

Religiosidad y comportamientos de riesgo para la salud: Un estudio transversal con estudiantes de una universidad pública de Santa Marta (Colombia)

Religiosity and risk behaviors for health: A cross-sectional study with students from a public university in Santa Marta (Colombia)

Guillermo A. Ceballos Ospino

Psicólogo. Especialista en Gestión de la calidad y auditoría de los servicios de salud – Universidad Jorge Tadeo Lozano, Director de Gestión del Conocimiento en la Universidad del Magdalena. guillermoceballos@gmail.com / gceballos@unimagdalena.edu.co

Katerine Pérez Sotomayor

*Ayudante de investigación, integrante del semillero de investigación del grupo Psicología, salud y estudiante de grado Universidad del Magdalena
katheps.25@hotmail.com*

Astrid Cecilia Rosado González

*Ayudante de investigación, integrante del semillero de investigación del grupo psicología, salud y estudiante de grado Universidad del Magdalena
astridrosado26@hotmail.com*

Rafael Ricardo Rodríguez Visbal

*Ayudante de investigación, integrante del semillero de investigación del grupo psicología, salud y estudiante de grado Universidad del Magdalena
ricardovisbal@live.com*

Para citar este artículo:

Ceballos, G., Pérez, K., Rosado, A., & Rodríguez, R. (2014). Religiosidad y comportamientos de riesgos para la salud: Un estudio transversal con estudiantes de una universidad pública de Santa Marta (Colombia). *Escenarios*, 12(2), 53-63.

Recibido: Junio 19 2014

Aceptado: Julio 25 2014

RESUMEN

Mediante un estudio transversal, en el que participaron estudiantes con edades mayores de 18 años, de una universidad en Santa Marta, Colombia, se analiza la asociación entre religiosidad y comportamientos de riesgo para la salud en este ámbito educativo. Estos comportamientos evaluados fueron: consumo problemático de alcohol (AUDIT) ($\alpha=0,79$), consumo diario de cigarrillo (CDC), consumo de sustancias ilegales durante el último año y juego problemático (Escala Breve Juego Problemático) ($\alpha=0,76$). La religiosidad se cuantificó con cinco ítems Francis Escala de Actitud hacia el cristianismo ($\alpha=0,96$). Las regresiones logísticas se calcularon para ajustar por sexo las asociaciones entre religiosidad y comportamientos de riesgo para la salud. Se agradece a Fonciencias de la Universidad del Magdalena quien financió la investigación con el proyecto "Salud mental y física en estudiantes de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta", con fecha de inicio en junio de 2011 y finalizado exitosamente en octubre de 2013. Los resultados de una población de interés de 1,349 estudiantes que participaron, con edades comprendidas entre 18 y 30 años ($M=20,6$; $SD=2,4$), y el 50,7% varones, dieron las siguientes cifras: La frecuencia de consumo problemático de alcohol fue 31,2%; CDC, 5,2; consumo de sustancias ilegales durante el último año, el 4,5%; juego problemático, el 9,0%; y alta religiosidad, 56,0%. Las asociaciones ajustadas entre alta religiosidad y comportamiento de riesgo fue para consumo problemático de alcohol $OR=0,66$ (IC95% 0,52-0,83); CDC, $OR=0,37$ (IC95% 0,22-0,62); consumo de sustancias ilegales el último año, $OR=0,39$ (IC95% 0,22-0,65); y juego problemático, $OR=0,84$ (IC95% 0,57-1,24). Concluyendo que la alta religiosidad es un factor protector para algunas conductas de riesgo para la salud entre los estudiantes universitarios colombianos. La religiosidad se debe considerar en los programas de prevención educativos.

Palabras clave: religiosidad, comportamientos de riesgo, salud, estudiantes, universitarios, estudios transversales.

ABSTRACT

A cross-sectional study was carried out which participated students older than 18 years old, to determine the association between religiosity and risky health behaviors in students from a university at Santa Marta, Colombia. Risky health behaviors comprised problem drinking (AUDIT) ($\alpha=0.79$), daily cigarette smoking (DCS), last-year illegal substance use, and problem gambling (Brief Scale for Problem Gambling) ($\alpha=0.76$). Religiosity was quantified with the five-item Francis Scale of Attitude toward Christianity ($\alpha=0.96$). Logistical regressions were computed to adjust by sex the associations between religiosity and risky health behaviors. Thanks to Fonciencias of the University of Magdalena who funded the research with the project "Physical and mental health in students of a public University in the city of Santa Marta", beginning in June 2011 and successfully completed in October 2013. Like results: A total of 1349 students participated. They were aged between 18 and 30 years old ($M=20.6$, $SD=2.4$); and 50.7% were males. Frequency of problem drinking, 31.2%; DCS, 5.2%; last-year illegal substance use, 4.5%; problem gambling, 9.0%; and high religiosity, 56.0%. Adjusted association between high religiosity and risky behaviors were $OR=0.66$ (95%CI 0.52-0.83) for problem drinking; $OR=0.37$ (95%CI 0.22-0.62), DCS; $OR=0.39$ (95%CI 0.22-0.65), last-year illegal substance use; and $OR=0.84$ (95%CI 0.57-1.24), problem gambling. Conclusions: High religiosity is a protective behavior for some health risk among Colombian university students factor. Religiosity should be considered in prevention programs.

Keywords: religion, risk behaviors, health students, university, cross-sectional studies.

Introducción

La evidencia científica muestra la religiosidad o espiritualidad como una variable protectora psicosocial para diversas patologías, tanto médicas como psicológicas (Nelms, Hutchins, Hutchins, & Pursley, 2007; Seeman, Fagan Dubin, & Seeman, 2003). Igualmente, otros autores correlacionan positivamente la religiosidad con la salud (Cotton, Zebracki, Rosenthal, Tsevat, & Drotar, 2006; Florenzano, Valdés, Cáceres, Santander, Armijo, Bergman, et al., 2008; Kay, & Frances, 2006; Nicholson, Rose, y Bobak, 2010; Orlinsky, 2008). Sin embargo, Taha, Florenzano, Sieverson, Aspillaga, y Alliende (2011) manifiestan que los agentes religiosos no están entrenados para proveer servicios de salud mental y, por ello, se necesitan ser capacitados en los aspectos técnicos, ya que de esta manera se aseguran criterios uniformes y estandarizados para brindar el respectivo apoyo.

Existe un creciente interés en la psicología de la religión y hay evidencia que destaca el rol protector de la religiosidad en la salud y bienestar en general, sea físico o mental. Por ejemplo, en Colombia, Campo-Arias, Díaz, y Cogollo (2006) hallaron que la baja religiosidad se asoció directamente a comportamientos de riesgo para la salud.

La salud mental de los adolescentes y adultos jóvenes es de suma importancia. Este grupo poblacional permitirá el desarrollo de la sociedad y los países; por ende, no se duda de lo vital de fomentar comportamientos saludables y desalentar los comportamientos desajustados en cualquier etapa del desarrollo (Lemos, Fidalgo, Calvo, y Menéndez, 1992).

Respecto al consumo de sustancias legales e ilegales, en América Latina, en estudiantes universitarios, entre 18 y 24 años, muestran una prevalencia de uso más alta de la población en general (Carlini, Galduróz, Noto, y Nappo, 2002). Entre 1 y 7% de los jóvenes informa consumo durante el último mes (Everett, Malarcher, Sharp, Husten, & Giovino, 2000; Grunbaum, Kann, Kinchen, Williams, Ross, Lowry, et al 2002; Pérez, et al., 2000).

El consumo de sustancias ilegales se relaciona a mayor consumo de alcohol (Brisnahan, Steffen, Lytle, Patterson, & Boostrom, 2004) y de consumo de cigarrillo (Grunbaum, et al., 2002). El consumo de sustancias con relativa frecuencia se asocia a comportamientos disociales o antisociales. De tal suerte, prevención del consumo de sustancias debe ser una prioridad dado el impacto negativo en la vida personal, familiar, y de la sociedad general (Mulvey, Schubert, y Chassin, 2010; Muñoz, Graña, Peña, y Andreu, 2002).

Entre los impactos negativos individuales del consumo de sustancias se encuentran los comportamientos suicidas (Harris, & Barraclough, 1976), consumo de otras sustancias (Wagner, Velasco-Mondragón, Herrera-Vásquez, Borges, y Lazcano-Ponce, 2005), comportamientos irresponsables que incrementan el riesgo de accidentes, relaciones sexuales inseguras, embarazos no planeados (Castillo, Meneses, Silva, Navarrete, y Campo-Arias, 2003) y al fracaso académico (Campo-Arias, González, Sánchez, Rodríguez, Dallos, y Díaz-Martínez, 2005).

El juego patológico se clasifica en el grupo de comportamientos adictivos no relacionados con el uso de sustancias y se caracteriza por juego recurrente y persistente. Las personas afectadas presentan progresiva inhabilidad para resistir los impulsos de jugar, alterándose significativamente su funcionamiento personal, familiar, financiero y ocupacional.

Es un problema emergente en salud con alta frecuencia que puede alcanzar el 7,6% de adolescentes, estudiantes y adultos (Muñoz-Molina, 2008). Se estima que alrededor del 10% de estudiantes universitarios están en alto riesgo de reunir criterios formales para el trastorno (Mubarak, & Blanksby, 2013). En Colombia existe una alta proporción de adolescentes universitarios en riesgo para el juego patológico (Zapata, Torres, Montoya, Garro, y Hurtado, 2009; Zapata, Torres, y Montoya, 2011).

Otra variable de interés dentro los comportamientos de riesgo para la salud considerados en la presente investigación es el consumo de cigarrillo, cuya prevalencia mundial en adolescentes varía ampliamente de una nación a otra, dependiendo de la forma como se categorizó el consumo, encontrándose frecuencias tan altas como el 65% (Arenas-Monreal, Jasso-Victoria, Bonilla-Fernández, et al., 2004; Caris, Varas, Anthony, y Anthony, 2003; Maycoln, Cerqueira-Santos, Araujo de Morais, y Koller, 2011; Malcon, Menezes, Maia, Chatkin, & Victora, 2003).

En Bogotá la prevalencia puede alcanzar el 30% (Weisner, y Peñaranda, 2002), mientras que en Bucaramanga se encuentra en el 17%. En Santa Marta, en una

muestra de estudiantes de medicina de una universidad pública la prevalencia fue 6% (Ceballos, Del Gordo, y Campo-Arias, 2006).

El consumo de cigarrillo es más frecuente en varones en algunos estudios (Malcon, Menezes, Maia, Chatkin, y Victora, 2003), mientras que otros no informan diferencias por género (Callejas, 2012; Weisner, y Peñaranda, 2002). Así mismo, los adolescentes que informan consumo de cigarrillo con más frecuencia han tenido una experiencia coital (Castillo et al. 2003; Everett, et al., 2000; Takakura, Nagayama, Sakihara, & Wilcox, 2001), participan en menos actividades deportivas extracurriculares (Simantov, Schoen, & Klein, 2000), ingieren más bebidas alcohólicas (Arenas-Monreal, et al., 2004; Cogollo, y Gómez-Bustamante, 2013; Everett, et al., 2000; Pinilla, González, Barber, & Santana, 2002), consumen otras sustancias que causan dependencia (Pérez y Pinzón-Pérez, 2000; Torikka, Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rimpelä, & Rantanen, 2001; Upadhyaya, Deas, Brady, & Kruesi, 2002).

La otra variable considerada de riesgo para el presente estudio fue el consumo de alcohol, cuya aceptación social hace del consumo de alcohol un comportamiento muy frecuente en los adolescentes (Betancur, y Gutiérrez, 2011; Medina-Mora, Cardiel, Fleiz, Alcántar, Hernández, Parra, et al., 1999). Sin embargo, se informa que 20% de los adolescentes lo consumen en forma regular o al menos en el último mes (Betancur, y Gutiérrez, 2011; Simantov, et al., 2000; Villatoro, et al., 1999).

El consumo de alcohol es tan frecuente en los varones adolescentes como en mujeres (Bobo, & Husten, 2000; Funail, y Pillon, 2011; Torikka, et al., 2001). Los consumidores de alcohol ocasional o regular se involucran con más frecuencia en relaciones coitales (Ramisetty-Mickler, Caetana, Goebert, & Nishimura, 2004), muchos adolescentes que tienen relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol se arrepienten posteriormente (Bonono, Coffey, Wolfe, Lynskey, Bowes, & Patton, 2001) y son proporcionalmente más frecuente en adolescentes, varones y mujeres, homosexuales o bisexuales (Blak, Ledsky, Lehman, Goodenow, Sawyer, & Hack, 2001; Robin, Brener, Donahue, Hack, Hale, & Goodenow, 2002; Russell, Driscoll, & Troung, 2002).

Asimismo, los adolescentes que consumen alcohol fuman cigarrillo con más frecuencia (Arenas-Monreal, et al 2004; Arizal-Cardenal, & Nebot-Adell, 2002; Pinilla, et al., 2002) y consumen otras sustancias que producen dependencia (Torikka, et al., 2001).

De todo lo que se ha venido arriba planteando, como una problemática en el panorama nacional y mundial, se trabajó una investigación cuyo objetivo fue determinar la asociación entre la actitud a la religiosidad y algunos comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes de una universidad en Santa Marta, Colombia, por lo que se tratará el tema de la religiosidad y comportamientos en ámbitos educativos, como lo es una universidad pública de Santa Marta (Colombia), que estén asociados a riesgos para la salud.

Metodología

En el presente estudio hace parte de una investigación mayor que indagó sobre comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de una universidad pública de Santa Marta, Colombia. El proyecto fue revisado y aprobado por el comité de ética institucional, que consideró que el mismo no representaba riesgo para la integridad física o emocional de los participantes.

Se llevó a cabo un muestreo probabilístico por conglomerado. Cada grupo de estudiantes de un semestre se tomaron como conglomerado. Los conglomerados se tomaron al azar. Los participantes diligenciaron en el aula de clase el cuestionario de investigación después de conocer los objetivos de la investigación, el carácter anónimo de la misma y que la participación sería voluntaria.

Un estudio transversal se llevó a cabo en el que participaron estudiantes de más de 18 años de edad. Los comportamientos de salud riesgosos que se evaluaron fueron consumo problemático de alcohol (AUDIT) ($\alpha=0,79$), consumo diario de cigarrillo durante el último mes (CDC), consumo de sustancias ilegales durante el último año y juego problemático (Escala Breve Juego Problemático) ($\alpha= 0,76$).

El cuestionario AUDIT consta de diez ítems, tres exploran el consumo riesgoso de alcohol; tres, síntomas de dependencia al alcohol y; cuatro consumo perjudicial de alcohol. Cada ítems tiene un patrón de respuesta politómico (Likert) de cinco opciones que se califican de uno a cinco. Las puntuaciones a partir de seis se consideran consumo problemático de alcohol para los mujeres y a partir de ocho en hombres. Este instrumento ha mostrado buen desempeño psicométrico en varios grupos poblacionales colombianos (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grant, 1993).

La religiosidad se cuantificó con cinco ítems Francis Escala de Actitud hacia el cristianismo (Francis-5) ($\alpha=0,96$) dado que la mayoría de las personas en Colombia profesan creencias relacionadas con Cristo, la actitud hacia el cristianismo en todo el documento se toma como religiosidad. La Francis-5 es un instrumento auto-dilucidado que cuantifica la actitud para con Dios, Jesús y la oración. La escala cuenta un patrón de respuesta politómico (tipo Likert) con cinco opciones de respuesta, desde completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo que se califican cero a cuatro, respectivamente. Así, las puntuaciones totales se pueden hallarse entre cero y veinte, a mayor puntuación mayor religiosidad. En el presente estudio se tomó como punto de corte para alta religiosidad las puntuaciones a partir de 18 (Campo-Arias, Oviedo, y Cogollo, 2009; Cogollo, Gómez-Bustamente, Herazo, Oviedo, y Campo-Arias, 2012).

El cuestionario breve para juego patológico se compone de cuatro ítems que explora la presencia de problema, sentimientos de culpa, intentos de abandono y tomar dinero para jugar o pagar deudas relacionadas con pérdidas en el juego durante los seis meses más recientes. El cuestionario ofrece dos opciones de respuesta, sí o no, y se da un punto a cada respuesta afirmativa. Dos o más respuestas afirmativas se califican como alto riesgo de juego problemático (Ceballos, Barliza, Villafañe, Herazo, Oviedo, y Campo-Arias, 2013).

Se establecieron las frecuencias de las variables estudiadas y posteriormente, se calcularon regresiones logísticas para ajustar por sexo las asociaciones entre religiosidad y comportamientos de riesgo para la salud.

Resultados

Para la discusión se tuvo en cuenta el marco referencial de los siguientes resultados consolidados:

Se observó que un total de 1.349 estudiantes participaron en la investigación y con los siguientes grupos etarios: edades entre 18 y 30 años, con media

(M) 20,6 años y desviación estándar (SD) de 2,4 años ($M=20,6$; $SD=2,4$). Un grupo 777 (57,6%), en edades entre 18 y 20 años. En relación con el sexo, 684 (50,7%) de los participantes fueron hombres. Y según la carrera, 917 estudiantes (68,0%) cursaban carrera de ciencias humanas o sociales y 432 estudiantes (32,0%), carreras relacionadas con ciencias de la salud.

Tabla 1. Distribución de las variables en 1.349 estudiantes de la Universidad del Magdalena.

Variable	Frecuencia	%
Edad entre 18 y 20 años	777	57,6
Edad entre 21 y 30 años	572	42,4
Sexo femenino	665	49,3
Sexo masculino	684	50,7
Carrera relacionada con la salud	432	32,0
Otras carreras	917	68,0
Solteros	1.272	94,3
Casados o unión libre	77	5,7
Rendimiento académico excelente o bueno	1.050	77,8
Rendimiento académico regular o malo	299	22,2
Activo físicamente	315	25,3
Sedentario	931	74,7
Orientación sexual heterosexual	1.303	96,6
Orientación sexual homosexual o bisexual	46	3,4
Relaciones sexuales alguna vez en la vida	934	69,2
Sin relaciones sexuales alguna vez en la vida	415	30,8
Alta autoestima	1.137	84,3
Baja autoestima	212	15,7
Alta religiosidad	755	56,0
Baja religiosidad	594	44,0
Familia funcional	656	48,6
Familia disfuncional	693	51,4
Alto riesgo de trastorno del comportamiento alimentario	243	18,0
Bajo riesgo de trastorno del comportamiento alimentario	1.106	82,0
Síntomas depresivos con importancia clínica	129	9,6
Sin síntomas depresivos con importancia clínica	1.220	90,4
Síntomas de ansiedad con importancia clínica	459	34,0
Sin síntomas de ansiedad con importancia clínica	890	66,0
Juego problemático	122	9,0
Sin juego problemático	1.227	91,0
Consumo diario de cigarrillo	70	5,2
Sin consumo diario de cigarrillo	1.279	94,8
Consumo de alguna sustancia ilegal el último año	61	4,5
Sin consumo de alguna sustancia ilegal el último año	1.288	95,5
Consumo problemático de alcohol	421	31,2
Sin consumo problemático de alcohol	928	68,8

Fuente: Los autores

La frecuencia de consumo problemático de alcohol fue 421 (31,2%); consumo diario de cigarrillo, 70 (5,2%); consumo de sustancias ilegales durante el último año, 61 (4,5%); juego problemático, 122 (9,0%); y alta religiosidad, 755 estudiantes (56,0%).

Se observó que la alta religiosidad representó un factor protector antes los comportamientos de riesgo estudiados, excepto para la presencia de juego problemático. Las asociaciones crudas y ajustadas por sexo se presentan en la tabla 1. Se observa que la alta religiosidad representa una asociación protectora frente a los comportamientos adictivos evaluados (el límite superior del intervalo de confianza no supera el valor de 1,00); sin embargo, una vez se ajusta por sexo se observó que juego problemático no mostró asociación estadísticamente significativa puesto que el límite superior estuvo por encima de 1,00, exactamente, 1,27.

Tabla 2. Asociaciones entre alta religiosidad y comportamiento adictivos

Comportamiento	OR (IC95%) crudo	OR (IC95%) ajustado por sexo
Consumo problemático de alcohol	0,63 (0,50-0,80)	0,66 (0,52-0,83)
Consumo diario de cigarrillo	0,34 (0,20-0,57)	0,37 (0,22-0,62)
Sustancia ilegal último año	0,37 (0,21-0,63)	0,39 (0,22-0,65)
Juego problemático	0,69 (0,47-1,00)	0,84 (0,57-1,27)

Fuente: Los autores

Discusión

Si bien el consumo de alcohol, cigarrillos, sustancias ilegales y el juego problemático son complejos en su estudio, la presente investigación señala que la alta actitud a la religiosidad juega un factor protector contra los mismos. Esto es coherente con lo hallado por otros investigadores (Funail, y Pillon, 2011; Maycoln, Cerqueira-Santos, Araujo de Morais, y Koller, 2011).

El consumo problemático de alcohol en el presente estudio presentó un OR de 0.66; el consumo de cigarrillo, 0.37, el uso de sustancia ilegal, 0.39 y para el

juego patológico de 0.84. Todas estas conductas de riesgo para la salud se asociaron con alta actitud a la religiosidad como factores protectores. Lo cual indica que el profesar y practicar una religión coadyuva a los adolescentes no presentar conductas de riesgo para la salud. Esto es coherente con los resultados obtenidos en otras investigaciones sobre la influencia de la religiosidad, aunque estos mismos autores han encontrado resultados divergentes (Avellar de Aquino, Pereira, de Sousa, de Asís, Ferreira, dos Santos, et al., 2009; Cogollo, Gómez-Bustamente, Herazo, Oviedo, y Campo-Arias, 2013; Geertz, 2006). Por lo anterior, se requieren más estudios en diferentes contextos que permitan dilucidar estas divergencias.

Como señala la investigación de Campo-Arias, Díaz, y Cogollo (2006), la baja religiosidad se asocia directamente a comportamientos de riesgo para la salud. Lo que significa que ante comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes universitarios, como lo es el consumo de sustancias ilegales, que en América Latina presenta consumos más altos que en la población en general (Carlini, Galduróz, Noto, y Nappo, 2002; Everett, Malarcher, Sharp, Husten, & Giovino, 2000; Grunbaum, Kann, Kinchen, Williams, Ross, Lowry, et al., 2002; Pérez, et al., 2000) y dado que el uso de este tipo de sustancias está estrechamente ligado al consumo de alcohol (Brisnahan, Steffen, Lytle, Patterson, & Boostrom, 2004) y de cigarrillos (Grunbaum, et al., 2002), el promover una alta actitud para la religiosidad se constituye en una herramienta que debe ser considerada desde los primeros años en formación escolar.

Así mismo, y a pesar que el juego patológico no se considera relacionado con el uso de sustancias, se conoce que en las personas afectadas se altera significativamente su funcionamiento personal, familiar, financiero y ocupacional, se constituye igualmente en un problema de salud ya presente en estudiantes universitarios, tanto a nivel internacional (Mubarak, & Blanksby, 2013; Muñoz-Molina, 2008) como en estudios realizados en Colombia (Zapata, Torres, Montoya, Garro, y Hurtado, 2009; Zapata, Torres, y Montoya, 2011), no puede dejarse de lado la actitud religiosa o espiritualidad como una variable protectora.

El consumo de cigarrillos que presenta frecuencias tan altas en estudios internacionales, como del 65% (Arenas-Monreal, Jasso-Victoria, Bonilla-Fernández, et al., 2004; Caris, Varas, Anthony, y Anthony, 2003; Maycoln, Cerqueira-Santos, Araujo de Moraes, y Koller, 2011; Malcon, Menezes, Maia, Chatkin, & Victora, 2003).

Con relación a lo anterior, en Colombia se hallaron prevalencias hasta del 30%, como fue el caso de la ciudad de Bogotá (Weisner, y Peñaranda, 2002), mientras que en Bucaramanga se encuentra en el 17% (Campo-Arias et al., 2005), en Cartagena y en Santa Marta las frecuencias fueron un tanto menores (Ceballos, Del Gordo, y Campo-Arias, 2006; Cogollo, y Gómez-Bustamante, 2013), pero asociadas a otros comportamientos de riesgo como experiencia coital sin protección (Castillo, et al., 2003; Everett, et al., 2000; Takakura, Nagayama, Sakihara, & Wilcox, 2001), participan en menos actividades deportivas extracurriculares (Simantov, Schoen, & Klein, 2000), ingieren más bebidas alcohólicas (Arenas-Monreal et al 2004; Cogollo, y Gómez-Bustamante, 2013).

Además, aunado a lo anterior, Everett, et al., 2000; Pinilla, González, Barber, & Santana, 2002), expresa que complementariamente, consumen otras sustancias que causan dependencia (Pérez y Pinzón-Pérez, 2000; Torikka, Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rimpelä, & Rantanen, 2001; Upadhyaya, Deas, Brady, & Kruesi, 2002), lo que reitera lo hallado en el presente estudio, y refuerzan, aún más, lo que se ha venido planteando en el sentido de que la alta actitud hacia la religiosidad debe ser considerado, no solo un factor protector para estos comportamientos de riesgo para la salud sino una variable a tener en cuenta al momento de elaborar programas de promoción de la salud y prevención de los mismos.

Igualmente, puede decirse lo mismo para el consumo de alcohol, cuya aceptación social lo hace un comportamiento de riesgo para la salud, dada su frecuencia entre los mismos (Betancur, y Gutiérrez, 2011; Medina-Mora, Cardiel, Fleiz, Alcántar, Hernández, Parra, et al., 1999), dado que la revisión de la literatura científica señala que un 20% de los adolescentes lo consumen en

forma regular o al menos en el último mes (Betancur, y Gutiérrez, 2011; Simantov, et al., 2000; Villatoro, et al., 1999).

El mencionado consumo de alcohol, en los actuales momentos es tan frecuente en varones y mujeres (Bobo, & Husten, 2000; Funail, y Pillon, 2011; Torikka, et al., 2001), que los hace involucrar con mayor frecuencia en relaciones coitales (Ramisetty-Mickler, Caetana, Goebert, & Nishimura, 2004), y que además quienes toman alcohol fuman cigarrillo con mayor frecuencia (Arenas-Monreal, et al., 2004; Arizal-Cardenal, & Nebot-Adell, 2002; Pinilla, et al., 2002). También los elementos arriba mencionados, se suman a que consumen otras sustancias que producen dependencia (Torikka, et al., 2001).

A este análisis de la discusión, se suma el hecho que en el estudio de Good, y Willoughby (2013), se encuentra que el consumo de sustancias fue el único dominio en el que la espiritualidad / religiosidad pueden ejercer alguna influencia sobre el cambio en el comportamiento con el tiempo, mientras que para las otras variables con las que la espiritualidad / religiosidad sólo mostró correlaciones concurrentes, lo cual probablemente pudo deberse a que variables no medidas están impulsando el cambio en el ajuste y la espiritualidad / religiosidad;

Esas otras variables no tenidas en cuenta por los mencionados estudios, han sido algunas de ellas evaluadas en la presente investigación, que sí las incluyó, por lo que sigue siendo imperativo tener en cuenta la actitud alta para la religiosidad, ya que es un factor importante y que si debe ser tenido en cuenta, como se ha venido insistiendo, para la promoción de la salud y prevención de comportamientos riesgosos.

Sin embargo, una limitación del presente estudio está dada en el método de investigación utilizado, el cual no permite hacer asociaciones de tipo causal, por lo que se recomienda efectuar otros estudios de tipo longitudinal y/o experimental.

No obstante, el estudio que originó este artículo, es importante debido a que permitió encontrar en estudiantes universitarios comportamientos de riesgo

para la salud y cómo la religión puede ser un factor protector para la misma, tal como señalaron las investigaciones de Cotton, Zebracki, Rosenthal, Tsevat, & Drotar, 2006; Florenzano, Valdés, Cáceres, Santander, Armijo, Bergman, et al., 2008; Kay & Frances, 2006; Nelms, Hutchins, Hutchins, & Pursley, 2007; Nicholson, Rose, Bobak, 2010; Orlinsky, 2008; Seeman, Fagan Dubin, & Seeman, 2003. Así mismo, Campo-Arias, Díaz, y Cogollo (2006), manifiestan en su estudio que la baja religiosidad está asociada significativamente con comportamientos de riesgo para la salud.

El hecho que la religiosidad module o matice estos comportamientos podría ser explicado por los vínculos entre los diferentes dominios de la alta actitud de la religiosidad y diversos dominios de ajuste psicosocial puede ser mejor explicado por la socialización. También, se puede mencionar que Freeman (1986), encuentra que la asistencia a la iglesia o templo influye de favorablemente en la asignación del tiempo, en la asistencia a la escuela, a la actividad laboral y la frecuencia de determinadas actividades como el uso de drogas y consumo de alcohol; entonces, la religiosidad si afecta la salud física y mental. Estudios médicos dan cuenta de impactos positivos de la religión en muchos estudios epidemiológicos (Cotton, Zebracki, Rosenthal, Tsevat, & Drotar, 2006; Florenzano, Valdés, Cáceres, Santander, Armijo, Bergman, et al., 2008; Kay, & Frances, 2006; Nicholson, Rose, Bobak, 2010; Orlinsky, 2008).

Por otro lado, Musick (1996), encuentra “que el efecto de la religión sobre el estado de salud subjetivo es importante para todos aquellos que sufren problemas físicos de salud”; ya que las actividades religiosas privadas (rezar, leer los textos sagrados) tienen efectos positivos sobre el estado de salud subjetivo a través del mecanismo de que la religión es una fuente de confort: provee al individuo de un sentido del control y esperanza en la medida que se enfrenta durante su vida con los problemas económicos, sociales o físicos. La actividad religiosa pública (asistencia al templo) también tiene un impacto positivo. Esto último, se atribuye generalmente a los aspectos integradores de la actividad religiosa.

En el sentido arriba mencionado, la investigación ha mostrado que la integración social tiene un efecto positivo en el estado de salud de los individuos. El grado de integración social provee instrumentos o recursos para evitar las enfermedades o recuperarse más rápidamente una vez que se contrae una enfermedad. Los miembros de la red en que se integran los individuos, en este caso una red religiosa, provee soporte social que alivia los niveles de estrés. La integración social incentiva a los individuos a usar las facilidades que se le ofrecen de cuidados de salud y a seguir de manera más estricta los regímenes que se les recomiendan por parte de los profesionales de la salud.

Por último, el involucramiento religioso aleja al individuo de comportamientos de riesgo que en última instancia afectan el estado de salud. Por consiguiente, la participación de un individuo en sectas religiosas de reglas estrictas respecto a la conducta de sus miembros se enmarca dentro del marco de una conducta racional.

El presente estudio concluye que la alta actitud hacia la religiosidad es un factor protector de conductas de riesgo para la salud entre los estudiantes universitarios colombianos. La religiosidad se debe considerar en los programas de prevención.

Referencias

- Arenas-Monreal, L., Jasso-Victoria, R., Bonilla-Fernández, P., Hernández-Tezoquipa, I., Caudillo-Rojo, I., et al. (2004). Prevalencia de tabaquismo en adolescentes de un colegio de bachilleres del Estado de Morelos, México. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 17, 22-26.
- Arizal-Cardenal, C., & Nebot-Adell, M. (2002). Factors associated with smoking progression among Spanish adolescent. *Health & Education Research*, 17, 750-760.
- Avellar de Aquino, T., Pereira, A., de Sousa, C., de Asís, H., Ferreira, I., et al. (2009). Atitude religiosa e sentido de vida: Um estudo correlacional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29, 2, 228-243.
- Betancur, C., y Gutiérrez, J. (2011). Dependencia al alcohol en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Pereira. *Revista Médica de Risaralda*, 7, 41-47.

- Blak, S.M., Ledsy, R., Lehman, T., Goodenow, C., Sawyer, R., et al. (2001). Preventing sexual risk behavior among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instructions in schools. *American Journal of Public Health, 91*, 940-946.
- Bobo, J., & Husten, C. (2000). Sociocultural influences on smoking and drinking. *Alcohol Research & Health, 24*, 225-232.
- Bonono, Y., Coffey, C., Wolfe, R., Lynskey, M., Bowes, et al. (2001). *Adverse outcomes of alcohol use in adolescents, Addiction, 96*, 1485-1496.
- Brisnahan, J., Steffen, L.M., Lytle, L., Patterson, J., & Boostrom, A. (2004). The relation between physical activity and mental health among Hispanic and non-Hispanic white adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 158*, 818-823.
- Callejas, N. (2012). Susceptibilidad al consumo de tabaco y comportamiento tabáquico en las adolescentes. *Universitas Psychologica, 11*, 1227-1234.
- Campo-Arias, A., Díaz, C., y Cogollo, Z. (2006). Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia: un análisis diferencial por sexo. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 30*, 167-183.
- Campo-Arias, A., González, S., Sánchez, Z., Rodríguez, D., Dallos, C., et al. (2005). Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Archivos de Pediatría de Uruguay, 76*, 21-26.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H.C., & Cogollo, Z. (2009). Internal consistency of a five-item form of the Francis scale toward Christianity among adolescent students. *The Journal of Social Psychology, 149*, 258-262.
- Caris, L., Varas, M., Anthony, C.B., & Anthony, J.C. (2003). Behavioral problems and tobacco use among adolescents in Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública, 13*, 84-90.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C.F., Noto, A.R., y Nappo, A.S.I. (2002). Levantamiento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. Sao Paulo: UNIFESP.
- Castillo, M., Meneses, M., Silva, L., Navarrete, P., y Campo-Arias, A. (2003). Prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *MedUNAB, 6*, 137-143.
- Ceballos, G., Barliza, L., Villafañe, Y., Herazo, E., Oviedo, H., y Campo-Arias, A. (2013). Cuestionario breve para juego patológico: desempeño psicométrico en universitarios. *Revista Ciencias Biomédicas, 4*, 242-246.
- Ceballos, G., Del Gordo, R., y Campo-Arias, A. (2006). Factores asociados con el consumo diario de cigarrillos en estudiantes de medicina de Santa Marta. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, 24*, 79-83.
- Cogollo, Z., y Gómez-Bustamante, E. (2013). Asociación entre consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias ilegales en adolescentes estudiantes en Cartagena, Colombia, 2012. *Hacia la Promoción de la Salud, 18*, 110-117.
- Cogollo, Z., Gómez-Bustamante, E.M., Herazo, H., Oviedo, H.C., & Campo-Arias, A. (2013). Association between religiosity and depressive symptoms among adolescent students. *Duazary, 10*, 15-19.
- Cogollo, Z., Gómez-Bustamante, E.M., Herazo, H., Oviedo, H.C., & Campo-Arias, A. (2012). Validez y confiabilidad de la escala breve de Francis para actitud ante el cristianismo. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, 60*, 103-110.
- Cotton, S., Zebracki, K., Rosenthal, S.L., Tsevat, J., & Drotar, D. (2006). Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. *Journal of Adolescent Health, 38*, 472-480.
- Everett, S.A., Malarcher, A.M., Sharp, D., Husten, C., & Giovino, G. (2000). Relationship between cigarette, smokeless tobacco, and cigar use, and other health risk behaviors among U.S. high school students. *Journal of School Health, 70*, 234-240.
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Armijo, I., et al. (2008). Religiousness, risk behaviors and mental health among adolescent from Santiago, Chile. *Revista Chilena de Salud Pública, 12*, 83-92.
- Freeman, R. (1986). Que se escapa? La relación de Churchgoing y Otros Antecedentes. Factores para el desempeño socioeconómico de negros masculinos jóvenes de Inner-City Tracts. En Richard Freeman y Harry Holzer, eds. *La Crisis Negro Empleo Juvenil*. Chicago: University of Chicago Press, 353-376.
- Funai, A., y Pillon, C. (2011). El uso de bebidas alcohólicas y los aspectos religiosos en estudiantes

- de enfermería. *Revista Eletrónica de Enfermería*, 13, 24-29. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a03.htm>.
- Geertz, C. (2006). La interpretación de las culturas. Undécima Reimpresión. Barcelona: Gedisa.
- Good, M., y Willoughby, T. (2013). Institutional and Personal Spirituality/Religiosity and Psychosocial Adjustment in Adolescence: Concurrent and Longitudinal Associations. *Journal of Youth and Adolescence*. DOI 10.1007/s10964-013-9989-2.
- Grunbaum, J., Kann, L., Kinchen, S., Williams, B., Ross, J., et al. (2002). Youth risk behavior surveillance—United States, 2001. *Journal of School Health*, 72, 313-328.
- Harris, E.C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-208.
- Kay, W.K., & Frances, L.J. (2006). Suicidal Ideation among young people in the UK: Church Going as an inhibitory influence. *Mental Health, Religion and Culture*, 9, 127-140.
- Lemos, S., Fidalgo, A., Calvo, P., y Menéndez, L. (1992). Salud mental de los adolescentes asturianos. *Psicotema*, 4, 21-48.
- Maycoln, T., Cerqueira-Santos, N., Araujo de Moraes, N., y Koller, S. (2008). Factores protectores relacionados con el consumo de cigarrillo en jóvenes brasileiros. *Universitas Psychologica*, 7, 139-148.
- Malcon, M., Menezes, A.M.B., Maia, M., Chatkin, M., y Vitoria, C. (2003). Prevalencia en fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisao sistemática da literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13, 76-82.
- Mubarak, A.R., & Blanksby, P. (2013). A study on problem and pathological gambling among university students in South Australia. *Journal of Higher Education Policy and Management*, 35, 471-482.
- Musick, M. (1996). Religion and subjective health among black and white elders. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 221-237.
- Mulvey, E.P., Schubert, C.A. and Chassin, L. (2010). Substance use and delinquent behavior among serious adolescent offenders. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Recuperado de: <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/232790.pdf>.
- Muñoz, M.J., Graña, J.L., Peña, M.E. y Andreu, J.M. (2002). Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en población adolescente. *Adicciones*, 14, 313-320.
- Muñoz-Molina, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007. *Revista de Salud Pública*, 10, 150-159.
- Nelms, L.W, Hutchins, E., Hutchins, D., & Pursley, R.J. (2007). Spirituality and the health of college students. *Journal of Religion & Health*, 46, 249-265.
- Nicholson, A., Rose, R., y Bobak, M. (2010). Las asociaciones entre las diferentes dimensiones de la implicación religiosa y auto nominal de la salud en diversas poblaciones europeas. *Psicología de la Salud*, 29, 227-235.
- Orlinsky, D. (2008). Religious and spiritual experiences of psychotherapists. Book of Abstracts, 39th International Meeting Society for Psychotherapy Research (SPR). Barcelona, España.
- Pérez, M., y Pinzón-Pérez, H. (2000). Alcohol, tabaco, and other psychoactive drug use among high school students in Bogota, Colombia. *Journal of School Health*, 70, 377-380.
- Pinilla, J., González, B., Barber, P., & Santana, Y. (2002). Smoking in young adolescents: an approach with multilevel discrete choice models. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 227-232.
- Ramisetty-Mickler, S., Caetana, R., Goebert, D., & Nishimura, S. (2004). Ethnic variation in drinking, drug use, and sexual behavior among adolescents in Hawaii. *Journal of School Health*, 74, 16-22.
- Robin, L., Brener, N., Donahue, S., Hack, T., Hale, K., et al. (2002). Associations between health risk behaviors and opposite-, same-, and both-sex sexual partners in representative samples of Vermont and Massachusetts high school students. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 156, 349-355.
- Russell, S., Driscoll, A., & Troung, N. (2002). Adolescent same-sex romantic attractions and relationships: implications for substance use and abuse. *American Journal of Public Health*, 92, 198-202.
- Sao Paulo: UNIFESP; 2002. 380 p. Disponible en: www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil/parte_1.pdf
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons

- with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Seeman, T.E., Fagan Dubin, L., & Seeman, M. (2003). Religiosity/Spirituality and Health: a critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist*, 58, 53-63.
- Simantov, E., Schoen, C., & Klein, J. (2000). Health-compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink? *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 154, 1025-1033.
- Taha, N., Florenzano, R., Sieverson, C., Aspillaga, C., & Alliende, L. (2011). La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49, 347-360.
- Takakura, M., Nagayama, T., Sakihara, S., & Wilcox, C. (2001). Pattern of health-risk behavior among Japanese high school students. *Journal of School Health*, 71, 23-29.
- Torikka, A., Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, A., Rimpelä, M., & Rantanen, P. (2001). Depression, drinking, and substance use among 14- to 16-year-old Finnish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 351-357.
- Upadhyaya, H., Deas, D., Brady, K., & Kruesi, M. (2002). Cigarette smoking and psychiatric comorbidity in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1294-1305.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Cardiel, H., Fleiz, C., Alcántar, E., et al. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 22, 18-30.
- Wagner, F.A., Velasco-Mondragón, H.E., Herrera-Vásquez, M., Borges, G., y Lazcano-Ponce, E. (2005). Early alcohol or tobacco onset and transition to other drug use among students in the state of Morelos, Mexico. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 93-96.
- Weisner, C., y Peñaranda, D. (2002). Encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes: reporte de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 6, 5-14.
- Zapata, M.A., Torres, Y., Montoya, L.P., Garro, G.I., y Hurtado, G. (2009). Segundo estudio de salud mental del adolescente, Medellín - 2009. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín, 67-80.
- Zapata, M.A., Torres, Y., y Montoya, L.P. (2011). Riesgo de juego patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín-Colombia. *Adicciones*, 23, 17-25.