

ESTILOS DE VIDA PROMOTORES DE SALUD COMO MODERADORES DE COMPRA Y CONSUMO DE ALIMENTOS SALUDABLES

Bahamón, Marly Johana¹
Estrada-López, Hilda²
Iglesias-Navas, María Auxiliadora³

Recibido: 21-03-17 Revisado: 13-10-19 Aceptado: 18-02-20

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es medir el papel moderador del estilo de vida promotor de salud, sus dimensiones y las características sociodemográficas, sobre la compra y consumo de alimentos saludables en una muestra de 370 adultos colombianos, encargados comprar la alimentación en sus hogares. Se establecieron como hipótesis que el estilo de vida promotor de salud y las características sociodemográficas se asociaban significativamente con la frecuencia de compra y consumo de alimentos saludables; así mismo se consideró que el estilo de vida promotor de salud y algunas características sociodemográficas podían predecir la compra y consumo de alimentos saludables. Se realizó una investigación enmarcada en el enfoque cuantitativo, con alcance explicativo y de corte transversal. Los instrumentos utilizados fueron una pregunta tipo encuesta personal, un cuestionario sociodemográfico y el cuestionario de estilos de vida PEPS-I. Los resultados indican que la edad, el sexo, el estrato socioeconómico, el estado civil y el índice de masa corporal se relacionan significativamente con la compra y consumo de alimentos saludables, así como con algunos estilos de vida promotores de salud. A partir del análisis de regresión múltiple se identificó que el estilo de vida centrado en nutrición, responsabilidad en salud y manejo del estrés explica en un 91,8% la compra y consumo de alimentos saludables. Los resultados muestran información pertinente para el análisis del perfil psicográfico del consumidor activo o potencial de alimentos saludables.

Palabras clave: alimentación saludable, Colombia, compras, consumo, estilos de vida, perfil consumidor, salud

¹ Psicóloga (Universidad Surcolombiana-USCO, Colombia); Magíster en Educación y Desarrollo Humano (Universidad de Manizales-Umanizales, Colombia); Ph.D. en Psicología (Universidad de Flores-UFLO, Argentina). Docente de la Universidad Simón Bolívar-Unisimon, Colombia. **Dirección postal:** Cl. 54 #53-59 Barranquilla, Colombia. **Teléfono:** +57 3444333; **e-mail:** mbahamon@unisimonbolivar.edu.co

² Administradora de empresas (Universidad Autónoma del Caribe-UAC, Colombia), Magíster en Gestión de Organizaciones (Universidad EAN, Colombia); Doctora en Administración (Universidad Autónoma de Querétaro-UAQ, México). Docente de planta de la Universidad del Atlántico-UA, Facultad de Ciencias Económicas (Barranquilla, Colombia). **Dirección postal:** Carrera 65 #64-71. Barranquilla, Colombia. **Teléfono:** +57 3853002; **e-mail:** hildaestrada@mail.uniatlantico.edu.co

³ Ingeniera de Mercados (Universidad Simón Bolívar-Unisimon, Colombia); Magíster en Administración de empresas e innovación (Unisimon, Colombia). Docente de la Universidad Simón Bolívar-Unisimon, Colombia. **Dirección postal:** Cl. 54 #53-59 Barranquilla, Colombia. **Teléfono:** +57 3444333; **e-mail:** miglesias1@unisimonbolivar.edu.co

ABSTRACT

The objective of this study is to measure the moderating role of the health-promoting lifestyle, its dimensions and socio-demographic characteristics, on the purchase and consumption of healthy food in a sample of 370 Colombian adults, who are in charge of buying food in their homes. It was hypothesized that the health-promoting lifestyle and sociodemographic characteristics were significantly associated with the frequency of purchase and consumption of healthy foods; it was also considered that the health-promoting lifestyle and some sociodemographic characteristics could predict the purchase and consumption of healthy foods. Research was conducted within the framework of the quantitative approach, with an explanatory scope and a cross-sectional approach. The instruments used were a personal survey question, a sociodemographic questionnaire and the PEPS-I lifestyle questionnaire. The results indicate that age, sex, socioeconomic status, marital status and body mass index are significantly related to the purchase and consumption of healthy foods, as well as to some health-promoting lifestyles. From the multiple regression analysis, it was identified that the lifestyle focused on nutrition, health responsibility and stress management explains 91.8% of the purchase and consumption of healthy foods. The results show relevant information for the analysis of the psychographic profile of the active or potential consumer of healthy food.

Key words: Colombia, consumer profiles, consumption, health, healthy feed, eating lifestyles, purchases

RÉSUMÉ

Le but de cette étude est de mesurer le rôle modérateur du mode de vie promoteur de santé, et ses dimensions et caractéristiques sociodémographiques, sur l'achat et la consommation d'aliments sains dans un échantillon de 370 adultes Colombiens, en charge de l'achat de la nourriture dans leurs maisons. L'hypothèse établie que le mode de vie favorable à la santé et les caractéristiques sociodémographiques étaient significativement associées à la fréquence d'achat et de consommation d'aliments sains. De même, il a été considéré que le mode de vie favorable le à la santé et certaines caractéristiques sociodémographiques pouvaient prédire l'achat et la consommation d'aliments sains. Les instruments utilisés étaient une question de type enquête personnelle, un questionnaire sociodémographique et le questionnaire de mode de vie EPEP-I. Les résultats indiquent que l'âge, le sexe, le statut socioéconomique, l'état matrimonial et indice de masse corporelle étaient significativement liés à l'achat et à la consommation d'aliments sains, ainsi qu'à certains styles de vie promoteurs de la santé. À partir de l'analyse de régression multiple, il a été identifié que le mode de vie centré sur la nutrition, la responsabilité en matière de santé et la gestion du stress expliquent à 91,8% l'achat et la consommation d'aliments sains. Les résultats montrent des informations pertinentes pour l'analyse du profil psycho-graphiques du consommateur actif ou potentiel d'aliments sains.

Mots-clé : Achats, alimentation saine, Colombie, consommation, profils de consommation, modes de vie, santé

RESUMO

O objetivo deste estudo é determinar o papel moderador do estilo de vida promotor da saúde, as suas dimensões e características sociodemográficas em relação à compra e consumo de alimentos saudáveis em uma amostra de 370 adultos colombianos (gerentes) encarregados de comprar comida para suas casas. Partiu-se da hipótese de que o estilo de vida promotor de saúde e algumas das características sociodemográficas estão associadas com a frequência de compra e consumo de alimentos saudáveis. Além disso, que o estilo de vida promotor de saúde e algumas características sociodemográficas poderiam prever a compra e consumo de alimentos saudáveis. Dentre os instrumentos utilizados consta uma pergunta da pesquisa pessoal standard, um questionário sociodemográfico e questionário estilo de vida PEPS-I. Os resultados indicam que a idade, sexo, status socioeconômico, estado civil e índice de massa corporal estão significativamente associados com a compra e consumo de alimentos saudáveis, bem como alguns estilos de vida promotores de saúde. A análise de regressão múltipla mostrou que esse estilo de vida focado em nutrição, responsabilidade sanitária e gestão do stress, explicam 91,8% da compra e consumo de alimentos saudáveis. Os resultados mostram-se relevantes para a análise do perfil psicográfico do consumidor ativo ou potencial de saúde alimentar.

Palavras-chave: alimentação saudável, Colômbia, compras, consumo, perfis de consumo, estilos de vida, saúde

1. INTRODUCCIÓN

Las dinámicas de alimentación se configuran en contextos y escenarios sociales dando cuenta, no solo del acto de comer, sino además de prácticas familiares, individuales y sociales involucradas. Tales prácticas tienen unos efectos directos en la salud de los sujetos, su calidad de vida y el aumento o reducción de factores riesgo de algunas enfermedades crónicas no transmisibles.

Las transformaciones sociales y económicas de los países también modifican los patrones alimentarios de sus habitantes. Respondiendo a esto, la industria de la alimentación ha cambiado significativamente en las últimas décadas. Así, cuestiones como el aumento en el consumo de comidas rápidas y preparadas fuera de casa, con facilidad para empaquetar y transportar, se constituyen en un ejemplo de ello.

En Colombia –particularmente– el tema de la obesidad, las afecciones cardíacas, la hipertensión y la diabetes se constituyen en las enfermedades que mayor carga aportan al estado de salud de sus habitantes (Observatorio Nacional de Salud, 2015). Esta situación permite vislumbrar nuevas necesidades en la oferta alimentaria para que los consumidores tengan oportunidad de seleccionar productos saludables que aporten a su bienestar, respondiendo a las demandas nutricionales y fortaleciendo estilos de vida saludables en las personas (Misso & Mariani, 2016).

Algunos antecedentes sobre el estilo de vida saludable se relacionan con el estilo *light*, el cual hace alusión a una creciente preocupación de las personas por el aspecto físico. Este movimiento se inició con la fijación de reglas sociales acerca del cuerpo y el físico y poco a poco se ha trasladado a la redefinición de parámetros sobre lo que puede ser saludable o no. Lo «light» se contextualiza en una sociedad de consumo que promueve la satisfacción hedonista de consumir, más que la privación o control de las necesidades creadas en el sujeto, así se considera lo light como una aproximación a lo saludable (Ravettino, 2008).

No obstante, el concepto amplio el estilo de vida hace referencia al conjunto de características sociales que definen a un grupo, es decir, comportamientos compartidos que

predicen características sociales homogéneas (Boyd, Harper & Levy, 1967). En cuanto a los estilos de vida promotores de salud, este concepto se deriva del modelo de promoción de la salud que explora los procesos biológicos y psicosociales que motivan a los individuos a ejecutar conductas para aportar a su salud y bienestar. De acuerdo con este modelo las conductas promotoras de salud son influenciadas por las características y experiencias individuales, las cogniciones y los afectos. Así, el estilo de vida promotor de salud es considerado como «un patrón multidimensional de acciones autoiniciadas y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar, autorrealización o realización del individuo» (Porras, 2002, p. 5).

Dichos estilos fundan su accionar en la conducta promotora de salud, la cual se constituye en el conjunto de acciones que regulan el comportamiento de la persona, configurando así un patrón comportamental que influye en la salud y que se refleja en aspectos como la nutrición, la responsabilidad con la propia salud, la actividad física, entre otros aspectos (Mellado-Sampedro, Pérez-Noriega, Árcega-Domínguez, Soriano-Sotomayor & Arrijo-Morales, 2011).

Apuntar al estudio de los estilos de vida en relación con la salud permite abordar patrones específicos de comportamiento que ejecutan grupos poblacionales de manera estable y que involucran aspectos subjetivos referidos a las interpretaciones de la realidad y las emociones involucradas. Estas, a su vez, se enmarcan en contextos sociales que identifican a determinados grupos de personas (Schnettler *et al.*, 2012). Los estilos de vida caracterizan los comportamientos compartidos y permiten explicar algunas conductas –como en este caso, las relacionadas con la salud y con la alimentación–, favoreciendo aproximaciones a perfiles específicos de consumidores en esta línea.

Sobre el tema son diferentes los abordajes, pues existen investigaciones sobre las características de consumidores de productos saludables o similares. Muchas de ellas se han concentrado en el análisis de características sociodemográficas para la segmentación del

mercado en relación con patrones de alimentación. Sin embargo, en las últimas décadas los análisis apuntan hacia la necesidad de estudiar factores psicográficos, como los estilos de vida y los valores que hacen que las personas se orienten o prefieran más unos productos que otros (Salgado & Camarena, 2014).

Al realizar un análisis de las investigaciones, es posible inferir la existencia de características específicas de consumidores de diferentes tipos de productos, las cuales incluso son traspasadas por factores de orden simbólico y cultural (Lucchese-Cheung, Batalha & Lambert, 2012). Parece entonces que dichas características otorgan elementos disposicionales hacia la adquisición o consumo de determinados productos. Por ejemplo, frente a la motivación de compra de alimentos ecológicos Ojeda (2011) identificó tres tipologías (a saber, a. «consumidores», en el que se identificaron tres subtipos «maduros», «especializados» e «informados»; b. «potenciales consumidores» y c. los «no consumidores»), que permitían diferenciar a los consumidores de los no consumidores, además de identificar algunos aspectos que limitan la compra (como el desconocimiento, la falta de promociones y poca variedad).

Otros estudios se han centrado en el análisis específico de la relaciones entre factores psicográficos como los estilos de vida, valores, actitudes y consumo de determinados alimentos. Para el caso de alimentos internacionales, Salgado & Camarena (2014) hallaron información que les permitió segmentar los grupos poblacionales, identificando que determinados estilos y valores que prestan mayor importancia a la experimentación y auto-orientación tienden a consumir más este tipo de producto.

Así mismo se han distinguido consumidores con base en su estilo de vida. Las clasificaciones remiten a quienes prefieren alimentos fáciles de preparar, pero planifican y mantienen sus hábitos alimentarios; los que disfrutan de salir a comer fuera, pero prefieren alimentos conocidos, son planificados y constantes en sus hábitos de alimentación; y los que disfrutan compartir con amigos una comida, pero no le gusta cocinar.

En esta línea, la posición económica ha mostrado un rol importante en relación con los patrones alimentarios y la obesidad. Miquileiza *et al.* (2014) encontraron que la omisión de desayuno, el bajo consumo de fruta y verdura y el alto consumo de comida rápida, *snacks* y bebidas azucaradas tienen mayor prevalencia en los sujetos de familias ubicados en los extremos de las posiciones socioeconómicas. Así mismo, Pagalea & Steluta (2012), advierten que aspectos como el sexo (femenino) y el nivel educativo (educación media y universitaria) de las personas favorecen la lectura de etiquetas y la percepción positiva de productos considerados saludables como los orgánicos.

Además de los factores psicográficos analizados, Kang, Jun & Arendt (2015) incluyeron en sus estudios aspectos individuales que influyen en el interés por los alimentos sanos, encontrando que el valor de la salud es el elemento clave que inspiró el interés del cliente en la alimentación saludable y despertó expectativas de resultados positivos y hedónicos. A diferencia de lo planteado por estos investigadores, Burton, Wang & Worsley (2015) sostienen que los valores tienen una influencia lejana en las intenciones y comportamientos a través consecuencias percibidas y que no hay asociación entre hábitos de salud y de compra de alimentos personales.

Otro aspecto que las investigaciones contemplan se relaciona con los conocimientos sobre la nutrición y el uso de esta información. En este sentido, Voinea (2010) hace un llamado de atención sobre la necesidad de formar a los consumidores de nuevas generaciones, quienes se acostumbraron a consumir productos fabricados sin prestar atención a los elementos nutricionales que estos puedan otorgarles. Por su parte, Grunert, Wills & Fernández-Celemín (2010) encontraron que el uso de la información ofrecida en las etiquetas de los alimentos se relaciona con el interés por la alimentación saludable.

Otras perspectivas han incorporado variables contextuales como la elección de supermercados en relación con la calidad de la dieta, hallando que sí hay un efecto cuando se trata de comprar frutas y verduras. Sin embargo, a pesar de que la elección del

supermercado se asocia con comportamientos saludables, no parece haber diferencias con respecto a características socioeconómicas (Pechey & Monsivais, 2015).

Finalmente, hay evidencia de estudios recientes que analizan cómo la alimentación, factores relacionados con la salud y la satisfacción con la vida son fuertes predictores de felicidad (Lobos, Mora, Lapo, Caligari & Schnettler, 2015). Este tipo de abordaje abre paso a una visión diferente, basada en preceptos de la psicología positiva para el análisis del consumidor y sus características.

Considerando lo planteado, el objetivo del presente estudio fue conocer el papel moderador del estilo de vida promotor de salud, sus dimensiones y las características sociodemográficas, sobre la compra y consumo de alimentos saludables.

2. MÉTODO

Se realizó una investigación enmarcada en el enfoque cuantitativo, con alcance explicativo y corte transversal. La población estuvo conformada por las personas mayores de 18 años residentes de diferentes localidades de la ciudad de Barranquilla; es decir, las personas que residen en 175.319 predios de las cinco localidades de la ciudad (Tabla N° 1).

El cálculo del tamaño muestral se realizó con un nivel de confianza del 95%, resultando en un tamaño muestral de 384 predios, con distribución proporcional según cada localidad. La selección de los predios se hizo con muestreo aleatorio polietápico, identificando inicialmente los barrios, posteriormente las manzanas y luego los predios, hasta completar el tamaño de la muestra (Tabla N° 2).

Tabla 1

Distribución de predios para selección de muestra

Localidad	No. Predios
Metropolitana	35.454
Norte Centro Histórico	28.071
Riomar	13.617
Suroccidente	55.241
Suroriente	42.936
Total	175.319

Fuente: elaboración propia, con base en el trabajo de campo

Tabla 2

Proceso de selección del muestreo

Localidad	No. total de predios por localidad	No. de manzanas por localidad	No. de barrios por localidad	No. de predios seleccionados por localidad
Metropolitana	35.454	1.560	23	78
Norte centro	28.071	1.360	46	61
Riomar	13.617	669	27	30
Suroccidente	55.241	2.333	38	121
Suroriente	42.936	1.734	38	94
Total	175.319	7.656	172	384

Fuente: elaboración propia, con base en el trabajo de campo

Finalmente la muestra se conformó por un total de 370 sujetos mayores de 18 años, ubicados en los predios seleccionados de las zonas seleccionadas, que reportaron ser responsables de la compra de alimentos en el hogar y que accedieron a responder los instrumentos.

De la población estudiada, 59,9% eran mujeres. Hubo representación de todos los estratos socioeconómicos, excepto el 6, que se considera como el más alto en la escala socioeconómica; en su mayoría pertenecían a estrato 2 (28,2%) y 3 (56,9%). En relación con la ocupación, el 26,2% informó que al momento de la aplicación eran empleados, mientras que el 22,2% reportó como actividad principal el hogar. Sobre el estado civil, el 50,5% informó como estado civil casado/unión libre.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

i) Cuestionario sociodemográfico: se construyó un cuestionario para la identificación de características sociales y demográficas de los participantes, conformado por 10 ítems que indagaron por datos de identificación, estrato socioeconómico, lugar de residencia, sexo, edad, estado civil, peso y talla, actividad principal y condiciones de salud.

ii) Pregunta tipo encuesta sobre hábitos de compra y consumo: se indagó sobre la frecuencia con la que los participantes compraban y consumían alimentos saludables. La pregunta utilizada fue: ¿Con qué frecuencia usted compra y consume alimentos saludables? En el trabajo de campo se aclaraba qué se consideraban como alimentos saludables, a saber: frutas, verduras, hortalizas, productos bajos en azúcar y grasas, así como alimentos nutracéuticos. Las opciones de respuesta fueron cinco, donde 1 era nada frecuente y 5 muy frecuente. Y,

iii) Escala de estilos de vida PEPS-I: el Perfil del Estilo de Vida (PEPS, por sus siglas en inglés) se trata de una prueba psicométrica diseñada por Pender (1996). Tiene por objeto evaluar el estilo de vida que llevan a cabo las personas, mediante el análisis de 48 ítems con cuatro opciones de respuesta, que van desde nunca hasta rutinariamente. Se centra en la evaluación de seis dimensiones: nutrición ($\alpha = 0,620$), ejercicio ($\alpha = 0,714$), responsabilidad en salud ($\alpha = 0,808$), manejo del estrés ($\alpha = 0,635$), soporte interpersonal ($\alpha = 0,613$) y auto actualización ($\alpha = 0,868$). El análisis de confiabilidad arrojó un índice de $\alpha = 0,875$ para la totalidad de la escala.

La toma de datos se realizó personalmente por parte de dos auxiliares de investigación, estudiantes de psicología con formación previa en aplicación de instrumentos psicométricos, los cuales fueron entrenados durante 6 horas por una doctora en psicología para la aplicación de la encuesta, el cuestionario sociodemográfico y el cuestionario de estilos de vida saludable. Los encargados de realizar la aplicación hicieron las visitas a los domicilios seleccionados aleatoriamente; se informó a los participantes del objetivo del estudio, la voluntariedad, confidencialidad de sus datos y se solicitó firma de consentimiento informado. Para garantizar la calidad de los datos se realizó una prueba piloto para determinar el grado de comprensión de los ítems con un grupo de 10 personas y seguimiento aleatorio al 10% de las visitas y se transcribieron la totalidad de los datos en una matriz en Excel.

El procesamiento de datos se realizó mediante el uso del software estadístico SPSS v. 19 (IBM, 2011). Se analizó la consistencia interna (alfa de Cronbach), medias, desviación estándar, correlación entre las variables (Chi cuadrado) y análisis de regresión ANOVA.

Tabla 3

Frecuencia de compra o consumo de alimentos saludables

	Poco frecuente	Algo frecuente	intermedio	Frecuente	Muy frecuente
Comprar o consumir alimentos saludables	20 (5,4%)	36 (9,7%)	90 (24,3%)	115 (31%)	110 (29,6%)

Fuente: elaboración propia, con base en el trabajo de campo

3. RESULTADOS

Para conocer si los participantes compraban y consumían alimentos saludables se preguntó por la frecuencia en que lo hacían del total el 29,6% respondió muy frecuente (Tabla Nº 3). Se asumió como alimentos saludables frutas, verduras, hortalizas, productos bajos en azúcar y grasas, así como alimentos nutraceuticos (aquellos que incluyen componentes que aportan un beneficio añadido para la salud, capaz de proporcionar beneficios médicos, inclusive para la prevención y el tratamiento de enfermedades).

Los datos derivados del ANOVA para determinar el efecto de la edad sobre la decisión de compra y consumo de alimentos saludables, así como las diferentes dimensiones de los estilos de vida mostraron que la edad es una variable determinante para la compra y consumo de alimentos saludables, la responsabilidad en la salud y la autoactualización (Tabla Nº 4).

Los datos en relación con el sexo de los participantes evidenciaron que esta variable explica significativamente la compra y consumo de alimentos saludables, la nutrición y la responsabilidad en la salud (Tabla Nº 5).

En cuanto al papel del estrato socioeconómico predicen la compra y consumo de alimentos saludables, ejercicio, responsabilidad en la salud y manejo del estrés (Tabla Nº 6).

Con el objeto de analizar el riesgo de menor compra y consumo de alimentos saludables en relación con la edad, el sexo y el estrato socioeconómico se realizaron cálculos de correlación de Pearson y estimación del riesgo (Tablas Nº 7 y Nº 8). El valor P (*p-value*) apareció como significativo, por lo que se concluye que hay asociación entre las variables. Así mismo, el OR fue significativo, porque su intervalo de confianza no contiene al 1. Así, se concluye que los hombres tienen un 1,6 veces más probabilidad de consumir con menos frecuencia productos saludables que las mujeres.

4. DISCUSIÓN Y REFLEXIONES FINALES

Se comprobó la hipótesis sobre la asociación entre las características sociodemográficas y

la compra y consumo de alimentos saludables. Las puntuaciones obtenidas por los participantes no mostraron diferencias significativas con ninguna de las características sociodemográficas. Sin embargo, vale la pena destacar que las medias más altas se ubicaron en personas mayores de 50 años, mujeres y estratos socioeconómicos 2 y 3. Estos resultados evidencian la existencia de un segmento del mercado que cuenta con características específicas y que muestra mayor interés por la compra y consumo de este tipo de productos. Estos datos coinciden parcialmente con lo encontrado por Pagalea & Steluta (2012), quienes exponen la importancia del sexo y el nivel educativo en la elección y compra de determinados productos. No obstante, también se pone en evidencia una limitación de esta última investigación, puesto que en ella no se indagó sobre el nivel educativo y este puede ser un factor importante en la decisión de compra.

En cuanto a la hipótesis sobre asociaciones entre los estilos promotores de salud y las características sociodemográficas los datos mostraron que todas las dimensiones se relacionaban con la edad (Cid, Merino & Stiepovich, 2006). La excepción fue la dimensión de soporte interpersonal, cuestión que se explica por su particularidad, en tanto que el apoyo que se percibe como soporte social es sensible a las interpretaciones dadas por el sujeto, en las cuales medía la edad como un factor que le otorga recursos diferentes a la persona. Las relaciones más fuertes se hallaron entre edad con las dimensiones de responsabilidad en salud y autoactualización. Estos hallazgos coinciden con los de otros autores que han analizado el tema en diferentes poblaciones, identificando que a más edad se presenta mayor preocupación por la salud y acciones para su mejoramiento, debido a las condiciones que pueden aquejar a las personas como la mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (Gallegos & Bañuelos, 2004). Así mismo la autoactualización, que como dimensión expone la capacidad del sujeto puede explicarse mejor en personas mayores

Tabla 4
ANOVA por rango de edad, consumo de alimentos saludables y estilos vida

	Rango de edad	Media	Desviación típica	P valor ANOVA
Comprar o consumir alimentos saludables	≤ 18	3.000	14.142	0,000
	19- 34	3.423	11.869	
	35- 49	3.817	1.042	
	50- 64	4.065	1.043	
	>65	4.135	0,8551	
	Total	3.707	11.464	
Nutrición	≤ 18	166.842	344.887	0,193
	19- 34	166.338	25.833	
	35- 49	167.742	322.399	
	50- 64	176.364	311.579	
	>65	170.811	341.873	
	Total	169.266	300.998	
Ejercicio	≤ 18	123.684	475.173	0,197
	19- 34	106.901	375.902	
	35- 49	104.624	326.563	
	50- 64	11.039	380.941	
	>65	10.027	379.683	
	Total	107.255	372.241	
Responsabilidad en Salud	≤ 18	23	674.125	0,000
	19- 34	224.296	518.918	
	35- 49	232.796	513.802	
	50- 64	25.961	523.259	
	>65	255.405	550.553	
	Total	237.255	547.207	
Manejo del Estrés	≤ 18	172.632	370.948	0,053
	19- 34	165.141	368.192	
	35- 49	16.957	306.776	
	50- 64	177.922	346.538	
	>65	18	407.567	
	Total	170.815	35.609	
Soporte Interpersonal	≤ 18	213.684	443.735	0,640
	19- 34	216.127	357.463	
	35- 49	21.172	466.631	
	50- 64	208.961	370.485	
	>65	207.297	343.712	
	Total	21,25	392.956	
Autoactualización	≤ 18	432.105	713.037	0,003
	19- 34	438.028	640.726	
	35- 49	421.828	659.866	
	50- 64	414.026	578.851	
	>65	396.216	621.535	
	Total	424.402	645.772	

Fuente: elaboración propia, con base en el trabajo de campo

Tabla 5

ANOVA sexo, estilos de vida y compra o consumo de alimentos saludables

	Sexo	Media	Desviación típica	P VALOR ANOVA
Comprar o consumir alimentos saludables	Hombre	3.553	11.442	0,047
	Mujer	3.795	11.503	
Nutrición	Hombre	165.067	277.995	0,045
	Mujer	171.545	320.013	
Ejercicio	Hombre	111.067	372.034	0,089
	Mujer	104.364	371.109	
Responsabilidad en Salud	Hombre	230.067	53.489	0,048
	Mujer	241.545	553.146	
Manejo del Estrés	Hombre	16,92	372.281	0,521
	Mujer	171.636	347.996	
Soporte Interpersonal	Hombre	215.867	415.664	0,161
	Mujer	210.045	374.348	
Autoactualización	Hombre	431.467	649.356	0,088
	Mujer	419.818	63.806	

Fuente: elaboración propia, con base en el trabajo de campo

debido a la experiencia vital que se requiere para contemplar su propio estado de salud como un todo y no solo desde el punto de vista biológico.

En relación con la variable sexo, se determinó que la única diferencia significativa entre hombres y mujeres fue el manejo del estrés, donde las medias más altas fueron obtenidas por mujeres; es decir, ellas mostraron mejores puntuaciones en esta dimensión. Tales resultados son coherentes con los planteamientos sobre manejo y afrontamiento del estrés en diferentes investigaciones que han identificado estrategias particulares para hacer frente a situaciones problemáticas, por ejemplo, en las mujeres se ha identificado mayor uso de estrategias basadas en el apoyo social y en los hombres mayor uso de estrategias centradas en la planificación y reevaluación (González, González & Freire, 2009). Este puede considerarse como un punto clave en la caracterización de población con interés de compra de alimentos saludables, puesto que si bien existe la misma probabilidad para hombres y mujeres, las estrategias

publicitarias deben incorporar aspectos puntuales para cada grupo.

Otro punto importante para analizar a partir de los resultados fue la asociación estrecha entre el estrato socioeconómico y la dimensión de ejercicio, la cual fue más alta en estratos socioeconómicos con mayores posibilidades (5 y 6). Este resultado sugiere que a mayor estrato socioeconómico, mayores son las puntuaciones en la dimensión ejercicio. Tal comportamiento puede estar mediado por la oportunidad de acceso a mecanismos que faciliten la actividad física, pero también debido a factores de orden psicosocial implicados en las creencias y comportamientos sobre la actividad física, en el cual pueden concentrarse futuros estudios. En este sentido es importante una mayor profundización, teniendo en cuenta que algunas investigaciones han mostrado presencia de niveles más altos de obesidad en poblaciones de los extremos ubicados en el nivel socioeconómico (Miquileiza *et al.* 2014; Bustamante, Seabra, Garganta & Maia, 2005). Este punto merece mayor atención en investigaciones futuras orientadas hacia la salud,

Tabla 6

ANOVA por estrato socioeconómico, estilos de vida y compra o consumo de alimentos saludables

	Estrato	Media	Desviación típica	P VALOR ANOVA
Comprar o consumir alimentos saludables	1	3.382	12.556	0,002
	2	3.971	11.697	
	3	3.595	10.906	
	4	3,95	11.459	
	5	1		
	Total	3.694	1.152	
Nutrición	1	166.176	264.019	0,354
	2	171.538	293.876	
	3	167.429	313.806	
	4	17,05	313.679	
	5	22		
	Total	16.878	304.206	
Ejercicio	1	101.471	326.721	0,000
	2	119.615	339.023	
	3	9.981	37.095	
	4	12,05	377.631	
	5	16		
	Total	106.829	369.779	
Responsabilidad en Salud	1	225.882	62.237	0,034
	2	245.673	52.487	
	3	231.762	530.797	
	4	25,15	531.408	
	5	33		
	Total	236.477	542.894	
Manejo del Estrés	1	164.706	35.096	0,001
	2	181.058	356.335	
	3	165.333	35.082	
	4	17,4	232.605	
	5	24		
	Total	170.379	354.454	
Soporte Interpersonal	1	216.765	369.045	0,520
	2	209.615	430.381	
	3	213.714	382.327	
	4	20,3	331.027	
	5	25		
	Total	212.358	392.542	
Autoactualización	1	422.941	678.469	0,005
	2	41,25	623.917	
	3	432.952	647.472	
	4	39,2	420.025	
	5	52		
	Total	424.282	643.284	

Fuente: elaboración propia, con base en el trabajo de campo

Tabla 7

Riesgo de menor compra y consumo de alimentos saludables en relación con la edad, el sexo y el estrato socioeconómico

	Valor	g.l.	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,485 ^a	1	0,019		
Corrección por continuidad ^b	4.990	1	0,025		
Razón de verosimilitudes	5.466	1	0,019		
Estadístico exacto de Fisher				0,023	0,013
Asociación lineal por lineal	5.471	1	0,019		
Número de casos válidos	370				

Notas: (a) 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 59,19

(b) Calculado solo para una tabla de 2x2

Fuente: elaboración propia, con base en el trabajo de campo

Tabla 8

Estimación del riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para compra y consumo alimentos saludables	1.658	1.085	2.534
Para la cohorte Sexo recodificado = h	1.342	1.052	1.713
Para la cohorte Sexo recodificado = m	0,810	0,674	0,973
N de casos válidos	370		

Fuente: elaboración propia, con base en el trabajo de campo

la alimentación saludable y la segmentación del mercado para detectar potenciales consumidores de productos relacionados con este estilo de vida.

Referente a la hipótesis de los estilos promotores de salud como predictores de la compra y consumo de alimentos saludables se detectó que tres (nutrición, responsabilidad en salud y manejo del estrés) de los seis estilos explicaban en un alto porcentaje esta conducta. Estos datos aportan información valiosa para detección de características específicas de potenciales consumidores de alimentos saludables (Salgado & Camarena, 2014). El análisis de los resultados de la investigación permitió identificar que las mujeres con mayor edad -en comparación con los hombres- pueden ser una

población objetivo para la promoción, divulgación y mercadeo de productos de esta naturaleza. En relación con las características asociadas a su estilo de vida, quienes muestren mayor interés por una nutrición saludable, con mayor responsabilidad en salud y mejores capacidades para hacer frente al estrés pueden ser objetivo de estrategias de mercadeo para alimentos saludables.

Finalmente, el estudio realizado aporta información no solo sobre el perfil psicográfico de consumidores de alimentos saludables, sino que aporta además a investigaciones futuras con enfoque centrado en salud y estilos de vida saludables, elementos valiosos para la estructuración de programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

REFERENCIAS

- Boyd, Jr., Harper W. & Levy, Sidney J. (1967). *Promotion: A behavioral view*. New Jersey: Prentice Hall.
- Burton, M., Wang, W., & Worsley, A. (2015). Demographic and psychographic associations of consumer intentions to purchase healthier food products. *Preventive Medicine Reports*, 2(C), 21-26.
- Bustamante, A., Seabra, A., Garganta, R. & Maia, J. (2005). Efectos de la actividad física y del nivel socioeconómico en el sobrepeso y obesidad de escolares, Lima Este 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 24(2), 121-128.
- Cid, H., Merino, J., & Stieповich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica de Chile*, 134, 1491-1499.
- Gallegos, E., & Bañuelos Y. (2004). Conductas protectoras de salud en adultos con diabetes tipo II. *Investigación y Educación en Enfermería*, 22(2), 40-49.
- González, R., González, P., & Freire, C. (2009). El afrontamiento del estrés en estudiantes de ciencias de la salud. Diferencias entre hombres y mujeres. *Aula Abierta*, 37(2), 3-10.
- Grunert, K., Wills, J., & Fernández-Celemín, L. (2010). Nutrition knowledge, and use and understanding of nutrition information on food labels among consumers in the UK. *Appetite*, 55, 177-189.
- IBM. (2011). *IBM® SPSS Statistics (Version 19.0) [Windows]*. Armonk, Nueva York: IBM.
- Kang, J., Jun, J., & Arendt, S. (2015). Understanding customers' healthy food choices at casual dining restaurants: Using the Value-Attitude-Behavior model. *International Journal of Hospitality Management*, 48, 12-21.
- Lobos, G., Mora, M., Lapo, M., Caligari, C., & Schnettler, B. (2015). Happiness and health and food-related variables: Evidence for different age groups in Chile. *Suma Psicológica*, 22(2), 120-128.
- Lucchese-Cheung, T., Batalha, M., & Lambert, J. (2012). Comportamentos do consumidor de alimentos: tipologia e representação da comida. *Agroalimentaria*, 18(35), 115-129.
- Mellado-Sampedro, M., Pérez-Noriega, E., Arcega-Domínguez, A., Soriano-Sotomayor, M., & Arrijoa-Morales, G. (2011). Estilo de vida: Precursor de factores de riesgo cardiovascular en adultos sanos. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 19(2), 56-61.
- Miqueleiza, E., Lostao, L., Ortega, P., Santos, J., Astasio, P., & Regidor. (2014). Patrón socioeconómico en la alimentación no saludable en niños y adolescentes en España. *Atención Primaria*, 46(8), 433-439.
- Misso, R., & Mariani, M. (2016). Quality of feeding and new lifestyles. *Agriculture and Agricultural Science Procedia*, 8, 257-262.
- Observatorio Nacional de Salud. (2015). *Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia. V informe*. Bogotá, Colombia: Ministerio Nacional de Salud.
- Ojeda, D. (2011). *Identificación de valores y estilos de vida del consumidor de alimentos ecológicos en la ciudad de Bogotá*. (Tesis de Maestría inédita). Programa de Maestría en Ciencias Agrarias, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Pagalea, A., & Steluta, D. (2012). Romanian consumer lifestyle and attitude towards bio products purchase. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 62, 1308-1312.
- Pechey, R., & Monsivais, P. (2015). Supermarket choice, shopping behavior, socioeconomic status, and food purchases. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(6), 868-877.
- Pender, N. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3a. ed.). Stamford, EE. UU.: Appleton & Lange.
- Porras, M. (2002). *Autoeficacia y estilo de vida promotor de salud en adolescentes de un área suburbana de Nuevo León*. (Tesis de Maestría inédita). Programa de Maestría en Ciencias de la Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/6546/1/1080116251.PDF>

- Ravettino, A. (2008). El estilo de vida light. Hábitos y patrones de consumo. *Revista científica de UCES*, 7(1), 103-117.
- Salgado, L., & Camarena, D. (2014). Los valores y estilos de vida de los jóvenes como factores de influencia en el consumo de alimentos internacionales. *POLLANTEA*, 10(19), 147-166.
- Schnettler, B., Mora, M., Mills, N., Miranda, H., Sepúlveda, J., Denegri, M., & Lobos, G. (2012). Tipologías de consumidores según el estilo de vida en relación a la alimentación: un estudio exploratorio en el sur de Chile. *Revista Chilena Nutrición*, 39(4), 165-172.
- Voinea, L. (2012). The role of food science theory in guiding the alimentary behavior. Case study: the Bucharest AES students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 1263- 1267.