

# Características de la situación de salud en población universitaria. Villavicencio, Colombia, 2008. Estudio de corte transversal

## Health characteristics of a university population. Villavicencio, Colombia, 2008. Cross-sectional study

César García Balaguera<sup>1</sup>

### RESUMEN

Se realizó un estudio de corte transversal descriptivo en la sede central de la Universidad Cooperativa de Colombia en Villavicencio, Meta, Colombia, en el primer semestre de 2008, para conocer las características de la situación de salud de los estudiantes; se tomó una muestra de 172 estudiantes mediante muestreo aleatorio por conglomerados y se aplicó cuestionario autoadministrado. La edad promedio fue de 20 años, 91,7% solteros, 6,5% casados o en unión libre, 36,3% estudian y trabajan, 11,3% tiene hijos a cargo, el 60,9% estuvo enfermo en el último año; las enfermedades respiratorias y digestivas son las primeras causas de consulta; el 61,2% fue al médico en el último año, el 44,6% acudió a las Empresas Promotoras de Salud del Sistema de Seguridad Social, el 39,8% al médico particular y el 14,5% al servicio médico universitario; 15,5% usó tratamientos caseros; el 70,8% consume alcohol y el 45,5% lo hace semanalmente. Se recomienda realizar estrategias de bienestar estudiantil dirigidas a la población trabajadora y al buen uso del tiempo libre de la población universitaria.

**Palabras clave:** Situación de salud, población universitaria.

### ABSTRACT

We performed a cross sectional study at the headquarters of the Cooperative University of Colombia in Villavicencio, Meta, Colombia, in the first half of 2008 to ascertain the nature of the health status of students, we took a sample of 172 students using random cluster sampling and a self-administered questionnaire was applied. Mean age was 20 years, 91.7 % single, 6.5 % married or free union, 36.3 % study and work, 11.3 % have dependent children, 60.9 % were sick in the last year; respiratory and digestive diseases appeared as the leading causes of seeking medical advice; 61.2 % visited a physician during the last year, 44.6 % went to the EPS of SGSSS, 39.8 % went to a private physician and 14.5 % went to a medical college; 15.5 % used homemade treatments, 70.8 % consumes alcohol and 45.5 % does so weekly. It is recommended that strategies be aimed to improve the wellbeing of the student work force and the proper use of leisure time.

**Key words:** health situation, university population.

Recibido: 24/3/2009 Aceptado: 24/5/2010

1. Médico Cirujano, Máster Epidemiología, Especialista en Docencia Universitaria. Estudiante Maestría Salud Sexual y Reproductiva Universidad El Bosque. E-mail: cegaba@hotmail.com. 2. Enfermera, Instructora Asociada, Facultad de Enfermería Universidad El Bosque.

## INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la cultura de la Salud Pública, siempre ha sido un enigma descubrir los condicionantes que determinan el que una persona decida ir a consulta médica, o ejercer prácticas de autocuidado, y comprender el por qué otras personas simplemente no asumen su cuidado y se convierten en un blanco fácil de las enfermedades (1-3, 5).

Existen diferencias importantes en los comportamientos entre las diferentes estancias sociales, económicas y culturales, por tanto hay que diseñar diferentes estrategias para cada ecosistema que garanticen el uso, acceso y oportunidad a los servicios de salud (1-3, 5, 7). La prestación de servicios de salud debe corresponder a las necesidades de cada nicho ecológico, y como consecuencia se requiere el conocimiento de las características de cada entorno para su diseño y seguimiento (9-11, 14).

El objetivo de este estudio es conocer las características de uso de los servicios de salud de estudiantes universitarios de una universidad privada, y explorar factores de riesgo tales como cigarrillo, alcohol, sustancias psicotrópicas, y factores protectores como el deporte o las actividades culturales, para aportar hipótesis de intervención en procura de mejorar los servicios.

## MATERIALES Y MÉTODOS

- › **Diseño:** se realizó un estudio descriptivo de corte transversal basado en una encuesta autoadministrada.
- › **Población:** estudiantes de la Universidad Cooperativa de Colombia seccional Villavicencio, Meta, Colombia.

El cálculo del tamaño muestral se realizó teniendo en cuenta una población total de 2530, con frecuencia esperada de 30%, con un peor aceptable de 20% e intervalo de confianza del 0,05%, lo que dio un total de 172 participantes. El cálculo se hizo utilizando el programa Epi Info 2002, Fórmula:  $(n / (1 - (n / \text{population})) n = X * Z(P(1 - P)) / D * D$ .

Procedimiento: se aplicó la encuesta durante el mes de mayo de 2008, mediante un muestreo aleatorio por conglomerados en las diferentes facultades. La

muestra representa la proporción del número de estudiantes que cursan cada carrera; se escogieron mediante el último dígito del número de código de la universidad a través de números aleatorios.

Se firmó consentimiento informado teniendo en cuenta que esta investigación se clasificó como de bajo riesgo (Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud). Se aplicó una encuesta auto administrada con selección múltiple de las variables en estudio. Se clasificaron en: socio demográfico, morbilidad y uso de servicios de salud, factores de riesgo y protectores. Se tomaron los estudiantes en forma individual y el encuestador había sido previamente capacitado para administrar la prueba y asesorar al encuestado; los encuestadores fueron estudiantes de medicina de la Universidad y se hizo una prueba de campo previa, a una muestra piloto de estudiantes de las diferentes carreras (n=15); se ajustaron las preguntas a un lenguaje consensuado. De las 172 encuestas se excluyeron del estudio 3 encuestas por presentar inconsistencias o por mal diligenciamiento. Se tabularon las encuestas y se analizaron mediante el uso de EPI-INFO 6.04.

**Criterios de inclusión:** 1. Estudiantes matriculados activos en la Universidad Cooperativa de Colombia (UCC), Seccional Villavicencio, Colombia. 2. Deseo de participar en el estudio.

**Criterios de Exclusión:** Diligenciamiento incompleto (menos del 50%), o erróneo de la encuesta.

## RESULTADOS

### VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES

El 52,1% son mujeres y el 47,9% hombres. Respecto al estado civil, el 91,9% son solteros, 5,3% casados, 1,2% unión libre, 1,2% separados. El 11,3% tiene hijos a cargo y el 88,7% no tiene hijos.

La edad promedio es de 20.5 años, con una máxima de 37 años y una mínima de 15 años; la moda fue 18 años. Respecto a la ocupación, el 36,3% estudian y trabajan, el 48,8% estudian exclusivamente y el 14,9% estudian y hacen otras actividades en su tiempo libre.

Respecto al lugar de nacimiento, el 70,7% en el Departamento del Meta así: El 46,9% nació

en Villavicencio, 4,9% en San Martín, 4,2% en Granada, 4,2% en Guamal, 1,4% en Restrepo, 1,4% en Puerto López; el 10,5% son de Cundinamarca y 10,5% de Casanare.

Con relación a las facultades a las que pertenecen los encuestados, el 42,5% son de Ciencias Económicas y Administrativas así: 12,3% Administración, 25,9% Contaduría; el 31,5% son de Ingeniería así: el 11,7% Civil y el 19,8% Sistemas; el 25,9% a Ciencias de la Salud así: 14,8% Medicina, 7,4% Odontología y 3,7% Psicología.

**Variables de morbilidad y uso de servicios**

	N	%
Enfermos último año	105	60,9
<b>Sistemas orgánicos afectados</b>		
Respiratorio		31,5
Digestivo		26,1
Otorrinolaringológico		15,3
Dermatológico		9
Neurológico		6,3
Genitourinario		4,5
Cardiovascular		3,6
<b>Uso de servicios de salud</b>		
Asistió al médico en el último año	105	61,2
Médico particular	70	41
Médico eps	75	43,4
Servicio médico universitario	25	14,5
<b>Motivos de no asistencia al médico</b>		
La enfermedad no era grave		29,4
Falta de tiempo		17,7
Por ser enfermedad pasajera		11,8
Uso remedios caseros		5,9

Tabla 1. Estado de salud – Prevalencia de año.

Se les indagó si habían estado enfermos en el último año (prevalencia de año): el 60,9% afirmó que sí. Los sistemas orgánicos afectados se pueden observar en la Tabla 1.

El 61,2% fue a consulta médica en el último año; de los que fueron a consulta el 41% fue a consulta

particular, el 43,4% fue a EPS tales como SaludCoop, ISS, Coomeva, y el 14,5% fue a Servicio Médico de la Universidad Cooperativa. Los motivos de la No Consulta se relacionan en la Tabla 1.

El 15,5% de los estudiantes usa con regularidad tratamientos caseros. El tratamiento casero más usado es la toma de antigripales o acetaminofen con el 23,5%, el consumo de cítricos con el 22,5%, las vaporizaciones con 13,5%, hierbas 4,5% y el reposo con 4,5% y otros 9%.

**Factores de riesgo**

RIESGO	N	%
Prevalencia de fumador activo	40	23,4
Promedio de consumo cigarrillos día		4
Consumo de alcohol última semana	122	70,8
Consumo de psicotrópicos última semana	5	3
Protectores		
Práctica deportes una vez por semana	72	41,8
Práctica deportes ocasionalmente	2	1,2
No practica ningún deporte	98	57
Asiste con frecuencia a actos culturales	85	49,4

Tabla 2. Factores de riesgo – Factores protectores.

La prevalencia de tabaquismo es del 23,4%. Se halló una prevalencia de 70,8% de consumo de alcohol la última semana. Respecto al consumo de psicotrópicos (cocaína, marihuana, éxtasis, etc.), se encontró que el 3% consumió psicotrópicos la última semana. Las características de consumo se detallan en al Tabla 2.

**Factores protectores**

El 41,8% practica deporte una vez a la semana. El 49,4% asiste con frecuencia a actividades de tipo cultural. Las características de práctica deportiva y asistencia a actividades de tipo cultural se detallan en la Tabla 2.

Finalmente, se preguntó qué les gustaría que la Universidad mejorara para bienestar de la comunidad universitaria, obteniendo las siguientes respuestas: mayores actividades deportivas, el 22,3%; mayor cantidad y calidad de actividades culturales como seminarios, conferencias, música

y danzas entre otras, el 21,4%; mejor servicio médico, con más médicos, medicamentos, enfermeras y más amplios horarios, el 19,4%; ampliar la biblioteca y el número de libros para consulta, el 11,2%; mejorar los baños y hacer más baños el 8,6%; mayor orden y aseo el 6,4%.

Se indagó sobre la estructura de los sanitarios de la Sede Central de la Universidad, y el 74% dijo que era buena, el 16% respondió regular y el 10% respondió mala; el 8% de las mujeres respondió regular o malo a esta pregunta.

## DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación se deben tomar con una gran validez interna por la característica del estudio, cuya muestra correspondió al 7% de la población total (3862 matriculados en el primer semestre de 2009); representa una tendencia importante para el análisis del comportamiento de estos grupos de edad a nivel general.

Las variables socio demográficas guardan coincidencia con lo encontrado en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2005 (6): corresponde a una población joven, de predominio femenino, solteros, con un tercio de población que trabaja y estudia.

En cuanto a la percepción del estado de salud, la prevalencia de año de enfermedad de 60,9% es similar a la prevalencia de mes encontrada en la ENS de 60%; es importante la alta frecuencia de enfermedades respiratorias y digestivas.

Respecto a la prevalencia de enfermedad, es muy alto el porcentaje de población que afirma sentirse enferma en el último año, sin embargo, refleja la falta de interés de la comunidad universitaria en los programas de promoción y prevención, ya sea por una escasa publicidad o porque sus horarios, metodologías o temas no han logrado niveles de motivación importantes hacia la cultura de la salud y el autocuidado.

En cuanto a la morbilidad, se encuentra que prevalecen en primer lugar las patologías respiratorias, seguida de las digestivas y en menor proporción las otorrinolaringológicas, lo cual es acorde con el perfil epidemiológico de la ciudad y la región (12).

Son llamativas variables como la ocupación, las cuales presentan que casi un 40% de la población estudiantil es trabajadora. Esta circunstancia debe contemplarse en el Proyecto Educativo Institucional de la Universidad Cooperativa y acompañarse de políticas institucionales de bienestar, en especial con quienes tienen hijos que son el 11,3% de la población; tales políticas deben integrarse como estrategias en las actividades de acreditación de la Universidad.

Con relación al sitio de atención médica, la gran mayoría está como cotizante o beneficiario de Entidad Promotora de Salud (EPS) por lo que consultan a su Institución Prestadora de Servicios (IPS) correspondiente; llama mucho la atención el alto porcentaje de consulta particular (41%), muy superior al acceso al Servicio Médico Universitario del 14,5%, si se asume que la oportunidad y facilidad de acceso en la misma Universidad debería garantizar un mayor volumen de uso de este servicio, para bienestar del estudiante; este punto debe ser motivo de un estudio que permita conocer las motivaciones que conducen a la poca utilización de este servicio universitario.

El uso de tratamientos caseros arroja un dato que no tiene antecedentes para comparar y que por tanto se convierte en un valor de base para medir este comportamiento hacia el futuro (15,5%), al igual que los tipos de tratamientos caseros usados (14).

Respecto a los factores de riesgo, es evidente que el cigarrillo sigue siendo prevalente (23,4%) pero no en las proporciones que se esperaban en estudios previos (3); sin embargo, sí es muy significativo el dato de prevalencia del consumo de alcohol que está sobre el 71%, lo cual es alto para esta población, y más aún, con una frecuencia semanal de más del 45%; esto implica el desarrollo de políticas de bienestar estudiantil que propendan por actividades recreativas sin el uso de alcohol o de sustancias psicotrópicas, o implementar estrategias alternativas como la fiesta sin alcohol, que han causado un buen impacto en otras ciudades.

Finalmente, debe llamar la atención de las Directivas Universitarias el hallazgo de la solicitud del estudiantado sobre un mayor número y frecuencia de actividades de tipo deportivo y cultural, que

seguramente son una estrategia para el buen uso del tiempo libre, y la necesidad de ampliar la biblioteca y mejorar su infraestructura de la Universidad Sede Central.

Los niveles de morbilidad de este grupo poblacional y las causas de morbilidad no difieren de la población general (24).

Es evidente una alta población estudiantil trabajadora, joven y soltera, que requiere políticas educativas que les mejore sus condiciones de estudio, tales como flexibilización de horarios, metodologías docentes adecuadas a su disponibilidad de tiempo y a su grado de atención luego de la jornada laboral, que incluyan el desarrollo tricerebral integral, apartándose de lo magistral e incorporando más lo lúdico y creativo; esto puede impactar positivamente su estado de salud (1, 3, 7, 15).

Hay un uso bajo del servicio universitario de salud y en general de los servicios de bienestar universitario; la Universidad debe implementar una mayor utilización del servicio médico universitario y una presencia más cercana del personal médico hacia el estudiante, no sólo en forma de consulta médica, odontológica y psicológica formal, sino en actividades culturales y científicas que integren la cultura de la salud al ámbito universitario como algo cotidiano; puede ser mediante la fórmula de consejerías en salud lideradas por profesionales o por los estudiantes de niveles avanzados de las facultades de Medicina, Odontología y Psicología que han funcionado muy bien en otras universidades (3, 8).

El diseño de las actividades de bienestar universitario, en la oferta de servicios de salud, debe ir hacia el estudiante y no esperar que el estudiante demande el servicio; esto genera que el estudiante no lo vea como algo suyo y que por tanto no participe; debe aumentar la frecuencia y número de actividades deportivas y culturales como estrategia para el buen uso del tiempo libre, en especial con énfasis en estilos de vida saludable (2, 7).

Hay un alto consumo de alcohol y tabaco, muy superior a la media nacional; es evidencia del desamparo que tiene la juventud con relación a actividades lúdicas y recreativas formativas, por lo que se debe plantear una estrategia alrededor del

consumo de alcohol que involucre en forma simultánea consejería y apoyo psicológico y también medidas de tipo policivo que impidan la proximidad de expendios de licores en las cercanías de las instituciones educativas (3, 7-10).

## AGRADECIMIENTOS

A la comunidad educativa de la Universidad Cooperativa.

## CONFLICTO DE INTERESES

El autor es docente de la Universidad Cooperativa; la financiación del estudio se hizo con recursos propios del investigador.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caballero-Hidalgo A et ál. Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*. 2005; 19 (6): 440-7.
2. Cochrane S. et ál. The effects of education on health. 1980, july. P 56-93.
3. Department of health and human services. Health risk behaviours among adolescents. Who do and not attend school. United states, 1992.
4. Duperly J, Ruiz J, Pacheco C, Castellanos A, Alfonso D, Domínguez C. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una facultad de medicina (resumen). *Acta Médica Colombiana*. 2002; 27: 359.
5. Enchaszadeh V. Genética, individuo y sociedad: Desafíos para la medicina social. *Bol Oficina Sanitaria Panamericana*. 1995; 118 (3): 254-263.
6. Encuesta Nacional de Salud. ENS 2005. Profamilia, Ministerio de la Protección Social .
7. Evans R et ál. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Díaz de Santos. 1994 p 73-103.
8. Feachem R et ál. The health of adults in the developing world. Oxford University press; 1992.
9. Frank E, Hedgecock J, Elon L. Personal health promotion at us medical schools: A quantitative study and qualitative description of deans' and students' perceptions. *Bmc medical education* 2004; 4 (29): 1-7.
10. Gómez, Duperly J, Lucumi D, Gamez R. Niveles de actividad física global en la población adulta de Bogotá. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* v.19 n.3 Barcelona, may.-jun. 2005.

11. Health Development Authority. Introducing Health Impact Assessment (HIA): Informing the Decision-Making Process. 2002.
12. Krauskopf D. Las conductas de riesgo en la fase juvenil. Encuentro internacional sobre salud adolescente. Cartagena de indias, Colombia 1995.
13. Krauskopf D, Cabezas M. Condiciones psicosociales del embarazo en adolescentes. Aspectos psicosociales en el área metropolitana de San José. 2da edición. Actualidades en psicología, Vol. 5, No. 42. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica. San José 1992.
14. Krauskopf D, Calvo J, Gutiérrez A, Miranda D. Adolescencia en Costa Rica: Necesidades de su atención en salud y sexualidad. Universidad de Costa Rica, Oficina Panamericana de la Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. San José 1992.
15. Lock K, McKee M. Health impact assessment: Assessing opportunities and barriers to intersectorial health improvement in an expanded European Union. J Epidemiol Community Health. 2005; 59: 356-60.
16. Ministerio de Salud Colombia. La carga de la enfermedad en Colombia, 1994. P. 45-53.
17. North York Public Health Observatory. An overview of HIA. North York Public Health Observatory; 2004. Disponible en: [http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/health\\_professionals/interventions/HIA\\_quick\\_start.pdf](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/health_professionals/interventions/HIA_quick_start.pdf).
18. OMS. Promoción sanitaria y acción de la comunidad en pro de la salud en los países en desarrollo. 1995.
19. OPS. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina regional de la organización mundial de la salud. División de promoción y protección de la salud. Programa de salud de la familia y población. Salud del adolescente 1998.
20. Parry JM, Kemm JR. Criteria for use in the evaluation of health impact assessments. Public Health. 2005; 119: 1122-9.
21. Pate R, Pratt M, Blair S, Haskell W, Macera C, Bouchard C et ál. A recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995; 273 (5): 402-7.
22. Rice Dp. et ál. Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness 185 and 1988. Public Health Rep 1991; 106: 280-292.
23. Suárez E, Krauskopf, D. El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas en la adolescencia. Una perspectiva psicosocial. OPS. Washington. Weinstein J. Riesgo psicosocial en jóvenes. Prealc. Santiago de Chile 1992.
24. García C. Estudio descriptivo de morbilidad sentida en área urbana de Villavicencio 2006. <http://www.monografias.com/trabajos57/morbilidadvillavicencio/morbilidadvillavicencio.shtm>.