



CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS

www.elsevier.es/arterio



ORIGINAL

Valoración del estilo de vida saludable adquirido en adultos españoles de 22 a 72 años de edad



Pedro Luis Rodríguez García^{a,b,*}, Juan José Pérez Soto^{a,b}, Eliseo García Cantó^b, Marcos Meseguer Zafra^b, Raúl Salmerón Ríos^c y Pedro Juan Tárraga López^d

^a Facultad de Educación, Universidad Pública de Murcia, Murcia, España

^b Grupo de investigación AFYDOS, Universidad Pública de Murcia, Murcia, España

^c Médico de Familia, Centro de Salud Ossa de Montiel, Ossa de Montiel, Albacete, España

^d Facultad de Medicina, Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, España

Recibido el 28 de abril de 2022; aceptado el 13 de junio de 2022

Disponible en Internet el 13 de julio de 2022

PALABRAS CLAVE

Salud;
Estilo de vida;
Hábitos de salud;
Valoración;
Cuestionario;
Adultos

Resumen

Objetivo: El objetivo de la presente investigación se ha centrado en evaluar el nivel del estilo de vida saludable adquirido en adultos españoles de las ciudades españolas de Albacete y Murcia, y analizar las diferencias existentes en función del sexo y la edad.

Material y métodos: Sobre una muestra de 788 sujetos de edades comprendidas entre los 22 y 72 años de edad se aplicó la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido, formada por 52 ítems y estructurada en 7 dimensiones que explicaron una varianza total de 66,87% y un alfa de Cronbach de 0,894.

Resultados: El 12% de los adultos encuestados tenía un estilo de vida saludable, el 53% tendente hacia la salud y el 35% nada o poco saludable. Las pruebas de χ^2 de Pearson y análisis de residuos muestran una asociación positiva y significativa de las mujeres a la salud y una tendencia a la mejora significativa del estilo de vida con el transcurso de la edad. Los datos inferenciales (pruebas t de Student y ANOVA de un factor) confirman estas diferencias en función del sexo y la edad.

Conclusiones: Es necesario promover programas preventivos para la mejora de la salud en los hábitos de la población, sobre todo en el 35% que posee un nivel poco o nada saludable en su estilo de vida.

© 2022 Sociedad Española de Arteriosclerosis. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pjtarraga@sescam.jccm.es (P.L. Rodríguez García).

KEYWORDS

Health;
Lifestyle;
Health habits;
Assessment;
Questionnaire;
Adults

Health-related lifestyle assessment among Spanish adults from 22 to 72 years

Abstract

Objective: The objective of this paper has focused on assessing the level of health-related lifestyle acquired in Spanish adults in the Spanish cities of Albacete and Murcia, and analyzing the existing differences according to sex and age.

Material and methods: On a sample of 788 subjects aged between 22 and 72, the Health-related Lifestyle Assessment Scale was applied, consisting of 52 items and structured in 7 dimensions that explained a total variance of 66.87% and a Cronbach's alpha of 0.894.

Results: A percentage of 12 of the adults surveyed have a healthy lifestyle, 53% show a trend to health and 35% poor or unhealthy. Pearson's χ^2 tests show a positive and significant association of women with health and a trend of significant improvement in lifestyle with age. The inferential data (t-Student tests and one-factor ANOVA) confirm these differences according to gender and age.

Conclusions: It is necessary to promote preventive programs to improve health in the habits of the population, especially in the 35% that show a poor or unhealthy level of lifestyle.

© 2022 Sociedad Española de Arteriosclerosis. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El estado de salud es uno de los elementos que definen la funcionalidad de un sujeto dentro de un determinado contexto social^{1–5}. En este sentido, el nivel de salud alcanzado viene definido, en gran medida, por los hábitos de vida, que se basan en el comportamiento regular adquirido con el transcurso de los años^{6–9}. El conjunto de hábitos considerados como principales factores del estado de salud definen lo que llamamos «estilo de vida»^{10–15}.

Los sujetos forman gradualmente hábitos y estilos de vida estables que pueden tener grandes beneficios para la salud o, por el contrario, representar amenazas para su vida futura; constituyen lo que hemos venido a llamar «estilo de vida saludable adquirido». Según sea la orientación, el estilo de vida se va a convertir en uno de los principales predictores para que la salud adquiera una tendencia positiva o negativa^{16–20}.

Desde esta perspectiva, va a ser fundamental poder evaluar y determinar el nivel de estilo de vida que, en un momento determinado de su vida, posee un sujeto, ya que de este modo podremos reafirmar determinados hábitos positivos y/o redirigir otros hacia modelos más saludables. Conocer el estilo de vida nos puede orientar a la hora de establecer modificaciones en las conductas de los sujetos que vayan encaminadas a mejorar la salud de su estilo de vida^{21,22}. Igualmente, es importante promover el conocimiento y la formación en hábitos de vida, ya que existe una relación directa entre el nivel de formación y el nivel de estilo de vida saludable adquirido²³. Según sean las características de la población estudiada, el nivel del estilo de vida puede variar notablemente^{24–27}.

La mayoría de las investigaciones nacionales e internacionales analizan los hábitos y estilos de vida que tienen una influencia determinante sobre las diversas vertientes que definen el concepto holístico de salud, como son la salud física (hábitos de sueño y descanso, hábitos de

alimentación, hábitos de práctica física, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, responsabilidad individual en el cuidado), psicológica y afectivo-social. La mayoría de las investigaciones destacan niveles del estilo de vida más saludables en las mujeres que en los hombres^{28–32} y, a su vez, mejoras con el transcurso de la edad^{33,34}.

Es por ello que el objetivo de la presente investigación se ha centrado en evaluar el estilo de vida saludable adquirido por adultos españoles de edades comprendidas entre los 22 y los 72 años utilizando un cuestionario de evaluación denominado Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido (E-VEVSA), formado por 52 ítems y 7 dimensiones que incluyen los principales hábitos de vida predictores del estilo de vida saludable adquirido²⁵.

Pensamos que, conociendo el nivel de estilo de vida, podremos plantear un refuerzo de aquellos hábitos que alcancen niveles de salud adecuados y/o reorientar aquellos otros que se sitúan en valores bajos o no saludables, tanto de forma individual, como colectiva.

Material y métodos

Participantes

La E-VEVSA fue administrada por médicos de familia en centros de atención primaria de las ciudades españolas de Albacete y Murcia a una muestra incidental y aleatoria de 788 sujetos adultos (49,5% hombres y 50,5% mujeres) de edades comprendidas entre los 22 y los 77 años. En Albacete fueron solicitadas las áreas de salud 2, 3, 5, 6 y 7, por lo que participaron 5 de los 9 centros existentes. En Murcia participaron 6 de los 14 centros existentes, dentro de las áreas 1 (Murcia Oeste), 2 (Cartagena), 5 (Altiplano) y 6 (Vega Media del Segura). Fueron contactados el 47,8% de todos los centros existentes en las ciudades de Albacete y Murcia. La selección de los participantes se realizó mediante muestreo no probabilístico, aleatorizado e intencional³⁵. La recogida

de datos fue realizada durante los meses de enero y febrero de 2022.

Instrumento

Fue utilizada la E-VEVSA ([Anexo 1](#)), formada por 52 ítems estructurados en 7 dimensiones²⁵. Las pruebas psicométricas exploratorias y confirmatorias realizadas arrojan una fiabilidad global de la escala con un alfa de Cronbach de 0,894 y explican una varianza total del 67,846%. La fiabilidad y la varianza explicada parcial de las diferentes dimensiones se presentan en la [tabla 1](#).

Toda la investigación se realizó siguiendo las normas deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki (revisión de 2008) y siguiendo las recomendaciones de Buena Práctica Clínica de la CEE (documento 111/3976/88 de julio de 1990) y la normativa legal vigente española que regula la investigación clínica en humanos (Real Decreto 561/1993 sobre ensayos clínicos). Todos los participantes cumplieron un escrito de consentimiento informado, y el proyecto y diseño de la investigación fue aprobado por los comités de ética de las universidades de Murcia y de Castilla-La Mancha. Así mismo, para la selección de los participantes fueron determinados como criterios de exclusión: no tener una edad inferior a 20 años, ya que por encima de este límite nos aseguramos una mayor estabilidad de los hábitos adquiridos por los sujetos; no estar diagnosticado de graves enfermedades, por lo que no se incluyeron sujetos con dolencias orgánicas de media o severa gravedad, tanto físicas como mentales. Así mismo, fueron descartados aquellos sujetos que dejaban sin contestar más de 2 ítems del cuestionario y, a su vez, determinamos de forma consensuada que los datos perdidos serían reemplazados por los valores medios de las puntuaciones de los ítems.

Puntuaciones

La puntuación máxima posible en la escala era de 260 y la mínima de 52. Los ítems se redactaron variando las codificaciones positivas y negativas con relación al estilo de vida, y aunque la forma de respuesta siempre se ordenaba con las modalidades de 1 a 5 (1: nunca; 2: casi nunca; 3: a veces; 4: con bastante frecuencia; 5: con mucha frecuencia), unos ítems puntuaban de 1 a 5 y otros de 5 a 1, según fuese su orientación positiva o negativa para la salud. Dichas puntuaciones serían recodificadas tras introducir los datos para su análisis mediante el programa informático SPSS® versión 28.

El nivel de clasificación del estilo de vida (nada saludable: 52-104; poco saludable: 105-156; tendente hacia la salud: 157-208; saludable: 209-260) se calculó dividiendo en 4 intervalos la diferencia entre la puntuación máxima (260) y la mínima (52). Es preciso tener en cuenta la interpretación de los ítems 69 y 70 a la hora de asignar las modalidades de respuesta, teniendo en cuenta la cantidad de cigarrillos consumida y el nivel de alcohol ingerido a la semana por parte de los sujetos participantes. La codificación de las respuestas se realizó *a posteriori*, una vez que se habían recogido los cuestionarios cumplimentados. En relación con la cantidad de cigarrillos consumidos, tuvimos en cuenta las aportaciones de la Organización Panamericana de la Salud³⁶ y de Londoño Pérez et al.³⁷. En el caso de la ingesta de

alcohol, seguimos las aportaciones de Rodríguez Martos³⁸, que utilizan las llamadas «unidades de bebida estándar».

Estadísticos utilizados

Se han utilizado estadísticos descriptivos básicos (media, desviación típica, máximo y mínimo) para las puntuaciones de las diferentes dimensiones de la escala. Se han aplicado tablas de contingencia con pruebas de χ^2 de Pearson con análisis de residuos tipificados corregidos (rtc) para la relación entre variables cualitativas, y estadísticos inferenciales mediante la prueba t de Student para muestras independientes para las diferencias de las medias en la escala en función del sexo y ANOVA de un factor para contrastar las medias en función de las franjas de edad.

Resultados

Resultados descriptivos y relacionales del nivel de estilo de vida

En la [tabla 2](#) observamos los datos descriptivos correspondientes a las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones que definen el estilo de vida saludable adquirido.

La tabla de contingencias con la prueba de χ^2 de Pearson y el análisis de rtc que relaciona el nivel de estilo de vida saludable adquirido y el sexo ([tabla 3](#)) nos indica una asociación positiva y significativa ($p < 0,005$) de la mujer con el estilo de vida saludable, indicando un $rtc = 3,4$, mientras que los hombres se asocian negativamente a esta condición ($rtc = -3,4$).

En la parte inferior de la [tabla 3](#) observamos una tendencia a mejorar el nivel de estilo de vida saludable adquirido con la edad. De esta forma, mientras que los jóvenes entre 22 y 44 años se asocian positiva y significativamente ($p < 0,005$) con una condición poco o nada saludable en su estilo de vida adquirido ($rtc = 6,3$), en las franjas que abarcan desde los 45-52 a los 53-72 años hay una asociación positiva y significativa con el estilo de vida adquirido tendente hacia la salud (rtc de 3,1 y 3,2, respectivamente).

Resultados inferenciales

La prueba t de Student para muestras independientes ([tabla 4](#)) señala diferencias significativas entre hombres y mujeres en 5 de las dimensiones de la escala E-VEVSA, a excepción de los factores «Hábito de responsabilidad individual en el cuidado de la salud» y «Hábitos de salud en las relaciones sociales». Los hombres presentan una media de puntuación significativamente más alta ($p < 0,0005$) en el hábito de práctica físico-deportiva y en los hábitos de salud psicológica, mientras que las mujeres obtienen puntuaciones más altas en el hábito de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, hábitos de alimentación saludable y en los hábitos de descanso y sueño diario.

En el modelo lineal general (ANOVA) que relaciona las puntuaciones obtenidas en la escala E-VEVSA con los diferentes tramos de edad ([tabla 5](#)) observamos que con el transcurso de la edad se produce un aumento significativo

Tabla 1 Distribución de los 52 ítems definitivos, valor alfa de Cronbach parcial y varianza explicada para cada dimensión de la escala E-VEVSA

Factor o dimensión	N.º de ítems	Alfa de Cronbach	% varianza explicada
1) Responsabilidad individual en el cuidado de la salud: 9 ítems	4, 12, 15, 19, 23, 28, 34, 39, 46	0,896	12,83
2) Hábitos de práctica físico-deportiva: 6 ítems	8, 14, 24, 31, 36, 38	0,848	10,54
3) Hábitos de salud en las relaciones sociales: 10 ítems	3, 6, 25, 27, 33, 41, 45, 47, 48, 50	0,776	9,86
4) Hábito de consumo de tabaco y alcohol: 9 ítems	2, 9, 30, 35, 37, 42, 44, 51, 52	0,758	8,87
5) Hábito de alimentación saludable: 7 ítems	5, 11, 17, 22, 26, 40, 43	0,744	8,70
6) Hábito de salud psicológica: 6 ítems	7, 10, 16, 18, 21, 29	0,742	8,20
7) Hábito de descanso y sueño diario: 5 ítems	1, 13, 20, 32, 49	0,732	8,04

Alfa de Cronbach global de la escala = 0,894. Varianza total explicada del 67,846%.

Tabla 2 Media de las puntuaciones obtenidas en los diferentes factores de la escala E-VEVSA

	Responsabilidad individual en el cuidado de la salud	Hábito de práctica de actividad físico-deportiva	Hábito de salud en las relaciones sociales	Hábito de consumo de tabaco y alcohol y/o drogas ilegales	Hábito de alimentación saludable	Hábito de salud psicológica	Hábito de sueño y descanso diario
N	788	788	788	788	788	788	788
Media	22,2576	14,8604	37,0368	41,0952	25,0799	21,9188	18,3909
DT	7,31421	5,57388	4,97413	3,80561	3,45013	3,63010	3,03717
Mínimo	9,00	6,00	24,00	22,00	17,00	13,00	10,00
Máximo	43,00	30,00	48,00	45,00	34,00	30,00	25,00
Intervalos	(9-45)	(6-30)	(10-50)	(9-45)	(7-35)	(6-30)	(5-45)

La puntuación mínima de la suma de las dimensiones podía variar entre 52 y 260.

del nivel de estilo de vida saludable adquirido ($p < 0,0005$), alcanzando la media de puntuación más elevada en el tramo de 49-55 años (185,18).

Discusión

Los resultados de nuestra investigación señalan que el 53% de la población presenta un nivel de estilo de vida adquirido tendente hacia la salud, un 35% poseen un estilo de vida nada o poco saludable y tan solo algo menos del 12% tienen un estilo de vida saludable. Así mismo, encontramos una tendencia a la mejora significativa del estilo de vida con el transcurso de la edad ($\chi^2 = 46,67$; $p < 0,0005$). Igualmente, del 35% de los sujetos con valoración poco o nada saludable de su estilo de vida, la mitad se encuentran en la franja de edad de 22 a 44 años. Por otro lado, encontramos una asociación positiva y significativa del nivel de estilo de vida saludable en las mujeres respecto de los hombres ($\chi^2 = 12,296$; $p < 0,0005$).

Espinoza Lara y Vanegas López³³, utilizando el llamado *Health-Promoting Lifestyle Profile* (HPLP-II) de Walker y Hill-Polerecky³⁹, confirman la tendencia de los estilos de vida poco saludable en la etapa juvenil, ya que señalan en una muestra de universitarios nicaragüenses que el 53,3% de los encuestados se situaban dentro de un estilo de vida

inadecuado o poco saludable. No encuentran diferencias significativas en relación con el sexo en estas edades juveniles.

Al igual que en nuestra investigación, Ventura Sucuplé y Zevallos Cotrina³⁴ encuentran una mejora del estilo de vida con el transcurso de la edad. En una investigación de tipo descriptivo y transversal con una muestra de 100 personas adultas mayores analizan el estilo de vida mediante el cuestionario Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño y encuentran que un 82% tienen estilos de vida saludable, mientras que el 18% restante está en niveles poco o nada saludables.

Mejorar el estilo de vida con el transcurso de la edad es importante, circunstancia que confirman Li et al.²¹ al analizar la Encuesta de Longevidad Saludable Longitudinal China de 2014 para identificar los estilos de vida de salud predominantes entre los ancianos chinos de 85 a 105 años. Los hallazgos mostraron que los comportamientos de estilo de vida saludable estimularon los sentimientos positivos de los ancianos chinos y condujeron a una mejor evaluación del bienestar subjetivo. Por el contrario, los comportamientos de estilo de vida menos saludable pueden ser un predictor de sentimientos negativos. Es importante integrar opciones de estilo de vida saludable para promover el bienestar psicológico de los ancianos.

Conocer el estilo de vida es importante para poder establecer programas de mejora que generen cambios

Tabla 3 Tablas de contingencia que relacionan el nivel del estilo de vida saludable adquirido con el sexo y la edad de los sujetos

			Valoración del estilo de vida			Total
			Nada o poco saludable (52-156)	Tendente hacia la salud (157-208)	Saludable o armónico (209-260)	
Sexo ^a	Hombre	Recuento	140	219	31	390
		% de sexo	35,9	56,2	7,9	100,0
		% del total	17,8	27,8	3,9	49,5
		Residuos corregidos	0,5	1,7	−3,4	
	Mujer	Recuento	136	199	63	398
		% de sexo	34,2	50,0	15,8	100,0
		% del total	17,3	25,3	8,0	50,5
		Residuos corregidos	−0,5	−1,7	3,4	
	Total	Recuento	276	418	94	788
		% de sexo	35,0	53,0	11,9	100,0
% del total		35,0	53,0	11,9	100,0	

			Valoración del estilo de vida			Total
			Nada o poco saludable (52-156)	Tendente hacia la salud (105-208)	Saludable o armónico (209-260)	
Franjas de edad (años) ^b	De 22 a 44	Recuento	139	108	34	281
		% de franjas de edad	49,5%	38,4%	12,1%	100,0%
		% del total	17,6	13,7	4,3	35,7
		Residuos corregidos	6,3	−6,1	0,1	
	De 45 a 52	Recuento	66	160	37	263
		% de franjas de edad	25,1	60,8	14,1	100,0
		% del total	8,4	20,3	4,7	33,4
		Residuos corregidos	−4,1	3,1	1,3	
	De 53 a 72	Recuento	71	150	23	244
		% de franjas de edad	29,1	61,5	9,4	100,0
		% del total	9,0	19,0	2,9	31,0
		Residuos corregidos	−2,3	3,2	−1,5	
	Total	Recuento	276	418	94	788
		% de franjas de edad	35,0	53,0	11,9	100,0
		% del total	35,0	53,0	11,9	100,0

Ninguna casilla (0%) con frecuencias esperadas inferiores a 5.

^a χ^2 de Pearson = 12,296; $p < 0,005$.

^b χ^2 de Pearson = 46,467; $p < 0,0005$.

saludables en los hábitos de vida. En este sentido, Proenza Fernández et al.²² realizaron en Cuba un estudio cuasiexperimental de intervención educativa durante un año en pacientes mayores de 60 años a fin de modificar sus conocimientos y estilos de vida sobre los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular. Antes de la intervención educativa se encontró que el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo modificables de la enfermedad cerebrovascular era inadecuado en el 65,4% de los adultos mayores y adecuado en el 88,5%, después de aplicado el programa. Con respecto a la modificación del estilo de vida de los adultos mayores con enfermedad, al inicio de la intervención predominó la HTA descompensada, con un 76,9%, seguida de la no práctica de ejercicio físico, con un 57,6%, y ocupó el último lugar la cardiopatía isquémica descompensada, con un 11,5%. Una vez aplicado el programa, el 57,6% de

los pacientes normalizaron las cifras de tensión arterial, el 34,6% se incorporaron a la práctica de ejercicio físico, y el 26,9% modificaron su conducta ante la ingestión de bebidas alcohólicas y la dieta.

El conocimiento y el grado de formación en salud es otro de los elementos importantes en la adquisición de hábitos y estilos de vida saludable; prueba de ello son los resultados obtenidos por profesionales de la salud. En este sentido, Sanabria-Ferrand et al.²³ aplicaron un cuestionario con 57 preguntas a una muestra de 606 profesionales de la salud. El 46,2% (280) fueron hombres y el 53,8% (326) mujeres. Evaluaron la actividad física, el tiempo de ocio, el autocuidado, la toma de medidas de bioseguridad, los hábitos alimenticios, el consumo de psicoactivos y el tiempo de sueño. Los resultados muestran unos niveles del estilo de vida más altos que los registrados en nuestra investigación, agrupándose en

Tabla 4 Diferencias de las medias en las puntuaciones en los factores de la escala E-VEVSA en función del sexo

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Responsabilidad individual en el cuidado de la salud	Se han asumido varianzas iguales	0,051	0,822	0,999	0,318	0,52051
	No se han asumido varianzas iguales			0,999	0,318	0,52051
Hábito de práctica de actividad físico-deportiva	Se han asumido varianzas iguales	27,696	0,000	9,457	0,000	3,56098
	No se han asumido varianzas iguales			9,433	0,000	3,56098
Hábito de salud en las relaciones sociales	Se han asumido varianzas iguales	0,992	0,320	–7,314	0,000	–2,50966
	No se han asumido varianzas iguales			–7,320	0,000	–2,50966
Hábito de consumo de tabaco, alcohol y/o drogas ilegales	Se han asumido varianzas iguales	9,021	0,003	–5,335	0,000	–1,42207
	No se han asumido varianzas iguales			–5,323	0,000	–1,42207
Hábito de alimentación saludable	Se han asumido varianzas iguales	9,690	0,002	–4,220	0,000	–1,02640
	No se han asumido varianzas iguales			–4,225	0,000	–1,02640
Hábito de salud psicológica	Se han asumido varianzas iguales	9,551	0,002	3,553	0,000	0,91215
	No se han asumido varianzas iguales			3,559	0,000	0,91215
Hábito de sueño y descanso diario	Se han asumido varianzas iguales	0,294	0,588	–2,363	0,018	–0,50988
	No se han asumido varianzas iguales			–2,363	0,018	–0,50988

la clasificación de buena, muy buena y excelente el 57,5% de las enfermeras y el 77% de los médicos.

Utilizando el HPLP-II en una muestra de 250 refugiados sirios, Alzoubi et al.²⁸ obtienen puntuaciones similares en las diferentes dimensiones a las medias obtenidas en nuestra escala. Si consideramos en E-VEVSA las medias de las puntuaciones directas obtenidas entre 1 y 5, hallamos valores que pueden ser comparados con los sujetos de esta investigación. La puntuación más alta se encontró en el dominio de relaciones interpersonales (2,89; DT 0,52 frente a E-VEVSA 3,7; DT 0,49), el dominio de manejo del estrés (2,48; DT 0,43 frente a E-VEVSA 3,65; DT 0,60), el dominio de nutrición (2,34; DT 0,37 frente a E-VEVSA 3,58; DT 0,49), el dominio de responsabilidad en la salud (2,20; DT 0,62 frente a E-VEVSA 2,47; DT 0,81) y, por último, la actividad física (1,35; DT 0,18 frente a E-VEVSA 2,47; DT 0,81). Al igual que en nuestros resultados, estos investigadores encuentran puntuaciones medias en estilo de vida significativamente más altas en mujeres que en varones.

Vidal Gutiérrez et al.²⁹ utilizaron el HPLP-II en una muestra de 441 adultos chilenos, de ambos sexos, entre 20 y 65 años. Los autores encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres en las dimensiones de actividad física, manejo de estrés y crecimiento espiritual. Las medias de las puntuaciones en los diferentes factores son similares a las obtenidos en la escala E-VEVSA.

Insfrán Falcón et al.²⁴ valoraron el estilo de vida relacionado con el sobrepeso y la obesidad en una muestra de 75 sujetos con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años utilizando una escala creada por Pardo et al.⁴⁰ que consta de 5 dimensiones coincidentes con la mayoría de las incluidas en E-VEVSA. Los autores obtienen resultados de salud del estilo de vida similares a los registrados en nuestra escala, ya que manifiestan que un 68% de los sujetos necesitan cambios para mejorar, mientras que tan solo un 32% posee un estilo de vida saludable. La media en cada una de las subescalas es similar a la obtenida con nuestro instrumento.

Tabla 5 Análisis de varianza de las puntuaciones de la escala E-VEVSA en función de la edad

Edad (1)	Edad (2)	Diferencia entre medias (1 – 2)	Error típico	Significación	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite superior	Límite inferior
22-40	41-48	-4,6576*	1,62857	0,004	-7,8545	-1,4608
	49-55	-8,7837*	1,64330	0,000	-12,0095	-5,5579
	56-72	-2,9769	1,76077	0,091	-6,4333	0,4795
41-48	22-40	4,6576*	1,62857	0,004	1,4608	7,8545
	49-55	-4,1261*	1,60611	0,010	-7,2789	-0,9733
	56-72	1,6808	1,72612	0,330	-1,7076	5,0691
49-55	22-40	8,7837*	1,64330	0,000	5,5579	12,0095
	41-48	4,1261*	1,60611	0,010	0,9733	7,2789
	56-72	5,8068*	1,74003	0,001	2,3912	9,2225
56-72	22-40	2,9769	1,76077	0,091	-0,4795	6,4333
	41-48	-1,6808	1,72612	0,330	-5,0691	1,7076
	49-55	-5,8068*	1,74003	0,001	-9,2225	-2,3912

Variable dependiente: puntuación total en la escala DMS.

22-40: 176,40 ± 16,29; 41-48: 181,05 ± 18,17; 49-55: 185,18 ± 14,83; 56-72: 179,37 ± 16,97.

Potencia observada: 0,998.

F = 9,91; p < 0,0005.

Calculado con alfa = 0,05.

R² = 0,037 (R² corregida = 0,033).

Basado en las medias observadas.

* La diferencia de medias es significativa al nivel p = 0,05.

Mejores resultados señalan Triviño et al.²⁶ al analizar el estilo de vida utilizando el instrumento llamado «Fantástico» en una muestra de 147 adultos colombianos. Los autores encuentran un excelente nivel del estilo de vida en un 35,5% de las mujeres y un 23,9% de los hombres; una mayor proporción de adultos con buen estilo de vida (56,5% en mujeres y 54,9% en hombres). La menor proporción fue hallada en mujeres y hombres con calificaciones de regular estilo de vida, con un 7,8 y un 21,1%, respectivamente. No encontraron sujetos con mal nivel de estilo de vida.

Por su parte, Tol et al.³⁰, utilizando la escala HPLP-II con estudiantes de pregrado con una media de 21,01 años de edad, obtienen que un 40,7% de los estudiantes posee un buen estilo de vida y un 19,8% de ellos tenía una salud moderada o media. Las frecuencias más altas y más bajas de calidad de vida relacionada con la salud correspondieron a muy buena (58,6%) y excelente (9%) salud, respectivamente. Excepto por el manejo del estrés (p < 0,05) y el sexo de los estudiantes, no hubo relaciones significativas entre otros aspectos de HPLP-II y el sexo. No hubo una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida global de los estudiantes y la nutrición, la actividad física, la responsabilidad de la propia salud y el manejo del estrés, mientras que sí hubo una relación significativa entre la calidad de vida global y el crecimiento espiritual de los estudiantes.

Grimaldo³¹ aplicó un cuestionario de valoración del estilo de vida a una muestra de 409 estudiantes de segundo ciclo de una escuela de posgrado de la ciudad de Lima. Sus resultados muestran que la dimensión de práctica deportiva, tanto en varones como en mujeres, era no saludable, siendo los puntajes más bajos significativamente en las mujeres, al igual que encontramos en E-VEVSA. El resto de los hábitos ¿alimentación y sueño y reposo? se encontraban dentro de la

clasificación de saludables, siendo las mujeres las que tenían puntuaciones significativamente más altas.

Monje Mahecha y Figueroa Calderón³², sumando todas las puntuaciones de las dimensiones de una encuesta conformada por 27 ítems aplicados a una muestra de 916 estudiantes de secundaria, hacen referencia a 6 dimensiones del estilo de vida saludable: Actividad física y deporte, Manejo del tiempo libre y recreación, Autocuidado y cuidado médico, Hábitos alimenticios, Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y Sueño. La valoración del estilo de vida contrasta con nuestros resultados, ya que tan solo el 3,9% de los hombres tienen hábitos poco saludables, el 88% saludables y el 7,8% muy saludables, frente a las mujeres con un 4,5% poco saludable, 90% saludable y un 5,2% muy saludable. Se observa similitud en la valoración en cuanto al sexo, destacándose en los apartados poco saludable y muy saludable una leve diferencia significativa a favor de los hombres, resultado que probablemente puede ser atribuido a la práctica de la actividad física.

Rosales Rodríguez et al.²⁷ realizaron en Cuba un estudio descriptivo y transversal con 165 adultos mayores (102 mujeres y 63 hombres) mediante una guía de entrevista estructurada que tuvo en cuenta los hábitos, costumbres y estilos de vida, edad, sexo, hábitos de fumar, ingestión de bebidas alcohólicas, prácticas de ejercicios físicos, participación en juegos, visita al familiar, actividades culturales, participación de algún club o sociedad, participación en alguna ocupación, en las actividades de la familia y la sexualidad. Hallaron que solo el 33,3% de los adultos mayores poseía un estilo de vida saludable. Uno de los factores que más influyó en el resto de los ancianos fue tener hábitos tóxicos, tales como: café, tabaco, ingestión de bebidas alcohólicas y el sedentarismo.

Conclusiones

Es importante la valoración del estilo de vida como factor predictor de salud para un sujeto o población. Los resultados de nuestra investigación nos permiten poder planificar programas preventivos de salud para reorientar los hábitos de vida en aquellos sujetos que tienen niveles bajos de salud en las puntuaciones de su estilo de vida y reforzar las conductas y hábitos de aquellos que se encuentran en puntuaciones de estilo de vida saludable. Los puntos fuertes de nuestra investigación los constituyen la construcción de un instrumento de evaluación del estilo de vida con muy buenos índices de fiabilidad y validez, ya que en España hay muy pocas escalas para valorar el estilo de vida. Además, nos permite detectar comportamientos o hábitos que pueden afectar a la salud global del sujeto, tanto de manera individual como global. Sin embargo, como limitación, no nos permite conocer el estado clínico y de salud objetivo que posee el sujeto en cada momento, circunstancia que requiere de la realización de los correspondientes reconocimientos médicos habituales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los médicos de familia de los centros de atención primaria de las comunidades autónomas de Murcia (España) y Castilla-La Mancha (España) que han colaborado en la administración de los cuestionarios a la muestra de pacientes participantes en la investigación.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2022.06.002>.

Bibliografía

1. Stokes J, Noren J, Shindell S. Definición de términos y conceptos aplicables a la medicina preventiva clínica. *J Community Health*. 1982;8:33–4.
2. Anderson NB. Behavioral and sociocultural perspectives on ethnicity and health: Introduction to the special issue. *Health Psychol*. 1995;14:589–91.
3. Heindel J, Balbus J, Birnbaum L, Brune-Drise MN, Grandjean P, Gray K, et al. Developmental origins of health and disease: Integrating environmental influences. *Endocrinology*. 2015;156:3416–21.
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración de los Derechos Humanos. EE. UU. 1948. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud. Ginebra: OMS; 1978. Disponible en: www.un.org/es/documents/udhr/20.
5. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Promoción de la salud: documento de debate sobre el concepto y los principios: informe resumido del Grupo de Trabajo sobre el

Concepto y los Principios de la Promoción de la Salud, Copenhague, 9-13 de julio de 1984. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS; 1984.

6. Breslow L, Enstrom JE. Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Prev Med*. 1980;9:469–83.
7. World Health Organization. Office of World Health Reporting. The World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life: Overview. Geneva: WHO; 2002.
8. World Health Organization. The world health report 2006: Working together for health. Geneva: WHO; 2006.
9. Padilla-García CI, Jaimes-Valencia ML, Fajardo-Nates S, Ramos-Franco AM. Factores de riesgo cardiovascular y estilos de vida de estudiantes universitarios. *MedUNAB*. 2014;17:81–90.
10. Ramírez-Hoffmann H. Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colomb Med*. 2002;33:3–5.
11. Rodríguez-Martín A, Novalbos J, Martínez J, Escobar L. Life-Style factors associated with overweight and obesity among Spanish adults. *Nutr Hosp*. 2009;24:144–51.
12. Lo M, Wong CN. Validation of the psychometric properties of the health-promoting lifestyle profile in a sample of Taiwanese women. *Qual Life Res*. 2011;20:523–8, <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-010-9790-6>.
13. Ramírez-Vélez R, Agredo RA. Fiabilidad y validez del instrumento «Fantástico» para medir el estilo de vida en adultos colombianos. *Rev Salud Publica*. 2012;14:226–37.
14. Pérez-Fortis A, Ulla Díez SM, Padilla JL. Psychometric properties of the Spanish version of the health-promoting lifestyle profile II. *Res Nurs Health*. 2012;35:301–13, <http://dx.doi.org/10.1002/nur.2147>.
15. Sousa P, Gaspar P, Vaz DC, Gonzaga S, Dixe MA. Measuring health-promoting behaviors: Cross-cultural validation of the Health-Promoting Lifestyle Profile-II. *Int J Nurs Knowl*. 2015;26:54–61, <http://dx.doi.org/10.1111/2047-3095.12065>.
16. Alarcón M, Delgado P, Caamaño F, Osorio A, Rosas M, Cea F. Estado nutricional, niveles de actividad física y factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la Universidad Santo Tomás. *Rev Chil Nutr*. 2015;42:70–6.
17. Deliens T, Deforche B, de Bourdeaudhuij I, Clarys P. Determinants of physical activity and sedentary behaviour in university students: A qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health*. 2015;15:201–4.
18. Acuña Medina L, Arias Quispe Y, Chipana Collahua D, Sifuentes Gómez L, Quispe Rosales P. Exceso de peso y actividad física en estudiantes de enfermería de una universidad del Norte de Lima. *Revista Peruana de Salud Pública y Comunitaria*. 2018;1:26–9.
19. Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*. 2000;55:469–80.
20. Bonita R, de Courten M, Dwyer T, Jamrozik K, Winkelmann R. Vigilancia de los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles: el método progresivo de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
21. Li Z, Xiangyang B, Zhihong D. Health lifestyles and Chinese oldest-old's subjective well-being-evidence from a latent class analysis. *BMC Geriatr*. 2021;21:206, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-021-02121-0>.
22. Proenza Fernández L, Núñez Ramírez L, Gallardo Sánchez Y, de la Paz Castillo KL. Modificación de conocimientos y estilos de vida en adultos mayores con enfermedad cerebrovascular. *Medisan*. 2012;16:1540–7.
23. Sanabria-Ferrand PA, González LA, Urrego M, Diana Z. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos: estudio exploratorio. *Rev Fac Med*. 2007;15:207–17.
24. Insfrán Falcón A, Escobar Arias P, Meza Miranda E. Valoración de estilos de vida saludable en pacientes obesos que acuden a un hospital de referencia. *Mem Inst Investig Cienc Salud*. 2018;16:45–53.

25. Salmerón Ríos R. Estudio epidemiológico de hábitos de vida saludable mediante la escala de valoración del estilo de vida saludable adquirido [tesis doctoral]. Albacete: Universidad de Castilla-La Mancha; 2019.
26. Triviño LP, Dosman VA, Uribe YL, Agredo RA, Jerez AM, Ramírez R. Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad. *Acta Med Colomb.* 2009;34:158–63.
27. Rosales Rodríguez RC, García Díaz RC, Quiñones Macías E. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *Medisan.* 2014;18:61–7.
28. Alzoubi FA, Ali RA, Al-Gharaibeh AH. Resettled Syrian refugees in Jordan: Survival ot health promotion. *Nurs Open.* 2020;8:273–83.
29. Vidal Gutiérrez D, Chamblas García I, Zavala Gutiérrez M, Müller Gilchrist R, Rodríguez Torres Mc, Chávez Montecino A. Determinantes sociales en salud y estilo de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Cienc Enferm.* 2014;20:61–74.
30. Tol A, Tavasoli E, Reza Shariferad G, Shojaezadeh D. Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan University of Medical Sciences. *J Educ Health Promot.* 2013;2:11, <http://dx.doi.org/10.4103/2277-9531.108006>.
31. Grimaldo MP. Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. *Psicología y Salud.* 2012;22:75–87.
32. Monje Mahecha J, Figueroa Calderón CJ. Estilos de vida de los adolescentes escolares. *Entornos.* 2013;24:13–23.
33. Espinoza Lara ML, Vanegas López J. Validación de un cuestionario para medir el estilo de vida de los estudiantes universitarios en el marco de la teoría de Nola Pender. *Torreón Universitario.* 2018;7:49.
34. Ventura Sucuple AP, Zevallos Cotrina AR. Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimientos del primer nivel, Lambayeque, 2017. *ACC CIETNA.* 2019;6:60–7, <http://dx.doi.org/10.35383/cietna.v6i1.218>.
35. Gutiérrez Rojas HA. Estrategias de muestreo. Diseño de encuestas y estimación de parámetros. Bogotá: Ediciones de la U; 2016.
36. Organización Panamericana de la Salud. Por una juventud sin tabaco. Adquisición de habilidades para una vida saludable. Washington, D. C.: OPS; 2003.
37. Londoño Pérez C, Rodríguez Rodríguez I, Gantiva Díaz CA. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillos (C4) para jóvenes. *Perspect Psicol.* 2011;7:281–91.
38. Rodríguez Martos A. Intervención breve en un bebedor de riesgo desde la atención primaria de salud. *Trastornos Adictivos.* 2005;7:197–210.
39. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II (unpublished manuscript). Omaha: University of Nebraska Medical Center; 1996.
40. Pardo A, Ruiz M, Jódar E, Garrido J, de Rosendo J, Usán L. Desarrollo de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. *Nutr Hosp.* 2004;19:99–109.