio que evaluó el autocuidado en estudiantes de enfermería, hallando que durante la formación profesional —a pesar de que se aumentó el conocimiento sobre salud— se abandonaron conductas de autocuidado como la realización de actividad física, recreación y alimentación saludable, al igual que se aumentó la automedicación (45).

La coexistencia de conocimiento favorable a la salud con conductas nocivas para esta, podría comprenderse desde el enfoque de la teoría de la acción planeada (46); de acuerdo con esta teoría se destacan factores sociocognitivos mediadores entre la actitud general sobre un objeto (por ejemplo, actitud positiva hacia el autocuidado) y las conductas específicas que finalmente se ejecutan (por ejemplo, cómo se alimenta). Esos mediadores incluyen precursores de orden actitudinal individual y de carácter colectivo social, así como una variable de intensión conductual directa (es decir, si la persona tiene intención de comer en forma saludable en un período razonable de tiempo), pudiendo generarse una discrepancia entre la creencia a nivel cognitivo y la conducta de autocuidado practicada.

Estos resultados a la par de confirmar resultados previos los complementan, ya que fue posible indagar en el pensamiento de los entrevistados; observando que ellos eran capaces de darse cuenta de la contradicción entre sus creencias y prácticas de salud e identificando en sus relatos la existencia de un patrón de organización del conocimiento en función de la necesidad de dar consistencia a la conducta, pudiendo o no responder a una lógica formal del pensamiento. Conforme a ello las explicaciones que daban los jóvenes eran variadas, pero en definitiva todas cumplían con autojustificar la inconsistencia percibida. Esta construcción subjetiva y vivencial puede estar basada en supuestos irracionales y/o no comprobables que al momento de la entrevista eran aceptados como legítimos por los jóvenes. Esa autojustificación, a nivel teórico, puede ser entendida a la luz del concepto de “creencias mítico-mágicas” de Gustavo de Roux (44); la cual alude a creencias que justifican los fenómenos de salud en ausencia de explicaciones con base científica. Por ejemplo, aquellas explicaciones que plantean razones afectivas basadas en supuestos no científicos sobre el funcionamiento psicológico. Además, se pueden entender algunas autojustificaciones en base a lo que ha sido denominado “creencias compensatorias” (47); es decir que son creencias que pueden evitar y minimizar el efecto de una conducta nociva para la salud con otra conducta saludable. El despliegue de la dualidad de conductas surgiría por un conflicto motivacional que genera incomodidad, ya que se visualiza lo que es placentero y deseable como negativo para la estructura de significados personales; generando culpa, que disminuye mediante una conducta saludable. Como, por ejemplo, la justificación de fumar un cigarrillo pensando en que más tarde se realizará un ejercicio.

Los hallazgos que muestran como esencia del concepto de autocuidado la existencia de una estructura argumentativa de autojustificación nos señalan la importancia de enfocar las intervenciones en el nivel de esta estructura argumentativa más

que en los conceptos o ideas que incorpora. Queda pendiente seguir desarrollando formas efectivas de motivar el cambio.

Por su parte, los resultados sobre los factores que de acuerdo a los sujetos influyeron a lo largo de su vida en la formación del autocuidado tienen como eje central las experiencias de enfermedad y cuidado de la salud que se tuvieron en los distintos contextos vitales. Llama la atención que los entrevistados reconocieron que las experiencias de restitución de la salud fueron las más influyentes debido a que podría ser una atribución que no siempre está basada en explicaciones científicas, especialmente las vivencias de la niñez. En particular el hogar de crianza fue descrito como un referente, por una parte, donde se vivieron enfermedades y recuperaciones que marcaron la forma de pensar la salud; mientras que, por otra, les impuso una serie de conductas de autocuidado que ellos sienten que no interiorizaron.

Respecto al contexto universitario se observa una variedad de experiencias según la profesión estudiada y las relaciones interpersonales allí establecidas. Sin embargo fue un factor común que ninguno de los entrevistados manifestó haber tenido expectativas de que la universidad fuera un ambiente saludable o que estimulara hábitos de salud sino que, por el contrario, se lo significaba como un ambiente que normalmente estimulaba conductas insanas.

En relación a lo que observamos, sobre los factores de monitoreo, surgió la idea de que para mantener la salud es relevante el contacto con otros — considerados significativos— que cumplen un rol importante en motivar y/u ofrecer alguna retroalimentación sobre la salud de uno mismo. Igualmente mencionaron el acceso a información que ellos significaron como válida ya sea en redes sociales especializadas, medios de comunicación masivos o en publicaciones científicas.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten comprender las creencias sobre salud y autocuidado de un grupo de adultos jóvenes. Estos conciben a la salud como un estado similar a la definición de hoy de las instituciones formales de salud, junto con la noción antigua de ausencia de enfermedad y una noción nueva de apariencia física positiva (“verse bien”) como indicador de estar saludable.

Los jóvenes asocian el autocuidado con una decisión ética, lo que destaca la necesidad de que los profesionales del ámbito de la salud formen competencias para el acompañamiento de las personas en la toma de decisiones y no solo en aplicar sus conocimientos especializados. Esto plantea un desafío para la formación profesional en el desarrollo de competencias genéricas.

Entre los factores relevantes para el proceso de formación del autocuidado destacaron las experiencias de enfermedad y restablecimiento de la salud, más que el contexto en el que ocurrieron. Además, pese a atribuir relevancia al contexto familiar, los jóvenes creen que en sus familias de origen tuvieron escasas experiencias conducentes a la autonomía progresiva del autocuidado de su salud. Esto debería investigarse en futuros estudios.

Los resultados que plantean una contradicción entre creencias y prácticas de autocuidado mostraron que los sujetos, independientemente del conocimiento científico sobre salud que tienen, generan creencias en forma de una estructura argumentativa personal que permite la autojustificación de los déficits que ellos perciben en su autocuidado. Esto explica, a nivel cognitivo-individual, por qué el aumento de conocimiento en salud no necesariamente resulta en estilos de vida más saludables. Algunos conceptos teóricos pueden explicar esta discrepancia, sin embargo

quede por seguir estudiando las estrategias efectivas de cambio de dichos esquemas mentales en el ámbito de la salud.

La promoción de estilos de vida saludables compromete esfuerzos transdisciplinarios y transversales que inexcusablemente deberían incorporar una visión integral del individuo en su momento evolutivo, en sus creencias y en los elementos culturales en los que está inmerso. La psicología de la salud puede aportar significativamente a este esfuerzo mediante el desarrollo de intervenciones que actúen a nivel de la

estructura argumentativa personal y así promover creencias favorables a estilos de vida saludables que se establezcan en los momentos evolutivos óptimos y permitan su mantención en el tiempo. Un avance en este sentido es la mayor incorporación de psicólogos especialistas en salud primaria no solo con el rol tradicional de tratamientos a pacientes con problemas de salud mental sino como parte de equipos interdisciplinarios que traten enfermedades vinculadas al estilo de vida con un rol centrado en la prevención y promoción de la salud integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. Situación de salud en las Américas: indicadores básicos de salud 2016. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31288>.
2. Ministerio de Salud. Encuesta de Calidad de Vida y Salud [ENCAVI] 2015-2016. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/encuesta-de-calidad-de-vida-y-salud-encavi-2015-2016/>.
3. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Disponible en: http://www.minsal.cl/estudios_encuestas_salud/.
4. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Consumo Alimentario [ENCA]. Disponible en: http://www.minsal.cl/estudios_encuesta_salud.
5. Ministerio del Deporte. Encuesta Nacional de hábitos de actividad física y deportes 2015 en la población de 18 años y más. Disponible en: <http://www.mindep.cl/encuestahabitos/>.
6. BID. LAC2025 América Latina y el Caribe en 2025. Disponible en: <https://publications.iadb.org/handle/11319/6428>.
7. Aracena M, Krause M, Farah C. Educación para la salud: una propuesta de promoción y prevención para la adolescente embarazada y su hijo/a. Un estudio de costo-efectividad. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2002.
8. Berríos X, Bedregal P, Guzmán B. Costo-efectividad de la promoción de la salud en Chile: experiencia del programa “¡Mírame!”. *Rev Med Chile*. 2004; 132 (3): 360-370.
9. Ministerio de Desarrollo Social. Programa Chile Solidario, Proyecto Adultos mayores de 65 años que viven solos. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social; 2003.
10. Zacarías I, Rodríguez L, Lera L, Hill R, Domper A, González D. Consumo de verduras y frutas en centros de salud y supermercados, de la región metropolitana de Chile: Programa 5 al día. *Rev Chil Nutr*. 2009; 36 (2): 159-168.
11. Salinas J, Cancino A, Pezoa S, Salamanca F, Soto M. Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 21 (2-3): 136-144.
12. Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Müller R, Rodríguez MC, Chávez A. Social determinants of health and lifestyles in adult population Concepción, Chile. *Cienc Enferm*. 2014; 20 (1): 61-74.
13. Cid P, Merino JM, Stieповich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev Med Chile*. 2006; 134: 1491-1499.
14. Leventhal H, Bodnar-Deren S, Breland JY. Modeling health and illness behaviour: The approach of the Commonsense Model. En: Bau A, Revenson TA, Singer J (Ed.) *Handbook of health psychology*. New York: Psychology Press; 2012.
15. Campos C, González C, Cobos C, Granizo Y, Zamora P, Reyes H, et al. Orientaciones para planes comunales de promoción de la salud 2014. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf>.
16. Hagger M, Orbell Sh. A meta-analytic review of the Common-Sense Model of illness representations. *Psychol Health*. 2003; 18 (2): 141-184.
17. Tiggelman D, van de Ven M, van Schayck O, Kleinjan M, Engels R. The Common Sense Model in early adolescents with asthma: Longitudinal relations between illness perceptions, asthma control and emotional problems mediated by coping. *J Psychosom Research*. 2014; 77: 309-315.
18. Wu S, Huang Y, Lee M, Wang T, Tung H, Wu M. Self-efficacy, self-care behavior, anxiety, and depression in Taiwanese with type 2 diabetes: A cross-sectional survey. *Nurs Health Sci*. 2013; 15 (2): 213-219.
19. Bermedo S. Dimensiones y significados que adquiere el proceso salud/enfermedad/atención en usuarios Mapuche-Williche con diabetes mellitus e hipertensión arterial. *Rev Chil Salud Publica*.

- 2015; 19 (1): 47-52.
20. WHO. The Bangkok charter for health promotion in a globalized world. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/.
 21. Giraldo A, Toro MY, Macías AM, Valencia CA, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia Promoc Salud*. 2010; 15 (1): 128-143.
 22. Cid P, Merino JM, Stieповich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev Med Chile*. 2006; 134 (12): 1491-1499.
 23. Melnyk B, Slevin C, Militello L, Hoying J, Teall A, McGovern C. Physical health, lifestyle beliefs and behaviors, and mental health of entering graduate health professional students: Evidence to support screening and early intervention. *J Am Acad Nurse Pract*. 2016; 28 (4): 204-211.
 24. Steger MF, Fitch-Martin AR, Donnelly J, Rickard KM. Meaning in life and health: Proactive health orientation links meaning in life to health variables among American undergraduates. *J Happiness Stud*. 2015; 16 (3): 583-597.
 25. Yeager DS, Johnson R, Spitzer BJ, Trzesnieski KH, Powers J, Dweck CS. Far reaching effects of believing that people can change: Implicit theories of personality shape stress, health, and achievement during adolescence. *J Pers Soc Psychol*. 2014; 106: 867-884.
 26. Howell AJ, Passmore HA, Holder MD. Implicit theories of well-being predict well-being and the endorsement of therapeutic lifestyle changes. *J Happiness Stud*. 2016; 17 (6): 2347-2363.
 27. Melguizo E, Álzate ML. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances Enf*. 2008; 26 (1): 112-123.
 28. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Med Electron*. 2014; 36 (6): 835-845.
 29. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Adv Nurs Science*. 2012; 3 (35): 194-204.
 30. Gómez A. Predictores psicológicos del autocuidado en salud. *Hacia Promoc Salud*. 2017; 22 (1): 101-112.
 31. Creswell JW, Poth C. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. California: SAGE Publications; 2017.
 32. Ulin P, Robinson E, Tolley E. *Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos*. Washington: Family Health Internacional/OPS; 2006.
 33. Vega-Malagón G, Ávila-Morales J, Vega-Malagón AJ, Camacho-Calderón N, Becerril-Santos A, Leo-Amador GE. Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. *ESJ*. 2014; 10 (15): 523-528.
 34. Bolívar A, Segovia D. La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: campos de desarrollo y estado actual. Disponible en: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/8851>.
 35. Charriez M. Historias de vida: una metodología de investigación cualitativa. *Rev Griot*. 2012; 5 (1): 50-67.
 36. OIT. Estructura de la clasificación internacional uniforme de ocupaciones 2008 (CIUO-08). Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/docs/resol08.pdf>.
 37. WMA. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013; 310 (20): 2191-2194.
 38. Giorgi A, Giorgi B. The descriptive phenomenological psychological method. En: Camic P, Rhodes J, Yardley L. (Ed.) *Qualitative Research in Psychology*. Washington: APA; 2003.
 39. Norena A, Alcaraz-Moreno N, Rojas J, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*. 2012; 12 (3): 263-274.

40. Kloosterboer S, van den Brekel K, Rengers A, Peek N, de Wit N. An exploration of beliefs and attitudes regarding healthy lifestyle behavior in an urban population in The Netherlands: Results from a focus group study in a community-based prevention project. *Eur J Public Health*. 2015; 25 (3): 467-471.
41. Pico M, Sanchez N, Giraldo D. Meaning of conceptions and self-care: A cultural approach. *Hacia Promoc Salud*. 2018; 23 (2): 118-133.
42. Arrivillaga M, Salazar IC, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Med*. 2003; 34 (4): 186-195.
43. Arguello M, Bautista Y, Carvajal J, De Castro K, Díaz D, Escobar M, et al. Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga. *Rev Psicol Univ Antioquia*. 2009; 1 (2): 27-41.
44. de Roux G. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. *Rev Educ Med y Salud*. 1994; 28 (2): 223-233.
45. Escobar MP, Mejía AM, Betancourt SI. Cambios en el autocuidado de estudiantes colombianos de enfermería durante la formación profesional. *Hacia Promoc Salud*. 2017; 22 (1): 27-42.
46. Ajzen I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. En: Kuhl J, Beckman J (Ed.) *Action control: From cognition to behavior*. New York: Springer-Verlag; 1985.
47. Ogueda JP, Barra E. Creencias compensatorias de salud: implicancias para la salud y la adherencia al tratamiento. *Psicología y Salud*. 2017; 27 (2): 207-211.