

**EVALUACION DE LA PERCEPCION DE LA EDUCACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA
SALUD Y COMPORTAMIENTOS SALUDABLES O DE RIESGO DE LOS
ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA.**

**AIDA LILIANA VILLAMIL GONZALEZ
CATALINA FERIA ZAPATA**

**Trabajo de grado como requisito parcial para optar título de Magíster en
Educación**

**Director
MARTHA LUCIA NUÑEZ
Magister en Educación**

**UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN
IBAGUÉ-TOLIMA
2014**



UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
PROGRAMA DE MAESTRIA EN EDUCACIÓN



1/3

ACTO DE SUSTENTACION TRABAJO DE GRADO

Fecha : 7 de Marzo de 2015
Hora : 9:00 AM
Lugar : Sala Consejo (DEAD)

PROGRAMA

1. Presentación:

TITULO DEL TRABAJO: Evaluación de la percepción de la educación en promoción de la salud y comportamientos saludables o de riesgo de los estudiantes de la Universidad del Tolima.
AUTOR: Aida Liliana Villamil G - Catalina Feria Zapata.

JURADO: Ddgoberito Saigado

1. Reseña Bibliográfica
2. Exposición del autor (20 minutos)
3. Intervención y preguntas del jurado.
4. Intervención y aclaraciones del director.
5. Deliberación del jurado.
6. Lectura del acta de sustentación.



UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
PROGRAMA DE MAESTRIA EN EDUCACIÓN



2/3

ACTA DE SUSTENTACION PUBLICA N° 030

SEMESTRE A-2015

Siendo las 9:00 AM horas del día 7 de Marzo de 2015 se reunieron en Sala Consejo IDEAD Universidad del Tolima, el estudiante, el jurado Director del Trabajo de Grado e invitados al acto de sustentación:

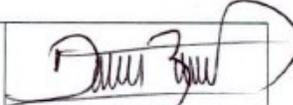
TITULADO:

Evaluación de la percepción de la educación en promoción de la salud y comportamientos saludables o de riesgo de los estudiantes de la universidad del Tolima.
La calificación otorgada por el el jurado a la sustentación es la siguiente:

JURADO NOMBRE	<u>Dagoberto Salgado</u>	CALIFICACION	<u>43</u>
---------------	--------------------------	--------------	-----------

SIENDO LAS: 10:00 HORAS SE CERRO EL ACTO DE SUSTENTACION

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

JURADO NOMBRE	<u>Dagoberto Salgado</u>	FIRMA	
---------------	--------------------------	-------	---



UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
PROGRAMA DE MAESTRIA EN EDUCACION



3/3

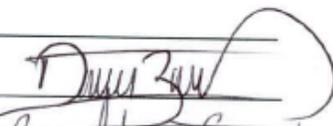
FORMATO PARA CALIFICACION DE TRABAJOS DE GRADO
(Para uso del Jurado)

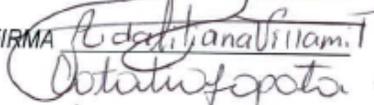
FUNCIONES	CALIFICACION ASIGNADA
1. Aspectos de estilo y presentación	4.4
2. Marco teórico y actualización de conocimientos.	4.3
3. Método y técnicas adecuadas o de innovación en la metodología.	4.2
4. Relevancia científica y/o tecnológica e importancia socioeconómica de los resultados y recomendaciones.	4.3
NOTA FINAL	4.3

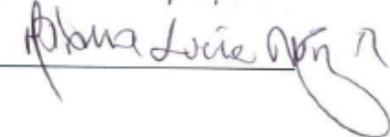
La calificación numérica equivale a la siguiente escala cualitativa así: Una nota definitiva menor de tres coma cero (3.0) equivale a REPROBADO; Entre tres coma cero (3.0) y tres coma nueve (3.9) APROBADO, entre cuatro coma cero (4.0) y cuatro coma cuatro (4.4) SOBRESALIENTE, y entre cuatro coma cinco (4.5) cuatro coma nueve (4.9) MERITORIO y cinco coma cero (5.0) LAUREADO.

COMENTARIO DEL JURADO CALIFICADOR

CALIFICACION CUALITATIVA _____

NOMBRE DEL JURADO Dagoberto Salgado, FIRMA 

NOMBRE DEL ESTUDIANTE Aida Villamil G. Catalina Fera Z., FIRMA 

NOMBRE DEL DIRECTOR TRABAJO DE GRADO:
Martha Lucia Nuñez, FIRMA 

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.	24
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	28
2. OBJETIVOS.	30
2.1 OBJETIVO GENERAL.	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	27
3. MARCO REFERENCIAL Y ANTECEDENTES.	31
3.1 UNIVERSIDAD DEL TOLIMA	31
3.1.1 Oferta Académica.	31
3.1.2 Estrato y Procedencia.	30
3.1.3 Vicerrectoría de desarrollo humano.	30
3.1.4 Bienestar Universitario.	32
3.1.5 Actividades evidenciadas por Vicerrectoría del desarrollo humano en su informe de gestión.	33
3.1.6 Comités.	39
3.2 PERCEPCIÓN.	40
3.2.1 Los conceptos de la percepción.	40
3.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD.	42
3.3.1 Enfoques en Educación para la Salud.	47
3.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD.	49
3.5 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.	51
3.5.1 Determinantes Estructurales.	52
3.5.2 Determinantes intermedios.	52
3.6 EMPODERAMIENTO PARA LA SALUD.	53
3.7 CONDUCTA ORIENTADA HACIA LA SALUD.	57
3.8 EVALUACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.	58

3.9 ESTILOS DE VIDA DE LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS.	62
3.10 HÁBITOS ALIMENTICIOS.	65
3.11 HÁBITOS DE BEBER Y FUMAR.	64
3.12 AUTO CUIDADO.	68
3.13 CONDUCTAS RELACIONADAS A LA SEXUALIDAD.	69
3.14 CONDUCTAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.	70
3.15 ESTADO ACTUAL DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN REALIZADOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE Y/O CONDUCTAS DE RIESGO DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA	71
3.15.1 Hábitos de vida saludables de los estudiantes de la universidad del Tolima.	69
3.15.2 Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana.	71
3.16 ESTADO ACTUAL DE ESTUDIOS INVESTIGACIÓN REALIZADOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE Y/O CONDUCTAS DE RIESGO DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN COLOMBIA Y LATINOAMÉRICA.	71
3.16.1 Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería de una universidad del departamento del Atlántico (Colombia).	72
3.16.2 Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida.	73
3.16.3 Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios.	73
3.16.4 Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios.	74
3.16.5 Perfil de riesgo en estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana.	76
3.16.6 Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali- Colombia.	79

3.16.7 Factores de riesgo de estilos de vida para enfermedad cardiovascular en estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana.	79
3.17 A NIVEL IBERO AMERICANO ENCONTRAMOS REFERENCIAS QUE HAN COMPLEMENTADO NUESTRA INVESTIGACIÓN.	81
3.17.1 Una revisión de los estilos de vida de estudiantes de estudiantes universitarios iberoamericanos.	81
3.17.2 Concepción de los estudiantes de enfermería sobre promoción de la salud ante el uso de sustancias psicoactivas.	81
3.17.3 Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos.	80
3.17.4 Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales.	82
4. MATERIALES Y METODOS.	82
4.1 PARTICIPANTES. CRITERIOS DE INCLUSION.	82
4.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION	83
5. RESULTADOS.	85
5.1 TABLAS DE FRECUENCIAS.	85
5.2 CRUCES DE VARIABLES.	143
5.3 ANALISIS DE CORRESPONDENCIAS	156
6. CONCLUSIONES	161
RECOMENDACIONES	169
REFERENCIAS	171

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de programas por facultad. Fuente Plan de desarrollo 2013-2022 Universidad del Tolima.	31
Tabla 2. Distribución de estudiantes por semestre y programa. Fuente oficina control y registro académico abril 2014	32
Tabla 3. Total de estudiantes que participaron en el taller sexo seguro Fuente informe gestión bienestar universidad del Tolima 2013.	35
Tabla 4. Total de estudiantes que participaron en el taller enrúmbate Fuente informe gestión bienestar universidad del Tolima 2013.	36
Tabla 5. Total de estudiantes que participaron en el taller sexualidad responsable Fuente informe gestión bienestar universidad del Tolima 2013.	36
Tabla 6. Distribución de la consulta según la modalidad presencial. Fuente informe gestión bienestar universidad del Tolima 2013.	38
Tabla 7. Actividades de promoción y prevención. Fuente informe gestión bienestar universidad del Tolima 2013.	38
Tabla 8. Distribución de estudiantes por programa	86
Tabla 9. Distribución por sexo	86
Tabla 10. Distribución por edad	87
Tabla 11. Distribución de encuestados que tienen alguna situación de discapacidad.	88
Tabla 12. Utilización en los últimos de los servicios de promoción de la salud ofrecidos por la Universidad del Tolima.	89
Tabla 13. Distribución de estudiantes que han recibido educación por parte de la Universidad del Tolima en el tema de alimentación saludable.	90

Tabla 14. Distribución de estudiantes interesados en participar en talleres de alimentación saludable.	91
Tabla 15. Percepción por parte de los encuestados de las condiciones del campus para las personas con discapacidad.	92
Tabla 16. Percepción por parte de los encuestados acerca de las condiciones de apoyo psicológico por parte de la Universidad del Tolima.	93
Tabla 17. Percepción de los encuestados sobre la oferta y disponibilidad de frutas y verduras en los servicios de alimentación de la universidad del Tolima.	94
Tabla 18. Distribución de los encuestados en cuanto el consumo de frutas en la Universidad durante el último mes.	95
Tabla 19. Distribución de las razones de los encuestados para no consumir frutas durante el último mes en la Universidad del Tolima.	96
Tabla 20. Evaluación por parte de los encuestados de la variedad de alimentos saludables en el campus universitario.	97
Tabla 21. Evaluación por parte de los encuestados de la señalización de los espacios libres de humo en la Universidad del Tolima.	98
Tabla 22. Distribución de la utilización de diferentes servicios médicos de la Universidad como externos por parte de los encuestados.	99
Tabla 23. Distribución de solicitud del servicio médico de la Universidad del Tolima por parte de los encuestados.	102
Tabla 24. Distribución de situaciones presentadas con los encuestados que obtuvieron cita médica.	101
Tabla 25. Distribución de las acciones tomadas por el médico en la cita programada.	102
Tabla 26. Distribución de accidentes que han tenido los estudiantes los últimos meses.	103
Tabla 27. Distribución del uso de elementos de protección personal utilizados en estudiantes que presentaron Accidentes.	104
Tabla 28. Distribución razones de no uso de elementos de protección personal.	105
Tabla 29. Distribución del lugar donde ocurrió el accidente.	106
Tabla 30. Distribución de la Notificación del accidente.	106

Tabla 31. Distribución requerimiento de atención médica en el evento presentado.	107
Tabla 32. Distribución del responsable del cubrimiento de los costos del evento.	108
Tabla 33. Distribución de estudiantes que han recibido educación en Bioseguridad por parte de la Universidad del Tolima.	108
Tabla 34. Distribución de estudiantes que han recibido educación en Atención Inmediata en Emergencias por parte de la Universidad del Tolima.	109
Tabla 35. Distribución de estudiantes que han recibido educación en Primeros Auxilios por parte de la Universidad del Tolima.	110
Tabla 36. Distribución de estudiantes que han recibido educación en Prevención de accidentes por parte de la Universidad del Tolima.	111
Tabla 37. Distribución población menos de 18 años.	111
Tabla 38. Distribución estudiantes menores de 18 años que han probado el cigarrillo.	112
Tabla 39. Distribución de menores de 18 años que han fumado durante el último mes.	114
Tabla 40. Distribución de consumo de tabaco los últimos 30 días.	115
Tabla 41. Distribución de los lugares más frecuentes de adquisición de tabaco por parte de los encuestados.	116
Tabla 42. Distribución de negación o exigencia de documento en la venta de cigarrillos.	117
Tabla 43. Distribución de mayores de 18 años que han fumado.	117
Tabla 44. Distribución de estudiantes mayores de 18 años que fuman actualmente.	118
Tabla 45. Distribución de la frecuencia de fumar en el último mes.	119
Tabla 46. Distribución de lugares donde los encuestados consumen tabaco.	120
Tabla 47. Distribución de sitios en el campus universitario donde consumen tabaco los encuestados.	120
Tabla 48. Distribución frecuencia si en el último año intento dejar de fumar.	121
Tabla 49. Distribución deseo de dejar de Fumar.	122
Tabla 50. Distribución de la percepción del daño del humo del cigarrillo.	123

Tabla 51. Percepción de los estudiantes acerca de actividades educativas encaminadas a prevención del consumo de tabaco ofrecidas por la UT.	124
Tabla 52. Distribución de encuestados que fumaban antes de ingresar a la UT.	124
Tabla 53. Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de bebida alcohólica.	125
Tabla 54. Distribución consumo de alcohol los últimos 30 días.	124
Tabla 55. Distribución consumo de alcohol los últimos 30 días en la UT.	127
Tabla 56. Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva.	128
Tabla 57. Distribución consumo de Sustancia Psicoactivas durante el último mes.	128
Tabla 58. Distribución consumo de Sustancia psicoactivas durante el último mes en el campus de la UT.	129
Tabla 59. Distribución de los encuestados que han adquirido en algun momento sustancias psicoactivas en el campus universitario.	130
Tabla 60. Distribución de los encuestados que han adquirido en algun momento sustancias psicoactivas en el campus universitario.	131
Tabla 61. Distribución consumo de frutas durante la última semana.	132
Tabla 62. Distribución de consumo de bebidas azucaradas tipo gaseosas o jugos procesados durante 1 semana.	132
Tabla 63. Distribución de consumo del desayuno la última semana.	133
Tabla 64. Distribución consumo de alimentos de paquete en 1 semana.	134
Tabla 65. Distribución consumo de pasteles, empanadas o Donas durante 1 semana.	135
Tabla 66. Distribución de estudiantes que han recibido educación en hábitos saludable, cuidados de la salud y alimentación como parte del currículo de la facultad a la cual están adscritos.	136
Tabla 67. Distribución de los encuestados que han tenido relaciones sexuales.	137
Tabla 68. Distribución edad de inicio de vida sexual.	138
Tabla 69. Distribución Número de parejas sexuales en su vida sexual.	138
Tabla 70. Distribución de encuestados que utilizan algún método de planificación familiar.	139

Tabla 71. Distribución de uso de método de Planificación familiar en los Estudiantes de la UT Encuestados.	140
Tabla 72. Distribución de encuestados que usan preservativo como método para prevención de ETS.	141
Tabla 73. Distribución diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual.	142
Tabla 74. Percepción de los encuestados sobre la información brindada en actividades educativas de la UT sobre salud sexual y reproductiva.	142
Tabla 75. Asociación de la variable total de estudiantes por programa con la variable de estudiantes que han recibido educación por parte de la Universidad del Tolima en el tema de alimentación saludable.	144
Tabla 76. Asociación de la variable Estudiantes por programa con la variable percepción de los estudiantes que han recibido educación en Bioseguridad por parte de la Universidad del Tolima.	145
Tabla 77. Asociación de la variable Estudiantes por programa con variable distribución de estudiantes que han recibido educación en Atención Inmediata en Emergencias por parte de la Universidad del Tolima.	145
Tabla 78. Asociación de la variable Estudiantes por programa con la variable Distribución de estudiantes que han recibido educación en Primeros Auxilios por parte de la Universidad del Tolima.	146
Tabla 79. Asociación de la variable Estudiantes por programa con variable Distribución de estudiantes que han recibido educación en Prevención de accidentes por parte de la Universidad del Tolima.	147
Tabla 80. Asociación de la variable Estudiantes por programa con variable Percepción de los estudiantes acerca de actividades educativas encaminadas a prevención del consumo de tabaco ofrecidas por la UT.	147
Tabla 81. Asociación de la variable Estudiantes por programa con variable Educación brindada en alguna clase o actividad en la Universidad sobre el uso de alcohol o el consumo de sustancias psicoactivas.	148
Tabla 82. Asociación de la variable Estudiantes por programa con variable Distribución de estudiantes que han recibido educación en hábitos saludables, cuidados de la salud y alimentación como parte del currículo de la facultad a la cual están adscritos.	149

Tabla 83. Asociación de la variable Estudiantes por programa con variable Percepción de los encuestados sobre la información brindada en actividades educativas de la UT sobre salud sexual y reproductiva.	150
Tabla 84. Asociación de la variable Estudiantes por programa con variable Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de bebida alcohólica.	150
Tabla 85. Asociación de la variable Distribución por sexo con variable Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de bebida alcohólica	151
Tabla 86. Asociación de la variable programa con variable Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva.	152
Tabla 87. Asociación de la variable Distribución por sexo con variable Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva.	152
Tabla 88. Asociación de la variable Distribución por sexo con variable Distribución de los encuestados que han tenido relaciones sexuales.	153
Tabla 89. Asociación de la variable programa con variable Distribución de encuestados que utilizan algún método de planificación familiar.	153
Tabla 90. Asociación de la variable Distribución por sexo con variable Distribución de encuestados que utilizan algún método de planificación familiar.	154
Tabla 91. Asociación de la variable programa con la variable Distribución por sexo con variable Distribución de encuestados que Usan Preservativo como método para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual.	154
Tabla 92. Asociación de la variable Distribución por sexo con variable Distribución de encuestados que usan Preservativo como método para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual.	155
Tabla 93. Asociación de la variable Distribución por sexo con Distribución diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual.	155

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Promoción de Salud de Pender. 1996.	62
Figura 2. Distribución de estudiantes por programa.	85
Figura 3. Distribución por sexo.	86
Figura 4. Distribución por edad.	87
Figura 5. Distribución de encuestados que tienen alguna situación de discapacidad.	88
Figura 6. Utilización en los últimos 6 meses de los servicios de promoción de la salud ofrecidos por la Universidad del Tolima.	88
Figura 7. Distribución de estudiantes que han recibido educación por parte de la Universidad del Tolima en el tema de alimentación saludable.	89
Figura 8. Distribución de estudiantes interesados en participar en talleres de alimentación saludable.	91
Figura 9. Percepción por parte de los encuestados de las condiciones del campus para las personas con discapacidad.	92
Figura 10. Percepción por parte de los encuestados acerca de las condiciones de apoyo psicológico por parte de la Universidad del Tolima.	93
Figura 11. Percepción de los encuestados sobre la oferta y disponibilidad de frutas y verduras en los servicios de la alimentación de la Universidad del Tolima.	94
Figura 12. Distribución de los encuestados en cuanto al consumo de frutas en la Universidad durante el último mes.	95
Figura 13. Distribución de las razones de los encuestados para no consumir frutas durante el último mes en la Universidad del Tolima.	96

Figura 14. Evaluación por parte de los encuestados de la variedad de alimentos saludables en el campus universitario.	97
Figura 15. Evaluación por parte de los encuestados de la señalización de los espacios libres de humo en la Universidad del Tolima.	98
Figura 16. Distribución de la utilización de diferentes servicios médicos de la Universidad como externos por parte de los encuestados.	99
Figura 17. Distribución de solicitud del servicio médico de la Universidad del Tolima por parte de los encuestados.	102
Figura 18. Distribución de situaciones presentadas con los encuestados que obtuvieron cita médica.	101
Figura 19. Distribución de las acciones tomadas por el médico en la cita programada.	101
Figura 20. Distribución de las acciones tomadas por el médico en la cita programada.	102
Figura 21. Distribución del uso de elementos de protección personal utilizados.	103
Figura 22. Distribución razones de no uso de elementos de protección personal.	104
Figura 23. Distribución del lugar donde ocurrió el accidente.	105
Figura 24. Distribución de la Notificación del accidente.	106
Figura 25. Distribución requerimiento de atención médica en el evento presentado.	107
Figura 26. Distribución del responsable del cubrimiento de los costos del evento.	107
Figura 27. Distribución de estudiantes que han recibido educación en Bioseguridad por parte de la Universidad del Tolima.	108
Figura 28. Distribución de estudiantes que han recibido educación en Atención Inmediata en Emergencias por parte de la Universidad del Tolima.	109

Figura 29. Distribución de estudiantes que han recibido educación en Primeros Auxilios por parte de la Universidad del Tolima.	112
Figura 30. Distribución de estudiantes que han recibido educación en Prevención de accidentes por parte de la Universidad del Tolima.	112
Figura 31. Distribución población menos de 18 años.	113
Figura 32. Distribución estudiantes menores de 18 años que han probado el cigarrillo.	114
Figura 33. Distribución de menores de 18 años que han fumado durante el último mes.	114
Figura 34. Distribución de consumo de tabaco los últimos 30 días.	115
Figura 35. Distribución de los lugares más frecuentes de adquisición de tabaco por parte de los encuestados.	116
Figura 36. Distribución de negación o exigencia de documento en la venta de cigarrillos.	117
Figura 37. Distribución de mayores de 18 años que han fumado.	117
Figura 38. Distribución de estudiantes mayores de 18 años que fuman actualmente.	118
Figura 39. Distribución de la frecuencia de fumar en el último mes.	119
Figura 40. Distribución de lugares donde los encuestados consumen tabaco.	119
Figura 41. Distribución de sitios en el campus universitario donde consumen tabaco los encuestados.	120
Figura 42. Distribución frecuencia si en el último año intento dejar de fumar.	121
Figura 43. Distribución deseo de dejar de Fumar.	122
Figura 44. Distribución de la percepción del daño del humo del cigarrillo.	123

Figura 45. Percepción de los estudiantes acerca de actividades educativas encaminadas a prevención del consumo de tabaco ofrecidas por la UT.	124
Figura 46. Distribución de encuestados que fumaban antes de ingresar a la UT.	124
Figura 47. Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de bebida alcohólica.	125
Figura 48. Distribución consumo de alcohol los últimos 30 días	126
Figura 49. Distribución consumo de alcohol los últimos 30 días en la UT.	127
Figura 50. Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva.	128
Figura 51. Distribución consumo de Sustancia psicoactivas durante el último mes.	128
Figura 52. Distribución consumo de Sustancia psicoactivas durante el último mes en el campus de la UT.	129
Figura 53. Distribución de los encuestados que han adquirido en algún momento sustancias psicoactivas en el campus universitario.	130
Figura 54. Distribución percepción de educación en Sustancias psicoactivas brindada por la UT en una clase o actividad educativa.	131
Figura 55. Distribución consumo de frutas durante la última semana.	131
Figura 56. Distribución de consumo de bebidas azúcaradas tipo gaseosas o jugos procesados durante 1 semana.	132
Figura 57. Distribución de consumo del desayuno la última semana.	133
Figura 58. Distribución consumo de alimentos de paquete en 1 semana.	134
Figura 59. Distribución consumo de pasteles, empanadas o Donas durante 1 semana.	135

Figura 60. Distribución de estudiantes que han recibido educación en hábitos saludables ,cuidados de la salud y alimentación como parte del currículo de la facultad a la cual están adscritos.	136
Figura 61. Distribución de los encuestados que han tenido relaciones sexuales.	137
Figura 62. Distribución edad de inicio de vida sexual.	138
Figura 63. Distribución Número de parejas sexuales en su vida sexual.	138
Figura 64. Distribución de encuestados que utilizan algún método de planificación familiar.	139
Figura 65. Distribución de uso de método de Planificación familiar en los Estudiantes de la UT Encuestados.	140
Figura 66. Distribución de encuestados que usan preservativo como método para prevención de ETS.	141
Figura 67. Distribución diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual.	141
Figura 68. Percepción de los encuestados sobre la información brindada en actividades educativas de la UT sobre salud sexual y reproductiva.	142
Figura 69. Análisis de categorías programa, distribución por sexo, estudiantes que han recibido educación en alimentación saludable (6), estudiantes que han recibido educación en Bioseguridad (26), estudiantes que han recibido educación en Atención Inmediata en emergencias(27),estudiantes que han recibido educación en primeros auxilios (28),estudiantes que han recibido educación en prevención de accidentes(29).	157
Figura 70. Análisis de categorías : programa, distribución por sexo, Percepción de los estudiantes acerca de actividades educativas encaminadas a prevención del consumo de tabaco ofrecidas por la UT (48),percepción de educación en Sustancias psicoactivas brindada por la UT en una clase o actividad educativa (58), estudiantes que han recibido educación en habitos saludable,cuidados de la salud y alimentacion como	

parte del currículo de la facultad a la cual están adscritos(68), Percepción de los encuestados sobre la información brindada en actividades educativas de la UT sobre salud sexual y reproductiva (76). 158

Figura 71. Análisis de categorías : programa, distribución por sexo, Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de bebida alcohólica (50),Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva (54) , Distribucion de los encuestados que han tenido relaciones sexuales (69),Distribución de encuestados que utilizan algun metodo de planificación familiar(72),Distribución de encuestados que usan preservativo como metodo para prevención de ETS (74),Distribución diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual (75). 159

LISTA DE ANEXOS.

Anexo A. Formato de Consentimiento Informado	177
Anexo B. Formato Formulario	179
Anexo C. Carta Aval Comité de Bioética.	190
Anexo D. Formato autorización de utilización de Formulario	191

RESUMEN

Introducción. El desarrollo del trabajo de grado , generará un aporte en conocimientos a la Institución ; ya que visualizará , cuál es la percepción que tienen los estudiantes de las acciones que brinda la vicerrectoría de desarrollo Humano encaminadas a generar condiciones que promuevan la salud; de igual manera esto contribuirá a evaluar y replantear las estrategias que actualmente se ejecutan en la realización de estas actividades educativas con el fin de mejorar la participación y el impacto en la comunidad universitaria.

Objetivo. Describir la percepción que tienen los estudiantes del área de pregrado presencial pertenecientes a los programas de Enfermería, Medicina y Educación Física; de las acciones educativas en promoción de la Salud ofrecidas por la Universidad del Tolima, y como han influido en la adquisición o no de hábitos saludables.

Métodos. Se realizó estudio descriptivo transversal; Se tomó muestra de los estudiantes de los semestres de 5-6-7-8, a partir de la aplicación del instrumento “Percepción de la educación en salud brindada a los estudiantes de pregrado asistencial en la universidad del Tolima durante el año 2013 “, se indago acerca de las variables : percepción sobre la promoción de la salud , consultorio universitario, accidentalidad, consumo de tabaco, alcohol/ sustancias psicoactivas, alimentación, salud sexual y reproductiva ; fue aplicado a un total de 323 estudiantes ,la información recolectada se ingresó a la aplicación del paquete estadístico INFOSTAT.

Resultados y Conclusiones. La utilización de servicios de promoción de salud ofrecidos por la universidad del Tolima es bajo un 34 %. En cuanto a talleres de nutrición, están relacionados con el programa , los estudiantes de educación física tienen una mejor percepción de las acciones educativas brindadas en este tema, es importante resaltar que el programa de educación física es más visible en la Universidad generando actividades promotoras de hábitos saludables, La población encuestada considera que la oferta de alimentos saludables no es la adecuada ; al indagar la percepción sobre la educación en talleres sobre Atención Inmediata en

Emergencias recibidos, están asociados al programa y es más alta en los estudiantes de Medicina en comparación con los de Educación Física y Enfermería. En cuanto al consumo de tabaco, un 49% han probado el cigarrillo, además la mayoría lo han adquirido en el campus universitario 82%. En cuanto a sexualidad se encontró que un 88% ya inicio su vida sexual, y de estos un 63% de manera temprana antes de los 18, sin importar el género, el mayor porcentaje usa método anticonceptivo y preservativo. Los datos encontrados son gran punto de partida para la implementación y fortalecimiento de programas como el de Universidad Saludable y otros proyectos que permitan la participación de todos los estamentos y la consolidación de lazos con otras instituciones que sean marco de referencia en estos temas.

Palabras clave: Percepción, Promoción de la Salud, Hábitos Saludables y Educación en Salud.

ABSTRACT

Introduction. The development of the thesis will generate a contribution to knowledge in the institution; as you will see, what is the perception of students of the shares offered by the Human Development Vice Presidency aimed at creating conditions that promote health; just as this will help to evaluate and rethink the strategies currently running on the realization of these educational activities to improve participation and the impact on the university community.

Objective. Describe the perception that students face area belonging to undergraduate programs of Nursing, Medicine and Physical Education; educational activities in health promotion offered by the University of Tolima, and how they have influenced the acquisition or healthy habits.

Methods. Descriptive study was conducted; Sample of students 5-6-7-8 semesters taken, from the application of the instrument "Perception of health education provided to students in undergraduate college care of Tolima in 2013" I was asked about the variables: perception of health promotion, university clinic, accidents, consumption of snuff, alcohol / psychoactive substances, food, sexual and reproductive health; was applied to a total of 323 students, the information collected was entered to the application of statistical software INFOSTAT.

Results and Conclusions. The use of health promotion services offered by the University of Tolima is under 34%. As for nutrition workshops are related to the program, physical education students have a better perception of educational actions in this topic, it is important to note that the physical education program is more visible at the University generating promotional activities healthy habits, the survey respondents think healthy food supply is not adequate; to investigate the perception of education workshops Immediate Emergency Care received, are associated with the program and is higher among medical students compared with those of Physical Education and

Nursing. On the consumption of snuff, 49% have tried cigarettes, plus most have acquired on campus 82%. As for sexuality was found that 88% and start your sex life, and of these 63% early on before age 18, regardless of gender, the highest percentage use contraception and condoms. The data found are great starting point for the implementation and strengthening of programs like Healthy University and other projects that enable the participation of all sectors and strengthening ties with other institutions other framework on these issues.

Keywords. Perception, Health Promotion, Healthy Habits and Health Education.

INTRODUCCIÓN.

Las Universidades e Instituciones de Educación Superior existen para: educar a los estudiantes, crear conocimiento a través de la investigación y contribuir a la comunidad y a la sociedad civil. Como corporaciones y comunidades, ejercen un impacto sobre la salud y el bienestar de los individuos. Tienen la capacidad para influir en los tomadores de decisión, actúan como catalizadores para el cambio y motivan el diálogo, local, regional y globalmente, sobre Promoción de la Salud. Como instituciones de investigación contribuyen a la creación del conocimiento en relación a la salud pública y promoción de la salud en un mundo globalizado. (Red Internacional de Universidades Promotoras de Salud, 2005).

La Universidad del Tolima (2013) tiene estipulado en su plan de desarrollo:

El compromiso social intrínseco pasa por la construcción de una noción de desarrollo humano que tome en consideración el tipo de persona, ciudadano(a) o estudiante que hace vida universitaria, así como el que demanda la sociedad; por lo cual se debe considerar aspectos del cuidado de sí mismo, responsabilidad en y con el campus, responsabilidad ante la sociedad y reconocimiento como graduado (p.103).

En este sentido el Desarrollo Humano se convierte en una práctica de las potencialidades que cada uno tiene, como un espacio de ejercicio de la libertad, que permite su formación en las dimensiones físicas, psicológicas, emocionales y sociales, en una construcción integral.

De esta manera dentro de su eje de compromiso social busca cumplir para el 2025 un aumento del 55% en la cobertura de los proyectos de bienestar universitario. El eje de compromiso social integra dos programas macro: el programa de Desarrollo Humano y

el programa de Proyección Social, en el cual se ha mencionado, se promoverá el principio de equidad en el ingreso y permanencia de los estudiantes, trabajará por la equidad de género, generará condiciones para una buena salud mental y física de su comunidad universitaria, propiciará el deporte y la recreación para el disfrute del ocio y el tiempo libre, promoverá las artes y las diversas expresiones culturales y la movilización de liderazgos sociales, políticos, económicos y culturales que dinamicen la realidad social (Universidad del Tolima , 2013).

Teniendo en cuenta lo anterior, el desarrollo de nuestro trabajo de grado , generaría un aporte en conocimientos a la Institución ; ya que visualizará en un determinado grupo de estudiantes , cuál es la percepción que tienen de las acciones que brinda la vicerrectoría de desarrollo Humano encaminadas a generar condiciones que promuevan la promoción de la salud; de igual manera esto contribuiría a evaluar y replantear las estrategias que actualmente se ejecutan en la realización de estas actividades educativas con el fin de mejorar la participación y el impacto en la comunidad universitaria.

Para el año 2013 a pesar de que el área de bienestar universitario de la Universidad del Tolima mostraba en su informe de gestión la ejecución de acciones en promoción de la salud tales como talleres, actividades lúdicas, deportivas, consultas encaminadas a la prevención; no se evidencio una alta participación por parte de la población universitaria (Vicerrectoría de Desarrollo Humano, 2013). Así mismo las acciones educativas encaminadas a la promoción de la salud como tal, se encuentra incluida en los currículos de diferentes programas del área presencial de la Universidad del Tolima (Enfermería, Medicina, Educación Física, entre otros), pero no se evidencia transversalización en el currículo con otros programas; es por esto que consideramos se hace necesario conocer con claridad las acciones que en educación y promoción de la salud ofrece la institución y como estas son percibidas por la comunidad universitaria, en este caso los estudiantes que conforman el área de pregrado presencial ya que este grupo es el que se encuentra en más contacto con la institución y los comportamientos o hábitos que en promoción de su salud que

adquieran dentro del alma mater impactarían de manera benéfica a quienes los rodean; además se generaría una línea de condiciones para apoyar futuros trabajos de investigación en esta línea.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Al ingresar a la universidad para la adquisición y generación de conocimientos necesarios para aportar a la sociedad de manera positiva, también se esperaría generar en los jóvenes comportamientos saludables que a largo plazo favorecerán no solamente de manera individual sino también en su entorno social, laboral y familiar pero debemos tener en cuenta que para el estudiante este no solo es un espacio de aprendizaje sino se convierte también en un escenario transformador, aquí evoluciona como ser humano físico al terminar un proceso de madurez sexual que inicia en la adolescencia, evoluciona como ser social a integrarse a nuevos grupos con nuevas exigencia y no olvidemos que dentro de los perfiles de cada programa se pretende precisamente eso , transformar al individuo , moldearlo , y convertirlo en el profesional que debe ser , pero en el camino su ser su persona , debe transformarse también para cumplir este objetivo , por lo tanto es una etapa transicional en donde la universidad debe actuar de manera responsable brindando las herramientas y los espacios necesarios para llevar a cabo este proceso .

En la Universidad del Tolima, se evidencian comportamientos de riesgo, tales como tabaquismo, consumo de alcohol, malos hábitos de alimentación, exposición a sustancias psicoactivas entre otros; y no se observa dentro de la infraestructura y organización de la universidad una clara delimitación de espacios libres de humo; además, en las cafeterías no se ofertan alimentos saludables como alternativa para los estudiantes.

La Universidad puede y debe desempeñar un papel fundamental para la promoción de estilos de vida saludables, ya que la juventud es el grupo mayoritario que la conforma. La mayoría de estudiantes universitarios se encuentran en una etapa de la vida de gran importancia para la salud (entre la edad adolescente y la edad adulta), en la que se desarrollan y se consolidan los estilos de vida (saludables o perjudiciales), crece la toma de decisiones y la independencia. Además, la Universidad en sí, es una institución con un gran poder de influencia social, y por tanto, puede favorecer la

promoción de la salud en la sociedad. En ella se forman los futuros profesionales que configuran los servicios de la comunidad. (Bennassar, 2011).

En un Departamento y país en donde cada día los casos de Diabetes Mellitus , hipertensión arterial, enfermedades coronarias, obesidad mórbida, aumentan y están directamente relacionados a la no adquisición de hábitos de vida saludable desde edad temprana; se refuerza la necesidad que la Universidad llegue a convertirse en un espacio activo para la promoción de la salud.

La Universidad del Tolima a través de la vicerrectoría de desarrollo humano, ofrece a la comunidad universitaria actividades que favorecen la adquisición de hábitos de vida saludable, tanto al área administrativa como al grupo de estudiantes. Este último grupo es la población objeto de nuestro estudio ya que es la más grande dentro de la comunidad universitaria y se encuentra proceso de formación.

Para entender cómo se percibe desde la mirada de los estudiantes las actividades de promoción de la salud en la Universidad Del Tolima y a la vez esta se orienta hacia una cultura promoción de la salud de su población, y como son en la actualidad los hábitos saludables y conductas de riesgo de la población que se estudia, es necesario abordar a los estudiantes de la institución y plantearnos la siguiente pregunta:

¿cuál es la percepción que tienen los estudiantes matriculados en los programas de pregrado presencial del área de ciencias de la salud(medicina , enfermería) y del área de educación (Licenciatura en educación física) , de las acciones educativas ofrecidas por la universidad del Tolima a través de la vicerrectoría de desarrollo Humano; encaminadas a la promoción de la salud y cuales son en los comportamientos saludables o de riesgo de los estudiantes ?.

2. OBJETIVOS.

2.1 OBJETIVO GENERAL.

Describir la percepción que tienen los estudiantes del área de pregrado presencial pertenecientes a los programas de Enfermería, Medicina y Educación Física; de las acciones educativas en promoción de la Salud ofrecidas por la Universidad del Tolima, y como han influido en la adquisición o no de hábitos de vida saludable.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Describir las acciones educativas que ofrece la Universidad del Tolima en Promoción de la Salud a los estudiantes del área de pregrado presencial.

Identificar las acciones de educación en promoción de la salud conocidas por los estudiantes en la Universidad del Tolima.

Evidenciar cuáles son los estilos de vida saludable y de riesgo encontrados en la población de estudiantes de pregrado presencial de ciencias de la salud y educación de la Universidad del Tolima.

3. MARCO REFERENCIAL Y ANTECEDENTES

3.1 UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

A continuación se mencionará los componentes importantes de la Universidad del Tolima que se deben conocer para el trabajo que se pretende realizar:

3.1.1 Oferta Académica. La oferta académica de la Universidad está compuesta por: 41 programas de pregrado, de los cuales 29 son de la modalidad presencial y 13 de la modalidad distancia; y 32 programas de postgrados distribuidos así: 16 especializaciones, 8 maestrías propias, 4 maestrías en convenio, un doctorado propio y dos en convenio, siendo éstos últimos, los únicos que se ofertan a nivel regional (Universidad del Tolima , 2013, p. 16).

En nuestro proyecto de investigación trabajaremos solamente con los programas de Enfermería y Medicina y el programa de Educación Física, a continuación mostramos la Oferta académica de pregrado en las modalidades de presencial 2013. (Universidad del Tolima , 2013, p. 17).

En el área de pregrado presencial para el semestre B de 2013 se encontraban matriculados 7480 estudiantes distribuidos de la siguiente manera en los programas:

Tabla 1 Distribución de programas por facultad.

<i>FACULTAD</i>	<i>PROGRAMAS</i>
Ciencias	Biología, matemáticas con énfasis en estadística
Medicina Veterinaria y Zootecnia	Medicina Veterinaria y Zootecnia
<i>FACULTAD</i>	<i>PROGRAMAS</i>
Ingeniería Forestal	Ingeniería Forestal
Ingeniería Agronómica	Ingeniería Agronómica Ingeniería Agroindustrial ,Tecnología en Gestión y Administración Agrícola y Técnico Profesional en Mecanización Agrícola ;
Ciencias Económicas y Administrativas	Administración de Empresas, Economía y Negocios Internacionales
Ciencias de la Educación	Educación Física, Deporte y Recreación, Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Ciencias Naturales y Educación Ambiental , Licenciatura en Ciencias Sociales, Licenciatura en Inglés, Licenciatura en Lengua Castellana y Licenciatura en Matemáticas
Ciencias Humanas y Artes	Artes Plásticas y Visuales, Comunicación Social – Periodismo, Ciencia Política ,Ciencias Sociales ,Derecho Historia y Sociología
Tecnologías	Tecnología en Topografía ,Tecnología en Dibujo Arquitectónico y de Ingeniería y Arquitectura
Ciencias de la Salud	Enfermería y Medicina

Fuente: Universidad del Tolima (2013).

Para fines de la investigación se escogieron los grupos de la Facultad de ciencias de la salud (Enfermería y Medicina) y facultad de educación (Licenciatura en Educación física).

En la siguiente tabla se relaciona el total de estudiantes de los semestres seleccionados para la aplicación de la encuesta.

Tabla 2 Distribución de estudiantes por semestre y programa.

PROGRAMA	SEMESTRE 5	SEMESTRE 6	SEMESTRE 7	SEMESTRE 8	TOTAL
ENFERMERIA	48	62	39	45	194
MEDICINA	38	46	39	33	156
LIC EDU FISICA	26	104	50	22	202
TOTAL	112	212	128	100	552

Fuente: Oficina de control y registro académico (2014).

3.1.2 Estrato y Procedencia. Desde el punto de vista del impacto social de la acción universitaria, se encuentra como fortaleza, el hecho de que el 82% de los estudiantes de los programas de pregrado presencial, provienen de los estratos socioeconómicos 1 y 2, el 17% del estrato 3 y solo 1% del estrato 4.

Con respecto a la procedencia geográfica de los estudiantes, a nivel departamental el 81% proviene de municipios del centro, el 10% del norte, el 8% del sur y el 1% del oriente; a nivel nacional, el 75% de los estudiantes son del departamento del Tolima y el 25% provienen de otros departamentos del país, particularmente del Huila, Quindío, Cundinamarca, Valle del Cauca, Putumayo, departamentos de la costa Caribe y de la región del Magdalena Medio (Universidad del Tolima , 2013, p. 21).

3.1.3 Vicerrectoría de desarrollo humano.

3.1.3.1 Misión. Contribuir a la formación integral de todos los que participan en los procesos educativos con el mejoramiento de la calidad de vida y la construcción de la comunidad universitaria (Universidad del Tolima, 2013)

3.1.3.2 Visión. Contar con un entorno amable para el desenvolvimiento de las actividades académicas, administrativas de apoyo y de proyección social y cultural (Universidad del Tolima, 2014)

3.1.3.3 Vicerrectoría de Desarrollo Humano Objetivos. Propiciar los medios necesarios, para el cumplimiento de las políticas institucionales en el campo del desarrollo humano y el bienestar de la comunidad universitaria, que conlleven a la formación integral del futuro profesional y demás miembros de la institución en mejora de su calidad de vida y del medio universitario. Actualización en 13 Agosto 2013 (Universidad del Tolima, 2013).

Objetivos Específicos

- Promocionar dentro de la comunidad universitaria nuestros valores culturales: artísticos, literarios, modos de vida, derechos fundamentales de ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones, las creencias y los imaginarios colectivos
- Ofrecer adecuados programas de salud, mediante programas preventivos y correctivos, con el fin de mejorar la salud física, psíquica, espiritual, social y ocupacional, de todos los miembros de la comunidad universitaria, como también la prevención y atención de situaciones de emergencia y alto riesgo
- Ofrecer programas deportivos y de recreación, con fines formativos como individuos miembros de una sociedad, procurando una educación en valores como integración, solidaridad, ética, organización, respeto, salud y cultura preservacionista y ambiental
- Propiciar programas de apoyo socioeconómicos para aquellos miembros de la comunidad universitaria que se encuentran en crisis y vean afectada su permanencia dentro de la misma

- Apoyar y dar espacios que propicien el encuentro de los miembros de la comunidad universitaria y la utilización de su tiempo libre, fomentando la integración entre todos los miembros de la comunidad, el respeto por opiniones, críticas, inquietudes y pensamientos
- Propender por la vigencia del ethos universitario que se centra en la unidad en la diversidad
- Incentivar a los miembros de la comunidad universitaria a través de programas que exalten sus capacidades, logros, servicios, crear colectivos académicos e intelectuales
- Crear el ambiente ideal entre los servicios de bienestar, la academia y la administración institucional, con sentido de pertenencia universitaria y de comunidad
- Divulgar tanto internamente, como hacia el exterior de la Universidad, los programas y servicios de bienestar y cultura, creando conciencia de un buen uso de ellos y vinculándolos dentro de una amplia noción del bienestar, así como orientar a los miembros de la comunidad y de fuera de ella, en los diferentes temas de la vida universitaria y su medio
- Impulsar y apoyar las investigaciones sobre bienestar y cultura, que propendan en el mejoramiento de su gestión y de la vida universitaria, así como los sistemas de seguimiento y evaluación de los mismos
- Fortalecer, mejorar y aumentar la planta física requerida para el desarrollo de las políticas culturales y de bienestar, así como la dotación de las mismas.

3.1.4 Bienestar Universitario. La Dirección de Bienestar Universitario hace parte de esta vicerrectoría y es la que tiene en sus manos las actividades de promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida dentro del campus universitario, se mencionarán las Secciones adscritas a la dirección de bienestar universitario.

3.1.4.1 Sección Asistencial: Encargada de coordinar los servicios asistenciales médico–odontológico a la población estudiantil y funcionarios, según reglamentación, y asesorar y orientar psicológica y socialmente, a través de consulta y atención programada, con los

consecuentes registros y estudios, estos últimos en coordinación con la Oficina de Desarrollo Institucional y las diferentes dependencias de la Sede Central y seccionales, a fin de integrar dicha información para los boletines estadísticos e institucionales.

3.1.4.2 Sección de Deportes: Dependencia encargada de la programación, coordinación, ejecución y control de las actividades deportivas, recreativas y competitivas de los diferentes estamentos de la Universidad, consistentes en eventos a nivel interno y competitivo con instituciones de la ciudad y a nivel nacional, cumpliendo con las reglamentaciones establecidas técnica e institucionalmente.

3.1.4.3 Sección Salud Ocupacional: Unidad ejecutora de políticas, programas y actividades en cumplimiento de la Ley, relacionados con la salud ocupacional, seguridad y riesgos profesionales, integrando los diferentes comités, grupos de trabajo y resultados, en enlace con la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), y con las entidades especializadas, para garantizar el bienestar de los funcionarios en la Sede Central y en las seccionales, ejerciendo un efectivo control y actualización de hojas e historias, por funcionario, en coordinación con la Sección Asistencial de Bienestar Universitario.

3.1.5 Actividades evidenciadas por Vicerrectoría del desarrollo humano en su informe de gestión. (Vicerrectoría Desarrollo Humano, 2013) Los datos mostrados son los obtenidos en el informe de gestión de bienestar universitario y facilitado por la vicerrectoría del desarrollo humano, para este trabajo estos datos son importantes porque nos permite compararlo con la percepción de los estudiantes obtenida en la aplicación del instrumento aplicado para este estudio, y sus resultados se socializara con bienestar universitario.

3.1.5.1 Proyecto sexo seguro: mitos y tabúes en la sexualidad. La actividad se desarrolló a través de una técnica lúdica, que permitió a los estudiantes identificar los riesgos que se asumen para adquirir una infección de transmisión sexual y/o para un embarazo indeseado, cuando no se practica la sexualidad de forma responsable.

Se observó en los estudiantes una actitud reflexiva acerca del manejo de su sexualidad e interesada por aclarar dudas respecto a dicha temática.

Tabla 3 Total de estudiantes que participaron en el taller sexo seguro.

PROGRAMA ACADÉMICO	No. ESTUDIANTES
SOCIOLOGÍA	20
ESTUDIANTES DE TODOS LOS PROGRAMAS ACADÉMICOS.	58
TOTAL	78

Fuente: Vicerrectoría de Desarrollo Humano (2013).

Se observa que la asistencia a esta temática es casi nula ya que de la población total de estudiantes para el año 2013 la asistencia fue del 1%, lo que evidencia que se hace necesario reforzar en las estrategias para convocar a la población a estas actividades.

3.1.5.2 Taller “Enrúmbate”.

Tabla 4 Total de estudiantes que participaron en el taller enrúmbate.

PROGRAMA ACADÉMICO	No. ESTUDIANTES
Administración de empresas	32
Licenciatura en Educación Física	38
Licenciatura en lengua castellana	33
Medicina	19
TOTAL	122

Fuente: Vicerrectoría de Desarrollo Humano (2013).

En este taller solo participaron 122 estudiantes que corresponden al 1.6% de la población, cabe destacar que de los asistentes 38 hacían parte del programa de educación física y 19 del programa de medicina; lo cual sigue evidenciando que a pesar de que las actividades son programadas, es necesario además una

organización con los diferentes programas para que se garantice una mayor asistencia.

3.1.5.3 Taller “Sexualidad responsable”

Tabla 5 Total de estudiantes que participaron en el taller sexualidad responsable

PROGRAMA ACADÉMICO	No. ESTUDIANTES DE DÉCIMO SEMESTRE
INGENIERÍA FORESTAL	21

Fuente: Vicerrectoría de Desarrollo Humano (2013).

En este taller solo participaron 21 estudiantes del programa de forestal el cual corresponde al 0.3% de la población de estudiantes del área presencial.

3.1.5.4 Otras actividades, talleres y/o charlas. La comunidad universitaria, alumnos y/o funcionarios, participaron en la realización de los talleres; este un proceso de construcción colectiva que posibilita lo formativo en un ambiente lúdico y de participación, facilitando el desarrollo de los temas y dando soluciones a preguntas de interés que tienen los participantes. (Vicerrectoria Desarrollo Humano, 2013).

Las conferencias - taller, son de tipo lúdico pedagógicos con presentación de videos sobre Hábitos de vida saludable, allí se motiva la participación activa de los funcionarios, en actividades de prevención y promoción a nivel institucional. (Vicerrectoria Desarrollo Humano, 2013).

3.1.5.5 Actividades deportivas: convivencia y aprovechamiento del tiempo libre.

- Actividades deportivas para incentivarlos a la práctica de hábitos de vida saludable, convivencia y aprovechamiento del tiempo libre.

•Las actividades deportivas se realizaron en horas de la tarde, se contó con la participación activa de la comunidad y del Director del Centro Universitario Regional del Norte.

•En esta actividad se realizó el segundo campeonato de microfútbol donde el primer y segundo puesto fue premiada con una tarde recreativa en el Balneario Borbón, allí se les ofreció un asado por parte del Director del Centro Universitario Regional Del Norte, Jorge Rodrigo Serrano.

3.1.5.6 Estrategia hábitos de vida saludable. A través de actividades deportivas se promovió la adopción de hábitos de vida saludable, aprovechamiento del tiempo libre y a su vez generar espacios de convivencia pacífica.

Participaron:

- 4 equipos de fútbol masculino
- 15 equipos de microfútbol mixto
- 6 equipos de futillo

3.1.5.7 Consultorio Médico. Dentro de las actividades encaminadas a promoción se cuenta con un servicio prestador de salud, a continuación se presenta las actividades realizadas por este servicio resaltando las que específicamente son encaminadas a promoción de la salud:

Tabla 6 Distribución de la consulta según la modalidad presencial.

MODALIDAD CONSULTA PRESENCIAL	NUMERO DE CONSULTA	PORCENTAJE
PREVENTIVA	1520	64%
CORRECTIVA	843	35%
BLANCO	12	1%
TOTAL	2375	100%

Fuente: Vicerrectoría de Desarrollo Humano (2013).

Se observa que un gran porcentaje del servicio prestado en consulta es de tipo preventivo un 64% pertenece a este tipo de consulta.

Tabla 7 Actividades de promoción y prevención.

PROGRAMA	FECHA	TALLER	No. De Asistentes
PROYECTO FUTUROS EGRESADOS	07-03-2013	Enfermedades Transmitidas por vectores	59
	07-03-2013	Enfermedades de Transmisión Sexual	52
TALLERES Y/O CHARLAS	30-04-2013	SNC – Afasias	29
	10-05-2013	Planificación Familiar	18
SERVICIOS AMIGABLES	19-03-2013	Enfermedades de Transmisión sexual	23
	29-04-2013	Enfermedades de Transmisión sexual	23
TALLERES EN CERES	09-03-2013	Cáncer de seno	727
	Síbate	Examen de Seno	8
	16-03-2013 Chaparral	La citología un salvavidas para mujeres	152
	13-04-2013		159

	Pereira	Cáncer de seno Examen de Seno	20
	05-05-2013		55
	Mariquita	Cáncer de seno Examen de Seno	9
	18-05-2013		70
	Neiva	La citología un salvavidas para mujeres	
Articulación con Facultad Ciencias de la Salud		Atención del Joven Control Prenatal	19 2
AUTOCUIDADO	08/09/2013		17
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	13/09/2013	PNF	28
TALLER	09/2013	AUTOEXAMEN DE SENO Y TESTÍCULO	60
TALLER	26/10/2013	TBC	18
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	13/10/2013	PNF	16
TALLER		TOMA DE CITOLOGÍA	3

Fuente: Vicerrectoría de Desarrollo Humano (2013).

Se puede observar que gran parte de las actividades de prevención van encaminada hacia una sexualidad responsable, pero el número de estudiantes beneficiados en total de las actividades de prevención es de 1567, de estos 1200 son de talleres en Centros Regionales de Educación Superior en satélites fuera del campus universitario, lo que muestra que los 367 restantes son del área presencial de la universidad.

Durante el año 2013, el servicio de psicología de la Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad del Tolima, atendió 447 consultantes de los cuales 378 corresponde a estudiantes de la modalidad presencial, (Vicerrectoria Desarrollo Humano, 2013)

Dentro de las conclusiones del informe de gestión de actividades de la tabla anterior se resaltan:

- La consulta de carácter preventivo en la jornada de la mañana es mayor, tanto en la modalidad presencial con un 60.5%, como en la modalidad a distancia con un 80%. Teniendo la característica de no generar re consultas ya que dentro de ella se encuentra el examen de aptitud física para el gimnasio, asesoría de planificación, examen médico general y realización de certificados médicos.
- El género masculino predomina en la consulta médica de la jornada de la mañana y ello está relacionado con el hecho de que consultan más para el examen de aptitud física para ingresar al gimnasio y este motivo de consulta corresponde al 65 % de la consulta total.
- Los principales motivos de consulta en la jornada de la mañana fueron por orden de incidencia: Aptitud Psicofísica, Asesoría de Planificación familiar, Visado de Incapacidades, Paciente Sano, Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda, Síndrome febril en estudio, Urticaria, parasitosis intestinal y cefalea.
- Se realizó un taller sobre Cáncer de Seno y otro sobre Citología Vaginal un salvavidas para mujeres, en diferentes Centros Regionales de Educación Superior del Instituto de distancia.
- Se dictaron charlas sobre Planificación familiar, Enfermedades de transmisión sexual. Cuidados del Sistema Nervioso Central, Dengue, Enfermedades Transmitidas por Vectores entre otras.

3.1.6 Comités. Hacen parte de los comités que tengan que ver con salud en la universidad cómo es el comité paritario de salud ocupacional y en representación de la Universidad en entes externos como son la comisión de educación, del comité regional

de emergencias, comité local de salud ocupacional, comité regional de gestión ambiental y comité departamental para la prevención integral del consumo de psicoactivos.

La Dirección de Bienestar Universitario cumple con todas las funciones para las que fue creada, pero es necesario establecer si realmente en el cumplimiento de esa función se están logrando los objetivos que corresponden a mejorar el proceso de auto cuidado en los miembros de la comunidad universitaria en nuestro caso particular de los estudiantes de pregrado presencial con el fin de fortalecer los programas existentes si estamos cumpliendo la meta o evaluar, replantear, reestructurar e incorporar nuevas estrategias que ayuden al cumplimiento de la misma .

3.2 PERCEPCIÓN.

3.2.1 Los conceptos de la percepción. Una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y, en términos generales, tradicionalmente este campo ha definido a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.

En el proceso de la percepción se ponen en juego referentes ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad y que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas, cabe resaltar aquí a uno de los elementos importantes que definen a la percepción, el reconocimiento de las experiencias cotidianas. El reconocimiento es un proceso importante involucrado en la percepción, porque permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida, con los cuales se comparan las nuevas experiencias, lo que permite identificarlas y aprehenderlas para interactuar con el entorno. De esta forma, a través del reconocimiento de las características de los objetos se construyen y reproducen

modelos culturales e ideológicos que permiten explicar la realidad con una cierta lógica de entre varias posibles, que se aprende desde la infancia y que depende de la construcción colectiva y del plano de significación en que se obtiene la experiencia y de donde ésta llega a cobrar sentido.

De acuerdo con los referentes del acervo cultural lo percibido es identificado, seleccionado, sea novedoso o no, adecuándolo a los referentes que dan sentido a la vivencia, haciéndola comprensible de forma que permita la adaptación y el manejo del entorno como un proceso cambiante, la percepción posibilita la reformulación tanto de las experiencias como de las estructuras perceptuales. La plasticidad de la cultura otorga a estas estructuras la posibilidad de ser reformuladas si así lo requieren las circunstancias ambientales. Al respecto, Merleau-Ponty (2008) ha señalado que la percepción no es un añadido de eventos a experiencias pasadas sino una constante construcción de significados en el espacio y en el tiempo.

Las distintas sociedades crean sus propias evidencias clasificaciones que ponen de manifiesto la manera como la percepción organiza, es decir, lo que selecciona, lo que codifica, la interpretación que reasigna, los valores que le atribuye, las categorías nominativas, etcétera, marcando los límites de las posibles variaciones de los cambios físicos del ambiente. Los miembros de la sociedad aprenden de forma implícita esos referentes y los transmiten a las siguientes generaciones, reproduciendo el orden cultural.

La percepción está matizada y restringida por las demarcaciones sociales que determinan rangos de sensaciones, sobre el margen de posibilidades físico corporales; así, la habilidad perceptual real queda subjetivamente orientada hacia lo que socialmente está “permitido” percibir.

Las estructuras significantes se presentan organizadas en forma de sistemas con los que se evalúa lo percibido. Por lo tanto, estos sistemas son referentes empíricos que designan rangos cualitativos mediante los cuales se identifica la experiencia sensorial.

Es a través de las estructuras significantes que el perceptor apropia de las porciones de realidad ubicándolas dentro de una gama específica de posibilidades aprendidas, integradas y reconocidas socialmente. Para la calificación de las vivencias, la percepción se norma de acuerdo con la estructura de valores vigentes en la sociedad. Los diferentes niveles de evaluación de la realidad social (entre los que se encuentra la percepción) están en constante interacción pues proporcionan los elementos analíticos para evaluar la realidad, cuya cualificación pone en juego simultáneamente estos niveles.

Un ejemplo, el caso de una camisa: desde el nivel de la percepción hay varios trozos de tela cortados y cosidos formando una unidad denominada camisa, de color blanco, no muestra manchas no despiden olores corporales; se puede decir al respecto que, desde el nivel de los valores sociales, hay una camisa limpia. En otro caso, dentro del ámbito de la salud, según la creencia, se identifica alguien como enfermo porque desde el plano perceptual la temperatura de su cuerpo está elevada, su tez está pálido, entre otros signos reconocidos como los de una persona enferma. (Vargas Melgarejo, 1994)

3.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

La Organización Mundial de la Salud define la Educación para la Salud, como la disciplina que se ocupa de organizar, orientar e iniciar los procesos que han de promover experiencias educativas, capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo, y de la comunidad con respecto a su salud.

La educación para la salud tiene como objetivo, transmitir conocimientos que motiven y potencien el saber y el saber hacer, así como el desarrollo de conductas encaminadas a la conservación de la salud del individuo, la familia y la comunidad, para lograr estilos de vida saludables. Debe ocuparse de que las personas conozcan, analicen las causas sociales, económicas y ambientales, que influyen negativamente en la salud; de

desarrollar habilidades que lleven a una situación en la que las personas: deseen vivir sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que sea, individual y colectivamente, para mantener la salud, y busquen ayuda cuando lo necesiten.

La educación para la salud que pretenda hacer hincapié solamente en la información, acerca de la repercusión de los distintos comportamientos sobre la salud, está destinada a fracasar. La educación para la salud orienta a los distintos grupos de la población, por lo que constituye un elemento esencial para que los ciudadanos puedan prevenir, y afrontar de una manera más autónoma, sus propios problemas de salud y los de su entorno. Les ayuda a conocer y comprender la necesidad de potenciar actitudes que permitan adquirir hábitos y comportamientos sanos y seguros, y a afrontar la posible enfermedad en un ambiente de normalidad (Díaz, Pérez, Báez, & Conde, 2012).

Es importante subrayar que la educación para la salud no debe ser entendida solamente como la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales, la auto estima y el auto cuidado, necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. (Parrací, 2010).

Algunas de las definiciones y caracterizaciones más significativas y frecuentemente citadas de educación para la salud son las siguientes, Salleras(1985) lo describe como:

El proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos” (Citado por Alfaya, 2007, p.114)

Green, ET al. (1988) define la Educación en Promoción de la salud Como “cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta, que conduzcan a la salud”. (p.4)

De modo más completo (Rochon, 1991) señala que “la educación para la salud supone facilitar la adaptación voluntaria de los comportamientos de los responsables, de los técnicos y de la población a través de experiencias de aprendizaje complementarias que mejoren la salud del individuo o de la colectividad”. (P.20)

3.3.1 Enfoques en Educación para la Salud. Pueden apreciarse tres generaciones en el desarrollo de la Educación para la Salud, que van en paralelo con los cambios sociopolíticos, la evolución de la Nosología y los factores de riesgo (Sanchez, Ramos, Virtudes, & Marset, 1995)

3.3.1.1. Enfoques de primera generación. La Educación para la Salud informativa y Prescriptiva: Dentro de este modelo podría identificarse una línea autoritaria, que obligaba al paciente a seguir las normas (decálogos de salud, naturalmente buenos y no discutibles) y otra democrática que reclamaba una información “neutral”. En todo caso se trata de una transmisión de conocimientos, con intención prescriptiva desde el entendido al profano, en una concepción “bancaria de la educación.

3.3.1.2 Enfoques de segunda generación: La Educación para la Salud comporta mental: Esta orientación se va desarrollando en la década de los 60 al contar con las aportaciones de la antropología cultural, recuperándola subjetividad individual. Enfrentada al problema nuevo que supone la elevada mortalidad y morbilidad cardiovascular y oncológica, asociadas a estilos de vida no saludables, se pone énfasis en la modificación de los hábitos personales. Su objetivo es conseguir comportamientos saludables, y las informaciones sólo una parte del proceso, insuficiente para una acción duradera. Se abre el discurso de los factores sociales y culturales, el análisis de motivaciones y resistencias, de los instrumentos educativos y

persuasivos para el cambio, pero, en definitiva, centrados en la conducta de los individuos.

Para estas posiciones, mayoritarias en la actualidad, son clave las aportaciones de la teoría del aprendizaje, en la que destacan, especialmente, ciertos aspectos del condicionamiento operante, el neo conductismo vicario de Bandera Y los procesos cognitivistas. De la misma forma son relevantes la aplicación de estudios sobre motivación humana (Maslo, locus de control, etc.) y sobre la actitud (Fishbein y Ajen, comunicación persuasiva, etc.).

Desde estas perspectivas, iniciadas por Matarazzo (1980), destaca el Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock que muestra como las creencias de las personas influyen en las decisiones que adoptan en relación a la salud los fundamentos conceptuales sobre los que se basan las diferentes propuestas de esta segunda generación, reconfiguran tras la Segunda Guerra Mundial, en un contexto de creación y desarrollo del Estado de Bienestar, y en su seno, en Europa, de los sistemas sanitarios públicos. Cobra importancia en esta etapa histórica la racionalidad y la lógica de la tecnocracia del Aparato del Estado, de las burocracias y la sumisión y adaptación del individuo aislado a estas exigencias.

La hegemonía teórica de los postulados, que Weber (1969), facilita la necesaria cobertura desde el campo de las ciencias sociales, en medio de un indiscutible predominio del modelo médico biológico.

3.3.1.3 Enfoques de tercera generación: una Educación para la Salud participativa, crítica y emancipadora: Esta perspectiva, a la que podemos sumar enfoques hermenéuticos va surgiendo, poco a poco, ante las insuficiencias de las positivistas anteriores, ligada a la cultura preventiva social y democrática, proponiendo, como señala Freudenberg (1978), alternativas de cambio social. Según Terris (1980), hay que buscar en la estructura socio económica el tejido causal de los Patrones de morbimortalidad. Se trata de reducir las desigualdades ante la salud, Investigando con la comunidad y poniendo énfasis en la participación. Señala modelo que es trascendente para ello el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud, en

los años 80, de los movimientos populares (Alma-Ata y Carta de Ottawa), Fundamentalmente de los trabajadores y de la mujer (reivindicaciones de salud en Los estatutos de trabajadores, divorcio, interrupción voluntaria del embarazo, etc.), que se ven recogidas en Leyes de Reforma Sanitaria en diversos países.

Enfoques críticos pueden encontrarse, también, cuando se concibe la educación como algo más que procesos informativos o persuasivos, y se busca la responsabilidad ciudadana y la participación.

La Conferencia de la Organización Mundial de la Salud de Alma-Ata (1978) no solamente señala un nuevo marco y una dimensión totalmente diferente para la educación para la salud, de creciente importancia, sino que también refleja la consciencia creciente de un protagonismo activo por parte de los agentes sociales en la necesaria modificación de la sociedad.

Resulta así, evidente el paralelismo existente en el desarrollo de los paradigmas en las Ciencias Sociales y en la Educación para la Salud, tratándose, en definitiva de la misma cosa. Podemos hablar, pues, de una evolución paradigmática en Educación para la Salud.

Los planteamientos anteriores tienen consecuencias prácticas, hasta el punto que podría hablarse de dos maneras de realizar Educación para la Salud: una positivista y otra participativa, viéndose afectadas todas las fases de la misma, pero, fundamentalmente, la programación y la evaluación.

3.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD.

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia,

mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud (OMS, 1998).

Según Terris (1996), la expresión Promoción de la salud fue utilizada por primera vez por Sigeristen (1945), quien definió las cuatro funciones esenciales de la medicina: 1) la promoción de la salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) el restablecimiento de los enfermos, y 4) la rehabilitación. Así mismo, afirmó que la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso. Para lograr estos objetivos propuso el esfuerzo coordinado de la clase política, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos. Cabe señalar que en la Carta de Ottawa (1986), casi cuatro décadas haría esta misma exhortación. Dos años antes de la elaboración del Programa de Promoción de la Salud de Organización Panamericana de la Salud, en el seno de la Segunda Conferencia Interamericana de Educación para la Salud, se había constituido la Oficina Latinoamericana de la Unión Internacional de Educación para la Salud (UIES/ ORLA). Esta oficina, era un emergente del trabajo colectivo desarrollado por un conjunto de profesionales que consideraban que existía un bagaje de conocimientos y experiencias propios de la región latinoamericana que debían difundirse y fortalecerse no solamente al interior de la UIES, sino también en otros espacios, redes y asociaciones que trabajaban por superar la hegemonía del paradigma biomédico en la explicación del proceso salud - enfermedad - atención. (Arroyo y Cerqueira, 1997).

Es importante señalar que ORLA contribuyó a la elaboración de los principios de la carta declaratoria aprobada en la XIV Conferencia Mundial de Educación para la Salud realizada en 1991 en Helsinki, Finlandia (Dhillon y Tolsma, 1991) citado por (Arroyo y Cerqueira, 1997).

Las principales diferencias conceptuales respecto a la promoción de la salud se dan entre quienes: a) Otorgan particular importancia a los determinantes de la salud a nivel macro social (calidad de vida adecuada, buenas condiciones de trabajo, mejoramiento

en los niveles de educación y otros) Limitan sus alcances a la modificación de los estilos de vida específicos.

(Cerqueira, 1997) Plantea que la promoción de la salud tiene como fin mejorar la salud individual y colectiva y contribuir al logro de la equidad y la justicia social.

Green y Richard (1993) citados por (Arroyo y Cerqueira, 1997) la definen como cualquier acción de comunicación y educación para la salud así como todos los esfuerzos organizacionales, políticos, económicos y ambientales orientados a promover conductas saludables.

Hancock (1994) citados por (Arroyo y Cerqueira, 1997) apunta que es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre salud, política y poder y especifica que tiene que ver con el poder en dos niveles: con aquél que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud personal y comunitariamente, y con un segundo nivel en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política.

Kickbush (1994) citados por (Arroyo y Cerqueira, 1997) considera que promoción de la salud no es el trabajo social de la medicina, por el cual pueden conseguirse unos pocos dólares extra ya que se trata de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud. En 1990, la Organización Panamericana de la Salud la definió como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Alfaya (2007), realiza una breve descripción mostrando las diferentes evoluciones y conceptualización de Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud:

- 1977, la *30 Asamblea Mundial de Salud* señaló como principal meta de todos Los gobiernos y de la OMS la consecución de un grado de salud para todos los Ciudadanos del mundo en el año 2000 que les permitiera llevar una vida social y Económicamente productiva. Es la denominada Estrategia de SALUD PARA TODOS

EN EL AÑO 2000 (Resolución WHA 30.43).

- 1978, Conferencia Internacional sobre atención primaria de Salud de Alma-Ata (URSS) en la que se declaró la importancia fundamental de la Atención Primaria. En ella se completó la definición de salud dada en 1946 añadiendo que: “El logro del Grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el Mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de Salud. (OMS, 1978)

- 1981, 34 Asamblea Mundial de Salud en la que se aprueba la Estrategia global de Salud para Todos en la que se indicaron los principios orientadores, el énfasis en la atención primaria, la participación conjunta de profesionales y población y las colaboraciones intersectoriales y los medios generales que debían mobilizarse para alcanzar esa meta.

- 1986, I Conferencia de Promoción de la Salud de Ottawa (Canadá)

Conferencia de especial trascendencia en la promoción de la salud en la que se señalan la importancia del papel de las personas y las organizaciones en la creación de oportunidades y elecciones saludables. Se dan directrices para poder actuar sobre los determinantes de salud; cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud:

- Establecer una política pública saludable
- Crear entornos que apoyen la salud
- Fortalecer la acción comunitaria para la salud
- Desarrollar las habilidades personales
- Reorientar los servicios sanitarios

- 1988, II Conferencia Internacional de Promoción de Salud de Adelaida

(Australia) “Política Sana. Estrategias de acción” en esta conferencia se destaca sobre

todo la importancia del compromiso político para conseguir la equidad social. Se defiende la importancia de las políticas saludables desde los diferentes ámbitos de la política, desde la local a la internacional.

- 1991, III Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Sundsvall (Suecia) en la que de manera especial se incide en la importancia de los ambientes saludables y promotores de salud. Está muy presente el concepto de desarrollo sostenible.

-1997, IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de Jakarta (República de Indonesia). En ésta se adoptó la conocida como declaración de Jakarta en la que se señalan como principales prioridades: La promoción de la responsabilidad social en la salud, el incremento de inversiones en salud, la consolidación y expansión de los recursos que promueven la salud, la consolidación de una infraestructura para promoción de la salud y el incremento de las capacidades de la comunidad y el fortalecimiento (empowerment) de los individuos. Este último es entendido como el proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y las acciones que afectan a su salud.

- 2000, V Conferencia Internacional de Promoción de Salud de México. Se insiste en la importancia de la promoción de la salud para conseguir una mayor equidad y por tanto reducir desigualdades. La educación para la salud y la participación de la comunidad se revelan como fundamentales para la consecución de los objetivos de la promoción.

- 2005 VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Esta última, por el momento, ha tenido lugar en Bangkok (Tailandia) y ha dado como resultado la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado.

En ella se identifican los nuevos factores críticos y desafíos determinantes para la salud (Desigualdades crecientes en los países y entre ellos, nuevas formas de consumo y Comunicación, medidas de comercialización, cambios ambientales mundiales, urbanización y cambios sociales, económicos y demográficos rápidos y con frecuencia

adversos) y las nuevas oportunidades que se presentan para mejorar la salud y aumentar la colaboración (los avances de las tecnologías de la información y las comunicaciones y los mejores mecanismos disponibles para el gobierno mundial y el intercambio de experiencias).

Asimismo en esta carta se señalan los cuatro compromisos clave a favor de la Salud para Todos:

1. Lograr que la promoción de la salud sea un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial.
2. Lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad esencial de todo Gobierno.
3. Lograr que la promoción de la salud sea un objetivo fundamental de las comunidades y de la sociedad civil.
4. Lograr que la promoción de la salud sea un requisito de las buenas prácticas empresariales políticas enérgicas, una amplia participación y actividades permanentes de promoción.

3.5 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

Cuando hablamos de educación en salud es importante colocarnos en los enfoques que son importantes para lograr los cambios que buscamos por ello consideramos hablar del Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud:

Según la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. El marco conceptual elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) el año 2005 distingue entre determinantes sociales estructurales e intermedios, de acuerdo a su rol como generadores de la estratificación social o como facilitadores de la exposición y vulnerabilidad diferencial en función de la posición en la jerarquía social a condiciones que comprometen la salud, respectivamente.

3.5.1 Determinantes Estructurales. Son parte de la primera columna de los determinantes sociales en salud y se refieren a la manera en que la sociedad genera y distribuye el poder y la riqueza, por ejemplo, las políticas económicas y laborales, el tipo de sistema educativo, sistema de salud, las normas en torno al género y el tipo de organización del estado ; la estratificación social que este contexto socioeconómico y social genera es una de las que definen la exposición de los distintos grupos de individuos a condiciones más o menos perjudiciales para la salud, lo que constituye los que se conocen como Los Determinantes de las inequidades en salud .

3.5.2 Determinantes intermedios. Según (Irwin y Orielle, 2005) son las conductas, hábitos y estilos de vida que desarrollan los individuos o grupos y actúan a través de 3 mecanismos para generar diferencias en los resultados en salud y calidad de vida de las personas, grupos y poblaciones:

Diferencias de exposición: en magnitud, frecuencia y modalidad en que afectan la salud.

Diferencia de vulnerabilidad: en términos de condiciones de salud y acceso a recursos.

Diferencia en las consecuencias: en términos de las implicaciones diferentes que poseen las mismas exposiciones y vulnerabilidades para distintos individuos, grupos o poblaciones en función de su posición en la jerarquía social.

Lo anterior exige que las políticas, planes y programas aplicados para hacer frente a todos los problemas de educación en salud y en los de todos los sectores adopten un enfoque intersectorial tanto a nivel de su diseño como de su aplicación y evaluación. La responsabilidad de adoptar este enfoque exige esfuerzos a distintos niveles como son los tomadores de decisiones, diseñadores de políticas y operadores sociales.

El enfoque de determinantes sociales en salud, aplicado al contexto universitario es a la vez un reto y una necesidad, si se asume que la salud es una resultante de modos, condiciones y estilos de vida, donde lo individual y lo colectivo se imbrican de forma permanente. Ello se traduce en que la IES/UPS (Instituciones de educación superior y las Universidades promotoras de salud) orienten sus esfuerzos en los ajustes y/o transformaciones en las políticas institucionales, en las adecuaciones o ajustes en la infraestructura y los servicios así como en el desarrollo de aptitudes y actitudes de la comunidad, que favorezcan lo saludable (Equipo coordinador REDCUP, 2012)

3.6 EMPODERAMIENTO PARA LA SALUD.

En promoción de la salud, el empoderamiento es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Siendo así, dentro de las soluciones en salud más importantes es el empoderamiento de las poblaciones, lo cual facilita la participación activa en el modelaje de las sociedades; sin olvidar también la importancia de un sistema en el cual los recursos son asignados de acuerdo con las necesidades, y la financiación se obtiene de acuerdo con la capacidad de contribución de las personas; un sistema de salud ligado a políticas redistributivas dentro de cada país y entre los países, complementado con políticas de pleno empleo que aseguren a la población adulta el derecho a trabajar satisfactoriamente en un sistema con un contexto augurable de producción y distribución, guiado por intervenciones y regulaciones públicas. La enorme distancia entre estas soluciones (todas ellas fácilmente realizadas) y la posibilidad de alcanzarlas dice mucho sobre las dificultades (OMS, 1998).

El empoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar

sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.

Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen. La promoción de la salud abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las básicas habilidades para la vida las capacidades de los individuos, sino también, las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud. En este sentido, la promoción para la salud va dirigida a crear las mejores condiciones para que haya una relación entre los esfuerzos de los individuos y los resultados de salud que obtienen.

El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. Por su parte el empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo este un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

3.7 CONDUCTA ORIENTADA HACIA LA SALUD.

Se puede argumentar que todo comportamiento o actividad de un individuo tiene alguna influencia sobre la salud. En este contexto, puede ser útil distinguir entre los comportamientos que se adoptan deliberadamente con el fin de promover o proteger la salud y aquellos que puedan adoptarse con independencia de las consecuencias que puedan tener para la salud. Las conductas orientadas hacia la salud se distinguen de las conductas de riesgo, en que estas son comportamientos asociados a una mayor susceptibilidad para una causa específica de mala salud. Las conductas orientadas

para la salud y las conductas de riesgo menudo se agrupan en unos patrones más complejos de comportamientos conocidos como estilos de vida.

3.8 EVALUACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

La evaluación de la promoción de la salud es una valoración del grado en que las acciones de promoción de la salud alcanzan un resultado “estimado”.

El interés de esta Evaluación está centrado en el desempeño del proceso de implementación de la intervención. Frecuentemente, se estudia el resultado del proceso de implementación de una intervención y no hay preocupación por el proceso en sí mismo para este tipo de Evaluación es importante considerar que el desarrollo, ligado a intervenciones en promoción de la salud es visto como un proceso complejo, producido bajo circunstancias en las cuales un programa no se puede aislar de los diversos factores con los que tiene que convivir, al igual, que con los factores del contexto que lo influyen.

En la valoración del proceso, la evaluación de las actividades de promoción de la salud debe ser: participativa, implicando a todos aquellos que tengan interés en la iniciativa; interdisciplinaria, en la que fluyan implicando diversas perspectivas disciplinarias, e integrada en todas las fases de desarrollo y aplicación de una iniciativa de promoción de la salud y puede también contribuir a capacitar a los individuos, la comunidad, las organizaciones y los gobiernos para abordar los problemas de salud (Parrací, 2010).

Modelo de Promoción de la salud: Dentro de los modelos de promoción de salud podemos referirnos en el modelo de Pender Nola (Giraldo et al., 2010); Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan (Estados Unidos de América) es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de

los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud (Reyes, 2007). La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud, la cual es definida, por Pender (1996), como la realización del potencial humano inherente y adquirido a través de la conducta dirigida a la meta, el autocuidado competente y las relaciones satisfactorias con otros, mientras se hacen ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con los ambientes relevantes a la optimización de la vida teniendo en cuenta que para la transformación de estas conductas debe haber una relación entre los determinantes interpersonales de la salud y los efectos del medioambiente.

Los factores personales y del entorno deben favorecer una conducta saludable dentro de cada comunidad. La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida citado (Giraldo et al., 2010)

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, (Aristizabal y Col, 2011):

La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, la segunda es la Acción Planteada y la tercera es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura.

El Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias Previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por (Giraldo et al., 2010):

Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.

La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonales o ambientales. En este punto la promoción de la salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social, la autoeficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la autoeficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando

a los individuos de una capacidad autor reguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones.

Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción, Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse; por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.

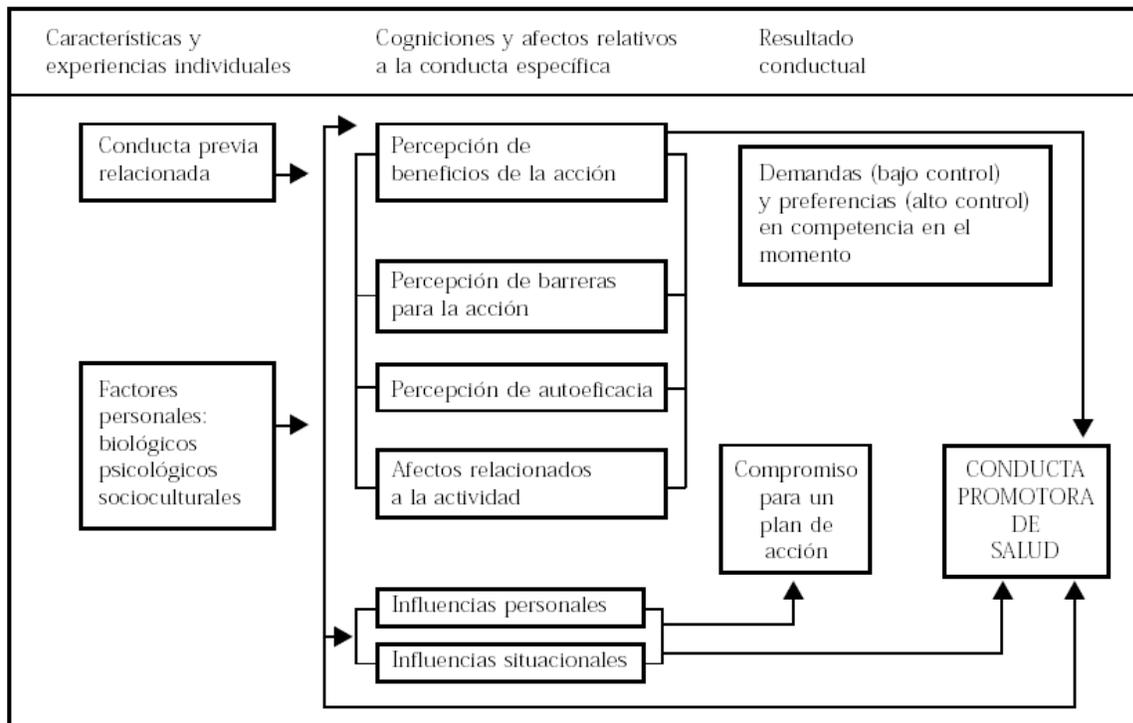
Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o sociales adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta.

En cuanto a las barreras:

- Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.
- Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.
- Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.

- Clase o nivel socioeconómico: la escases o abundancia de recursos económicos también interviene en el estilo de vida de los individuos de manera favorable o no.

Figura 1 Modelo de Promoción de Salud de Pender. 1996.



Fuente: Pender (1996).

3.9 ESTILOS DE VIDA DE LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS.

Los estilos de vida como concepto han sido desarrollados desde hace algunas décadas por la sociología y la psicología; sin embargo, en el ámbito de la salud fue Lalonde quien lo explica dentro de un modelo de salud, compuesto por cuatro elementos: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de los servicios de salud. Los estilos de vida consisten en la gama de decisiones que el individuo toma y que le afecta, sobre las que tiene mayor o menor control; si éstas son malas decisiones desde el punto de vista de salud, el individuo crearía un riesgo

autoimpuesto, que le puede predisponer a enfermar o incluso llevar a la muerte, reconociéndose la multivariabilidad en la toma de decisiones (Bastias y Bertoni, 2014)

Los jóvenes están en un período de transición dinámica de la niñez a la adultez, caracterizado por rápidos cambios en su cuerpo y mente, además, de las relaciones sociales (OMS, 1997). Debido a este acelerado proceso de desarrollo tanto físico como emocional en esta población, las diversas investigaciones dan respuestas a muchos interrogantes que están relacionados con la salud y la enfermedad. Diversos estudios revelan la existencia de factores individuales familiares y sociales (institución universitaria, grupo de amigos) que influyen en la adopción de conductas riesgosas para la salud de los jóvenes universitarios (Whitaker, et al. 1999; Regina, et al. 2005 citados por Parrací, 2010). Es decir que en este período de la vida estos grupos son el contexto de mayor referencia o importancia para las personas y que, por consiguiente, éste incide de manera fundamental en los posibles comportamientos de riesgo que el estudiante se expone. Por lo tanto la familia y el centro docente siguen teniendo una enorme importancia a la hora de modular los posibles riesgos a los que los jóvenes se ven expuestos por la presión de sus iguales (Comas, 2003 citado por Parrací, 2010).

Hay gran evidencia de que jóvenes, entre los 15 y 24 años, desarrollan conductas que ponen en riesgo su salud como fumar, ingerir bebidas alcohólicas y adoptar hábitos alimenticios pobres, las cuales producen una serie de resultados adversos a la salud aumentando estados mórbidos y mortalidad en este grupo (Sells y Blum, 1996; Lynn, Regina, Sandra y Jenkins, 2004 citados por Parrací, 2010). Por lo que la promoción de estilos de vida saludables entre jóvenes ha comenzado a ser el objeto de muchas investigaciones en todo el mundo, especialmente en la universidad, la cual se reconoce como un escenario privilegiado para el fomento de estilo de vida saludables, conducentes a reforzar el potencial de salud de cada individuo, así como del colectivo universitario (Meda, et al. 2008 citados por Parrací, 2010).

Es importante anotar que la presencia de los estilos de vida, sean protectores o no, están enmarcados por las motivaciones, es decir, la satisfacción que se tiene sobre la

vida misma sus estilos de llevarla, así como las prácticas específicas. Es necesario señalar que persona puede valorar de manera distinta dos o más dimensiones de su estilo de vida, al estar satisfecho con unas y no con otras; Y ello a su vez depende de la percepción que el individuo tiene de las enfermedades, o de los modelos sociales a los cuales está expuesto, esto demuestra que los buenos hábitos no dependen únicamente del conocimiento que se tiene de la salud si no de una dimensión colectiva que rodea al individuo (Sanabria, González y Urrego, 2007).

Otros estudios en sus conclusiones también muestran como la transición del joven de la secundaria a la universidad afecta la adquisición de hábitos saludable o conductas de riesgo como lo cita (Alfaya, 2007)

Se constata la trascendencia del período universitario en la configuración de la personalidad de los estudiantes. Esta etapa les supone afrontar gran diversidad de cambios y dificultades en los diferentes momentos del transcurso de la misma:

- En la entrada en la universidad, en la que se produce un fuerte choque por la alteración de las circunstancias personales, académicas y sociales, que se ve fuertemente agravado cuando el cambio implica también un traslado de domicilio para ir a vivir de modo independiente a la ciudad en la que esté ubicado el centro universitario

El ámbito personal, por la adquisición de mayor autonomía, independencia, libertad, de más responsabilidades, etc. En el académico, por la adaptación a un nuevo sistema de estudios, a una nueva forma de evaluación, a una mayor flexibilidad, a nuevas exigencias, etc. En el ámbito organizativo por nuevos horarios, nuevos ritmos de estudio, etc. En el social, ya que durante esta etapa conocen y comparten importantes experiencias con nuevos compañeros y entre otros cambios en muchas ocasiones se alejan de la familia. Concretamente, en cuanto a los

cambios en los hábitos de vida, en los que nos hemos fijado de modo particular, destaca la constatación de cambios en sentido negativo en relación con varias de las conductas relacionadas con la salud, tales como fumar más, empezar a fumar, realizar menos ejercicio físico o empeorar los hábitos alimentarios.

Sobresale, por tanto, la criticidad de la época universitaria que supone, por una parte, cambios a nivel estructural puesto que, dada la edad en la que habitualmente se cursan estos estudios, es una etapa de transición hacia la vida adulta y de configuración personal, profesional y social importante y, por otra, cambios a nivel coyuntural puesto que se trata de adaptarse un nuevo ambiente académico y social.

En el campo de la salud del adolescente y del joven, los estilos de vida aparecen relacionados con problemas sociales de gran relevancia. Por ejemplo, embarazos precoces, abortos, infección por VIH/SIDA y contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), debidos a sus prácticas sexuales; las incapacidades, lesiones o muertes, debidas a accidentes de tráfico; trastornos por el consumo y abuso de drogas; y trastornos de la conducta alimentaria, a causa del sedentarismo y la dieta (Lema, et al. 2009).

A largo plazo, estos jóvenes presentan también un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles que tienen como factores asociados los estilos de vida poco saludables (ej. los problemas cardiacos, la diabetes mellitus tipo II y el cáncer) (ONU, 2007) citado por (Lema, Torres, Varela, Tamayo, y Col, 2009).

3.10 HÁBITOS ALIMENTICIOS.

Este aspecto está referido a la calidad y a la frecuencia del consumo de los alimentos, de tal forma que permitan mantener una nutrición adecuada o que afecten el estado de la salud de los jóvenes. En este tipo de conducta se consideran aspectos relacionados

con la selección e ingestión de los alimentos; el tipo y la cantidad, los horarios y espacios de consumo. Al respecto, es necesario mencionar la importancia que tiene la cultura como elemento orientador en los patrones de consumo alimentario. Como se sabe, la cultura pasa de generación en generación y consiste en compartir creencias, costumbres y conocimientos entre los miembros de un grupo (Parrací, 2010).

La creación de hábitos alimenticios en la población juvenil es uno de los determinantes del estilo de vida que se va adquiriendo desde la infancia, además empieza a ser influenciado por varios factores como lo son la cultura, las costumbres y el ambiente en el que se desenvuelve cada persona. Desde la infancia se inicia con la adopción de HA, los cuales condicionan las etapas de desarrollo posteriores. Sin embargo, cuando el individuo ingresa a otros ciclos vitales más vulnerables como lo son la adolescencia y la juventud, empiezan a aparecer cambios en los hábitos ya establecidos, lo que da espacio a la modificación de su estilo de vida. Además, se encuentra la influencia de los medios de comunicación en las personas, la cual puede ser positiva o negativa al momento de tomar decisiones frente al consumo de alimentos, conduciéndolas a adquirir trastornos alimenticios (García Laguna et al., 2012).

Se evidencia en ocasiones que aunque los servicios universitarios pueden ofrecer alimentos saludables esto no es garante de que los jóvenes los consuman como lo demuestra un estudio en una universidad de Colombia (2012); la universidad ofrece alternativas para aumentar el consumo de frutas y verduras, aun así los alimentos de mayor consumo por los estudiantes en la universidad son las masas, seguidos por los alimentos de paquete, sánduches, pizzas y perros calientes, y en cuanto a los líquidos, las bebidas gaseosas ocupan el primer lugar de ventas los resultados corroboran que la mayoría de la población estudiada consume alimentos poco saludables (Obregon, Celis, y Ayala, 2013); en parte podría considerarse que la creación de malos hábitos alimenticios en un universitario no solo se basa en la educación en casa, sino también en la influencia de la cultura y el rol social que desempeña, ya que su tiempo empieza a reducirse, dándole menor importancia a la alimentación, citado por (García Laguna et al., 2012).

3.11 HÁBITOS DE BEBER Y FUMAR.

El consumo de tabaco se ha convertido en el factor individual más importante causante de enfermedad y mortalidad evitable en el mundo. El consumo de cigarrillos se considera el factor causal o agravante de: Enfermedades cardiovasculares como angina de pecho, enfermedad vascular periférica, aneurisma de aorta y muerte súbita. A su vez, causa enfermedades respiratorias crónicas como la bronquitis y enfisemas e infecciones del tracto superior, entre otras (Hernández, 2004). No sólo los fumadores sufren las consecuencias negativas del uso del tabaco, también, son afectados los llamados fumadores pasivos.

Para los estudiantes universitarios pueden existir motivos por los cuales se adquieren conductas como lo es el lidiar con los problemas emocionales, porque tienen amigos sanos que lo hacen, por lo que suponen que “no es tan malo”. Los no fumadores en su mayoría argumentan no fumar porque el hacerlo produce daños a la salud (Nuno-Gutierrez e Hildalgo-Rasmussen, 2006) citados por (Parrací, 2010).

Parrací (2010) también cita en su libro que:

En el hábito de consumir bebidas alcohólicas se ha encontrado que los consumen alcohol regularmente sin diferencia por género, aunque hay estudios que reportan lo contrario, la mayor prevalencia de consumo está en los varones, al igual que la prevalencia en cantidad de bebidas alcohólicas, diferencias asociadas al tipo de carrera universitaria, por ejemplo, los estudiantes de Educación Física y los de Psicología son los que tuvieron el mayor consumo de bebidas alcohólicas (Meda et al, 2008). La percepción que los jóvenes tienen al respecto, es que el beber es algo normal y a su vez social, les permite una mejor interacción con sus pares, además liberan el estrés que les causa su vida universitaria; es algo inherente a la juventud y funciona como algo transitorio. (p. 95)

(Alarcon, Varela, Torres, y col, 2012) señalan que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por estos universitarios, seguida del cigarrillo y las drogas ilegales. Estas sustancias también han sido informadas, en este mismo orden de consumo, en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas. El consumo de alcohol y cigarrillo son drogas socialmente permitidas y utilizadas para facilitar la interacción social, sin embargo, es posible que la diferencia en cifras, probablemente se atribuya a que el consumo de alcohol está permitido dentro de los establecimientos públicos y discotecas, mientras que el cigarrillo ha sido prohibido en espacios públicos cerrados de acuerdo con el Ministerio de la Protección Social (2008).

3.12 AUTO CUIDADO.

La salud es un recurso para la vida, que está determinada por la capacidad para tomar decisiones, controlar las circunstancias y el entorno que la puedan afectar (OMS, 1986). Esta capacidad del sujeto consiste en controlar diversos factores externos e internos se denomina auto cuidado. El auto cuidado que se refiere a aquellas conductas que protegen la salud y que se auto proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, se denomina auto cuidado individual y los que son brindados en grupo, familia, o comunidad, se denominan auto cuidado colectivo (Lange et al., 2006).

Parrací (2010) cita en su libro:

El autocuidado también se ha considerado como parte del estilo de vida de los estudiantes universitarios, entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de ellos con el medio social. Estos patrones se perfilan a partir de conductas que se repiten en las distintas circunstancias que el estudiante enfrenta día a día y que realiza influido por su propio esquema de valores, los de otras personas y por los eventos políticos y económicos que caracterizan el medio en que se desenvuelven.(p.98)

3.13 CONDUCTAS RELACIONADAS A LA SEXUALIDAD.

La salud se reconoce universalmente como un derecho fundamental del ser humano, y la salud sexual como un componente integral de la salud en general. Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva, incluyendo la de los universitarios, es un derecho humano que incluye a la integridad sexual, la seguridad sexual del cuerpo, la privacidad, la igualdad, el amor, la expresión, el derecho a elegir, la educación y el acceso a la atención de salud. Las conductas sexuales incluyen aquellas prácticas orientadas a dar y recibir placer involucrando el propio cuerpo y el de los otros, pueden ser de riesgo para la salud si no se toman precauciones o se hacen de forma inadecuada. Estos riesgos, se encuentran asociados, entre otros, a la frecuencia en las relaciones sexuales, el grado de información sobre los riesgos, los prejuicios, las ideas erróneas, la disminución de la edad de la menarquía, el tipo de educación sexual, los modelos de crianza, la falta de comunicación familiar, las deficiencias del sistema educativo formal, los cambios en las escalas de valores, la percepción de invulnerabilidad y la poca preocupación por su salud (Mesa, Barella y Cobeña, 2004 citado por Parrací, 2010); citado también por (Lema, Torres, Varela, Tamayo, y col, 2009).

Dentro de las principales consecuencias negativas para la salud de los jóvenes se encuentra el contagio de ITS y los embarazos no deseados (Mesa, Barella y Cobeña, 2004 citado por Lema, Torres, Varela, Tamayo, y col, 2009). Según los autores, estos riesgos, se encuentran asociados, entre otros, a la frecuencia en las relaciones sexuales, el grado de información sobre los riesgos, los prejuicios, las ideas erróneas, la disminución de la edad de la menarquía, el tipo de educación sexual, los modelos de crianza, la falta de comunicación familiar, las deficiencias del sistema educativo formal, los cambios en las escalas de valores, la percepción de invulnerabilidad y la poca preocupación por su salud.

3.14 CONDUCTAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

El consumo de sustancias psicoactivas constituye un problema de Salud Pública muy importante. Los riesgos y daños asociados al consumo varían para cada sustancia, Las conductas adictivas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, así como también provocan dolor y desolación, entre otros problemas. La cirrosis es un típico ejemplo del abuso del alcohol; el síndrome de alcoholismo fetal trae consecuencias negativas para el embarazo; los problemas sociales que sufren los individuos alcohólicos o drogadictos merecen también destacarse, tales como: bajo rendimiento escolar, laboral, ausentismos, traumas psicológicos y físicos tanto en ellos mismos como a terceros. (Castrillo, del la Cruz , y Salas, 2012).

A pesar de tener estas cifras sobre las prácticas del consumo, otros aspectos psicológicos como las motivaciones de los jóvenes para llevar a cabo estos comportamientos, han sido poco abordados. Al respecto, algunos investigadores citados por (Alarcon, Varela, Torres, y col, 2012) han encontrado que entre los principales motivos para consumir drogas están la diversión o placer, acompañar a la pareja o amigos, relacionarse con otros y pertenecer a un grupo. Por el contrario, los motivos para no consumir, fueron el desconocimiento de los efectos secundarios, la falta de interés por la sustancia y sentir que no la necesitaban.

En un estudio realizado en argentina se evidencio que en cuanto al fenómeno de las drogas, las percepciones y creencias sobre uso de sustancias psicoactivas por parte de los estudiantes universitarios revelan la importancia relativa que le otorgan al fenómeno. Aunque en un primer momento, no logran visualizarlo como una situación problema que puedan enfrentar mediante acciones o estrategias de intervención. Ellos manifiestan que las drogas se han constituido en un comercio que mueve el mundo y, si existen leyes, éstas favorecen a los distribuidores porque hay dinero de por medio; desconociendo a su vez si el Estado estaría dispuesto a realizar acciones para

enfrentar realmente la problemática, sin embargo, se observa cierto vacío de conocimientos referidos a la drogodependencia, ya que parte de sus apreciaciones, resultan superficiales e impregnadas de conocimiento intuitivo. Este estudio también mostro que a pesar de estar presente el tema en los currículos de la universidad , este tema fue abordado superficialmente o los alumnos le otorgaron relativa importancia, sin realizar el aprendizaje autónomo, lo cual les dificulta no sólo la visualización del fenómeno como un problema social, sino que tampoco les permite ser creativos a la hora de responder sobre estrategias superadoras que planearían acerca de promoción, prevención y educación para la salud.(Rojo y Bueno, 2008).

Los estudiantes le otorgan gran importancia a la promoción de la salud ante el uso de sustancias psicoactivas, según clases sociales, al sostener que la pobreza es un factor que predispone al sujeto al consumo de esas sustancias, porque les permite evadirse de la realidad. (Rojo y Bueno, 2008).

3.15 ESTADO ACTUAL DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN REALIZADOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE Y/O CONDUCTAS DE RIESGO DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

Dentro de la búsqueda de material bibliográfico, no se encontraron estudios actualizados en la biblioteca de la Universidad, pero se encuentran grupos de investigación específicamente en el área de educación, trabajando en la temática de universidad saludable y hábitos de vida saludable. Se pudo acceder a 2 estudios los cuales describimos a continuación:

3.15.1 Hábitos de vida saludables de los estudiantes de la universidad del Tolima. (Parrací, 2010) Objetivo. Caracterizar los “ESTILOS DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA” considerando a su vez las creencias sobre la salud de los estudiantes de la Universidad del Tolima y su relación con las prácticas y los factores del contexto que implican riesgo o protección para la salud con el fin de establecer estrategias de intervención en Educación para la Salud desde y para la comunidad universitaria.

Metodología. Diseño, La investigación fue de carácter no experimental, de tipo descriptivo, con diseño transversal.

Población y Muestra. Se definió como población del estudio a los 6964 estudiantes de la Universidad del Tolima, de pregrado, modalidad presencial, matriculados durante el primer periodo de 2010 y repartidos en 21 programa académicos (Consolidado Académico 2010 -Academusoft 3.2).

La muestra estratificada aleatoria simple, y para el cálculo de su tamaño se utilizó el programa MacStat 2.0 con una probabilidad positiva de $P=0.5$, nivel de confianza del 95%, ($t=1.96$); y un error relativo del 6 % ($E=0.03$), lo cual arrojó un tamaño de muestra de 910 estudiantes; el 50.6%(461) de los estudiantes son hombres y el 49.4 % (449) son mujeres. La edad promedio es de 21.2 años con una desviación estándar de más o menos 2,2 años. El 85.7 % de estudiantes encuestados pertenecen a estrato socio económicos bajos, el 14.3 % de la muestra pertenece a niveles socio económicos altos.

- Instrumentos. Para el estudio se aplicó una adaptación del Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida (Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2002). El cual está formado cuestionario evalúa seis dimensiones del estilo de vida: condición, actividad física y deporte; tiempo de ocio; auto cuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño. Su formato de respuesta es de tipo Likert de cuatro alternativas con un rango para la sub escala de prácticas de «siempre» a «Nunca» y para la sub escala de creencias de «totalmente de acuerdo» a «totalmente en desacuerdo». Siendo aplicado bajo el consentimiento informado de los sujetos de investigación. Por 116 ítems distribuidos en dos sub escalas: prácticas (69 ítems) y creencias (47 ítems).
- Aspectos Éticos. Para la realización del estudio, se tuvo en cuenta los aspectos de: Derecho a la privacidad (en relación a los sentimientos, actitudes, valores, información personal, etc.), Derecho a la determinación personal, Derecho a la

conservación de la integridad personal, Derecho a no recibir ofensas, y en ningún momento se lesionaron la integridad física, psicológica y social de las personas que participaron de la investigación.

- Conclusiones. En el estudio se evidenció una alta presencia de creencias favorables a la salud asociadas con prácticas no saludables, lo que podríamos resumir en que “el conocimiento de lo útil no está condicionando per se un comportamiento saludable” (Ramos, López, Monje y Figueroa,2010) y que también de acuerdo con los planteamientos de Beneit (1994), son hábito no saludables «resistentes al cambio» y que al adquirirse y perpetrarse en individuos y/o comunidades, pasan a ser factores de riesgo nocivos para la salud a largo plazo, si se tiene en cuenta la presencia de hábitos no saludables puede contribuir al desarrollo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Elizondo, Guillén y Aguinaga, 2005; Gámez, 2005; Guerra, et al. 2006; Ramírez y Hoffman, 2002; Sparling, Owen, Lambert y Haskell, 2000; Velasco, 2004; WHO, 2008).

Es importante anotar, que los resultados obtenidos en el estudio, representan una ventaja que debe traducirse en el diseño de programas que fomenten comportamientos saludables en la comunidad universitaria, es decir, que ellos se conviertan en la oportunidad de llevar a cabo programas de educación y promoción de la salud o de prevención de la enfermedad dirigidos a la población universitaria.

No se puede olvidar de igual manera la responsabilidad social de la universidad, lo cual lo cual significa que dichos programas deben considerar también las necesidades del entorno, pues las universidades pueden ser promotoras de la salud si se lo proponen; ya que tienen el potencial para influir positivamente en la vida y la condición de salud de sus miembros, protegiéndolos y promoviendo su bienestar y pueden liderar y apoyar procesos de cambio en la comunidad externa, a través de sus políticas y prácticas (Parrací, 2010).

3.15.2 Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana.
(Quimbayo y Olivella , 2013)

- **Objetivo.** Describir el patrón de comportamiento asociado al consumo de marihuana en estudiantes de la Universidad del Tolima-Colombia, identificando: características sociodemográficas, conocimiento, frecuencia, actitudes, prácticas y su apreciación sobre efectos en la salud producto del consumo.
- **Métodos.** Estudio descriptivo transversal, cuantitativo realizado en la Universidad del Tolima, 2009. La muestra fue de 700 estudiantes con edades entre 15 y 25 años, pertenecientes a las diferentes facultades. La encuesta se adaptó a partir de la Encuesta Nacional de Adicciones del Instituto Nacional de Epidemiología de México, (2002) y se sometió a pruebas de validez de constructo, confiabilidad y análisis de consistencia interna, con un alfa de Cronbach, con valor de 0.79.
- **Resultados.** La edad de mayor consumo se centra en el grupo de 18 a 21 años, consumen más los hombres, los cuales se ubican en los estratos 2 y 3. Los que viven con los dos padres o con uno, consume más que los que viven solos o con amigos. Son significativos los consumos en programas como Topografía, Arquitectura, Educación Física, Enfermería y Medicina.
- **Conclusiones.** A pesar de conocer los efectos nocivos para la salud, su influencia en cambios negativos de actitud y malos resultados académicos, el consumo de marihuana prevalece en la Universidad del Tolima, motivado entre otros, por la fácil adquisición dentro del claustro. A mayor pobreza mayor riesgo de consumo. El tipo de información suministrada y la fuente, son vitales al momento de hacer prevención.

3.16 ESTADO ACTUAL DE ESTUDIOS INVESTIGACIÓN REALIZADOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE Y/O CONDUCTAS DE RIESGO DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN COLOMBIA Y LATINOAMÉRICA.

Se realizó búsqueda bibliográfica de estudios relacionados con el tema objeto de nuestra investigación encontrando:

3.16.1 Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería de una universidad del departamento del Atlántico (Colombia). (Julio Castrillo, del la Cruz Ortiz, & de la Salas, 2012).

- **Objetivo:** Establecer los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería de una universidad del departamento del Atlántico.
- **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal; población diana: estudiantes de primero a octavo semestre de enfermería de una universidad del departamento del Atlántico (Colombia). Fuente de información primaria, instrumento utilizado: encuesta de 37 preguntas validada. La información se procesó en el software SPSS, se tabuló en tablas de frecuencia y asociación, gráficas de barras y sectores, la información resumida se manejó en frecuencias relativas, medidas de tendencia central y se determinó significancia estadística mediante proporciones.
- **Resultados:** El 71,5% tiene conocimiento sobre la composición de las sustancias psicoactivas. El 45% está totalmente en desacuerdo con el consumo de sustancias psicoactivas para relacionarse fácilmente con la gente. El 37,2% está totalmente en desacuerdo con consumir sustancias psicoactivas para divertirse. El 90,7% está de acuerdo con la inversión de recursos económicos en programas de rehabilitación, seguimiento de la población afectada por el consumo de drogas. El 55,5 % consumé alcohol, el 22,2% consume éxtasis y el 22,2 restante consume marihuana y bazuco.

- Conclusiones: Se encontró un balance negativo en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de enfermería, debido a que la gran mayoría ha consumido sustancias psicoactivas. Además de encontrarse deficiencia relacionada al conocimientos de las mismas, y en cuanto a las actitudes, se concluyó que la mayoría de los sujetos estudiados tiene actitudes favorables relacionadas con la legalización de las sustancias psicoactivas.

3.16.2 Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. (Lema, Torres, Varela, Tamayo, & col, 2009). El objetivo de este trabajo fue describir los comportamientos que hacen parte de los estilos de vida de los jóvenes universitarios, en diez dimensiones: ejercicio y actividad física, tiempo de ocio, autocuidado y cuidado médico, alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, sueño, sexualidad, relaciones interpersonales, afrontamiento y estado emocional percibido, y su correspondiente grado de satisfacción con dichas prácticas. Participaron 598 estudiantes (44,7% hombres y 55,3% mujeres) de una universidad privada de Colombia, quienes diligenciaron el “Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios” (CEVJU). Los resultados obtenidos muestran un predominio de prácticas saludables en todas las dimensiones, con excepción de ejercicio y actividad física y alta satisfacción con el estilo de vida y el estado general de salud. Hubo coherencia entre el nivel de satisfacción con el tipo de prácticas realizadas, y esta relación fue analizada siguiendo los lineamientos del modelo de etapas de cambio. Finalmente, se propusieron algunos aspectos relevantes para la creación de programas de intervención que se orienten a la promoción de un mayor número de conductas positivas para la salud y a la disminución de aquellas que puedan deteriorarla.

3.16.3 Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. (Alarcon, Varela, Torres, & col, 2012).

Objetivo: describir el consumo de sustancias psicoactivas –SPA– (alcohol, tabaco y drogas ilegales) de jóvenes universitarios colombianos y analizar su relación con las motivaciones y la disponibilidad de recursos para el consumo.

Método: participaron 1811 estudiantes de seis universidades colombianas, con edades entre los 15 y 24 años (M=19,6; DT=2,0) seleccionados intencionalmente, quienes contestaron la sub escala de consumo de sustancias psicoactivas del “Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios (CEVJU)”.

Resultados: el 20% de los jóvenes informa consumir alcohol por lo menos una vez a la semana, el 13% fuma por lo menos una vez al día y el 4% consume drogas ilegales (marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, Popper, otros alucinógenos) por lo menos una vez a la semana. Entre los motivos del consumo se encuentran: sentirse mejor, disminuir la tensión, la ansiedad o el estrés experimentar nuevas sensaciones. Quienes tienen mayores prácticas de consumo de sustancia psicoactivas consideran que podrían cambiarlas pero no saben si lo harán. El consumo es mayor en los jóvenes que cuentan con dinero para comprarlas, que conocen sitios donde las venden dentro de la universidad y cerca de ella, y que frecuentan sitios en los cuales pueden adquirirlas.

Conclusiones: a partir de los resultados se discute sobre la importancia de reorientar las acciones de prevención del consumo de sustancia psicoactivas en los centros universitarios considerando los principales motivos y recursos que se relacionaron con éste.

3.16.4 Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. (García , et al. 2012).

Objetivo: Describir cuatro de los más relevantes hábitos de los estilos de vida (actividad física, hábitos alimenticios, consumo de tabaco y alcohol) en la población universitaria, identificando factores que los influyen, consecuencias en la salud y estrategias de cambio.

- Metodología: Revisión de literatura científica que contempla artículos indexados en bases de datos PubMed, HINARI, EBSCO, Scielo y páginas Web oficiales empleando como palabras de búsqueda: actividad física, nutrición, consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, estilo de vida, sedentarismo, enfermedades crónicas no transmisibles y jóvenes universitarias.

- Resultados: La buena interacción de estos cuatro determinantes fundamentales para la adopción de hábitos saludables en la población universitaria, en la que se evidencia el mayor cambio comportamental hacia conductas nocivas para la salud, que pueden generar enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales son el reto más importante en salud pública para afrontar en el siglo XXI. Conclusiones: Los jóvenes universitarios se encuentran expuestos a una serie de factores que los predisponen a adoptar conductas nocivas para la salud y aumentar el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles. Por esto es necesario crear conciencia e implementar estrategias que promuevan el cambio hacia estilos de vida saludables, permitiendo mitigar efectos e impactando en la calidad de vida de cada uno de los individuos.

3.16.5 Perfil de riesgo en estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. (Alba, 2009). Introducción. La intervención de los factores de riesgo comunes a varias enfermedades Crónicas es efectiva para su control. Un comportamiento saludable en los médicos mejora La consejería preventiva e influye positivamente en los pacientes. Métodos. Se utilizó el cuestionario “Healthy doctor = Healthy patient” en 54 estudiantes de primer año y 77 de quinto año de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Se determinó la prevalencia de tabaquismo, bebedores en riesgo, dieta inadecuada y sedentarismo, comparando el primero y el quinto años. Se valoró la opinión sobre el papel de la Facultad en la generación de hábitos saludables y la actitud hacia la práctica preventiva. Resultados. La prevalencia de alimentación inadecuada fue de 74,8%, el consumo riesgoso de alcohol fue de 55,6% y 55,8% en primer y quinto años, respectivamente. El sedentarismo es mayor en el quinto año (45,5% frente a 25,9%; $p=0,028$). El porcentaje de fumadores se incrementa en estudiantes mayores (25,9% frente a 33,8%; $p=0,22$). El 29,9% de los estudiantes de quinto año opina que la Facultad promueve hábitos saludables, y el 61% considera que hay énfasis en la prevención durante su formación. Los conocimientos sobre prevención fueron mejores en el quinto año (0,55 frente a 0,45; $p<0,001$) con un promedio general bajo; la puntuación más baja fue la de nutrición. En general, los estudiantes dan mayor relevancia al tratamiento que a la prevención (74,8%).

- Conclusiones. La prevalencia de factores de riesgo es alta, sin que se den cambios a lo largo de la carrera. La Universidad debe mejorar su papel transformador en hábitos saludables, interviniendo el currículo y mejorando el entorno universitario.

3.16.6 Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. (Uribe y Orcasita, 2009).

- Resumen: La tasa de prevalencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) a nivel mundial es de 33 millones de personas infectadas, con un incremento en la población adolescente y joven. De acuerdo con el informe de ONUSIDA, en el 2007 se produjeron 2,7 millones de nuevas infecciones; es decir, cada día más de 7.500 personas contrajeron infección por el VIH. Dada la importancia de esta problemática en los adolescentes y jóvenes, el objetivo de este trabajo fue describir las principales conductas de riesgo frente al VIH/SIDA en estudiantes universitarios. Participaron 197 adolescentes y jóvenes entre 16 y 25 años, 48 hombres y 149 mujeres de una universidad privada de la ciudad de Cali. El estudio fue de carácter no experimental de tipo descriptivo-correlacional. Los resultados muestran que hay un alto nivel de conocimientos frente al tema (VIH/SIDA), sin embargo éstos no se evidencian en las prácticas sexuales de protección frente a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. Se presentan altos índices de riesgo por el no uso del preservativo, las relaciones sexuales ocurren a edades cada vez más tempranas y hay aumento en el número de parejas sexuales, aspectos que incrementan la vulnerabilidad frente a la infección por VIH/SIDA.

3.16.7 Factores de riesgo de estilos de vida para enfermedad cardiovascular en estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana. (Rodríguez Gazquez, Massaro, & Martínez, 2006).

- Introducción. Las enfermedades cardiovasculares, son causa frecuente de enfermedad y muerte en nuestro país. Existe suficiente evidencia científica, que muestra que los estilos de vida saludables previenen su aparición.
- Objetivo: Establecer la frecuencia de exposición a factores de riesgo de estilos de vida, para enfermedad cardiovascular en los estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud, con el fin de tener información que ayude a desarrollar estrategias que tiendan al mejoramiento de estas conductas.
- Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, utilizando para la toma información un cuestionario auto aplicado. Previa crítica de los datos recolectados, se creó una base de datos en el programa SPSS vr. 11.00, paquete en el que también se realizó el procesamiento de la información. En la parte analítica para las pruebas de hipótesis, se cotejaron con el estadístico XI, cuando se compararon prevalencias, y con la t de student, cuando se compararon promedios. Se asumió significancia estadística, si el valor de probabilidad fue menor de 0.05.
- Resultados. Una proporción considerable de estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud de la UPB, tienen inadecuados estilos de vida, que significan riesgos aplazados para el desarrollo, en un futuro, de enfermedad cardiovascular. Fueron especialmente preocupantes algunos comportamientos, como no realizar ejercicio (45%), fumar (17%) y aumento de peso (sobrepeso: 11% y obesidad: 3%). Los datos, mostraron que las mujeres tenían mejores conductas protectoras de enfermedades cardiovasculares que los hombres.
Conclusión. Los estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud de la UPB, tienen proporciones importantes de exposición a factores de riesgo de estilos de vida, por lo que se recomienda el diseño de estrategias tendientes a reforzar hábitos de vida sana.

3.17 A NIVEL IBERO AMERICANO ENCONTRAMOS REFERENCIAS QUE HAN COMPLEMENTADO NUESTRA INVESTIGACIÓN.

3.17.1 Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. (Bastias y Bertoni, 2014). Durante los últimos años la sociedad ha experimentado profundos cambios en materia de salud. Estos cambios se deben a una serie de factores del entorno que gatillan el desarrollo de determinados estilos de vida, pudiendo ser éstos de riesgo o protectores para la salud de las personas.

- **Objetivo:** Indagar respecto al concepto de estilo de vida y los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos según la evidencia disponible.
- **Material método:** Se realizó una revisión bibliográfica, manual y electrónica de artículos vinculados a estilos de vida en población universitaria iberoamericana a partir del año 2002. Adicionalmente, se recabó información referida al concepto de estilos de vida y se recopilaron antecedentes estadísticos disponibles del Ministerio de Salud de Chile y de otras entidades que investigan estilos de vida en los jóvenes. **Resultados:** La mayor parte de los trabajos desarrollados han estudiado de manera descriptiva los estilos de vida. La alimentación y ejercicio, la conducta sexual, el consumo de tabaco, alcohol y drogas, son las prácticas más estudiadas. **Conclusión:** Los jóvenes universitarios son una población vulnerable que debe ser investigada de manera particular, para crear y evaluar programas de intervención acorde a sus necesidades.

3.17.2 Concepción de los estudiantes de enfermería sobre promoción de la salud ante el uso de sustancias psicoactivas. (Rojo y Bueno, 2008).

Este estudio de modalidad cualitativa tuvo como finalidad indagar acerca de la concepción que los estudiantes de enfermería de la universidad poseen sobre la promoción de la salud, ante el uso de sustancias psicoactivas. Participaron nueve estudiantes, cursando las últimas asignaturas del primer ciclo de la carrera, reunidos en dos grupos focales. El referencial teórico-metodológico se fundamentó en la Teoría de la Concientización de Paulo Freire. Los datos fueron interpretados mediante el análisis

de contenido, evidenciándose que los estudiantes encuentran dificultades al planificar estrategias de intervención en promoción de la salud ante el fenómeno de las drogas, debido a que los conocimientos brindados en la universidad poseen una tendencia biológica, propia del modelo médico, reconociendo a su vez una desarticulación entre la teoría y la práctica. A pesar de ello, logran reconstruir sus conocimientos y tomar conciencia de su rol como futuros promotores de salud ante el uso y abuso de drogas

3.17.3 Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. (Arrivillaga y Salazar, 2005). Este artículo presenta las creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos, específicamente estudiantes universitarios de Colombia, a partir de un estudio de tipo no experimental, descriptivo y transversal. Se describen las creencias en salud de 754 jóvenes en seis dimensiones del estilo de vida: condición, actividad física y deporte; tiempo de ocio; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y sueño. Para esto se diseñó, validó y aplicó el Cuestionario de prácticas y creencias relacionadas con estilos de vida y la Encuesta sobre factores del contexto relacionados con el estilo de vida. Se encontró alta o muy alta presencia de creencias favorables a la salud en todas las dimensiones evaluadas, excepto en sueño. Estos resultados fueron discutidos a partir del Modelo de creencias en salud (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1990), la Teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1980) y el Modelo de adopción de precauciones (Weinstein, 1998). Como conclusión, se planteó la necesidad de diseñar programas orientados a la promoción de estilos de vida saludables en población joven, que contemplen distintos procesos psicosociales como el aprendizaje, la cognición, la motivación y la emoción.

3.17.4 Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. (Montero Bravo y Úbeda Martín, 2006). El objetivo de este trabajo ha sido evaluar si los hábitos alimentarios y de otros estilos de vida se comportan de acuerdo a los conocimientos que se tienen sobre nutrición y dietética. Sujetos y métodos: Se estudiaron 105 alumnos (21 ± 2 años) de la Universidad San Pablo CEU correspondientes a cuatro titulaciones sanitarias: Enfermería (E, n =21), Farmacia (F, n=32), Nutrición Humana y Dietética (N, n=34) y

Podología (P, n=18). Todos cursaron la asignatura de nutrición y dietética durante el curso 2003-2004. Los alumnos cumplimentaron un registro dietético y un cuestionario de conocimientos, hábitos alimentarios y estilos de vida. También se obtuvieron datos reales y estimados Sobre el peso y la talla.

- Resultados: La ingesta media de energía y nutrientes fue similar en los cuatro grupos de estudio, observándose deficiencias en energía, fibra, magnesio, ácido fólico y vitamina E. La distribución de la población de acuerdo al IMC fue también similar en las cuatro titulaciones, estando la mayor parte de la población (67%) en el rango de normo peso. Cabe destacar que los hombres estimaban correctamente el peso y la talla, mientras que las mujeres sobreestimaban la talla y subestimaban el peso, de forma significativa en el caso de P. Los alumnos de N afirmaban tener unos conocimientos medios-altos de nutrición, mientras que F y E bajos medios y P bajos, lo que se corroboró con un mayor número de aciertos de N ante preguntas sobre alimentos a considerar y quitar en una dieta de adelgazamiento y composición nutricional de la dieta. No se observaron diferencias significativas entre titulaciones en hábitos alimentarios y estilos de vida. Conclusión: A pesar de que los alumnos de N tenían mejores conocimientos de nutrición, los hábitos alimentarios y estilos de vida eran semejantes a los alumnos de otras titulaciones, lo que demuestra que el conocimiento de nutrición no implica necesariamente cambios hacia una dieta y estilos de vida más salud.

4. MATERIALES Y METODOS.

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante el cual se caracterizó una determinada problemática, para el cual se utilizaron técnicas de recolección de información cuantitativa.

4.1 PARTICIPANTES. CRITERIOS DE INCLUSION.

Se tomó el total de estudiantes de los semestres de 5-6-7-8, de los programas del área presencial de pregrado de la facultad de ciencias de la salud (Enfermería y Medicina) y educación (Licenciatura en Educación física); exceptuando los estudiantes que no quisieron participar, que no asistieron a clase el día de la aplicación de la encuesta y los estudiantes que están matriculados a la vez en otro semestre a encuestar, filtro que no tiene registro académico; sin la realización de ese filtro para poder saber realmente cual fue el porcentaje que participo en el estudio tenemos que el instrumento se aplicó al 59% de la población . Se considera que este grupo lleva una trayectoria dentro de la universidad y tienen más sentido de pertenencia con la institución, lo cual hace que participen en las actividades que les ofrecen, además por la formación académica que reciben tiene claridad en los conceptos de promoción de la salud y hábitos de vida saludable; se excluyó a los estudiantes de 9 y 10 semestres porque en su mayoría se encuentran en pasantía y es poco el tiempo que asisten a la universidad.

A los participantes en el estudio se les aplicó un cuestionario , previo consentimiento informado , el cual se hizo de manera personal y mediante el cual se evaluó la percepción y participación en las acciones educativas que realiza la universidad del Tolima en promoción de la salud , mediante indicadores del aprovechamiento de los estudiantes en estas actividades y cómo dicha participación se ve reflejado en el porcentaje de hábitos saludables o de riesgo que tienen los estudiantes seleccionados para este estudio.

4.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación del instrumento denominado *“Percepción de la educación en salud brindada a los estudiantes de pregrado asistencia en la universidad del Tolima durante el año 2013”* ; el cual fue elaborado inicialmente por la Pontificia Universidad Javeriana, las preguntas sobre consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas y alimentación en su mayoría fueron traducidas al español y adaptadas de la Encuesta Comportamientos de Riesgo en Jóvenes del Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica, otras preguntas de estos temas y las preguntas de los temas propios de la Universidad Javeriana, fueron construidas en los grupos de trabajo de cada tema (Granados y Aldana, 2013); Además, se ajustó este instrumento y se validaron las preguntas adicionales necesarias para el estudio, con autorización de los autores. Este instrumento de recolección de la información consta de preguntas cerradas para indagar sobre los siguientes temas: percepción general sobre la promoción de la salud en la Universidad del Tolima, consultorio universitario, accidentalidad, consumo de tabaco / humo de segunda mano, alcohol/ sustancias psicoactivas, alimentación, salud sexual y reproductiva; uno de los objetivos de este instrumento elaborado por la universidad Javeriana era medir el uso que de los servicios de la universidad que hacen los estudiantes de pregrado y la percepción que tienen de los mismos (Granados y Aldana, 2013), el cual es congruente con el objetivo de medición de la percepción que los investigadores quieren lograr en la universidad del Tolima.

Esta información será recolectada en los meses Mayo a julio del año 2014, correspondiente al semestre A del 2014, previamente se realizó una prueba piloto en un grupo de estudiantes con características similares a los grupos escogidos para el estudio, estos estudiantes no son considerados en la muestra, el objetivo de este grupo piloto fue observar el tiempo de diligenciamiento, la aceptación del grupo y la validación del capítulo de salud sexual y reproductiva la cual fue elaborada para el grupo en estudio como se mencionó anteriormente.

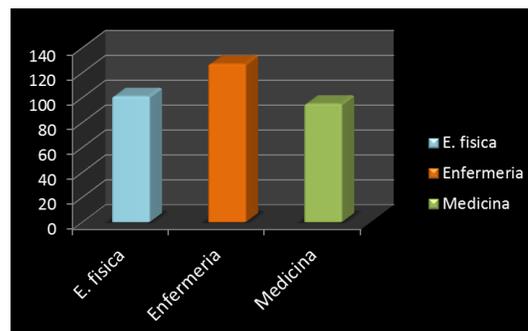
La información recolectada se ingresó en una base de datos para posteriormente ser generada a un archivo plano, tabulada y analizada mediante la aplicación del paquete estadístico INFOSTAT. Esta herramienta estadística permitió caracterizar los datos obtenidos y así determinar los enfoques cuantitativos de la población universitaria, además nos permite hacer Correlación y asociación de variables.

5. RESULTADOS.

A partir de la aplicación del instrumento “*Percepción de la educación en salud brindada a los estudiantes de pregrado asistencial en la universidad del Tolima durante el año 2013*”, en donde se indagaron acerca de las variables : percepción general sobre la promoción de la salud en la Universidad del Tolima, consultorio universitario, accidentalidad, consumo de tabaco / humo de segunda mano, alcohol/ sustancias psicoactivas, alimentación, salud sexual y reproductiva ; y el cual fue aplicado a un total de 323 estudiantes (previo consentimiento informado) , adscritos a los programas de medicina , enfermería y educación física , lo que se considera una muestra representativa , obtuvimos los siguientes resultados los cuales en una primera parte presentaremos en tablas de frecuencia variable para variable y en una segunda parte mostraremos lo resultados obtenidos en el cruce de variables y análisis de correspondencia que se escogieron para tal fin :

5.1 TABLAS DE FRECUENCIAS.

Figura 2 Distribución de estudiantes por programa.



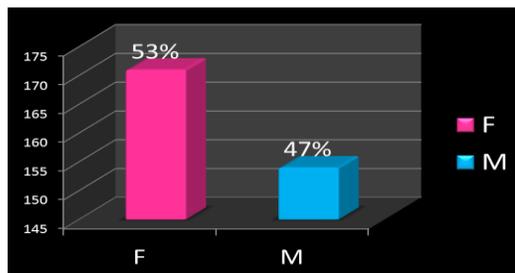
Fuente: Las autoras.

Tabla 8 Distribución de estudiantes por programa

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	E. física	101	0,31	101	0,31
2	Enfermería	127	0,39	228	0,71
3	Medicina	95	0,29	323	1

El mayor porcentaje de estudiantes encuestados pertenecen al programa de Enfermería con un 39 %, siguiendo el programa de Licenciatura en educación física con un 31% y el programa de medicina con un total del 29%, dos encuestados no especificaron al programa que pertenecen.

Figura 3 Distribución por sexo.



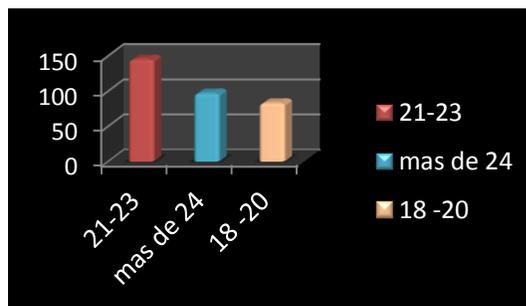
Fuente: Las autoras.

Tabla 9 Distribución por sexo

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	F	171	0,53	171	0,53
2	M	154	0,47	325	1

El mayor porcentaje de la población corresponde al sexo femenino con un 53% y el sexo masculino con un 47%, esto puede estar correlacionado con que el mayor porcentaje de encuestados pertenecen al programa de Enfermería y en este hay un mayor porcentaje de mujeres.

Figura 4 Distribución por edad.



Fuente: Las autoras.

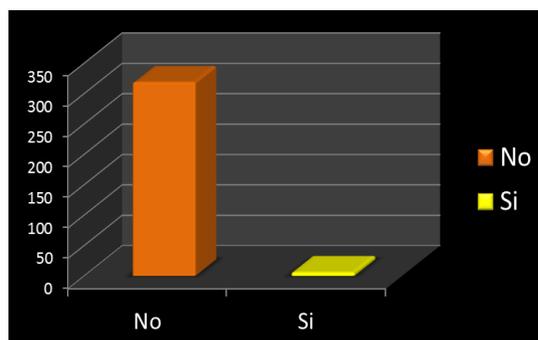
Tabla 10 Distribución por edad

	CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
3.EDAD	1	21-23	145	0,45	145	0,45
3.EDAD	2	más de 24	97	0,30	242	0,75
3.EDAD	3	18 -20	83	0,26	325	1

Del total de los encuestados ; el 45 % se encuentra en el grupo etáreo de 21 a 23 años, el 30 % se encuentra en el grupo etáreo de más de 24 años y el 26 % se encuentra en el grupo etáreo entre 18 a 20 años.

Teniendo en cuenta que la población encuestada corresponde a los semestres de 5, 6, 7 y 8 de los programas de enfermería, medicina y licenciatura en educación física, existe correlación entre las edades especialmente del grupo etáreo de 18 a 23 y los semestres cursados.

Figura 5 Distribución de encuestados que tienen alguna situación de discapacidad.



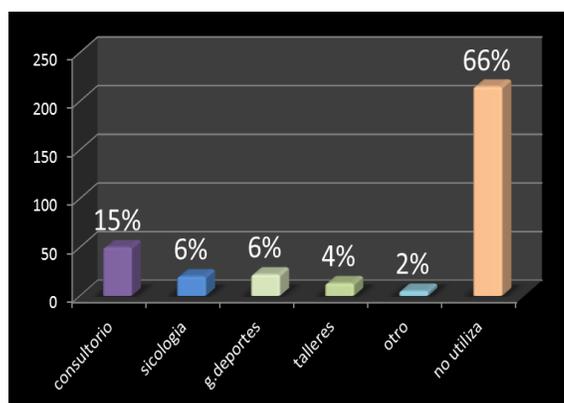
Fuente: Las autoras.

Tabla 11 Distribución de encuestados que tienen alguna situación de discapacidad.

	CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
DISCAP	1	No	319	0,98	319	0,98
DISCAP	2	Si	6	0,02	325	1

El 98% de la población encuestada refiere no presentar ningún grado de discapacidad sin determinar el tipo, el 2% de esa misma población refiere tener alguna limitación. Pero no se especifica cual.

Figura 6 Utilización en los últimos 6 meses de los servicios de promoción de la salud ofrecidos por la Universidad del Tolima.



Fuente: Las autoras.

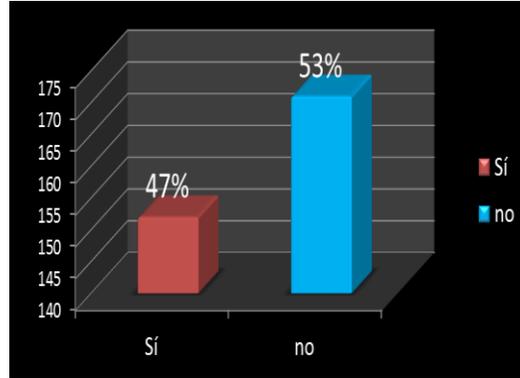
Tabla 12 Utilización en los últimos de los servicios de promoción de la salud ofrecidos por la Universidad del Tolima.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	Consultorio	50	0,15	50	0,15
2	Sicología	20	0,06	70	0,21
3	G. deportes	22	0,06	92	0,27
4	Talleres	13	0,04	105	0,31
5	Otro	5	0,02	110	0,33
6	No utiliza	215	0,66	325	0,99

El mayor porcentaje de los estudiantes encuestados 66% refieren que durante los últimos 6 meses no utilizo ningún servicio en promoción de la salud ofrecido por la universidad del Tolima , el restante grupo de encuestados en porcentaje de mayor a menor se distribuye de la siguiente manera : 15% utilizo la consulta médica aunque según lo referido en el informe de bienestar universitario la mayor parte asistió como requisito de ingreso al gimnasio de la universidad , 6% participo en grupos deportivos , 6% asistió a asesoría sicológica y el 2% participo en otras actividades tales como odontología, consulta de ortopedia , actividades lúdicas entre otras .

Se evidencia la necesidad de indagar el por qué el mayor de estudiantes encuestados no utilizan los servicios ofrecidos por la universidad del Tolima, por lo cual esta información se socializara en un futuro con la vicerrectoría de Desarrollo Humano, con el fin de implementar y fortalecer estrategias de difusión por parte de la Universidad

Figura 7 Distribución de estudiantes que han recibido educación por parte de la Universidad del Tolima en el tema de alimentación saludable.



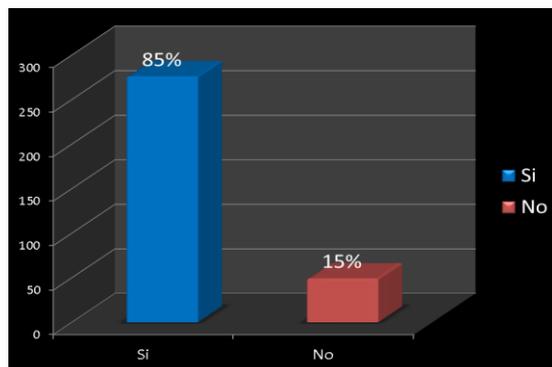
Fuente: Las autoras.

Tabla 13 Distribución de estudiantes que han recibido educación por parte de la Universidad del Tolima en el tema de alimentación saludable.

CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
Sí	152	0,47	152	0,47
No	171	0,53	323	1

El porcentaje mayor de estudiantes encuestados refiere en un 53% no haber recibido educación en el tema de alimentación saludable y un porcentaje de 47% si ha recibido, evidenciamos que el porcentaje que ha recibido es elevado relacionado con la oferta académica ofrecida en los programas de ciencias de la salud y Lic. En Educación física.

Figura 8 Distribución de estudiantes interesados en participar en talleres de alimentación saludable.



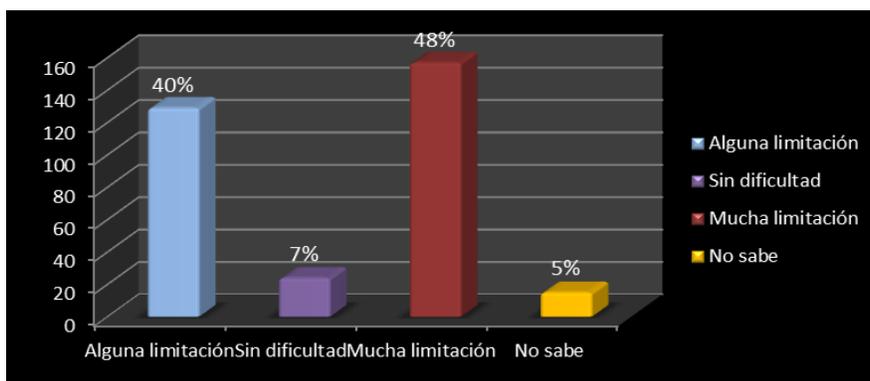
Fuente: Las autoras.

Tabla 14 Distribución de estudiantes interesados en participar en talleres de alimentación saludable.

	CATEGORI A	FRE.ABS	FRE.REL A	FRE.ABS.A C	FRE.REL.A C
Participar Talleres AS	No	49	0,15	49	0,15
	Si	276	0,85	325	1

El 85% de la población encuestada está interesada en participar en talleres de alimentación saludable, lo que nos está reflejando la demanda en este tema específico y nos puede anticipar una positiva aceptación por parte de los estudiantes a participar en actividades educativas relacionadas con el mismo.

Figura 9 Percepción por parte de los encuestados de las condiciones del campus para las personas con discapacidad.



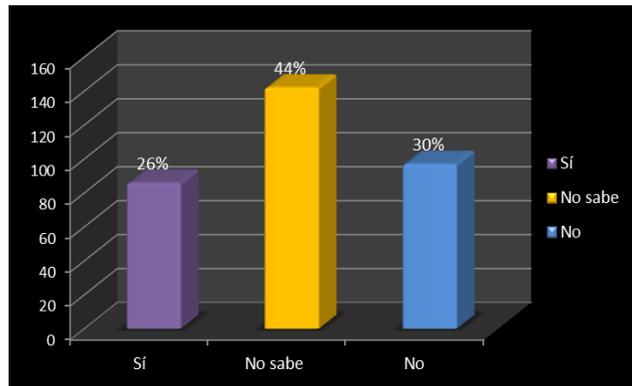
Fuente: Las autoras.

Tabla 15 Percepción por parte de los encuestados de las condiciones del campus para las personas con discapacidad.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	Alguna limitación	129	0,4	129	0,4
2	Sin dificultad	24	0,07	153	0,47
3	Mucha limitación	157	0,48	310	0,95
4	No sabe	15	0,05	325	1

En cuanto a la facilidad para el desplazamiento de una persona con discapacidad por el campus de la Universidad del Tolima el mayor porcentaje de la población estudiantil encuestada percibe que se tiene mucha limitación con un 48% y alguna limitación con un 40%.

Figura 10 Percepción por parte de los encuestados acerca de las condiciones de apoyo psicológico por parte de la Universidad del Tolima.



Fuente: Las autoras.

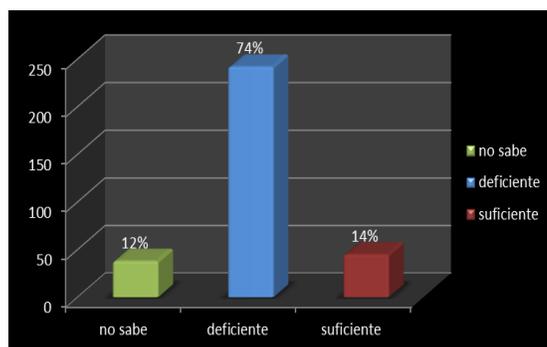
Tabla 16 Percepción por parte de los encuestados acerca de las condiciones de apoyo psicológico por parte de la Universidad del Tolima.

CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
Sí	86	0,26	86	0,26
No sabe	142	0,44	228	0,7

De la población de estudiantes encuestados el 74% acerca de las condiciones de apoyo psicológico que ofrece la universidad las desconoce o nunca las ha usado mientras que tan solo un 30% ha hecho uso o conoce la existencia del servicio de asesoría psicológica brindado por la Universidad

Se evidencia la importancia de mejorar las estrategias para promocionar los servicios de apoyo que ofrece la universidad ya que solo el 24% de la población que participo en el estudio sabe que existen.

Figura 11 Percepción de los encuestados sobre la oferta y disponibilidad de frutas y verduras en los servicios de la alimentación de la Universidad del Tolima.



Fuente: Las autoras.

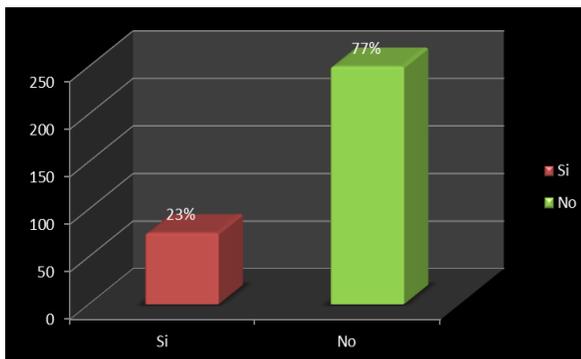
Tabla 17 Percepción de los encuestados sobre la oferta y disponibilidad de frutas y verduras en los servicios de alimentación de la universidad del Tolima.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	no sabe	38	0,12	38	0,12
2	deficiente	242	0,74	280	0,86
3	suficiente	45	0,14	325	1

En cuanto a la percepción que tiene la población encuestada de la oferta y disponibilidad de frutas y verduras que se ofrecen en los diferentes servicios de alimentación de la universidad del Tolima un 74% considera que es deficiente, el 12% desconoce dicha oferta y solo el 14% de estos estudiantes perciben que es suficiente.

Es importante evaluar realmente la disponibilidad de estos alimentos sobre todo en las cafeterías y lugares informales de venta en la universidad e implementar políticas dónde la oferta sea adecuada para que se favorezca en la población universitaria el consumo de alimentos saludables.

Figura 12 Distribución de los encuestados en cuanto el consumo de frutas en la Universidad durante el último mes.



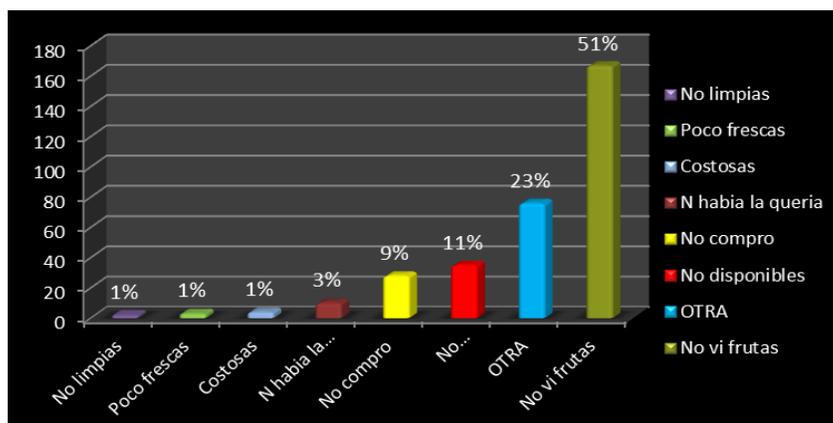
Fuente: Las autoras.

Tabla 18 Distribución de los encuestados en cuanto el consumo de frutas en la Universidad durante el último mes.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	Si	75	0,23	75	0,23
2	No	250	0,77	325	1

La población encuestada afirma que en un 77% durante el último mes no ha consumido frutas en la universidad y un 23% si lo ha hecho, esto relacionado posiblemente con la falta de oferta percibida en el campus o a la necesidad de cultura y/o educación en alimentación saludable.

Figura 13 Distribución de las razones de los encuestados para no consumir frutas durante el último mes en la Universidad del Tolima.



Fuente: Las autoras.

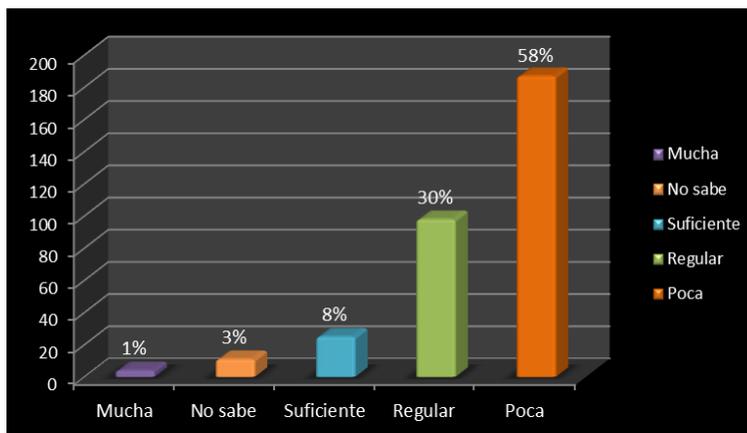
Tabla 19 Distribución de las razones de los encuestados para no consumir frutas durante el último mes en la Universidad del Tolima.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	No limpias	2	0,01	318	0,01
2	Poco frescas	3	0,01	321	0,01
3	Costosas	4	0,01	325	0,02
4	No había la quería	10	0,03	316	0,05
5	No compro	28	0,09	306	0,14
6	No disponibles	35	0,11	111	0,25
7	OTRA	76	0,23	76	0,48
8	No vi frutas	167	0,51	278	1

En cuanto a la respuesta de las razones por las cuales los estudiante no consumieron frutas durante el último mes en la universidad encontramos con un mayor porcentaje las siguientes respuestas con un 51% no vieron frutas, 11% no disponibilidad, razones no específicas con un 23%.El resultado obtenido de esta pregunta relacionada con las

anteriores abre un campo de trabajo para el diseño de estrategias en la generación de hábitos de alimentación saludable dentro del campus universitario

Figura 14 Evaluación por parte de los encuestados de la variedad de alimentos saludables en el campus universitario.



Fuente: Las autoras.

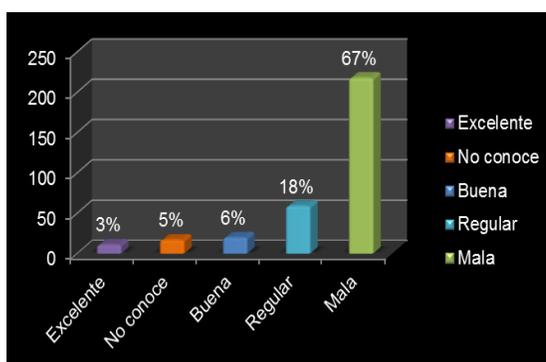
Tabla 20 Evaluación por parte de los encuestados de la variedad de alimentos saludables en el campus universitario.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	Mucha	4	0,01	4	0,01
	No sabe	11	0,03	15	0,04
3	Suficiente	25	0,08	40	0,12
4	Regular	98	0,3	138	0,42
5	Poca	187	0,58	325	1

En cuanto a la percepción que tienen los estudiantes participantes en el trabajo de investigación en cuanto a la variedad de alimentos saludables en el campus universitario el 58% consideran que es poca, el 30 % regular, el 3% no sabe y solo el 9% considera que es suficiente y mucha.

Este ítem también nos está confirmando la necesidad de replantear la necesidad de una mejor oferta de alimentos saludables y educación sobre esta temática en la institución.

Figura 15 Evaluación por parte de los encuestados de la señalización de los espacios libres de humo en la Universidad del Tolima.



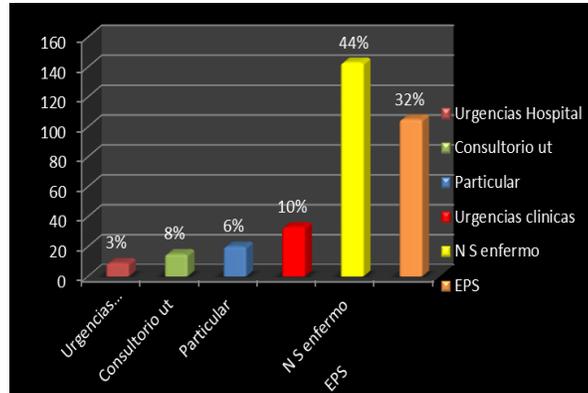
Fuente: Las autoras.

Tabla 21 Evaluación por parte de los encuestados de la señalización de los espacios libres de humo en la Universidad del Tolima.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	Excelente	11	0,03	11	0,03
2	No conoce	17	0,05	28	0,08
3	Buena	20	0,06	48	0,14
4	Regular	59	0,18	107	0,33
5	Mala	218	0,67	325	1

El 85% de la población que participó en la investigación considera que la señalización de los espacios libres de humo en el campus universitario es mala y/o deficiente, además nos está evidenciando la necesidad de implementar políticas de no fumar dentro del campus.

Figura 16 Distribución de la utilización de diferentes servicios médicos de la Universidad como externos por parte de los encuestados.



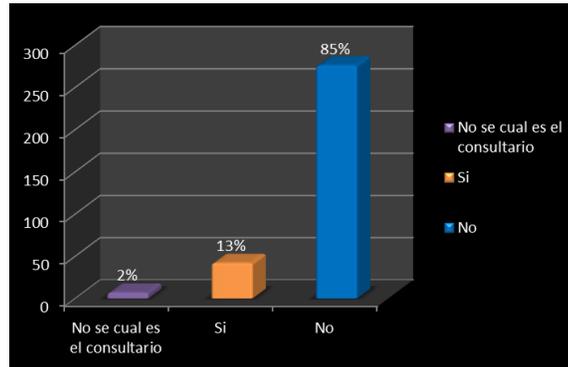
Fuente: Las autoras.

Tabla 22 Distribución de la utilización de diferentes servicios médicos de la Universidad como externos por parte de los encuestados.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	Urgencias Hospital	9	0,03	9	0,03
	Consultorio ut	15	0,05	24	0,08
2	Particular	20	0,06	44	0,14
3	Urgencias clínicas	33	0,1	77	0,24
4	N S enfermo	143	0,44	220	0,68
5	EPS	105	0,32	325	1

De la población encuestada el 95% ha utilizado servicios médicos externos y el 5% refiere haber utilizado los prestados por la Universidad del Tolima, se hace necesaria una mayor promoción de los servicios ofrecidos por la universidad y tal vez que el consultorio médico estuviese ubicado en un lugar más visible dentro del campus universitario o una mayor difusión de sus servicios.

Figura 17 Distribución de solicitud del servicio médico de la Universidad del Tolima por parte de los encuestados.



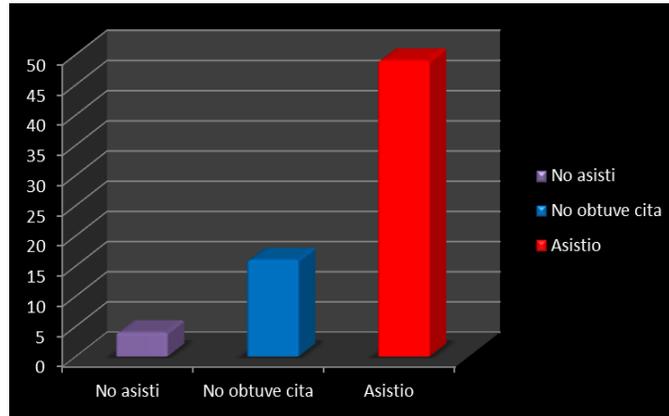
Fuente: Las autoras.

Tabla 23 Distribución de solicitud del servicio médico de la Universidad del Tolima por parte de los encuestados.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	No sé cuál es el consultorio	7	0,02	7	0,02
2	Si	42	0,13	49	0,15
3	No	276	0,85	325	1

La población encuestada refiere en un 85% no solicitar el servicio médico de la universidad, el 13% de la misma población refiere haber solicitado en algún momento dicho servicio y un 2% manifiesta no saber cuál es el consultorio médico de la Universidad.

Figura 18 Distribución de situaciones presentadas con los encuestados que obtuvieron cita médica.



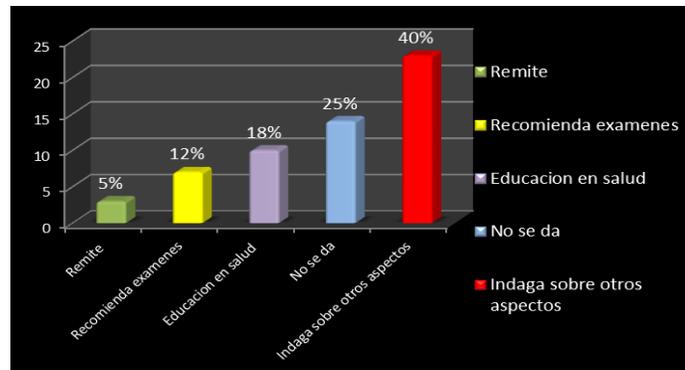
Fuente: Las autoras.

Tabla 24 Distribución de situaciones presentadas con los encuestados que obtuvieron cita médica.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	No asistí	4	0,06	4	0,06
2	No obtuve cita	16	0,23	20	0,29
3	Asistió	49	0,71	69	1

De la población que ha utilizado el servicio médico de la universidad el 71% refiere haber asistido a la consulta, el 23% no obtuvo la cita y el 6% no asistió a que le prestarán dicha atención.

Figura 19 Distribución de las acciones tomadas por el médico en la cita programada.



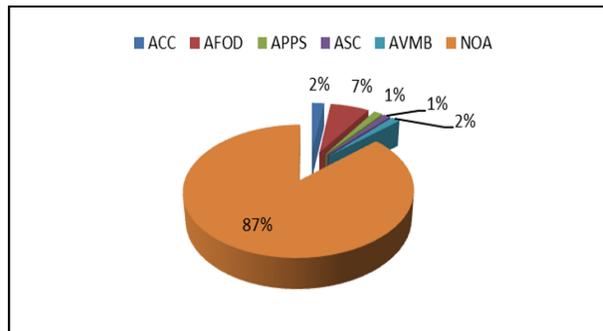
Fuente: Las autoras.

Tabla 25 Distribución de las acciones tomadas por el médico en la cita programada.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	Remite	3	0,05	3	0,05
2	Recomienda exámenes	7	0,12	10	0,17
3	Educación en salud	10	0,18	20	0,35
4	No se da	14	0,25	24	0,6
5	Indaga sobre otros aspectos	23	0,4	57	1

En cuanto a las acciones tomadas por el Médico general en la consulta la población encuestada percibe en un 40% indaga sobre otros aspectos referentes a la salud, 25% que no se da ninguna, 18% brinda educación en salud, 12% recomienda exámenes y en un 5% remite a otro servicio ofrecido por la Universidad.

Figura 20 Distribución de las acciones tomadas por el médico en la cita programada.



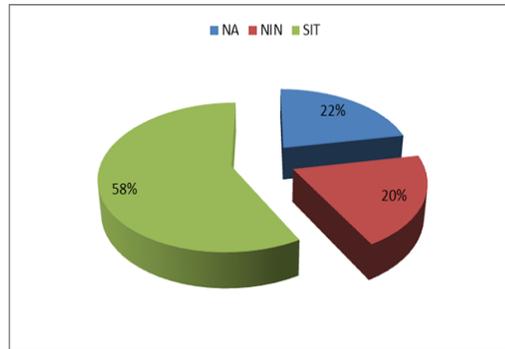
Fuente: Las autoras.

Tabla 26 Distribución de accidentes que han tenido los estudiantes los últimos meses.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
4	Salida de campo	4	0,01	325	0,01
1	Caminando o corriendo	7	0,02	316	0,03
5	Vehículo, moto o cicla	5	0,02	321	0,05
3	Práctica de salud	5	0,02	309	0,07
2	Ac. Act física	22	0,07	304	0,14
6	No accidente	282	0,87	282	1

La población encuestada refiere en un 87% no haber presentado accidentes de ningún tipo y un 7% han sido realizando alguna actividad física o deporte y solo con un 1% manifiestan haber tenido un accidente en una salida de campo organizada por la universidad.

Figura 21 Distribución del uso de elementos de protección personal utilizados.



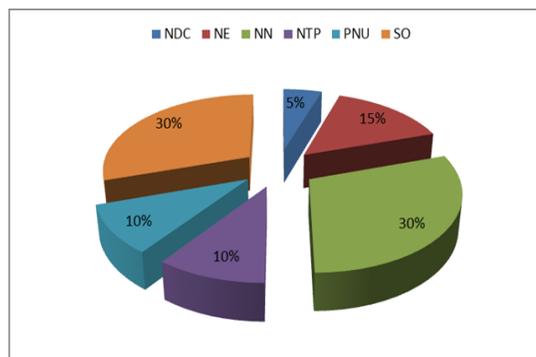
Fuente: Las autoras.

Tabla 27 Distribución del uso de elementos de protección personal utilizados en estudiantes que presentaron Accidentes.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
2	Ninguno	10	0,2	50	0,2
1	Algunos	11	0,22	11	0,42
3	Todos	29	0,58	40	1

De los estudiantes que presentaron accidentes durante los últimos 6 meses el 42% refiere no estaba usando solo algún o ningún elemento de protección personal y el 58% estaba usando todos los necesarios. Hay que considerar que los elementos de protección personal utilizados en los programas de Medicina y Enfermería son relacionados con prácticas clínicas y compromete su bioseguridad, en cuanto educación física los EPP son totalmente diferentes.

Figura 22 Distribución razones de no uso de elementos de protección personal.



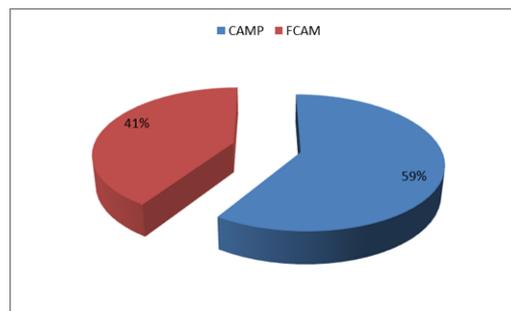
Fuente: Las autoras.

Tabla 28 Distribución razones de no uso de elementos de protección personal.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	No dinero Comprar	1	0,05	20	0,05
4	No tiempo ponerlo	2	0,1	2	0,15
5	Profesores no usaban	2	0,1	13	0,25
2	No exigen	3	0,15	11	0,4
3	No necesario	6	0,3	8	0,7
6	Se me olvido	6	0,3	19	1

De los estudiantes que no presentaron accidentes refieren el 60% no haber utilizado elementos de protección personal porque se les olvido ponérselos y no les pareció necesario, 15% no se los exigieron , 10% los profesores o tutores no los estaban usando y 10% no tuvieron tiempo para ponérselos fueron las razones más frecuentes.

Figura 23 Distribución del lugar donde ocurrió el accidente.



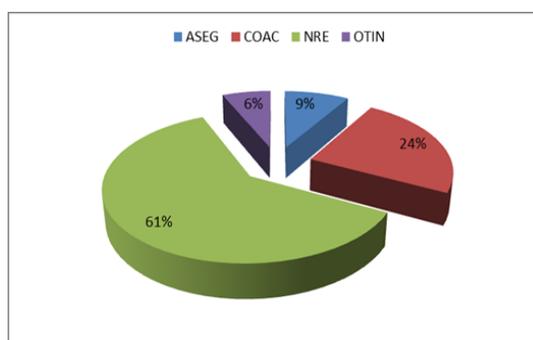
Fuente: Las autoras.

Tabla 29 Distribución del lugar donde ocurrió el accidente.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	FCAM	18	0,41	18	0,41
2	CAMP	26	0,59	44	1

De la población que presento accidentes podemos observar que el 59% refiere que el evento ocurrió en el campus universitario.

Figura 24 Distribución de la Notificación del accidente.



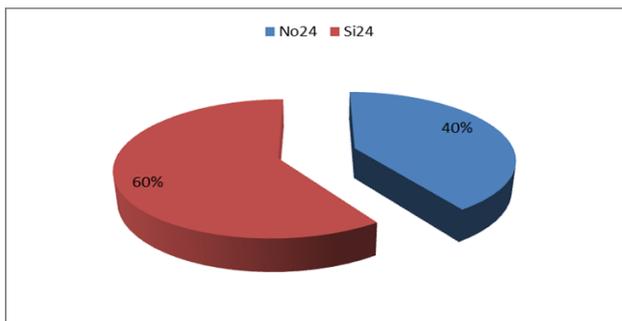
Fuente: Las autoras.

Tabla 30 Distribución de la Notificación del accidente.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
4	Otra Instancia UT	3	0,07	42	0,07
1	Aseguradora	4	0,09	46	0,16
2	Coord. Actividad	11	0,24	11	0,4
3	No reporte	28	0,6	39	1

En cuanto a la notificación del evento podemos evidenciar que el 60% de la población encuestada no lo reporto, el 24% Lo reporto al coordinador de la actividad, el 9% a la aseguradora y el 7% a otras instancias de la universidad, es de resaltar que se hace necesario fomentar una cultura del reporte de accidente.

Figura 25 Distribución requerimiento de atención médica en el evento presentado.



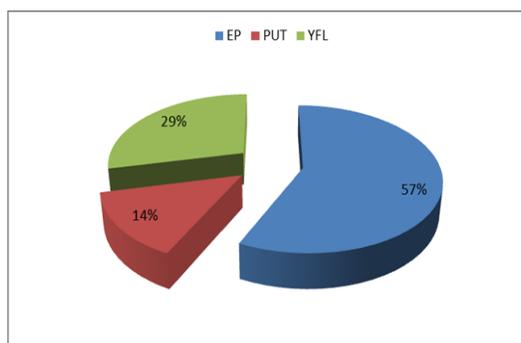
Fuente: Las autoras.

Tabla 31 Distribución requerimiento de atención médica en el evento presentado.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	No	17	0,4	42	0,4
2	Si	25	0,6	25	1

La población que presentó accidente refiere con un 60% haber requerido atención médica, no se especifica si esta atención fue recibida en la universidad o en la EPS adscritas; se debe tener en cuenta el protocolo de reporte de accidente instaurado en la universidad

Figura 26 Distribución del responsable del cubrimiento de los costos del evento.



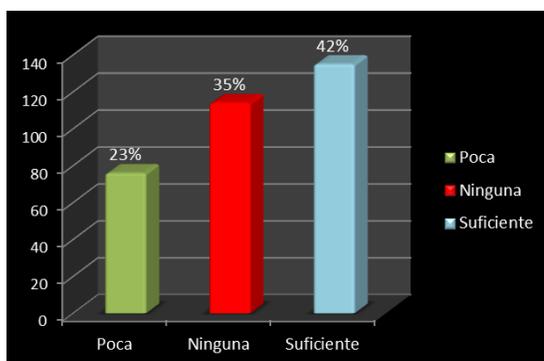
Fuente: Las autoras.

Tabla 32 Distribución del responsable del cubrimiento de los costos del evento.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
2	póliza	4	0,14	12	0,43
3	Familia	8	0,29	8	0,29
1	EPS	16	0,57	28	1

El costo del accidente fue cubierto con un 57% por la EPS de los estudiantes, con un 29% por el estudiante y/o su familia y sólo en un 14% por la póliza de la universidad.

Figura 27 Distribución de estudiantes que han recibido educación en Bioseguridad por parte de la Universidad del Tolima.



Fuente: Las autoras.

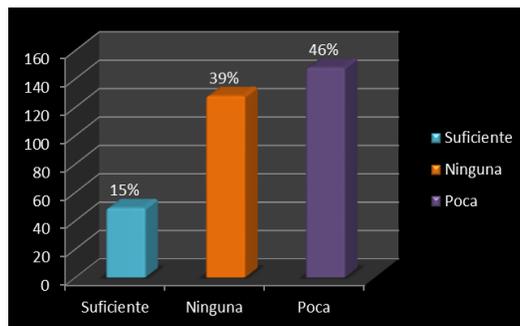
Tabla 33 Distribución de estudiantes que han recibido educación en Bioseguridad por parte de la Universidad del Tolima.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	Poca	76	0,23	76	0,23
2	Ninguna	114	0,35	190	0,58
3	Suficiente	135	0,42	325	1

En cuanto a la percepción de los estudiantes encuestados de la educación que la universidad les ha brindado sobre temas como bioseguridad el 42% considera que ha sido suficiente, el 23 % poca y el 35% ninguna, teniendo en cuenta que los programas

en los que se llevó a cabo la encuesta son los que dentro de su plan de estudios y dentro de sus intereses se encuentra asistir a estos talleres.

Figura 28 Distribución de estudiantes que han recibido educación en Atención Inmediata en Emergencias por parte de la Universidad del Tolima.



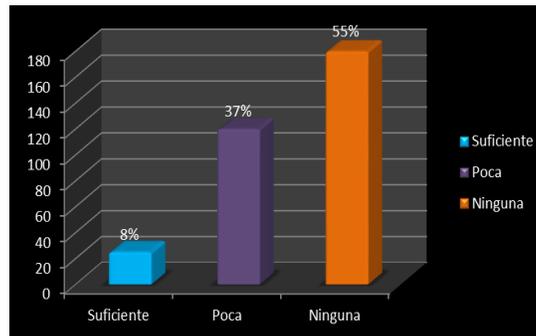
Fuente: Las autoras.

Tabla 34 Distribución de estudiantes que han recibido educación en Atención Inmediata en Emergencias por parte de la Universidad del Tolima.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	Suficiente	49	0,15	49	0,15
2	Ninguna	128	0,39	177	0,54
3	Poca	148	0,46	325	1

En cuanto a la percepción de los estudiantes encuestados de la educación que la universidad les ha brindado sobre temas como atención inmediata en emergencias el 15% considera que ha sido suficiente, el 46 % poca y el 39% ninguna, teniendo en cuenta que los programas en los que se llevó a cabo la encuesta son los que dentro de su plan de estudios y dentro de sus intereses se encuentra asistir a estos talleres.

Figura 29 Distribución de estudiantes que han recibido educación en Primeros Auxilios por parte de la Universidad del Tolima.



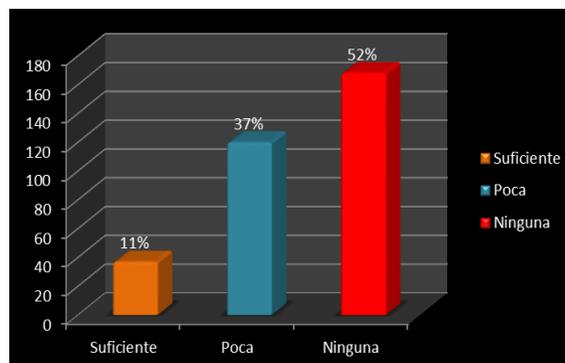
Fuente: Las autoras.

Tabla 35 Distribución de estudiantes que han recibido educación en Primeros Auxilios por parte de la Universidad del Tolima.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	Suficiente	25	0,08	25	0,08
2	Poca	120	0,37	145	0,45
3	Ninguna	180	0,55	325	1

En cuanto a la percepción de los estudiantes encuestados de la educación que la universidad les ha brindado sobre temas como Primeros Auxilios el 8% considera que ha sido suficiente, el 37 % poca y el 55% ninguna.

Figura 30 Distribución de estudiantes que han recibido educación en Prevención de accidentes por parte de la Universidad del Tolima.



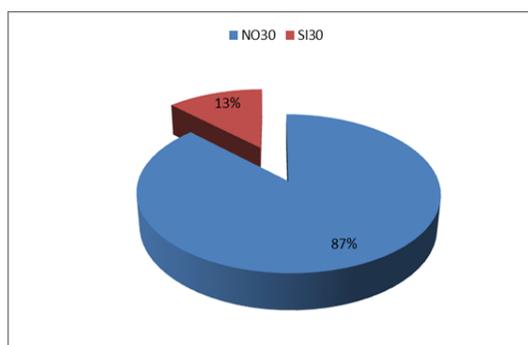
Fuente: Las autoras.

Tabla 36 Distribución de estudiantes que han recibido educación en Prevención de accidentes por parte de la Universidad del Tolima.

CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
Suficiente	37	0,11	37	0,11
Poca	120	0,37	157	0,48
Ninguna	168	0,52	325	1

En cuanto a la percepción de los estudiantes encuestados de la educación que la universidad les ha brindado sobre temas como Prevención de accidentes el 11% considera que ha sido suficiente, el 37 % poca y el 52% ninguna.

Figura 31 Distribución población menos de 18 años.



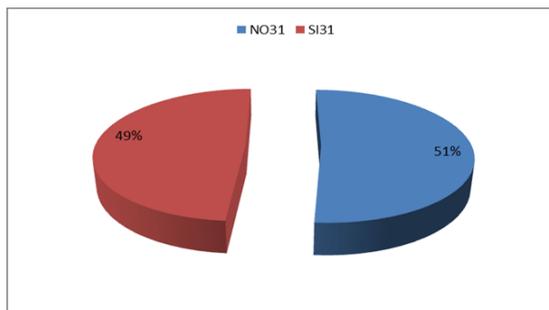
Fuente: Las autoras.

Tabla 37 Distribución población menos de 18 años.

CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
NO	284	0,87	284	0,87
SI	41	0,13	325	1

De la población de estudiantes sólo el 13 % son menores de 18 años.

Figura 32 Distribución estudiantes menores de 18 años que han probado el cigarrillo.



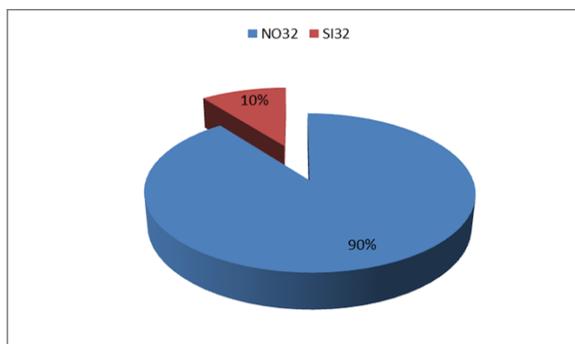
Fuente: Las autoras.

Tabla 38 Distribución estudiantes menores de 18 años que han probado el cigarrillo.

CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
SI	20	0,49	20	0,49
NO	21	0,51	41	1

Los estudiantes menores de 18 años que han probado alguna vez en su vida el cigarrillo corresponden a un 49% de la población encuestada.

Figura 33 Distribución de menores de 18 años que han fumado durante el último mes.



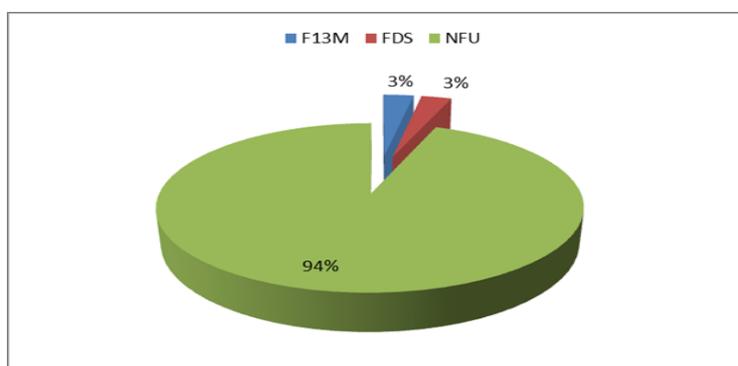
Fuente: Las autoras.

Tabla 39 Distribución de menores de 18 años que han fumado durante el último mes.

CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
NO	26	0,9	26	0,9
SI	3	0,1	29	1

El 90% de los menores de 18 años refieren que no han fumado durante el último mes y el 10% si lo ha hecho.

Figura 34 Distribución de consumo de tabaco los últimos 30 días.



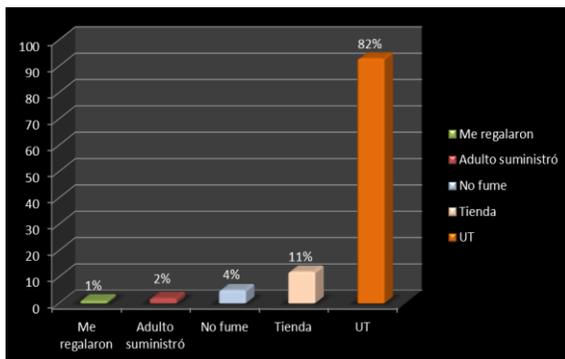
Fuente: Las autoras.

Tabla 40 Distribución de consumo de tabaco los últimos 30 días.

CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
Fumo 1 a 3 Veces en el mes	1	0,03	1	0,03
Fumo algunos días semana	1	0,03	2	0,06
No fumo en el mes	33	0,94	35	1

El 94% de los estudiantes encuestados menores de 18 años refieren no haber fumado en el mes.

Figura 35 Distribución de los lugares más frecuentes de adquisición de tabaco por parte de los encuestados.



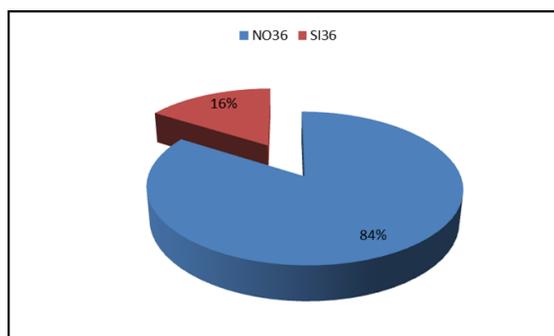
Fuente: Las autoras.

Tabla 41 Distribución de los lugares más frecuentes de adquisición de tabaco por parte de los encuestados.

CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
Me regalaron	1	0,01	1	0,01
Adulto suministró	2	0,02	3	0,03
No fume	5	0,04	8	0,07
Tienda	12	0,11	20	0,18
UT	93	0,82	113	1

El 82% de los encuestados menores de 18 años que han fumado o fuman refieren haber conseguido los cigarrillos en la universidad del Tolima.

Figura 36 Distribución de negación o exigencia de documento en la venta de cigarrillos.



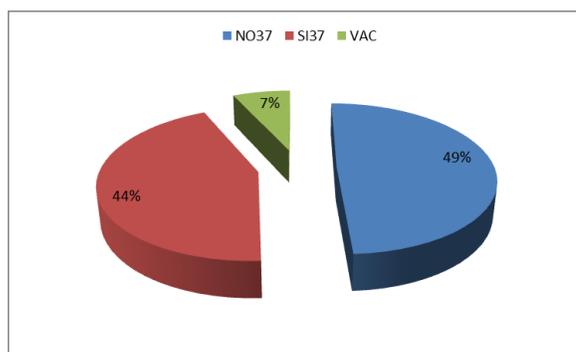
Fuente: Las autoras.

Tabla 42 Distribución de negación o exigencia de documento en la venta de cigarrillos.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	NO	21	0,84	21	0,84
2	SI	4	0,16	25	1

El 84% de los estudiantes menores de 18 años que refiere haber fumado alguna vez refiere nunca le han negado ni exigido documento de identidad para comprar cigarrillos.

Figura 37 Distribución de mayores de 18 años que han fumado.



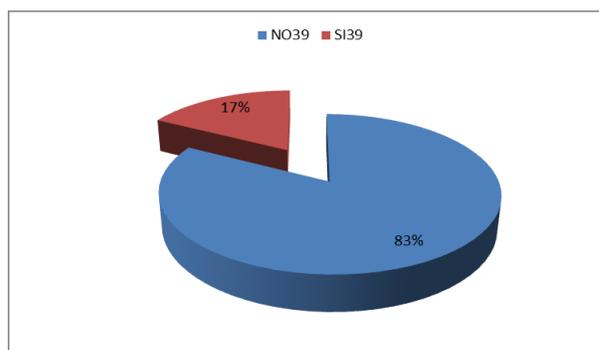
Fuente: Las autoras.

Tabla 43 Distribución de mayores de 18 años que han fumado.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
3	VACÍAS	21	0,07	303	0,07
2	SI	133	0,44	282	0,51
1	NO	149	0,49	149	1

El 44 % de los estudiantes encuestados mayores de 18 años refieren haber fumado alguna vez en su vida y el 49% no.

Figura 38 Distribución de estudiantes mayores de 18 años que fuman actualmente.



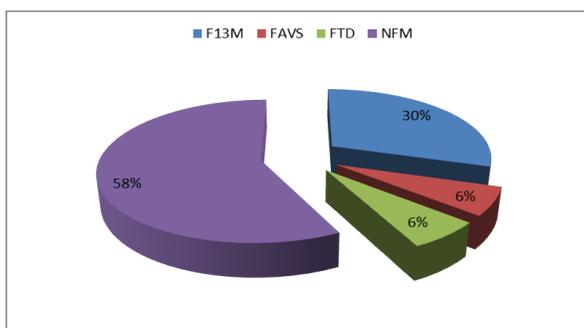
Fuente: Las autoras.

Tabla 44 Distribución de estudiantes mayores de 18 años que fuman actualmente.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	NO	115	0,83	115	0,83
2	SI	24	0,17	139	1

Los estudiantes mayores de 18 años que responden que actualmente fuman corresponden a un 17% y un 83% refiere no fumar.

Figura 39 Distribución de la frecuencia de fumar en el último mes.



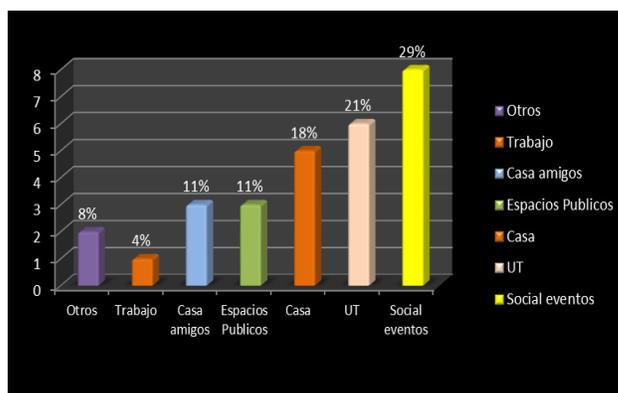
Fuente: Las autoras.

Tabla 45 Distribución de la frecuencia de fumar en el último mes.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
2	Algunas veces semana	3	0,06	47	0,06
3	Todos los días	3	0,06	44	0,12
1	1 a 3 al mes	14	0,3	41	0,42
4	No fume en el mes	27	0,57	27	1

En cuanto a la frecuencia de fumar en los estudiantes mayores de 18 años de los que actualmente fuman refiere un 6% haber fumado todos los día y algunas veces por semana, un 30% fumaron de 1 a 3 veces en el mes y el 57% refiere no haber fumado en el mes.

Figura 40 Distribución de lugares donde los encuestados consumen tabaco.



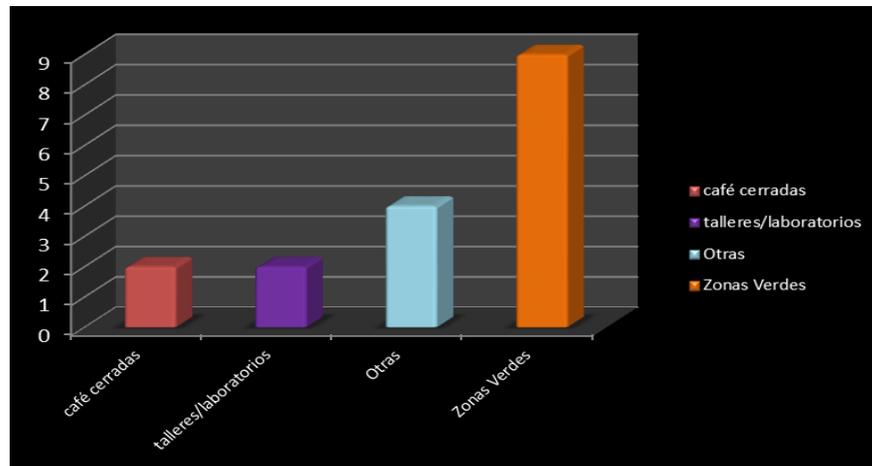
Fuente: Las autoras.

Tabla 46 Distribución de lugares donde los encuestados consumen tabaco.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	Otros	2	0,08	2	0,08
3	Trabajo	1	0,04	3	0,12
4	Casa amigos	3	0,11	6	0,23
5	Espacios Públicos	3	0,11	9	0,35
6	Casa	5	0,18	14	0,53
7	UT	6	0,21	20	0,71
8	Social eventos	8	0,29	28	0,1

En cuanto a los lugares en los que los estudiantes fumadores generalmente consumen tabaco los resultados nos muestran que el lugar más frecuente es en eventos sociales con un 29 %, el campus universitario con un 21%, la casa con un 18% y con un 11% la casa de amigos y espacios públicos en general.

Figura 41 Distribución de sitios en el campus universitario donde consumen tabaco los encuestados.



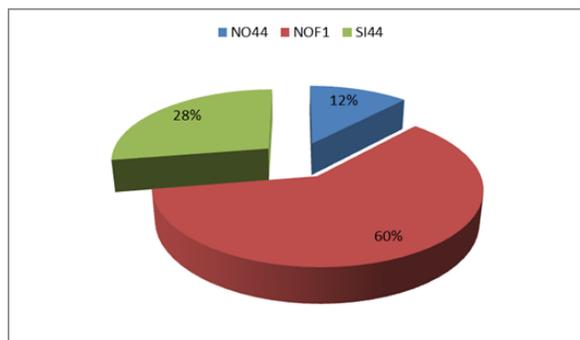
Fuente: Las autoras.

Tabla 47 Distribución de sitios en el campus universitario donde consumen tabaco los encuestados.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	café cerradas	2	0,12	2	0,12
2	talleres/laboratorios	2	0,12	4	0,24
3	Otras	4	0,24	8	0,48
4	Zonas Verdes	9	0,53	17	1

Los lugares de la universidad dónde refieren generalmente frecuentan fumar en un 53% lo hacen en las zonas verdes, con un 24 % En las cafeterías cerradas y salones o laboratorios distribuidos con un 12% cada uno y con un 24% en lugares diferentes como corredores etc.

Figura 42 Distribución frecuencia si en el último año intento dejar de fumar.



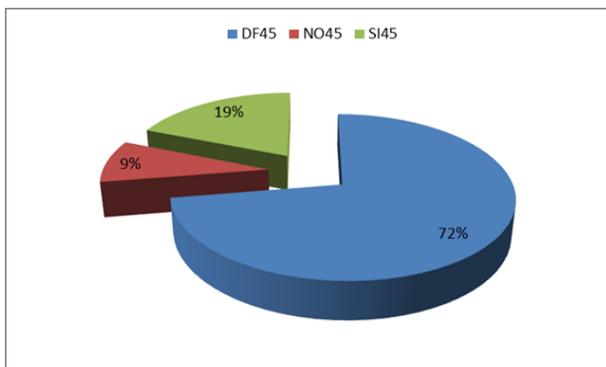
Fuente: Las autoras.

Tabla 48 Distribución frecuencia si en el último año intento dejar de fumar

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	NO	16	0,12	16	0,12
3	SI	37	0,28	53	0,4
2	NO Fuma más de 1 año	81	0,6	134	1

El 60% de los estudiantes que fuman refieren llevar más de 1 año sin fumar, el 28% ha intentado dejar de fumar durante el último año y el 12% no ha intentado dejar de hacerlo; respuestas que nos están evidenciando la importancia de que la universidad adopte políticas de espacios libres de humo para reforzar esa intención de la gran mayoría de los estudiantes de alejarse de los hábitos no saludables para su salud.

Figura 43 Distribución deseo de dejar de Fumar.



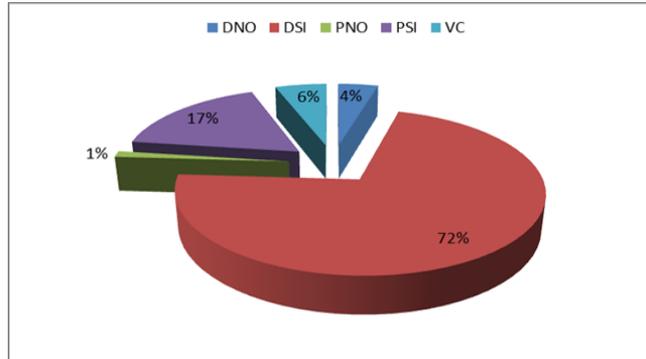
Fuente: Las autoras.

Tabla 49 Distribución deseo de dejar de Fumar.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
2	No	11	0,09	11	0,09
3	Si	24	0,19	35	0,28
1	Dejé de fumar	92	0,72	127	1

En cuanto a la pregunta de si los estudiantes que fuman desean dejar de fumar encontramos que un 72% refieren haber dejado de fumar, el 19% desean dejar de fumar y sólo el 9% refiere desea seguir fumando.

Figura 44 Distribución de la percepción del daño del humo del cigarrillo.



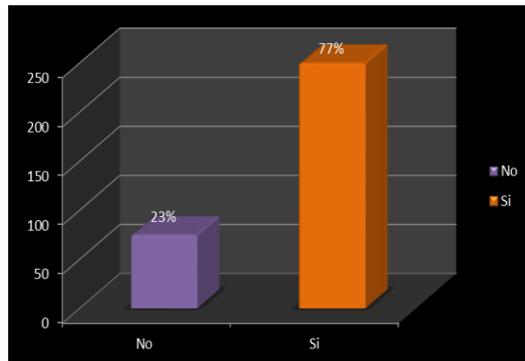
Fuente: Las autoras.

Tabla 50 Distribución de la percepción del daño del humo del cigarrillo.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
3	Prob No	4	0,01	4	0,01
1	Def No	14	0,04	18	0,05
5	Vacías	18	0,06	36	0,11
4	Prob Si	56	0,17	32	0,28
2	Def Si	233	0,72	325	1

En cuanto a la percepción de los estudiantes encuestados sobre la percepción del daño que el humo del cigarrillo hace a la salud el 89%refieren que si hace daño y el 11% refieren que no.

Figura 45 Percepción de los estudiantes acerca de actividades educativas encaminadas a prevención del consumo de tabaco ofrecidas por la UT.



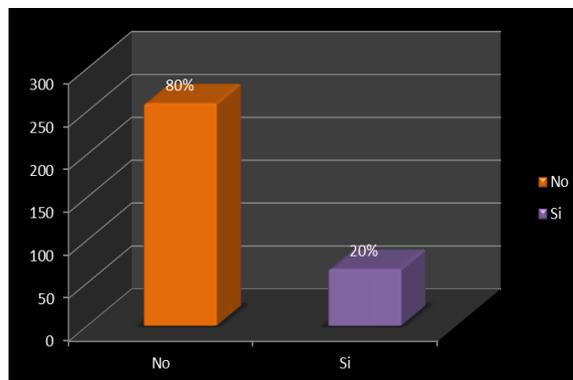
Fuente: Las autoras.

Tabla 51 Percepción de los estudiantes acerca de actividades educativas encaminadas a prevención del consumo de tabaco ofrecidas por la UT.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	No	75	0,23	75	0,23
2	Si	250	0,77	325	1

En cuanto a la pregunta si durante el tiempo que lleva en la universidad en alguna clase o actividad educativa les han hablado sobre los peligros de fumar para la salud podemos evidenciar que la mayoría han recibido dicha educación con un porcentaje de 77% y no un 23%.

Figura 46 Distribución de encuestados que fumaban antes de ingresar a la UT.



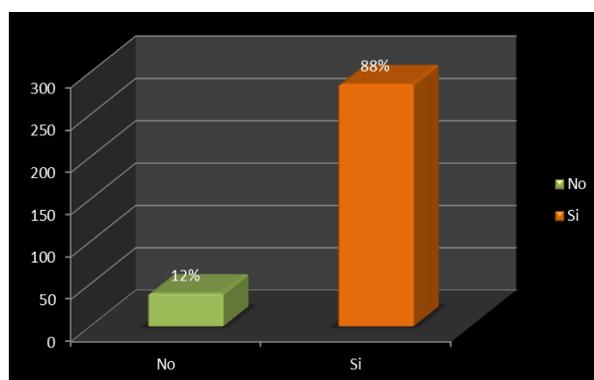
Fuente: Las autoras.

Tabla 52 Distribución de encuestados que fumaban antes de ingresar a la UT.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	No	259	0,8	259	0,8
2	Si	66	0,2	325	1

En relación al porcentaje de estudiantes que no tenían el hábito de fumar al ingresar a la universidad del Tolima los resultados nos muestran que el 80% no lo hacía y el 20% sí. Nos muestra como el hábito de fumar se encuentra relacionado con el ingreso a la universidad.

Figura 47 Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de bebida alcohólica.



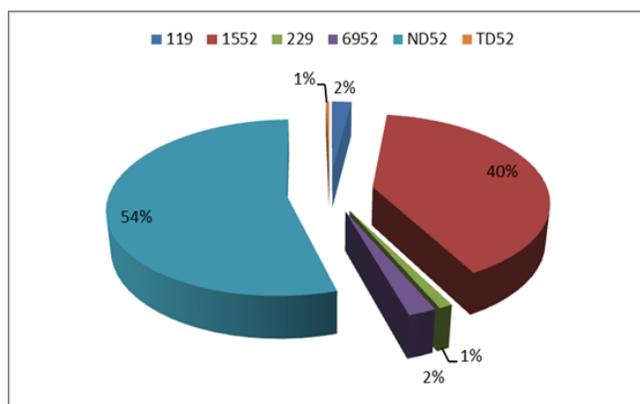
Fuente: Las autoras.

Tabla 53 Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de bebida alcohólica.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	No	39	0,12	39	0,12
2	Si	286	0,88	325	1

En cuanto al tópico de consumo de alcohol los resultados nos muestran que el 88% de la población encuestada ha consumido en algún momento en su vida y un 12% nunca lo ha hecho.

Figura 48 Distribución consumo de alcohol los últimos 30 días



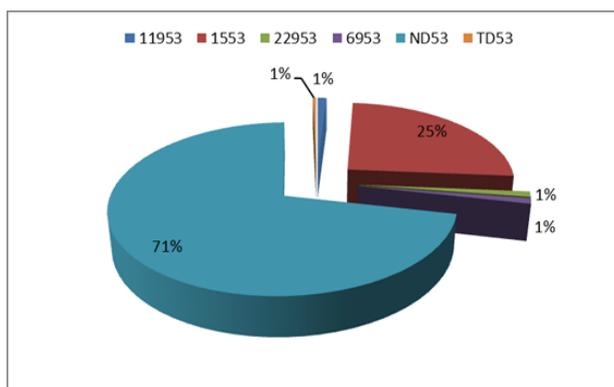
Fuente: Las autoras.

Tabla 54 Distribución consumo de alcohol los últimos 30 días.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
6	Todos los días	1	0	1	0
3	20 a 29 días	3	0,01	4	0,01
4	6 a 9 días	6	0,02	10	0,03
1	10 a 19 días	6	0,02	16	0,05
2	1 a 5 días	114	0,4	130	0,45
5	Ningún día	154	0,54	284	1

De los estudiantes que han consumido 5 o más vasos o latas de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días el 54% de los estudiantes refieren no consumieron alcohol , un 40% consumieron de 1 a 5 días , solo un 6% de los estudiantes consumieron más de 5 días en el mes alcohol.

Figura 49 Distribución consumo de alcohol los últimos 30 días en la UT.



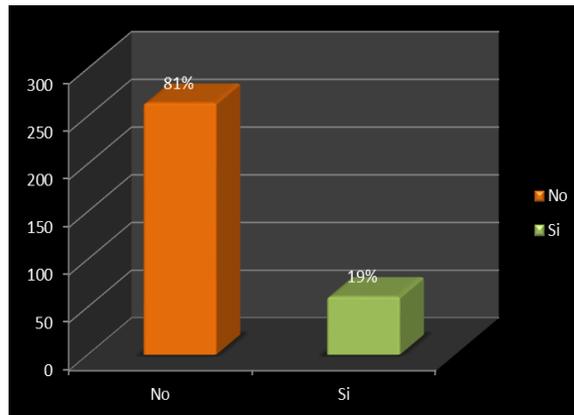
Fuente: Las autoras.

Tabla 55 Distribución consumo de alcohol los últimos 30 días en la UT.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
6	Todos los días	1	0,01	1	0,01
3	20 a29 días	3	0,01	4	0,02
4	6 a 9 día	3	0,01	7	0,02
1	10 a 19 días	3	0,01	10	0,03
2	1 a 5 días	73	0,25	83	0,28
5	Ningún día	206	0,71	289	1

En cuanto al consumo de alcohol los últimos 30 días en el campus de la universidad del Tolima el 71% prefiere no haber ingerido bebidas alcohólicas y un 25% lo ha hecho de 1 a 5 días en el mismo tiempo y un 4% ha ingerido bebidas alcohólicas en el campus más de 6 días en el mes. Es necesario una evaluación y la generación de estrategias de prevención de consumo de alcohol en el campus universitario.

Figura 50 Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva.



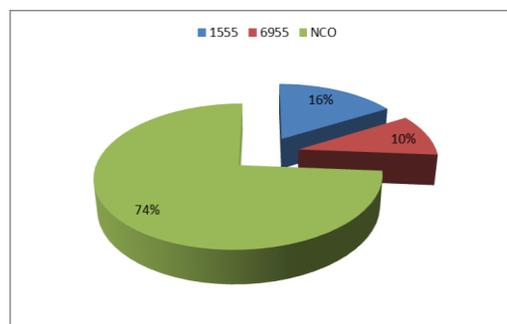
Fuente: Las autoras.

Tabla 56 Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	No	264	0,81	264	0,81
2	Si	61	0,19	325	1

Sobre el consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, los resultados nos muestran que el 89% no ha consumido y el 19% de los estudiantes encuestados han consumido una sustancia de estas en algún momento en su vida.

Figura 51 Distribución consumo de Sustancia psicoactivas durante el último mes.



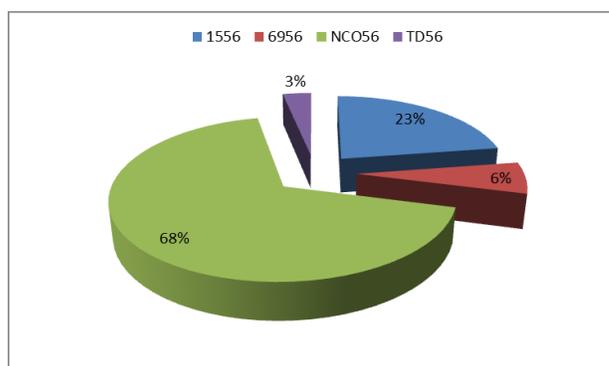
Fuente: Las autoras.

Tabla 57 Distribución consumo de Sustancia Psicoactivas durante el último mes.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
2	6 a 9 días	6	0,1	6	0,1
1	1 a 5 días	10	0,16	16	0,26
3	No ha consumido	45	0,74	61	1

En cuanto a los estudiantes que han consumido sustancias psicoactivas el 74% refiere no haber consumido ninguna durante el último mes, el 16% haber consumido de 1 a 5 días en el mes y el 10% refiere haber consumido de 6 a 9 días durante el último mes.

Figura 52 Distribución consumo de Sustancia psicoactivas durante el último mes en el campus de la UT.



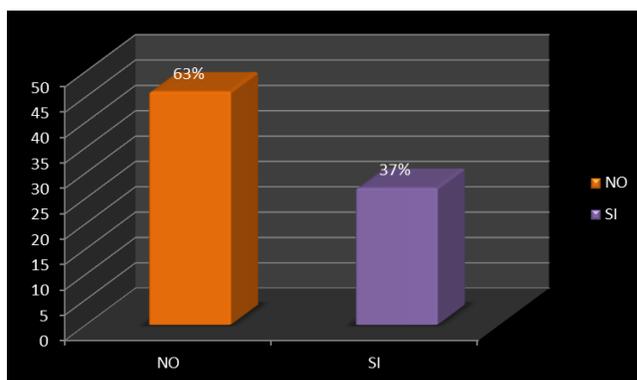
Fuente: Las autoras.

Tabla 58 Distribución consumo de Sustancia psicoactivas durante el último mes en el campus de la UT.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
4	Todos los días	1	0,03	1	0,03
2	6 a 9 días	2	0,06	3	0,09
1	1 a 5 días	7	0,23	10	0,32
3	No consumí	21	0,68	31	1

En cuanto a los estudiantes que han consumido sustancias psicoactivas el 68% refiere no haber consumido ninguna durante el último mes en el campus de la universidad del Tolima , el 23% haber consumido de 1 a 5 días en el mes en el campus y el 9% refiere haber consumido de 6 a 9 días durante el último mes en la institución o sus alrededores.

Figura 53 Distribución de los encuestados que han adquirido en algún momento sustancias psicoactivas en el campus universitario.



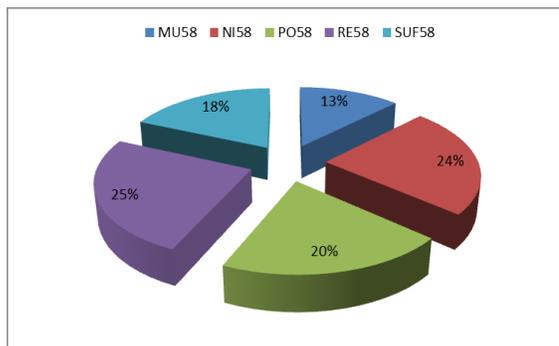
Fuente: Las autoras.

Tabla 59 Distribución de los encuestados que han adquirido en algún momento sustancias psicoactivas en el campus universitario.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	NO	46	0,63	46	0,63
2	SI	27	0,37	73	1

De los estudiantes que refieren haber consumido sustancias psicoactivas el 37% refiere haber comprado las sustancias psicoactivas en el campus de la universidad del Tolima y el 63% en otros lugares.

Figura 54 Distribución percepción de educación en Sustancias psicoactivas brindada por la UT en una clase o actividad educativa.



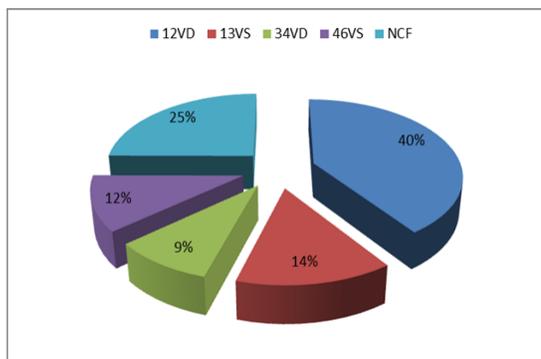
Fuente: Las autoras.

Tabla 60 Distribución de los encuestados que han adquirido en algún momento sustancias psicoactivas en el campus universitario.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	Mucha	41	0,13	41	0,13
2	Suficiente	60	0,18	101	0,31
3	Poca	66	0,2	171	0,51
4	Ninguna	77	0,24	248	0,75
5	Regular	81	0,25	325	1

La población de estudiantes encuestada percibe en un 69% que la educación que han recibido en alguna clase o actividad educativa sobre sustancias psicoactivas es poca, regular o ninguna y un 31% que ha sido suficiente o mucha en este tema.

Figura 55 Distribución consumo de frutas durante la última semana.



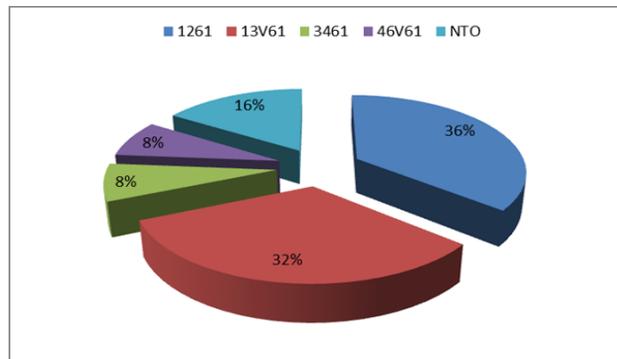
Fuente: Las autoras.

Tabla 61 Distribución consumo de frutas durante la última semana.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
3	3 a 4 veces día	30	0,09	30	0,09
4	4 a 6 veces semana	37	0,11	67	0,2
2	1 3 veces semana	46	0,14	113	0,34
5	No consumió frutas	81	0,25	194	0,59
1	1 a 2 veces día	131	0,41	325	1

Se evidencia que el 40 % de la población ha consumido solo de 1 a 2 veces al día frutas, pero le sigue un 25 % que no consume frutas esto puede estar relacionado con la poca disponibilidad de frutas que perciben los estudiantes en el campus universitario.

Figura 56 Distribución de consumo de bebidas azucaradas tipo gaseosas o jugos procesados durante 1 semana.



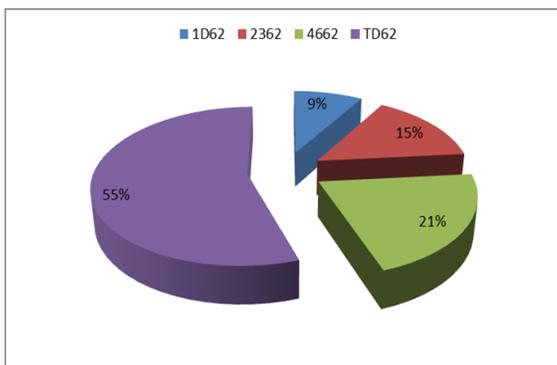
Fuente: Las autoras.

Tabla 62 Distribución de consumo de bebidas azucaradas tipo gaseosas o jugos procesados durante 1 semana.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
3	3 a 4 veces día	25	0,08	25	0,08
4	4 a 6 veces semana	25	0,08	50	0,16
5	No tomo bebidas azucaradas	52	0,16	102	0,32
1	1 a 2 veces día	117	0,36	219	0,68
2	1 a 2 veces semana	106	0,33	325	1

La población encuestada responde en cuanto al consumo de bebidas azucaradas tipo gaseosa o jugos procesados que consume en 1 semana un 36% 1 a 2 veces al día, 33% 1 a 2 veces en la semana, un 16% no tomo ninguna de estas bebidas en el transcurso de la misma y un 8% consumo 3 a 4 veces en un día y otro 8% 4 a 6 veces en la semana.

Figura 57 Distribución de consumo del desayuno la última semana.



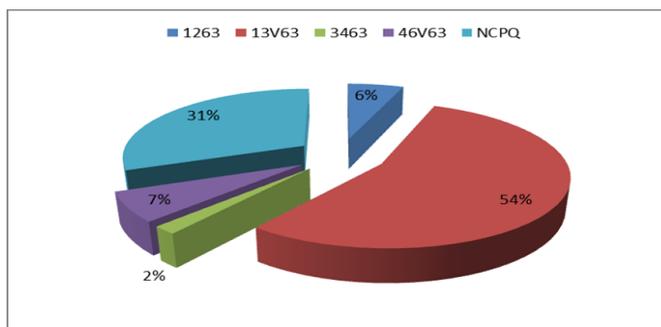
Fuente: Las autoras.

Tabla 63 Distribución de consumo del desayuno la última semana.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	1 día	27	0,09	27	0,09
2	2 a 3 días	47	0,15	74	0,24
3	4 a 6 días	67	0,21	141	0,45
4	Todos los días	174	0,55	315	1

En cuanto a desayunar en 1 semana el 76% de los estudiantes encuestados refieren desayunan todos los días o de 4 a 6 días en la semana, pero un 24% de la población refiere desayunar solo de 1 a 3 días en la semana lo que nos está mostrando que un porcentaje importante no se está alimentando adecuadamente sumado a esto que en la universidad no se evidencia la oferta de alimentos saludables, aun así se debe anotar que se cuenta con el servicio de restaurante del cual no tenemos datos de usuarios pero que es conocido por los estudiantes de la universidad y expresan que la variedad de alimentos en este servicio es balanceada.

Figura 58 Distribución consumo de alimentos de paquete en 1 semana.



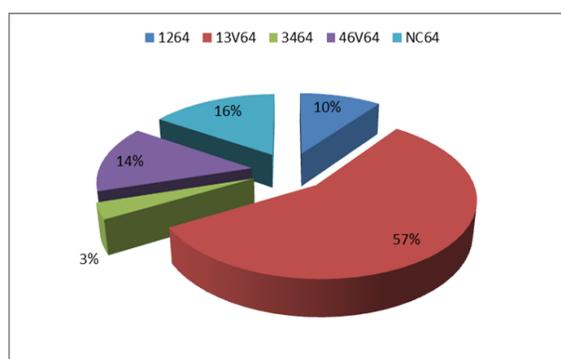
Fuente: Las autoras.

Tabla 64 Distribución consumo de alimentos de paquete en 1 semana.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
3	3 a 4 veces día	6	0,02	6	0,02
1	1 a 2 veces día	19	0,06	25	0,08
4	4 a6 veces semana	22	0,07	47	0,15
5	No consumió paquetes	100	0,31	147	0,46
2	1 a 3 veces semana	178	0,54	325	1

En cuanto al consumo de alimentos de paquete en 1 semana el 54 % de los estudiantes encuestados refieren haber consumido de 1 a 3 veces en la semana, un 31% de la población refiere no haber consumido alimentos de paquete en la semana y el 8% de 1 a 4 veces al día y un 7 % de 4 a 6 veces en la semana lo que nos esta mostrando que un porcentaje importante no consumen alimentos saludables.

Figura 59 Distribución consumo de pasteles, empanadas o Donas durante 1 semana.



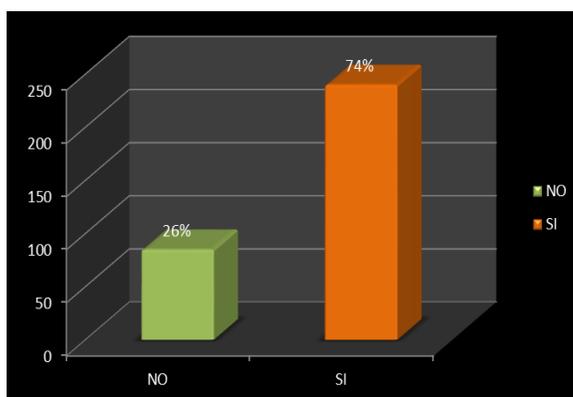
Fuente: Las autoras.

Tabla 65 Distribución consumo de pasteles, empanadas o Donas durante 1 semana.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
3	3 a 4 veces día	11	0,03	11	0,03
1	1 a 2 veces día	33	0,1	34	0,13
4	4 a 6 veces semana	46	0,14	90	0,27
5	No consumió	51	0,16	141	0,43
2	1 a 3 veces semana	184	0,57	325	1

En cuanto al consumo de alimentos como pasteles, empanadas o donas en 1 semana el 57 % de los estudiantes encuestados refieren haber consumido de 1 a 3 veces en la semana, un 16% de la población refiere no haber consumido estos alimentos en la semana y el 14% de 4 a 6 veces en la semana y un 13 % de 1 a 4 veces al día lo que nos esta mostrando que un porcentaje importante no consumen alimentos saludables y es necesario mejorar la oferta de alimentos saludables en el campus de la universidad del Tolima.

Figura 60 Distribución de estudiantes que han recibido educación en hábitos saludables, cuidados de la salud y alimentación como parte del currículo de la facultad a la cual están adscritos.



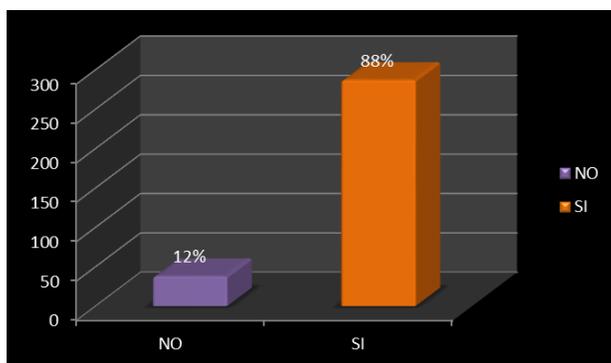
Fuente: Las autoras.

Tabla 66 Distribución de estudiantes que han recibido educación en hábitos saludable, cuidados de la salud y alimentación como parte del currículo de la facultad a la cual están adscritos.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	NO	85	0,26	85	0,26
2	SI	240	0,74	325	1

Los estudiantes encuestados evalúan que en el currículo de su facultad han recibido alguna clase de hábitos saludables, cuidados de la salud y alimentación con un 74% y con un 26% evalúan que no lo han recibido.

Figura 61 Distribución de los encuestados que han tenido relaciones sexuales.



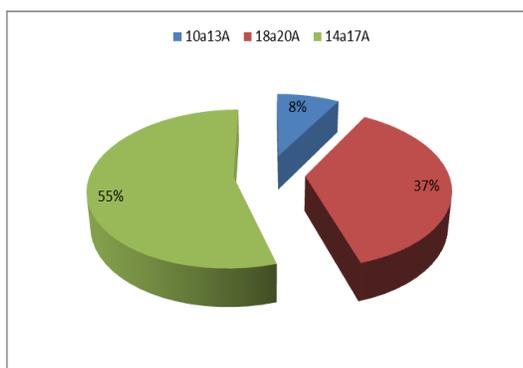
Fuente: Las autoras.

Tabla 67 Distribución de los encuestados que han tenido relaciones sexuales.

CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
NO	38	0,12	38	0,12
SI	287	0,88	325	1

En el último capítulo de la encuesta se evalúa la sexualidad, en cuanto a la pregunta si los estudiantes encuestados ya iniciaron su vida sexual los resultados son que el 88% ya las iniciaron y sólo un 12% no ha iniciado.

Figura 62 Distribución edad de inicio de vida sexual.



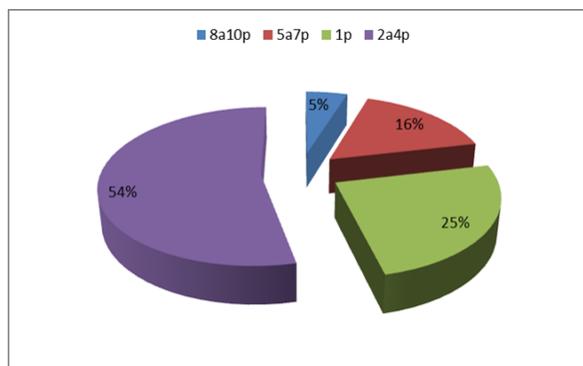
Fuente: Las autoras.

Tabla 68 Distribución edad de inicio de vida sexual.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	10a13A	23	0,08	23	0,08
3	18a20A	102	0,37	125	4,45
2	14a17A	151	0,55	276	1

En cuanto a la edad de inicio de la vida sexual los estudiantes que ya iniciaron su vida sexual refieren en un 63 % iniciaron entre los 10 a 17 años y un 37% de 18 a 20 años, lo que nos está mostrando que nuestros estudiantes están iniciando su vida sexual tempranamente en un porcentaje más elevado que los que no.

Figura 63 Distribución Número de parejas sexuales en su vida sexual.



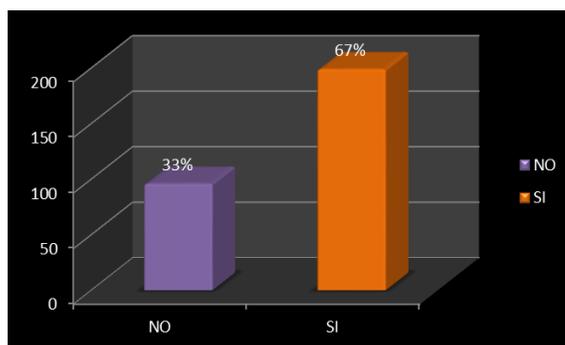
Fuente: Las autoras.

Tabla 69 Distribución Número de parejas sexuales en su vida sexual.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
4	8a10p	13	0,05	13	0,05
3	5a7p	43	0,16	56	0,21
1	1p	65	0,25	121	0,46
2	2a4p	140	0,54	261	1

Se evidencia que un 54% han tenido de 2 a 4 parejas sexuales , un 25 % solo una pareja sexual un porcentaje menor pero aun asi no deja de ser importante 5% de 8 a 10 parejas sexuales lo que incrementa el riesgo de transmision de ETS y embarazos no deseados.

Figura 64 Distribución de encuestados que utilizan algún método de planificación familiar.



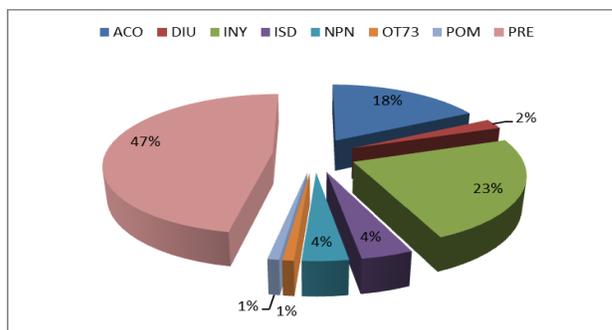
Fuente: Las autoras.

Tabla 70 Distribución de encuestados que utilizan algún método de planificación familiar.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	NO	96	0,33	96	0,33
2	SI	199	0,67	295	1

De los estudiantes que ya iniciaron su vida sexual nos refieren que el 33% no usa ningún método de planificación familiar y el 67% si está usando un método.

Figura 65 Distribución de uso de método de Planificación familiar en los Estudiantes de la UT Encuestados.



Fuente: Las autoras.

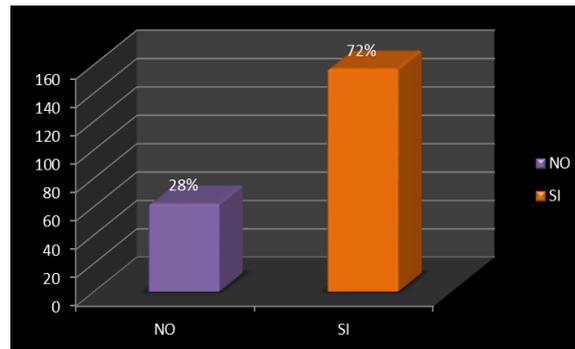
Tabla 71 Distribución de uso de método de Planificación familiar en los Estudiantes de la UT Encuestados.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
6	Otros Métodos	2	0,01	2	0,01
7	Pomeroy	2	0,01	217	1
2	DIU	5	0,02	206	0,95
5	No pnf	8	0,04	201	0,93
4	Implante	9	0,04	215	0,99
1	Píldoras	38	0,18	193	0,89
3	Inyectable	51	0,24	155	0,71
8	Condón	102	0,47	104	0,48

En cuanto a los estudiantes encuestados que tienen una vida sexual activa y se encuentran usando un método de planificación familiar nos refiere en un 47% el método más usado es el preservativo, el 24% anticonceptivos inyectables y 18%

anticonceptivos orales y con un 8% diferentes métodos como diu, implante subdérmico, otros métodos y un 4% de la población no se encuentra planificando.

Figura 66 Distribución de encuestados que usan preservativo como método para prevención de ETS.



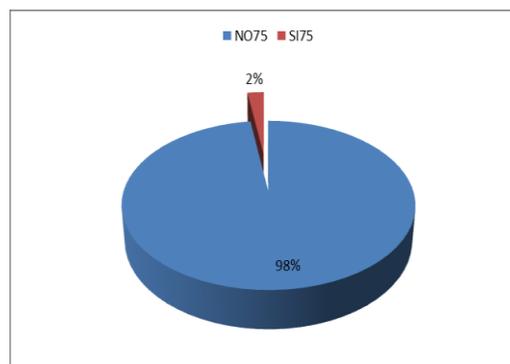
Fuente: Las autoras.

Tabla 72 Distribución de encuestados que usan preservativo como método para prevención de ETS.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	NO	62	0,28	62	0,28
2	SI	157	0,72	219	1

La población participante usa preservativo como método adicional de protección contra las enfermedades de transmisión sexual con un 72% y un 28% lo que muestra un déficit en el autocuidado.

Figura 67 Distribución diagnóstica de enfermedades de transmisión sexual.



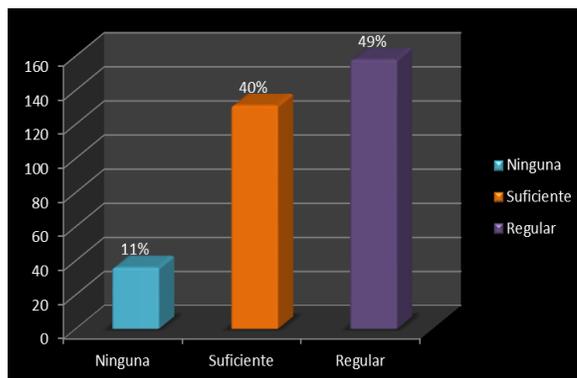
Fuente: Las autoras.

Tabla 73 Distribución diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
2	SI	5	0,02	5	0,02
1	NO	218	0,98	223	1

La población que tiene una vida sexual activa de los estudiantes encuestados refieren en un 98% no les han diagnosticado enfermedades de transmisión sexual y un 2% si han presentado las enfermedades mencionadas.

Figura 68 Percepción de los encuestados sobre la información brindada en actividades educativas de la UT sobre salud sexual y reproductiva.



Fuente: Las autoras.

Tabla 74 Percepción de los encuestados sobre la información brindada en actividades educativas de la UT sobre salud sexual y reproductiva.

CLASE	CATEGORIA	FRE.ABS	FRE.RELA	FRE.ABS.AC	FRE.REL.AC
1	Ninguna	36	0,11	36	0,11
2	Suficiente	131	0,4	167	0,51
3	Regular	158	0,49	325	1

Los estudiantes encuestados califican la información brindada en alguna clase o actividad grupal sobre salud sexual y reproductiva como regular o ninguna con un 60%

y suficiente con un 40% lo cual nos muestra que estos programas a pesar de que en sus planes de estudios se les brinda educación en este aspecto, se debe reevaluar la información que se está brindando y las necesidad e importancia que le los mismos estudiantes en el tema

5.2 CRUCES DE VARIABLES.

El análisis de independencia (asociación) entre variables se realizó mediante la prueba Chi-Cuadrado para tablas de contingencia, (cruces de variables) y se complementó mediante un análisis de correspondencias múltiples en el cual de una manera significativa se determinan las categorías asociadas.

Se debe recordar que en todos los casos la hipótesis nula que se prueba (H_0) es la que las correspondientes variables son independientes, y por tanto que no existe asociación entre ellas. Un valor P inferior al nivel de significación de las pruebas (en este caso $=0.05$) nos obliga a rechazar la hipótesis nula y, por consiguiente, a admitir que existe asociación entre las variables que se analizan.

Las variables que se relacionaron fueron:

la variable estudiantes por programa se cruzó con las siguientes: capacitación recibida en alimentación saludable, capacitación recibida en bioseguridad, educación en atención inmediata en urgencias, educación en primeros auxilios, educación en prevención de accidentes, Percepción de los estudiantes acerca de actividades educativas encaminadas a prevención del consumo de tabaco ofrecidas por la UT, Educación brindada en alguna clase o actividad en la Universidad sobre el uso de alcohol o el consumo de sustancias psicoactivas, recibido educación en hábitos saludable, cuidados de la salud y alimentación como parte del currículo de la facultad a la cual están adscritos, actividades educativas de la UT sobre salud sexual y reproductiva, distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de bebida alcohólica, Distribución de encuestados que utilizan algún método de planificación familiar

La variable Distribución por sexo se cruzó con las siguientes variables: variable Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva, Distribución de los encuestados que han tenido relaciones sexuales. Distribución de encuestados que usan Preservativo como método para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual, Distribución de encuestados que utilizan algún método de planificación familiar, distribución de encuestados que han sido diagnosticados con enfermedades de transmisión sexual

A continuación mostramos los resultados obtenidos del cruce de las variables anteriormente mencionadas:

Tabla 75 Asociación de la variable total de estudiantes por programa con la variable de estudiantes que han recibido educación por parte de la Universidad del Tolima en el tema de alimentación saludable.

<i>Frecuencias absolutas</i>			
<i>En columnas: PREG 6</i>			
<u>PROGRAMA</u>	<u>No6</u>	<u>Si6</u>	<u>Total</u>
Edu.fi	34	67	101
Enf.	72	55	127
Med.	62	30	92
Total	168	152	320

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>gl</u>	<u>p</u>
Chi Cuadrado Pearson	23,45	2	<0,0001
Chi Cuadrado MV-G2	23,83	2	<0,0001
Coef.Conting.Cramer	0,19		
Coef.Conting.Pearson	0,26		

Según los resultados obtenidos, la percepción de los estudiantes de educación Física con respecto a la educación sobre alimentación saludable que han recibido por parte de la universidad del Tolima (variable 6) está asociada con la variable programa (variable 1) $P= 0.0001$.

Es alta en los estudiantes de Educación Física en comparación con los de medicina y enfermería lo que indica que los talleres dependen del tipo de programa y se perciben como diferentes en cada facultad. También no indica que: la universidad debe reforzar las estrategias de difusión para que los estudiantes asistan a los talleres en hábitos saludables, que aunque el tema de educación saludable pueden estar implícitas dentro de los currículos de medicina o enfermería los estudiantes no perciben

que se estén brindando, ya sea por falta de disposición de los estudiantes para prestar atención en este tema en particular o simplemente esta en dentro de las materia brindadas de manera superficial.

Tabla 76 Asociación de la variable Estudiantes por programa con la variable percepción de los estudiantes que han recibido educación en Bioseguridad por parte de la Universidad del Tolima.

<i>Frecuencias absolutas</i>				
<i>En columnas: PREG 26</i>				
<u>PROGRAMA</u>	<u>NI26</u>	<u>PO26</u>	<u>SU26</u>	<u>Total</u>
Edu.fi	53	28	20	101
Enf.	56	30	41	127
Med.	5	18	71	94
Total	114	76	132	322

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>gl</u>	<u>p</u>
Chi Cuadrado Pearson	77,34	4	<0,0001
Chi Cuadrado MV-G2	86,97	4	<0,0001
Coef.Conting.Cramer	0,28		
Coef.Conting.Pearson	0,44		

Se encontró que los talleres recibidos de bioseguridad (variable 26) está asociada a la variable programas (variable 1) valor $P = 0.0001$. Mostrando que la percepción de los estudiantes de Medicina y de Enfermería con respecto a la educación recibida por parte de la Universidad en Talleres sobre Bioseguridad es Suficiente; en comparación con los de Educación Física. Lo que indica que los talleres dependen del tipo de programa y se perciben como diferentes en cada facultad. Sin embargo hay que tener en cuenta que la educación en bioseguridad y los subtemas que se derivan de ella puede ser distinta según el programa y que históricamente los estudiantes del área de salud consideran como importantes los subtemas de bioseguridad que aplican dentro

Tabla 77 Asociación de la variable Estudiantes por programa con variable distribución de estudiantes que han recibido educación en Atención Inmediata en Emergencias por parte de la Universidad del Tolima.

<i>Frecuencias absolutas</i>				
<i>En columnas: PREG 27</i>				
<u>PROGRAMA</u>	<u>NI27</u>	<u>PO27</u>	<u>SU27</u>	<u>Total</u>
Edu.fi	51	42	8	101
Enf.	61	51	15	127
Med.	16	53	25	94
Total	128	146	48	322

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>gl</u>	<u>p</u>
Chi Cuadrado Pearson	33,67	4	<0,0001
Chi Cuadrado MV-G2	35,64	4	<0,0001
Coef.Conting.Cramer	0,19		
Coef.Conting.Pearson	0,31		

Se evidencia que los talleres en Atención Inmediata en Emergencias recibidos (variable 27) está asociada a la variable programas (variable 1) valor $P = 0.0001$. Se puede observar que la percepción de los estudiantes con respecto a la educación recibida por parte de la Universidad en talleres sobre qué hacer en caso de emergencia es más alta en los estudiantes de Medicina en comparación con los de Educación Física e incluso los de Enfermería. Se perciben diferente en cada facultad, Aunque los resultados no podríamos decir sean suficientes para decir que la educación brindada depende del Programa para poder hacerlo habríamos necesitado una población mayor para poder hacer estas inferencias.

Tabla 78 Asociación de la variable Estudiantes por programa con la variable Distribución de estudiantes que han recibido educación en Primeros Auxilios por parte de la Universidad del Tolima.

<i>Frecuencias absolutas</i>				
<i>En columnas: PREG 28</i>				
PROGRAMA	NI28	PO28	SU28	Total
Edu.fi	42	53	6	101
Enf.	72	46	9	127
Med.	63	21	10	94
Total	177	120	25	322

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	19,28	4	0,0007
Chi Cuadrado MV-G2	19,59	4	0,0006
Coef.Conting.Cramer	0,14		
Coef.Conting.Pearson	0,24		

Se muestra que los talleres en Primeros auxilios recibidos (variable 28) está asociada a la programas (variable 1) valor $P=0.0007$. Se puede observar que la percepción de los estudiantes con respecto a la educación recibida por parte de la Universidad en Talleres sobre Primeros Auxilios es muy variada dependiendo del programa pero que para la gran mayoría del grupo participante ha sido ninguna o poca.

Tabla 79 Asociación de la variable Estudiantes por programa con variable Distribución de estudiantes que han recibido educación en Prevención de accidentes por parte de la Universidad del Tolima.

<i>Frecuencias absolutas</i>				
<i>En columnas: PREG 29</i>				
<u>PROGRAMA</u>	<u>NI29</u>	<u>PO29</u>	<u>SU29</u>	<u>Total</u>
Edu.fi	53	43	5	101
Enf.	63	48	16	127
Med.	51	28	15	94
Total	167	119	36	322

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>gl</u>	<u>p</u>
Chi Cuadrado Pearson	8,08	4	0,0886
Chi Cuadrado MV-G2	8,83	4	0,0654
Coef.Conting.Cramer	0,09		
Coef.Conting.Pearson	0,16		

Aceptamos la hipótesis de que el programa (variable 1) es independiente de la variable 29 (que se refiere a la educación que la U.T. le ha brindado en la prevención de accidentes) valor $P=0.08$. Lo que nos quiere decir esto es que no importa qué programa de estos elijamos, esta no va a influir en la educación que reciba sobre prevención de accidentes. Podría llegar a pensarse que no hay diferencia entre los programas en cuanto a la educación que reciben sobre prevención de accidentes, cabe resaltar que independientemente del programa la mayoría de los encuestados consideran que la educación en este tema ha sido Ninguna o poca.

Tabla 80 Asociación de la variable Estudiantes por programa con variable Percepción de los estudiantes acerca de actividades educativas encaminadas a prevención del consumo de tabaco ofrecidas por la UT.

<i>Frecuencias absolutas</i>			
<i>En columnas: PREG 48</i>			
<u>PROGRAMA</u>	<u>NO48</u>	<u>SI48</u>	<u>Total</u>
Edu.fi	20	81	101
Enf.	32	95	127
Med.	23	71	94
Total	75	247	322

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>gl</u>	<u>p</u>
Chi Cuadrado Pearson	1,02	2	0,6007
Chi Cuadrado MV-G2	1,04	2	0,5946
Coef.Conting.Cramer	0,04		
Coef.Conting.Pearson	0,06		

Se concluye que programa (variable 1) es independiente de la variable 48 (Educación que ha recibido sobre los peligros de fumar para la salud). Lo que nos quiere decir esto es que no importa qué programa de estos elijamos, esta no va influir en la educación que reciba sobre los peligros de fumar para la salud. Podría llegar a pensarse que no hay diferencia entre los programas los estudiantes perciben que la educación impartida por la universidad es igual para todos los programas y no está implícita en los currículos como prevención del tabaquismo.

Tabla 81 Asociación de la variable Estudiantes por programa con variable Educación brindada en alguna clase o actividad en la Universidad sobre el uso de alcohol o el consumo de sustancias psicoactivas.

<i>Frecuencias absolutas</i>						
<i>En columnas: PREG 58</i>						
<i>PROGRAMA</i>	<i>MU58</i>	<i>NI58</i>	<i>PO58</i>	<i>RE58</i>	<i>SUF58</i>	<i>Total</i>
<i>Edu.fi</i>	10	29	23	26	13	101
<i>Enf.</i>	25	26	22	29	25	127
<i>Med.</i>	6	21	21	25	21	94
<i>Total</i>	41	76	66	80	59	322

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
<i>Chi Cuadrado Pearson</i>	14,13	8	0,0785
<i>Chi Cuadrado MV-G2</i>	14,27	8	0,0750
<i>Coef.Conting.Cramer</i>	0,12		
<i>Coef.Conting.Pearson</i>	0,21		

Se concluye que programa (variable 1) es independiente de la variable 58 (Educación brindada en alguna clase o actividad en la Universidad sobre el uso de alcohol o el consumo de sustancias psicoactivas). $P=0.07$ se concluye que no importa qué programa de estos elijamos, esto no influye en la educación que han recibido sobre el uso de alcohol o el consumo de sustancias psicoactivas., cabe resaltar que independientemente del programa en los estudiantes encuestados la percepción de dicha educación se encuentra distribuida con un porcentaje no muy variable en todas las opciones de respuestas

Tabla 82 Asociación de la variable Estudiantes por programa con variable Distribución de estudiantes que han recibido educación en hábitos saludables, cuidados de la salud y alimentación como parte del currículo de la facultad a la cual están adscritos.

<i>Frecuencias absolutas</i>			
<i>En columnas: PREG 68</i>			
<u>PROGRAMA</u>	<u>NO68</u>	<u>SI68</u>	<u>Total</u>
Edu.fi	10	91	101
Enf.	24	103	127
Med.	51	43	94
Total	85	237	322

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>gl</u>	<u>p</u>
Chi Cuadrado Pearson	55,37	2	<0,0001
Chi Cuadrado MV-G2	53,72	2	<0,0001
Coef.Conting.Cramer	0,29		
Coef.Conting.Pearson	0,38		

Se puede concluir que la Distribución de estudiantes que han recibido educación en hábitos saludables, cuidados de la salud y alimentación como parte del currículo de la facultad a la cual están adscritos (variable 68) está asociada a la variable programas (variable 1) Valor P = 0.0001.

Esta dependencia nos está diciendo que la escogencia del programa, el currículo y las clases que reciben los diferentes programas por parte de la Universidad del Tolima afectan el nivel de educación con respecto a hábitos saludables, cuidados de la salud y alimentación. Siendo mayor en los estudiantes de Enfermería y Educación física en comparación con los de Medicina, pudiendo concluir que esto se relaciona a que en el perfil de los programas de enfermería y educación física se busca incluir la característica de educación en salud y promoción, mientras que el egresado de la facultad de medicina tiene un mayor componente en la intervención y manejo de patologías que en la prevención de las mismas.

Tabla 83 Asociación de la variable Estudiantes por programa con variable Percepción de los encuestados sobre la información brindada en actividades educativas de la UT sobre salud sexual y reproductiva.

<i>Frecuencias absolutas</i>				
<i>En columnas: PREG 76</i>				
PROGRAMA	NI76	REGU	SUFIC	Total
Edu.fi	12	65	24	101
Enf.	12	45	70	127
Med.	12	47	35	94
Total	36	157	129	322

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	24,36	4	0,0001
Chi Cuadrado MV-G2	24,80	4	0,0001
Coef.Conting.Cramer	0,16		
Coef.Conting.Pearson	0,27		

Se concluye que la educación recibida por parte de la Universidad del Tolima sobre salud sexual y reproductiva. (Variable 76) está asociada con la variable 1 (programa) Valor P = 0.0001.

Esta dependencia nos está diciendo que la escogencia del programa, las clases y actividades grupales que reciben los diferentes programas por parte de la Universidad del Tolima afectan el nivel de educación con respecto salud sexual y reproductiva y se perciben distintos en cada facultad. Es mayor en los estudiantes de Enfermería en comparación con los de Medicina y en menor proporción los de Educación física.

Tabla 84 Asociación de la variable Estudiantes por programa con variable Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de bebida alcohólica.

<i>Frecuencias absolutas</i>			
<i>En columnas: PREG 50</i>			
PROGRAMA	NO50	SI50	Total
Edu.fi	13	88	101
Enf.	15	112	127
Med.	11	83	94
Total	39	283	322

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	0,08	2	0,9606
Chi Cuadrado MV-G2	0,08	2	0,9610
Coef.Conting.Cramer	0,01		
Coef.Conting.Pearson	0,02		

Se concluye que programa (variable 1) es independiente de la variable 50 (encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de bebida alcohólica) valor $P = 0.96$.

Lo que nos quiere decir esto es que no importa qué programa de estos elijamos, esto no ha influido en el hecho de haber consumido alcohol en su vida evidenciando que no solo los talleres recibidos sobre estos temas son suficientes para él no consumo de alcohol.

Tabla 85 Asociación de la variable Distribución por sexo con variable Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de bebida alcohólica

<i>Frecuencias absolutas</i>			
<i>En columnas: PREG 50</i>			
<i>C2.SEXO</i>	<i>NO50</i>	<i>SI50</i>	<i>Total</i>
F	17	154	171
M	22	132	154
Total	39	286	325

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Chi Cuadrado Pearson	1,45	1	0,2288
Chi Cuadrado MV-G2	1,45	1	0,2290
Irwin-Fisher bilateral	-0,04		0,2372
Coef.Conting.Cramer	0,05		
Coef.Conting.Pearson	0,07		
Coeficiente Phi	-0,07		

Se concluye que Distribución por sexo (variable 2) es independiente de la variable 50 (encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de bebida alcohólica) Valor $P = 0.22$, lo que nos quiere decir esto es que sin importar el sexo, esto no ha influido en el hecho de consumir alcohol.

Tabla 86 Asociación de la variable programa con variable Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva.

<i>Frecuencias absolutas</i>			
<i>En columnas: PREG 54</i>			
<u>PROGRAMA</u>	<u>NO54</u>	<u>SI54</u>	<u>Total</u>
Edu.fi	83	18	101
Enf.	94	33	127
Med.	84	10	94
Total	261	61	322

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>gl</u>	<u>p</u>
Chi Cuadrado Pearson	8,41	2	0,0150
Chi Cuadrado MV-G2	8,71	2	0,0129
Coef.Conting.Cramer	0,11		
Coef.Conting.Pearson	0,16		

Se puede concluir que el consumo de sustancias psicoactivas (variable 54) está asociada a la programas (variable 1) valor $P=0.01$; Esta dependencia nos está diciendo que el consumo de sustancias psicoactivas depende del programa que estudia y según los resultados podríamos decir que los programas consultados la gran mayoría de los estudiantes encuestados no han consumido sustancias psicoactivas.

Tabla 87 Asociación de la variable Distribución por sexo con variable Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva.

<i>Frecuencias absolutas</i>			
<i>En columnas: PREG 54</i>			
<u>C2.SEXO</u>	<u>NO54</u>	<u>SI54</u>	<u>Total</u>
F	140	31	171
M	124	30	154
Total	264	61	325

<u>Estadístico</u>	<u>Valor</u>	<u>gl</u>	<u>p</u>
Chi Cuadrado Pearson	0,10	1	0,7553
Chi Cuadrado MV-G2	0,10	1	0,7554
Irwin-Fisher bilateral	0,01		0,7775
Coef.Conting.Cramer	0,01		
Coef.Conting.Pearson	0,02		
Coeficiente Phi	0,02		

Se concluye que Distribución por sexo (variable 2) es independiente de la variable 54 (encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de sustancia

psicoactiva) Valor $P=0.7$; Lo que nos quiere decir esto es que sin importar el sexo, esto no ha influido en el hecho de consumir sustancias Psicoactivas.

Tabla 88 Asociación de la variable Distribución por sexo con variable Distribución de los encuestados que han tenido relaciones sexuales.

<i>Frecuencias absolutas</i>			
<i>En columnas: PREG 69</i>			
<u>C2.SEXO</u>	<u>NO69</u>	<u>SI69</u>	<u>Total</u>
F	24	147	171
M	14	140	154
Total	38	287	325

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	1,92	1	0,1660
Chi Cuadrado MV-G2	1,94	1	0,1632
Irwin-Fisher bilateral	0,05		0,1724
Coef.Conting.Cramer	0,05		
Coef.Conting.Pearson	0,08		
Coeficiente Phi	0,08		

Se concluye que Distribución por sexo (variable 2) es independiente de la variable 69 (encuestados que han tenido relaciones sexuales) Valor $P = 0.1$.

Lo que nos quiere decir esto es que sin importar el sexo (masculino, femenino), esto no ha influido en el hecho de haber iniciado su vida sexual.

Tabla 89 Asociación de la variable programa con variable Distribución de encuestados que utilizan algún método de planificación familiar.

<i>Frecuencias absolutas</i>			
<i>En columnas: PREG 72</i>			
<u>PROGRAMA</u>	<u>NO72</u>	<u>SI72</u>	<u>Total</u>
Edu.fi	33	58	91
Enf.	37	76	113
Med.	25	63	88
Total	95	197	292

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	1,26	2	0,5323
Chi Cuadrado MV-G2	1,27	2	0,5307
Coef.Conting.Cramer	0,05		
Coef.Conting.Pearson	0,07		

Aceptamos la hipótesis de que la variable Programa es independiente de la variable 72 (Uso de Método de Planificación Familiar) valor $P=0.5$. Lo que nos quiere decir esto es que el ser estudiantes de un programa específico no ha influido en el hecho de que los estudiantes estén o no usando un método de Planificación Familiar.

Tabla 90 Asociación de la variable Distribución por sexo con variable Distribución de encuestados que utilizan algún método de planificación familiar.

<i>Frecuencias absolutas</i>			
<i>En columnas: PREG 72</i>			
<i>C2.SEXO</i>	<i>NO72</i>	<i>SI72</i>	<i>Total</i>
F	43	111	154
M	53	88	141
Total	96	199	295

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Chi Cuadrado Pearson	3,13	1	0,0767
Chi Cuadrado MV-G2	3,13	1	0,0766
Irwin-Fisher bilateral	-0,10		0,0827
Coef.Conting.Cramer	0,07		
Coef.Conting.Pearson	0,10		
Coeficiente Phi	-0,10		

Aceptamos la hipótesis de que la variable 2 (distribución por Sexo) es independiente de la variable 72 (Uso de Método de Planificación Familiar) Valor $P=0.07$. Lo que nos quiere decir esto es que el sexo no influye en el hecho de que los estudiantes estén o no usando un método de Planificación Familiar.

Tabla 91 Asociación de la variable programa con la variable Distribución por sexo con variable Distribución de encuestados que Usan Preservativo como método para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual.

<i>Frecuencias absolutas</i>			
<i>En columnas: PREG 74</i>			
<i>PROGRAMA</i>	<i>NO74</i>	<i>SI74</i>	<i>Total</i>
Edu.fi	18	53	71
Enf.	20	62	82
Med.	23	41	64
Total	61	156	217

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Chi Cuadrado Pearson	2,77	2	0,2504
Chi Cuadrado MV-G2	2,70	2	0,2595
Coef.Conting.Cramer	0,08		
Coef.Conting.Pearson	0,11		

Se concluye que programa (variable 1) es independiente de la variable 74 (Uso de Preservativo como método para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual) Valor

P=0.2. Lo que nos quiere decir esto es que el Programa al que el estudiante pertenece no ha influido en el hecho de que los estudiantes estén o no usando preservativo como un método de Protección para prevenir las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Tabla 92 Asociación de la variable Distribución por sexo con variable Distribución de encuestados que usan Preservativo como método para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual.

<i>Frecuencias absolutas</i>			
<i>En columnas: PREG 74</i>			
C2.SEXO	NO74	SI74	Total
F	43	72	115
M	19	85	104
Total	62	157	219

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	9,84	1	0,0017
Chi Cuadrado MV-G2	10,06	1	0,0015
Irwin-Fisher bilateral	0,19		0,0025
Coef.Conting.Cramer	0,15		
Coef.Conting.Pearson	0,21		
Coeficiente Phi	0,21		

Se puede concluir que Uso de Preservativo como método para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual (variable 74) está asociada a la distribución por sexo (variable 2) valor=0.001. Esta dependencia nos está diciendo que el uso de preservativo como método para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual si depende del sexo y que los hombres generalmente usan con más frecuencia dicho método que las mujeres.

Tabla 93 Asociación de la variable Distribución por sexo con Distribución diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual.

<i>Frecuencias absolutas</i>			
<i>En columnas: PREG 75</i>			
C2.SEXO	NO75	SI75	Total
F	118	2	120
M	100	3	103
Total	218	5	223

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	0,39	1	0,5310
Chi Cuadrado MV-G2	0,39	1	0,5312
Irwin-Fisher bilateral	0,01		0,6642
Coef.Conting.Cramer	0,03		
Coef.Conting.Pearson	0,04		
Coeficiente Phi	0,04		

Se concluye que la distribución por sexo (variable 2) es independiente de la variable 75 (diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual). Valor $P=0.5$. Esta independencia nos está diciendo que el Diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual no depende del sexo (masculino, femenino) de los estudiantes.

5.3 ANALISIS DE CORRESPONDENCIAS

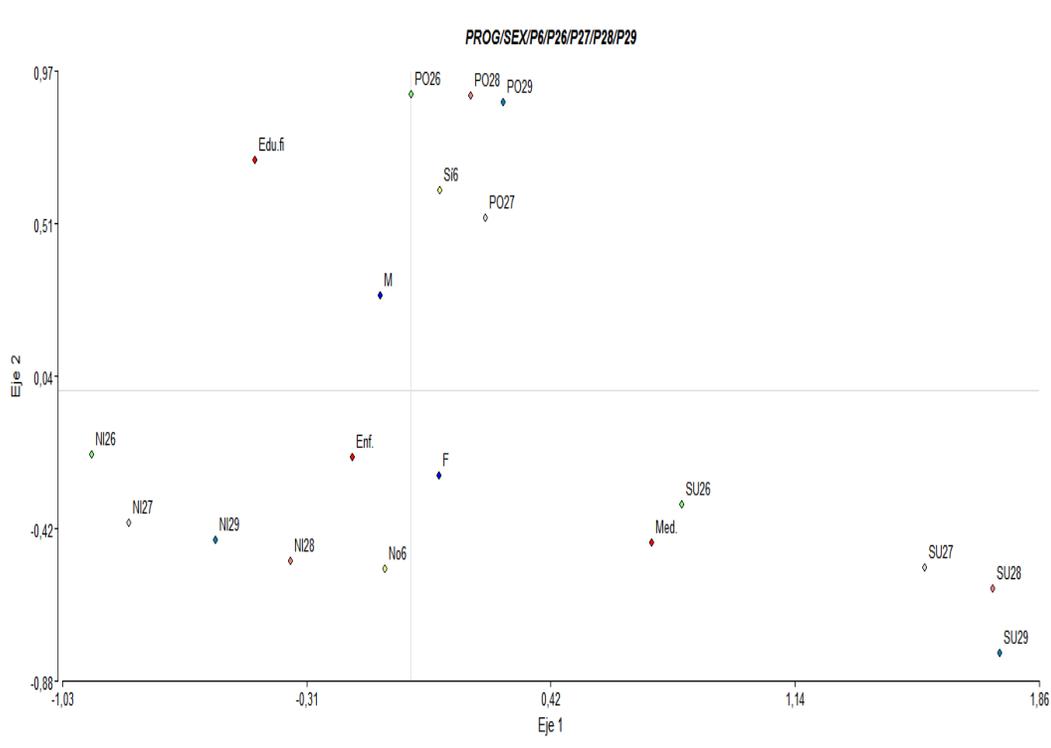
El objetivo del Análisis de correspondencias crear un mapa de la posición relativa de las variables cualitativas estudiadas con cada uno de sus valores posibles. Una posición que refleje el grado de asociación entre ellas. Es una técnica que, aunque está basada en unos métodos algebraicos complejos, es muy intuitiva, como se verá a continuación. Básicamente el objetivo es representar cada uno de los valores posibles de cada una de las variables estudiadas en un plano donde la posición relativa de los puntos refleje el grado de asociación entre cada uno de los conceptos representados.

Cuando estudiamos dos o más variables cualitativas cada una de ellas tiene una serie de valores posibles, de valores que en realidad son categorías, son valores nominales (es por esto que a las variables cualitativas se les denomina también categórico o nominal). Por ejemplo, la variable sexo: Hombre y Mujer, la variable fumar: Fuma y No fuma, etc.

El procedimiento del análisis es muy similar al del Análisis de componentes principales. Se trata de buscar qué combinaciones de los valores nominales de las variables cualitativas originales permiten una representación más fiel, en dos dimensiones, de la nube de puntos original que es en más dimensiones (Salvador, 2003)

Se realizó el análisis de las siguientes categorías:

Figura 69 Análisis de categorías programa, distribución por sexo, estudiantes que han recibido educación en alimentación saludable (6), estudiantes que han recibido educación en Bioseguridad (26), estudiantes que han recibido educación en Atención Inmediata en emergencias(27),estudiantes que han recibido educación en primeros auxilios (28),estudiantes que han recibido educación en prevención de accidentes(29).



Fuente: Las autoras.

Se observa:

Los estudiantes del programa de enfermería en su mayoría son de sexo femenino.

Los estudiantes del programa enfermería en su mayoría no ha recibido en educación en Bioseguridad por parte del programa de bienestar universitario, aunque uno espera que como componente de su currículo este tema se ha brindado.

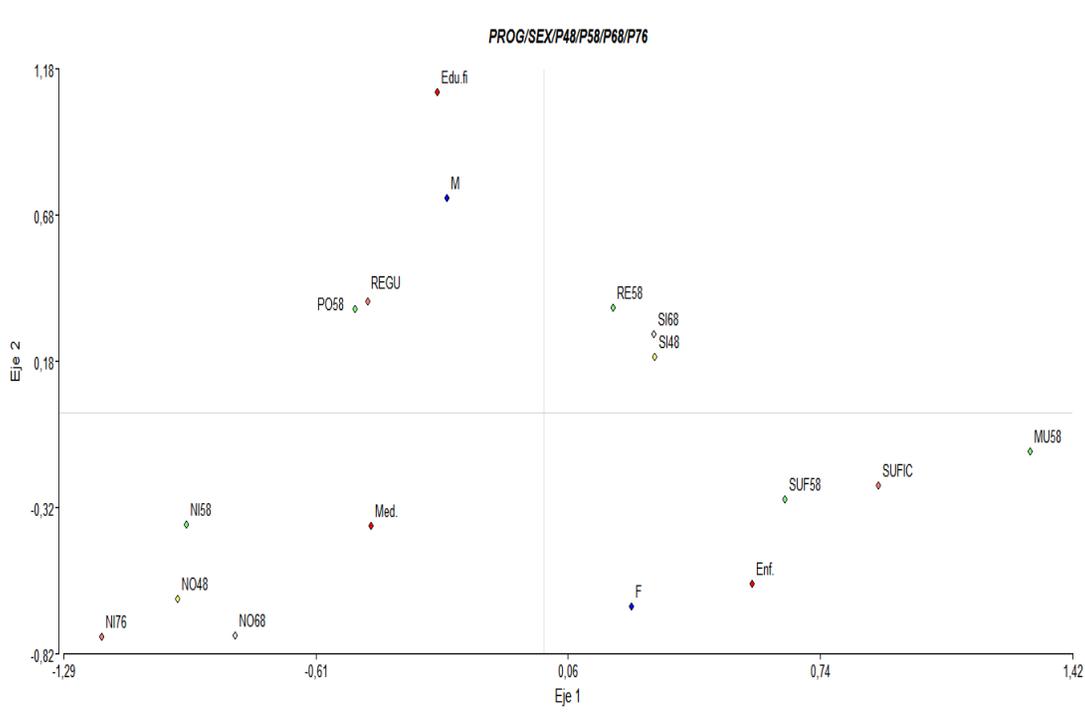
Los estudiantes del programa enfermería en su mayoría no ha recibido en educación en primeros auxilios por parte de la universidad.

Aunque se encuentran alejadas del centro de origen y se toman como la minoría cabe resaltar:

Los estudiantes del programa de educación física han recibido poca educación en bioseguridad y en su mayoría son masculinos.

Los estudiantes de medicina perciben que han recibido suficiente educación en bioseguridad.

Figura 70 Análisis de categorías : programa, distribución por sexo, Percepción de los estudiantes acerca de actividades educativas encaminadas a prevención del consumo de tabaco ofrecidas por la UT (48), percepción de educación en Sustancias psicoactivas brindada por la UT en una clase o actividad educativa (58), estudiantes que han recibido educación en hábitos saludable, cuidados de la salud y alimentación como parte del currículo de la facultad a la cual están adscritos(68), Percepción de los encuestados sobre la información brindada en actividades educativas de la UT sobre salud sexual y reproductiva (76).



Fuente: Las autoras.

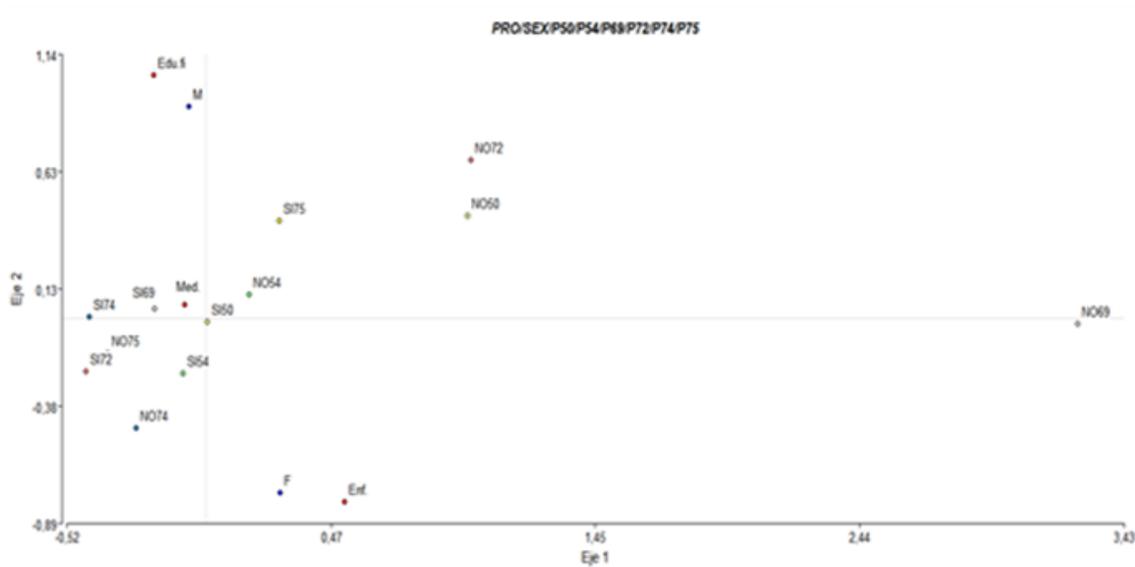
Se muestra que: Los estudiantes del programa de medicina perciben que la educación que han recibido en alguna clase o actividad educativa sobre sustancias psicoactivas es poca.

En general los encuestados del genero masculino perciben que la educación que han recibido en alguna clase o actividad educativa sobre sustancias psicoactivas es poca o regular.

Acerca de actividades educativas encaminadas a prevención del consumo de tabaco ofrecidas por la UT y educación en hábitos saludable, cuidados de la salud y alimentación como parte del currículo de la facultad ; se concuerda en la mayoría que si se ha recibido .

Figura 71 Análisis de categorías : programa, distribución por sexo, Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo de bebida alcohólica (50), Distribución de los encuestados que en algún momento han consumido algún tipo

de sustancia psicoactiva (54) , Distribucion de los encuestados que han tenido relaciones sexuales (69),Distribución de encuestados que utilizan algun metodo de planificación familiar(72),Distribución de encuestados que usan preservativo como metodo para prevención de ETS (74),Distribución diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual (75).



Fuente: Las autoras.

Se concluye:

Hay asociación de la variable del programa de medicina con las variables: si han consumido alguna bebida alcohólica, si han tenido relaciones sexuales, usan el preservativo como método de prevención de ETS, en su mayoría no han consumido PSP y consecuentemente a la anterior variable en su mayoría no les ha sido diagnosticado ETS.

Las otras variables no son significativas

6. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en las tablas de distribución y los cruces de variables podemos llegar a las siguientes conclusiones:

el grupo etáreo encuestado correspondiente a los programas de Educación física, enfermería y medicina , en su mayoría (45%) se encuentra en el rango de los 21 a 23 años , y solo un 26 % se encuentra en el rango entre los 18 a 20 años , todos ubicados en los semestres de 5,6,7 y 8 , en donde ya han recorrido un trayecto amplio en la universidad y han podido estar expuestos no solo a conductas de riesgo si no también a hábitos saludables y se han podido beneficiar en algún momento por actividades educativas brindadas por la universidad en temas que influyen en su estilo de vida , es importante tener en cuenta este dato por que el grupo etáreo está relacionado directamente con la permanencia a instituciones de educación superior o tecnológicas, se entiende que en este periodo del ciclo vital el ser humano se centra en su preparación para conseguir condiciones que le permitan desempeñarse en un futuro en un mercado laboral , pero la estancia en el ámbito universitario no solo comprende la adquisición de conocimientos, habilidades , aptitudes necesarias para lograr este fin ; sino también todo un ambiente en el cual el estudiante se permea de lo que lo rodea . También aunque en el estudio no se indaga pero según la caracterización de la población en cuando su condición socio económica el 82% de los estudiantes de los programas de pregrado presencial, provienen de los estratos socioeconómicos 1 y 2, el 17% del estrato 3 y solo 1% del estrato 4(Universidad del Tolima, 2013). Esta información respalda la importancia de la investigación en cuanto a que la transición que tiene el estudiante en su paso de la universidad, cobra importancia, porque mientras más joven sea el individuo y sea de un menor estrato social ; menor importancia da a la adquisición de hábitos saludables como lo muestra (Parrací, 2010) en su estudio. Además según el estudio realizado por (Parraci, 2010) en donde cita a Whitaker, Miller, May, & Levin, 1999; Regina, Alice & Yuen, 2005) y a (Comas, 2003) Debido a este acelerado proceso de desarrollo tanto físico como emocional en esta población, las diversas investigaciones dan respuestas a muchos

interrogantes que están relacionados con la salud y la enfermedad. Diversos estudios revelan la existencia de factores individuales, familiares y sociales (institución universitaria, grupo de amigos) que influyen en la adopción de conductas riesgosas para la salud de los jóvenes universitarios. Es decir que en este período de la vida estos grupos son el contexto de mayor referencia o importancia para las personas y que, por consiguiente, éste incide de manera fundamental en los posibles comportamientos de riesgo a que el estudiante se expone. Por lo tanto la familia y el centro docente siguen teniendo una enorme importancia a la hora de modular los posibles riesgos a los que los jóvenes se ven expuestos por la presión de sus iguales (Comas, 2003).

Se observa que la utilización del servicios de promoción de salud ofrecidos por la universidad del Tolima es bajo solo un 34 %, esto se relaciona con en el informe de gestión de bienestar universitario en donde la participación de los estudiantes a los diferentes servicios ofrecidos es baja, a pesar de esto el servicio de consulta médica preventiva es la de mayor porcentaje (Vicerrectoría de Desarrollo Humano, 2013). Puede inferirse que todos los esfuerzos en la Educación Superior están direccionados hacia la atención a estudiantes. Sin embargo, el bienestar se concibe, en sentido amplio, como resultado de las actitudes individuales y colectivas hacia el mejoramiento de la calidad de vida en los diferentes contextos (Parrací, 2010) .pero se hace necesario, no solo contar con servicios de bienestar universitario sino que sus servicios sean orientados a la adquisición de hábitos saludables, además de utilizar estrategias de difusión que motiven al alumnado a la participación de las actividades realizadas. Una de las razones es que la vida universitaria añade más estrés a los jóvenes ya que requieren de toma de decisiones independientes, presentan pérdida de las redes de apoyo social y pueden presentar aislamiento, junto con la dificultad de adaptación a culturas, valores diferentes y la responsabilidad de su salud citados por (Parrací, 2010) (Dong, Chun-Quan, Mei-Yen & Ni-Duan, 2009). Se encuentran resultados similares con el estudio realizado por (Granados y Aldana, 2013) en donde el consultorio médico universitario, que había sido utilizado solo por el 15,4% de la población estudiantil encuestada (hay que tener en cuenta que la oferta en

servicios de promoción en salud es más amplia en este estudio por lo que se menciona solo el consultorio universitario). No se hicieron comparaciones en cuanto al uso de los servicios ofertados con otras universidades ya que los datos encontrados en la revisión bibliográfica se encuentran diferencias en estos portafolios de servicios, así que no se consideró que tuvieran aporte a los resultados de nuestro estudio.

En el aparte de hábitos de alimentación se concluye:

En cuanto a los talleres de nutrición, se evidencio que estos están relacionados con el programa se muestra que los estudiantes de educación física tienen una mejor percepción acerca de las acciones educativas brindadas en este tema, relacionado con los estudiantes de los otros programas, cabe anotar que el programa de educación física se hace más visible al interior del claustro universitario generando actividades promotoras de hábitos saludables, en cuanto a los otros programas se podría esperar que estos temas están insertos en el currículo pero no como una cátedra en particular ;en comparación con otros estudios relacionados existe una marcada diferencia en cuanto a la oferta de alimentación saludable por parte de los servicios de cafetería , ya que la población encuestada en la universidad del Tolima en donde se considera que la oferta no es la adecuada , el consumo de alimentación no saludable (paquetes, Gaseosas, empanadas) es de mayor frecuencia en la semana; en tanto en otros estudios donde se han realizado estas comparaciones la percepción de ofertas de alimentos saludables es mejor, aun así el consumo de este tipo de alimentos es menor, (Bastias y Bertoni, 2014) (Montero Bravo y Úbeda Martín, 2006) (Obregon, Celis, & Ayala, 2013) . En estudios dentro de la misma institución los datos se correlacionan, (Parrací, 2010) concluyo en su estudio que las prácticas de los estudiantes de la Universidad del Tolima frente a la dimensión de hábitos alimenticios es lamentable. El conocimiento de una alimentación saludables y la oferta de los mismos no es garante de que la población universitaria adquiera adecuados hábitos alimenticios, se hace necesario generar acciones educativas que impacten a los estudiantes en el tema y por lo tanto disminuya el riesgo de morbilidad (obesidad , enfermedades cardiovasculares) , esto es importante ya que un 85 % de la población encuestada tiene disposición a

recibir apoyo y educación en el tema similar al estudio de (Granados & Aldana, 2013) donde el 77% del total de estudiantes expresó que le gustaría participar en talleres sobre el tema ; esto muestra que no se debe considerar a la población universitaria apática a el tema de nutrición , y reta a las directivas a generar acciones que sean llamativas para los estudiantes , y aunque para la universidad puede no parecer importante invertir en este tema en particular , la generación de hábitos alimenticios saludables es fundamental para influir en una sociedad en donde las enfermedades crónicas como la diabetes , falla renal, cardiopatías , aumenta en incidencia .

En el tema de accidentalidad , al indagar la percepción sobre la educación recibida en temas relacionados se encontró que los talleres en Atención Inmediata en Emergencias recibidos están asociados al programa y es más alta la educación sobre el tema en los estudiantes de Medicina en comparación con los de Educación Física e incluso los de Enfermería. Podría deberse al interés en particular por este área de saber qué hacer en una emergencia ya que está ligado al ejercicio de su profesión , la mayoría de los estudiantes independientemente el programa concuerdan en que la educación recibida en prevención de accidentes y primeros auxilio es deficiente; comparado con (Granados y Aldana, 2013) en la suficiencia sobre los temas de parte de la universidad , las respuesta concuerdan con nuestra población ya que más del 50% de los estudiantes consideran que han recibido poco o nada de información en temas de primeros auxilios , bioseguridad , accidentalidad que hacer, prevención de accidentes . Existe una variación si comparamos nuestro estudio con el de granados quien aplico la misma encuesta en cuanto al tema de bioseguridad ya que en los resultados obtenidos la percepción de los estudiantes de Medicina y de Enfermería con respecto a la educación recibida por parte de la Universidad del Tolima Suficiente, en comparación con los de Educación Física ; teniendo en cuenta que la educación en bioseguridad y los subtemas que se derivan de ella puede ser distinta según el programa y que históricamente los estudiantes del área de salud consideran como importantes los subtemas de bioseguridad que aplican dentro de los sitios de práctica clínica además que estos temas hacen parte del currículo y son de evaluación

y seguimiento no solo por los actores de la universidad sino por los servicios de calidad de las instituciones hospitalarias.

Consumo de tabaco y humo de segunda mano , de la población encuestada solo un 13 % es menor de 18 años teniendo en cuenta que la reglamentación en Colombia prohíbe el consumo y venta de cigarrillos a menores de 18 años (Congreso nacional, 2009) aun así un 49% han probado el cigarrillo además un la mayoría lo han adquirido en el campus universitario (82%), en cambio solo un 17% de estudiantes mayores de 18 años no fuman en la actualidad , lo que puede mostrar que a más edad mayor adopción de conductas segura , aunque en otros estudios se evidencia lo contrario como en (Alba, 2009) donde El porcentaje de fumadores se incrementa en estudiantes mayores (25,9%) .

Al observar la relación programa / educación en prevención de tabaquismo, el primero no influye en la educación que reciba sobre los peligros de fumar para la salud. Los estudiantes perciben que la educación impartida por la universidad es igual y se ha recibido suficiente para todos los programas y no está implícita en los currículos. Comparado con (Parrací, 2010) cita “al parecer el hábito del tabaco tiene relación con el tipo de carrera que este cursando el estudiante, por ejemplo, los alumnos de Psicología y Odontología tienen las mayores frecuencias en el consumo diario de tabaco; mientras que los de Educación Física y Deportes tienen la mayor frecuencia en consumo ocasional del mismo (Meda et al, 2008 , (Bastias y Bertoni, 2014) podría soportar el por qué menores de 18 años han consumido tabaco, ya que en su estudio se encontró que al hábito de fumar el 71.2% han fumado una sola vez en su vida , esto como lo mencionamos anteriormente se debe a la necesidad de ser aceptado por un grupo y la imagen que el menor de 18 años quiere dar en la universidad , como un modo de renunciar a su adolescencia y mostrarse como joven adulto y que se resalta en los resultados obtenidos ya que en relación al porcentaje de estudiantes que no tenían el hábito de fumar al ingresar a la universidad del Tolima se evidencia que el 80% no lo hacía y el 20% sí. Nos muestra como el hábito de fumar se encuentra relacionado con el ingreso a la universidad.

Consumo de alcohol los resultados muestran que el 88% de la población encuestada ha consumido en algún momento en su vida y un 12% nunca lo ha hecho esto sin diferencia de género. Sobre el consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, los resultados nos muestran que el 89% no ha consumido y el 19% de los estudiantes encuestados han consumido una sustancia de estas en algún momento en su vida en relación de la variable del programa de medicina con las variable consumo de bebida alcohólica se encontró asociación, en la percepción de la educación recibida para prevención del consumo de bebidas alcohólicas o PSP , cabe resaltar que independientemente del programa en los estudiantes encuestados la percepción de dicha educación se encuentra distribuida con un porcentaje no muy variable en todas las opciones de respuestas lo que muestra que para los estudiantes no hay visibilidad en los programas de prevención ofertados por la universidad por lo tanto se haría necesario una evaluación específica del impacto de esta educación en los estudiantes, hasta el momento solo existe un trabajo en la universidad que evidencia el consumo en la población de la universidad del Tolima (Quimbayo y Olivella, 2013) en donde concluye que edad de mayor consumo se centra en el grupo de 18 a 21 años, consumen más los hombres, los cuales se ubican en los estratos 2 y 3. Son significativos los consumos en programas como Topografía, Arquitectura, Educación Física, Enfermería y Medicina. En comparación con los resultados obtenidos cabe anotar que la encuesta no se centró solamente en este tema

La importancia de que la universidad intervenga en este tema en específico no solo se respalda en los anteriores resultados sino también por los resultados mostrados por Comunidad Andina et al. (2009, citado en Universidad del Tolima, 2013) el panorama general del problema en el país es el siguiente:

El 29,3% de los estudiantes universitarios colombianos declara haber usado alguna droga ilícita o lícita de uso indebido algunas vez en la vida. El 13,5% ha usado alguna droga recientemente (en el último año). Las drogas más consumidas son la marihuana, con 11,5%, seguido de algún tipo de cocaína (clorhidrato, bazuco o crack) con 2,9% y en tercer lugar por algún tipo de droga sintética con 1,7%, principalmente LCD y éxtasis. En cuarto lugar se ubican los inhalables con prevalencia año de 1,4%. El 2%

de los consumidores pertenece a un grupo donde no está presente el consumo de marihuana, sino solo de las demás drogas y el 27,7% de los estudiantes presenta signos de abuso o dependencia asociados con el consumo de estas drogas, es decir uno de cada cuatro estudiantes. A ello debe agregarse que el 12% de los estudiantes que ha bebido alcohol en el último año, presenta signos de dependencia alcohólica, es decir uno de cada ocho estudiantes, estos resultados son similares nuestro estudio y los realizados en el interior de la universidad del Tolima.

En cuanto a sexualidad se encontró que un 88% ya inicio su vida sexual, y de estos un 63% de manera temprana antes de los 18 años y en su mayoría ya han tenido de 2 a 4 parejas sexuales esto sin importar si se es hombre o mujer, se da en igual proporción, El mayor porcentaje usa métodos anticonceptivo y preservativo independiente del programa al que están adscritos. Se evidencia que los mayores porcentajes de los encuestados de sexo masculino utilizan el preservativo como método de protección contra ETS.

También se concluye que la educación recibida por parte de la Universidad del Tolima sobre salud sexual y reproductiva Esta asociada al programa según esto, la escogencia del programa, las clases y actividades grupales que reciben los diferentes programas por parte de la Universidad del Tolima afectan el nivel de educación con respecto salud sexual y reproductiva y se perciben distintos en cada facultad, es mayor en los estudiantes de Enfermería en comparación con los de Medicina y en menor proporción los de Educación física. Lo que se relaciona también con el informe de bienestar que dentro de sus actividades existen talleres de sexualidad responsable y un bajo porcentaje tiene acceso a ellos (Vicerrectoria Desarrollo Humano, 2013), se hace necesario intervenir en este tema y promocionar o visibilizar a los estudiantes de la universidad del Tolima sobre las acciones que se están prestando sobre este tema. En comparación con otros como (Parrací, 2010) en cuanto al inicio de sexualidad se ha encontrado que es mayor el porcentaje de los estudiantes universitarios que ha tenido relaciones sexuales alguna vez, que los que no las han tenido. La edad de inicio de relaciones sexuales se ubica alrededor de los 18 años son varios los estudios respecto

al tema (Alba, 2009) (Bastias & Bertoni, 2014) (uribe & Orcasita, 2009) que muestran que uno de los factores de riesgo en los estudiantes universitarios son el inicio de una vida sexual temprana, pero cabe resaltar en este estudio que las conductas protectoras son practicadas por un mayor porcentaje de la población.

En relación con los resultados encontrados prevalecen conductas de riesgo en áreas de sexualidad, consumo de PSP, los resultados son similares a estudios realizados en población colombiana (Alarcon, Varela, Torres, & col, 2012) (Alba, 2009) (Rojo y Bueno, 2008) (Garcia et al., 2012) (Parrací, 2010) (Quimbayo y Olivella , 2013) (Obregon, Celis, & Ayala, 2013), y que se relacionan como se ha referido en anteriores apartes. La población universitaria , está en una etapa transicional al cual se ven expuestos a cambios físicos y sociales , y aunque puedan recibir información o acciones educativas en estos temas , su percepción del riesgo que tiene al llevar conductas no saludables es baja , (Arrivillaga & Salazar, 2005) Con base en lo mencionado con las percepciones , se ha observado que cuando los estudiantes están en la transición de dejar sus hogares para iniciar su vida universitaria lejos del hogar, con amistades y ambiente nuevo, el estudiante está expuesto y tiende a incrementar estilos de vida que no son saludables. Una de las razones es que la vida universitaria añade más estrés a los jóvenes ya que requieren de toma de decisiones independientes, presentan pérdida de las redes de apoyo social y pueden presentar aislamiento, junto con la dificultad de adaptación de culturas, valores diferentes y la responsabilidad su salud (Dong, Chun-Quan, Mei-Yen & Ni-Duan, 2009 citados por Parrací, 2010).

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que dentro del proyecto educativo institucional que va hasta el 2023 expuesto por la universidad se encuentra los siguientes enunciados : “Los planes de estudio en la Universidad del Tolima procurarán la formación académica, teniendo como principal interés el desarrollo humano, mediante la formación en actitudes y habilidades del ser, del saber y el hacer (cognitivas, socio-afectivas y comunicativas) relacionadas entre sí, para facilitar el desempeño flexible en situaciones relativamente nuevas y en contextos sociales complejos”. 138 “El eje de compromiso social integra dos programas macro: el programa de Desarrollo Humano y el programa de Proyección Social, en el primero se promoverá el principio de equidad en el ingreso y permanencia de los estudiantes, trabajará por la equidad de género, generará condiciones para una buena salud mental y física de su comunidad universitaria, propiciará el deporte y la recreación para el disfrute del ocio y el tiempo libre, promoverá las artes y las diversas expresiones culturales y la movilización de liderazgos sociales, políticos, económicos y culturales que dinamicen la realidad social”.

La implementación de programas de promoción de hábitos saludables es coherente con los direccionamiento de la universidad del Tolima, es por eso que recomendamos

- Continuar con la medición en las restantes facultades del uso que de los servicios de la Universidad hacen los estudiantes adscritos y la percepción que tienen de los mismos como también realizar un monitoreo constante del impacto que los servicios de bienestar tienen en el grupo de estudiantes.
- Fortalecer e Implementar programas como el de Universidad Saludable y otros proyectos que permitan la participación de todos los estamentos y la consolidación de lazos con otras instituciones que sean marco de referencia en estos temas.

Se lograron:

- Reuniones durante el año 2013 con REDCUPS.
- Reunión enero 2014 para convocatoria otras Instituciones de educación superior del Departamento.

- Conformación del Nodo Tolima.
- I Encuentro Regional Universidades Promotoras de Salud.
- Participación en el congreso Nacional de REDCUPS en representación de la Universidad del Tolima con el trabajo LA INVESTIGACIÓN COMO SOPORTE EN EL PROCESO DE CONSOLIDACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA COMO UNIVERSIDAD SALUDABLE.
- Compromiso de altos directivos de la UT.
- Línea de condiciones para fortalecer las estrategias en Promoción de la Salud en la Universidad del Tolima
- Continuar con actividades en Promoción de la Salud desde los programas.
- Creación de comité institucional que promueva el fortalecimiento de la Universidad del Tolima como Universidad Promotora de Salud.
- Propuesta al comité central de Currículo para la Transversalización de la Promoción de la Salud a los diferentes programas.
- Existencia en la Dependencia de Vicerrectoría de Desarrollo Humano de una Sección de Promoción y Prevención que sea el referente del proceso.
- Continuar trabajo en Red.
- Apoyo en reuniones virtuales de capacitación con Universidades Promotoras de Salud con la experiencia.
- Fortalecimiento de la Investigación en RED (Creación de Grupo de Investigación).

REFERENCIAS

Alarcon, C., Varela, M. T., Torres, I. C., & col. (2012). *Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. Hacia la Promoción de la Salud* , 17 (1), PP 92-104.

Alba, L. H. (2009). *Perfil de riesgo en estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana*. Univ. Med. Bogotá (Colombia),50 (2), PP143-155.

Alfaya, M. E. (2007). *Intervención de la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes*.(Tesis doctoral).Universidad de Santiago de Compostela,Galicia(España)

Aristizabal, G. P., & col. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* ,8(4), PP 16-23.

Arrivillaga Q, M., & Salazar T, I. C. (2009). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Pensamiento Psicologico* ,5(12),PP 71-78.

Arroyo, H. (2010).*Memorias I congreso Nacional UPS*.En Arroyo, H. , I encuentro para la conformación de la red colombiana de universidades promotoras de salud, pp 34. Bogotá,Colombia.

Arroyo, H., & Cerqueira, M. (1997). *La promoción de la salud y la educación para la salud en America Latina*. San Juan de Puerto Rico: OPS - Universidad de Puerto Rico.

Bastias, E., & Bertoni, J. (2014). Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. *Ciencia y Enfermería*, XX(2) , PP 93-101.

Bennassar, M. (2011). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios*.(Tesis Doctoral),Programa de doctorado en Ciencias iosociosanitarias: Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS).Islas Baleares(España).

Cerqueira, M. (1997). *Promoción de la salud y Educación para la Salud : retos y perspectivas* . En H. Arroyo, & M.Cerqueira, La promoción de la Salud y la educación

para la Salud en America Latina . Un análisis sectorial. Universidad de Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico .

Colombia, Congreso Nacional, (2009) *Ley 1335* de 21 de julio de 2009.

Colombia, Ministerio de Protección Social, (2008) *Resolución 01956* de mayo 30 de 2008.

Delia Rojo, M, & Villela Bueno, S. M. (2008 vol 16). scielo. Recuperado el octubre de 2014, de Latino-Am. Enfermagem [online].: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000700020>.

Diaz, Y., Pérez, J., Báez, F., & Conde, M. (2012). Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* , vol.28 no.3.

Dooris, M., & Doherty, S. (2011). *The Healthy Universities Approach: Adding Value to the Higher Education Sector*. Health Promotion Settings: Principles and Practice .Manchester:Rouledge.

Equipo Administrativo Universidad del Tolima.(2010).Evaluación al Plan de Desarrollo Institucional.Ibagué:Oficina de Desarrollo Institucional universidad del tolima.

Equipo coordinador REDCUPS. (2012). *Universidades e instituciones de educación superior(IES) promotoras de salud. Guía para su fortalecimiento y evaluación*. Bogotá: Ministerio de salud y protección social .

Garcia Laguna, D. G., & al, e. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de los jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud* , 17(2),PP 169-185.

Giraldo Osorio, A., & al., e. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), PP 128-143.

Granados, C., & Aldana, C. (2013). *Unidos fortaleciéndonos como una universidad promotora de salud, los diez primeros años del proceso 2003-2013*. Bogotá: Javegraf.

Ila, A. y. (2006). *Guía Universidades Saludables y otras instituciones de Educación Superior*. Chile: Universidad Católica.

Irwin, A., & Orielle, S. (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes*. Ginebra: OMS.

IV Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. (1997). *Declaración de Yakarta.*, (págs. 1-6). Yakarta, Indonesia.

Julio Castrillo, M., del la Cruz Ortiz, A., & de la Salas, K. (2012). *Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería de una universidad del departamento del Atlántico* (Colombia). *Salud Uninorte* , 28 (2),PP 322-334.

Lange, I., & Vio, F. (2006). *Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación superior*. Santiago: Andros Limitada.

Lema, L. F., Torres, I. C., Varela, M. T., Tamayo, J., & col. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios :satisfacción con el estilo de vida. *satisfacción con el estilo de vida* , 5 (12), PP 71-88.

Montero Bravo, A., & Úbeda Martín, N. G. (2006). Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales . *Nutricion Hospitalaria* ,21(4),PP 466-473.

Muñoz, M., & Cabieses, B. (2008). Universidades y Promoción de la salud:¿Cómo alcanzar el punto de encuentro? . *Revista panamericana de salud pública* ,24(2),PP 139-146.

Obregon, M. C., Celis, L. G., & Ayala, J. d. (2013). Factores promotores de cultura nutricional en adolescentes y adultos jóvenes de la Universidad de La Sabana. *Salud Uninorte*. Barranquilla ,29(3),PP 374-383.

Oficina de control y registro académico. (2014). Informe de Registro de Matriculados Semestre A. Ibagué: Universidad del Tolima.

OMS. (1998). Promoción de la salud *Glosario*. Ginebra.

Parrací, C. A. (2010). *Promoción de hábitos de vida saludable y universidad*. Ibagué: Sello editorial Universidad del Tolima.

Pender, N (1996) Modelo de promoción de la Salud. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>.

Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. (1978). Alma Ata Salud para todos para el año 2000. Organización Mundial de la Salud. Kazajistán.

Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. (1986). Ottawa. Carta de Ottawa. Organización Mundial de la Salud. Canadá.

Quimbayo Dias, J. H., & Olivella Fernandez, M. C. (2013). Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana. *Rev. salud pública*.15(1) ,PP 32-43.

Red Española de Universidades Saludables. (2011). Documento Descriptivo REUS. Madrid.

Red Internacional de Universidades Promotoras de Salud. (2005). *Carta de Edmonton*. (pág. 1). Edmonton:REDCUPS.

Rodriguez Gazquez, M. d., Massaro, M. M., & Martinez, L. M. (2006). Factores de riesgo de estilos de vida para enfermedad cardiovascular en estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana. *Medicina UPB* ,25(1),PP 61-70.

Salvador, F. M. (2003). 5 campus.com. Recuperado el 10 de 2014, de <http://www.5campos.com/leccion/correspondencias>.

Sanchez, A., Ramos, E., Virtudes, S., & Marset, P. (1995). Estructuras de Racionalidad en Educación para la Salud :Fundamentos y Sistematización. *Rev San Hig Púb* , 69 (1), PP 9-11.

Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud. (2005). Carta de Bangkok. Sexta Conferencia Internacional, PP 1-9. Bangkok.

Shepherd, H. (2009). Presentación en el marco del IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud. Navarra, España .

Terris, M. (1996). Conceptos de la promoción de la salud : Dualidades de la teoría de salud pública . Organización Panamericana de la Salud /OMS . Washington, DC.

Universidad del Tolima.(2014). Misión y Visión Vicerrectoría de Desarrollo Humano. Recuperado de <http://www.ut.edu.co/administrativos/index.php/inti/vicerrectoria-de-desarrollo-humano/mision-y-vision>.

Universidad del Tolima.(2013). Plan de Desarrollo 2013-2022.Ibagué:Universidad del Tolima.

uribe, A. F., & Orcasita, L. T. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. Revista Virtual Universidad Católica del Norte , Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/>.

Vargas Melgarejo, L. M. (1994). Sobre el concepto de percepción. Alteridades Centro de Información y Documentación Antropológica Universidad Autónoma,Mexico , 4(8), PP 47-53.

Vicerrectoria Desarrollo Humano. (2013). Informe Bienestar Universitario. Ibagué: Universidad del Tolima.

ANEXOS

Anexo A Formato de Consentimiento Informado

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTO DE INVESTIGACION.

TITULO: PERCEPCION DE LAS ACCIONES EDUCATIVAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD QUE LLEVA A CABO LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA EN LOS ESTUDIANTES DE PREGRADO PRESENCIAL EN LOS PROGRAMAS ACADÉMICOS DEL AREA DE SALUD DURANTE EL 2013.

INVESTIGADORES: AIDA LILIANA VILLAMIL GONZALEZ-ROSA CATALINA FERIA ZAPATA

FACULTAD: Educación. Maestría en educación con énfasis en investigación

TELEFONOS RELACIONADOS CON LA INVESTIGACIÓN: 3153136964 – 3124433715

LUGAR: Universidad del Tolima

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que decida participar lea cuidadosamente este consentimiento, haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los riesgos y los beneficios.

PROPOSITO DEL ESTUDIO

Establecer el impacto de las actividades educativas en promoción de la salud brindadas por la universidad del Tolima a los estudiantes y de pregrado presencial para establecer una línea de base para implementar estrategias educativas y mejorar la oferta de servicios del medio universitario.

PROCEDIMIENTOS

Para la recolección de información relacionada con este estudio se solicitará a los voluntarios participar en una encuesta en la cual previa a una instrucción por parte del encuestador se iniciará el diligenciamiento para el cual solicitamos la disponibilidad de 30 a 40 minutos dónde estará siempre alguien pendiente a resolver cualquier duda acerca del diligenciamiento, en dicha encuesta se indagará sobre comportamientos saludables, comportamientos de riesgo para la salud de los estudiantes y la participación y percepción que tienen de las actividades educativas que la Vicerrectoría de Bienestar Universitario realizan para promover la salud.

RIESGOS E INCOMODIDADES

En este estudio los participantes podrán sentir algún nivel de ansiedad o presión respecto a algunas preguntas sobre sus comportamientos de riesgo para su salud y a su conocimiento y participación en actividades educativas por parte de la institución.

BENEFICIOS

No existe ningún beneficio económico por su participación en este estudio excepto su valioso aporte en el mejoramiento de la situación en salud de la población universitaria gracias al proceso de mejoramiento en los servicios de educación en promoción de la salud que deben ser realizados por parte de la universidad del Tolima como resultado de este estudio. Si usted desea obtener una copia de la investigación, nos puede contactar y se le enviará.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Para proteger su confidencialidad y anonimato, el estudio lo identificará mediante un número en lugar de su número de identificación. Toda la información será recogida de manera confidencial. Usted puede rehusarse a contestar cualquier pregunta o terminar su participación en este estudio en cualquier momento.

Consentimiento

He leído y entiendo la información que se ha suministrado. El investigador ha respondido todas las preguntas a satisfacción y me ha dado una copia de este formato.

_____	_____	_____
Nombre del participante	Firma del participante	Fecha

_____	_____	_____
Nombre del Investigador	Firma del investigador	Fecha

_____	_____	_____
Nombre del Investigador	Firma del investigador	Fecha

ESTUDIOS FUTUROS

Es posible que en el futuro los resultados de su encuesta sean utilizados en otras investigaciones cuyos objetivos y propósitos no aparecen especificados en el formato que usted firmará. Si esto llega a suceder, toda información será entregada de manera codificada para garantizar que no se revele su identidad.

Anexo B Formato Formulario

FORMULARIO No. _____

EVALUACION DEL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN EN SALUD EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y COMPORTAMIENTOS SALUDABLES O DE RIESGO DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

ENCUESTA PARA ESTUDIANTES

LEA ATENTAMENTE ESTA NOTA ANTES DE EMPEZAR A LLENAR EL FORMULARIO

"LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA NOS CUIDA"

Esta encuesta fue elaborada por la PUJ Pontificia universidad javeriana y ajustada a las necesidades del estudio de la Universidad del Tolima por las estudiantes de la maestría en educación Aida Villamil y Catalina Fera, previa autorización escrita de la PUJ y validación de preguntas adicionales y eliminación de otras no necesarias en este estudio. Esta encuesta va dirigida a estudiantes de la Universidad del Tolima del área de pregrado asistencial y su objetivo es evaluar el impacto de la educación en salud brindada por La institución e identificar las conductas saludables o de riesgo para la salud de los estudiantes. Para tal fin se indaga sobre los comportamientos en salud de los estudiantes y la percepción que tienen de las actividades que la Vicerrectoría de Bienestar Universitario adelanta para promover la salud.

Es importante que tenga presente que la información que usted suministre es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos, no tendrá ninguna implicación académica. Por ello le pedimos que conteste con total honestidad.

LEA ATENTAMENTE ESTA NOTA ANTES DE EMPEZAR A DILIGENCIAR EL CUESTIONARIO

Estimado(a) estudiante:

De antemano agradecemos su amable colaboración. A continuación se presentan algunas indicaciones para el correcto diligenciamiento del formulario, las cuales permitirán obtener una información veraz y clara para el estudio: * Antes de diligenciar la encuesta lea completamente la pregunta, en algunas de ellas hay algunas explicaciones previas.

* Diligencie el formulario con lápiz.

* Las preguntas, como facultad y carrera donde está matriculado etc., por favor diligéncielas en mayúscula y en cada casilla registre o escriba una letra, deje un espacio entre cada palabra. Ejemplos:

106. ¿Tiene alguna situación de discapacidad física o mental?

Sí No ➡ pase a 109

107. Esta discapacidad es: a. Temporal 1 Permanente 2

b. Mental 1 Física 2

108. ¿Cuánto mide sin zapatos? Metros Centímetros No sabe

109. ¿Cuánto pesa en Kilogramos sin zapatos? No sabe

II. PERCEPCIÓN GENERAL SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA UT

201. En los últimos seis meses contados hasta hoy, ¿Cuál de los siguientes servicios de promoción de la salud ofrecidos por la Universidad utilizó?

Consultorio médico a

Asesoría psicológica b

Grupos Deportivos c

Talleres educativos d

Otro, ¿Cuál? _____ e

No utilicé ningún servicio 1

Puede rellenar varias bolas entre los literales a la e, o sólo rellenar el número 1.

202. ¿Durante su permanencia en la Universidad ha recibido educación sobre alimentación saludable?

Sí 1

No 2

203. ¿Le gustaría participar en talleres de alimentación saludable? Si 1 No 2

204. Con respecto a las personas con discapacidad, sea temporal o permanente, y la UT, ¿cuál cree usted que describe mejor las condiciones físicas del campus de las siguientes opciones?

Una persona con discapacidad puede circular por todo el campus sin dificultad 1

Una persona con discapacidad tiene algunas limitaciones para circular por el campus 2

Una persona con discapacidad tiene muchas limitaciones para circular por el campus 3

No sabe 4

205. Con respecto a personas con algún problema mental, emocional o social, ¿Cree usted que la Universidad ofrece condiciones de apoyo?

Sí 1 No 2 No sabe 3

206. Usted considera que la oferta y disponibilidad de frutas y verduras en los servicios de alimentación de la UT son:

Suficientes 1 Deficientes 2 No sabe 3

207. Durante el último mes, ¿usted consumió frutas ofrecidas en los servicios de alimentación de la UT? Si 1 No 2 ➡ Pase a la 209.

208. Durante el último mes, ¿cuál fue la principal razón que hizo que usted no consumiera frutas ofrecidas en los servicios de alimentación de la UT?

- No intente comprar frutas en los servicios de alimentación de la UT 1
- No había disponibles cuando quise comprar 2
- No había la fruta que quería 3
- Me parecieron muy costosas 4
- Me parecieron poco frescas 5
- Me pareció que no estaban limpias 6
- Me demoraba mucho al comprarla 7
- Otro, ¿Cuál? _____ 8

209. Describa en una escala de 1 a 5 como le parece la variedad de alimentos saludables en el campus universitario, siendo 1 muy poca y 5 mucha:

- Muy poca 1 Poca 2 Regular 3 Suficiente 4 Muchísima 5 No sabe

210. En una escala de 1 a 5, califique la señalización de los espacios libres de humo en la universidad. (Donde 1 es muy mala y 5 es excelente).

- Muy mala 1 Mala 2 Regular 3 Buena 4 Excelente 5 No los conozco 6

III. CONSULTORIO UNIVERSITARIO

301. En los últimos seis meses contados hasta hoy, estando en el campus de la universidad, ¿cuándo usted se ha sentido enfermo/a o ha sufrido un accidente y ninguno de los dos ha sido de gravedad usted que ha hecho?

- No me sentí enfermo/a, ni sufrí accidentes en ese período 1
- Pedí una cita a mi EPS 2
- Pedí una cita al consultorio médico universitario 3
- Fui a urgencias del Hospital Federico Lleras Acosta o San Francisco 4
- Fui a otras urgencias 5
- Pedí una cita a un médico particular 6

302. En los últimos seis meses contados hasta hoy, ¿pidió cita en el consultorio médico universitario?

- Si 1 No 2 No sé qué es el consultorio médico universitario 3 2 y 3 ➡ Pase a Capítulo IV

303. Sobre la última vez que pidió cita al consultorio médico universitario en ese período el resultado de esta solicitud fue:

- Obtuve la cita y asistí 1
 - No obtuve la cita 2
 - No obtuve la cita e intenté al día siguiente 3
 - Obtuve la cita pero no pude asistir 4
 - Otro, ¿Cuál? _____ 5
- } Pase a Cap. IV

304. ¿Durante esa cita médica se dio alguna de las siguientes situaciones?

El médico le preguntó sobre aspectos relacionados con su salud y algunos comportamientos relacionados con la salud diferentes a su motivo de consulta.

a

El médico le brindo educación sobre el cuidado de su salud y los comportamientos protectores de la salud.

b

El médico le recomendó algún examen para detectar tempranamente una enfermedad. c

El médico le recomendó alguna vacuna o un medicamento para prevenir alguna enfermedad.

d

El médico lo refirió a otro servicio ofrecido por la Universidad. e

No se dio ninguna de las situaciones mencionadas.

1

IV. ACCIDENTALIDAD

401. ¿En el desarrollo de su actividad como estudiante de la Universidad del Tolima en los últimos seis meses contados hasta hoy, ha tenido alguno de los siguientes accidentes?

Accidente haciendo una actividad física o un deporte a

Accidente relacionado con un vehículo, motocicleta, bicicleta o patineta. b

Accidente caminando/corriendo c

Accidente en una práctica de Programas de Salud d

Accidente en una salida de campo e

Otro, ¿Cuál? _____ f

No he tenido ningún accidente 1

402. ¿Estaba utilizando TODOS los elementos de protección personal requeridos para su práctica cuando ocurrió el accidente?

Sí, todos 1 ➡ pase a 404. No, solo algunos de ellos 2 Ninguno 3

403. La principal razón por la cual no estaba usando los elementos de protección personal es:

Se me olvido ponérmelos 1

No me pareció necesario 2

Mis profesores/mis tutores no los estaban usando 3

No me lo exigen 4

No tengo dinero para comprarlos 5

No tuve tiempo para ponérmelos 6

Otro, ¿Cuál? _____ 7

404. ¿Dónde ocurrió el accidente? Dentro del campus 1 Fuera del campus 2

405. ¿A quién le reportó este accidente? Puede llenar Varias bolas

No lo reporté a

A su facultad b

A otra instancia de la universidad c

Al coordinador de la actividad d

A la aseguradora (póliza tomada por la Universidad del Tolima) e

Otro, ¿Cuál? _____ f

406. ¿En este accidente usted requirió atención médica? Sí 1 No 2 Pase a la 

407. ¿Quién cubrió la mayoría de los costos de esa atención médica?
Los costos los cubrió la EPS 1 Los costos los cubrí yo o mi familia 2
Los costos los cubrió la Póliza de la Universidad del Tolima 3
Otro, ¿Cuál? 4

408. La Educación que la universidad le ha brindado sobre los siguientes temas es:

Talleres educativos	Ninguna	Muy poca	Suficiente
a. Bioseguridad	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
b. Qué hacer en caso de emergencia	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
c. Cómo dar primeros auxilios	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
d. Prevención de accidentes	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>

V. CONSUMO DE TABACO / HUMO DE SEGUNDA MANO

500. ¿Usted es menor de 18 años de edad?

Sí 1 No 2  Pase a 507

501. ¿Alguna vez en la vida probó el cigarrillo, así fuera solo dos chupadas?

Sí 1 No 2  pase a 506

502. ¿En los últimos 30 días contados hasta hoy, se fumó un cigarrillo completo o más?

Sí 1 No 2  pase a 506

503. ¿Con respecto a fumar durante los últimos 30 días contados hasta hoy, cuál de las siguientes describe mejor su situación actual:

No fume cigarrillos en los últimos 30 días 1  pase a 506

Fumé todos los días 2

Fumé algunas veces cada semana 3

Fumé entre 1 y 3 veces al mes 4

504. ¿Durante los últimos 30 días contados hasta hoy en dónde consiguió habitualmente sus cigarrillos? Rellene Una sola bola

No fume cigarrillos los últimos 30 días 1

En la Universidad 2

En la tienda 3

En la calle 4

Una persona mayor me los dio 5

Los tome sin permiso 6

Le pedí a alguien que me regalara 7

Le di dinero a alguien para que los comprara por mí 8

Otros

9

505. ¿Durante los últimos 30 días contados hasta hoy, en los días en que fumó, cuántos cigarrillos se fumó en promedio?

- Menos de un cigarrillo por día 1
- 1 cigarrillo por día 2
- 2 a 5 cigarrillos por día 3
- 6 a 10 cigarrillos por día 4
- 11 a 20 cigarrillos por día 5
- Más de 20 cigarrillos por día 6

506. ¿Alguna vez le han negado la venta de cigarrillos o exigido documento de identidad para comprar cigarrillos?

Si 1 No 2 1 y 2 **→** pase a 512

507. ¿En algún momento de su vida usted ha fumado?

Sí 1 No 2 **→** pase a 516

508. ¿En toda su vida se ha fumado 100 cigarrillos (5 paquetes) o más? Sí 1 No 2

509. ¿Fuma actualmente? Sí 1 No 2 **→** pase a 514

510. ¿Con respecto a fumar durante los últimos 30 días contados hasta hoy, cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación actual?

No fume cigarrillos en los últimos 30 días 1 **→** pase a 514

Fumé todos los días 2

Fumé algunas veces cada semana 3

Fumé entre 1 y 3 veces al mes 4

511. ¿Durante los últimos 30 días contados hasta hoy, en los días en que fumó, cuántos cigarrillos se fumó en promedio? Menos de un cigarrillo por día 1

1 cigarrillo por día 2

2 a 5 cigarrillos por día 3

6 a 10 cigarrillos por día 4

11 a 20 cigarrillos por día 5

Más de 20 cigarrillos por día 6

512. ¿Dónde fuma usualmente? Puede llenar varias bolas

En la casa

a

En la universidad

b

En el trabajo

c

En la casa de mis amigos

d

En eventos sociales

e

En espacios públicos. Ejemplo: parques, centros comerciales, esquinas

f

Otros, ¿Cuál?

g

513. Cuando fuma en el campus de la universidad, ¿en cuál de los siguientes lugares fuma?

En los salones de clase

a

En los talleres/laboratorios

b

En las cafeterías cerradas

c

En las cafeterías que tienen espacios abiertos

d

En el hall de la biblioteca

e

En las zonas verdes

f

Otro, ¿Cuál? g

514. ¿Durante el último año en algún momento intentó dejar de fumar?

Sí 1 No 2 No fumo hace más de un año 3

515. ¿Le gustaría dejar de fumar ahora?

Sí 1 No 2 Dejé de fumar 3

516. ¿Cuándo otras personas fuman a su alrededor este humo es dañino para usted?

Definitivamente no 1

Probablemente no 2

Probablemente sí 3

Definitivamente sí 4

517. ¿Durante los últimos 7 días, en cuantos días alguien ha fumado en la Universidad en su presencia?

0 días 1 1 a 2 días 2 3 a 4 días 3 5 a 6 días 4 7 días 5

518. ¿Durante el tiempo que lleva en la Universidad del Tolima en alguna clase o actividad educativa grupal le han hablado sobre los peligros de fumar para la salud?

Sí 1 No 2

519. ¿Antes de ingresar a la Universidad usted fumaba?

Sí 1 No 2

VI. ALCOHOL/ SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

601. ¿En algún momento de su vida usted ha consumido bebidas alcohólicas?

Sí 1 No 2 ➡ Pase a 605

602. ¿Cuántos días de los últimos treinta días se tomó al menos un vaso/copa sola o con mezclador de una bebida alcohólica (vino, ron, aguardiente, ginebra, whisky, vodka o similares) o una botella/lata de cerveza?

Ningún día 1 1 o 2 días 2 Entre 3 y 5 días 3 Entre 6 y 9 días 4

Entre 10 y 19 días 5 Entre 20 y 29 días 6 Todos los días 7

603. ¿Cuántos días de los últimos 30 días se tomó seguidos 5 o más vasos/copas solos o con mezclador de una bebida alcohólica o 5 botellas/latas de cerveza (en el curso de un par de horas o menos)?

Ningún día 1 1 o 2 días 2 Entre 3 y 5 días 3 Entre 6 y 9 días 4

Entre 10 y 19 días 5 Entre 20 y 29 días 6 Todos los días 7

604. ¿Cuántos días de los últimos 30 días se tomó una bebida alcohólica (trago o cerveza) estando en el campus de la Universidad del Tolima o en sus alrededores?

Ningún día 1 1 o 2 días 2 Entre 3 y 5 días 3 Entre 6 y 9 días 4

Entre 10 y 19 días 5 Entre 20 y 29 días 6 Todos los días 7

605. ¿En algún momento de su vida usted ha consumido sustancias psicoactivas (marihuana, éxtasis, cocaína, bazuco, heroína, speed, antidepresivos sin formulación, otros)?

Si 1 No 2 ➡ Pase a 609.

606. ¿Durante los últimos treinta días cuántos días uso sustancias psicoactivas? (marihuana, éxtasis, cocaína, bazuco, heroína, speed, antidepresivos sin formulación, otros)

No consumí sustancias psicoactivas en los últimos 30 días 1. ➡ Pase a 608

Entre 1 o 2 días 2

Entre 3 y 5 días 3

- Entre 6 y 9 días 4
- Entre 10 y 19 días 5
- Entre 20 y 29 días 6
- Todos los días 7

607. Durante los últimos treinta días ¿cuántos días uso sustancias psicoactivas en el campus de la Universidad del Tolima o en sus alrededores? (marihuana, éxtasis, cocaína, bazuco, heroína, speed, antidepresivos sin formulación, otros).

- No consumí sustancias psicoactivas en los últimos 30 días 1.
- Entre 1 o 2 días 2
- Entre 3 y 5 días 3
- Entre 6 y 9 días 4
- Entre 10 y 19 días 5
- Entre 20 y 29 días 6
- Todos los días 7

608. ¿Alguna vez ha comprado sustancias psicoactivas en el campus de la Universidad del Tolima o en sus alrededores? (marihuana, éxtasis, cocaína, bazuco, heroína, speed, antidepresivos sin formulación, otros)

- Si 1 No 2

609. Califique en una escala de 1 a 5 (donde 1 es Ninguna y 5 Mucha), la Educación brindada en alguna clase o actividad grupal en la universidad, sobre el uso de alcohol o el consumo de sustancias psicoactivas:

- Ninguna 1 Poca 2 Regular 3 Suficiente 4 Mucha 5

VII. ALIMENTACIÓN

701. ¿Durante los últimos 7 días cuántas veces comió fruta? (no cuente los jugos de frutas)

- No comí fruta en los últimos siete días 1 3 veces al día todos los siete días 5
- Una vez al día todos los siete días 2 4 o más veces al día todos los siete días 6
- 2 veces al día todos los siete días 3 Entre 4-6 veces los últimos siete días 7
- Entre 1- 3 veces en los últimos siete días 4

702. Durante los últimos 7 días ¿cuántas veces comió ensalada o verduras? (tales como: apio, lechuga, tomate, espinaca, brócoli y similares)

- No comí Ensalada en los últimos siete días 1 3 veces al día todos los siete días 5
- Una vez al día todos los siete días 2 4 o más veces al día todos los siete días 6
- 2 veces al día todos los siete días 3 Entre 4-6 veces los últimos siete días 7
- Entre 1- 3 veces en los últimos siete días 4

703. Durante los últimos 7 días cuantas veces se tomó un vaso/lata/botella de gaseosa, jugos procesados u otra bebida que contenga azúcar (sin contar bebidas dietéticas)

- No tome gaseosas o bebidas azucaradas en los últimos siete días 1
- Una vez al día todos los siete días 2
- 2 veces al día todos los siete días 3

- Entre 1- 3 veces en los últimos siete días 4
- 3 veces al día todos los siete días 5
- 4 o más veces al día todos los siete días 6
- Entre 4-6 veces los últimos siete días 7

705. ¿Durante los últimos 7 días cuántos días desayunó?

- Un día 1 Dos días 2 Tres días 3 Cuatro días 4
- Cinco días 5 Seis días 6 Todos los días 7

706. Durante los últimos 7 días ¿cuántas veces consumió alimentos de paquete (papas fritas, de todito, patacones, doritos y similares)?

- No consumí alimentos de paquete en los últimos siete días 1
- Entre 1- 3 veces en los últimos siete días 2
- Entre 4-6 veces los últimos siete días 3
- Una vez al día todos los siete días 4
- 2 veces al día todos los siete días 5
- 3 veces al día todos los siete días 6
- 4 o más veces al día todos los siete días 7

707. Durante los últimos 7 días ¿cuántas veces consumió pasteles (pollo, pescado, carne, queso, arequipe, bocadillo), empanadas o donas?

- No consumí estos alimentos en los últimos siete días 1
- Entre 1- 3 veces en los últimos siete días 2
- Entre 4-6 veces los últimos siete días 3
- Una vez al día todos los siete días 4
- 2 veces al día todos los siete días 5
- 3 veces al día todos los siete días 6
- 4 o más veces al día todos los siete días 7

708. ¿Usted acostumbra a untar mantequilla, margarina, queso crema o suero costeño al pan, arepa, bollo limpio o galletas?

- Nunca 1 Algunas veces 2 Siempre 3

709. ¿Usted acostumbra a adicionar sal a la comida antes de probarla?

- Nunca 1 Algunas veces 2 Siempre 3

710. ¿Usted cómo se considera físicamente?

- Normal 1 Gordo(a) 2 Flaco(a) 3

711. ¿En el currículo de su facultad recibe alguna clase sobre hábitos saludables, cuidados de la salud y alimentación?

- SI 1 No 2

VIII. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

801. Ha tenido relaciones sexuales

- Si 1 No 2

802. ¿A qué edad inicio su vida sexual?

- 10 a 13 años 1 14 a 17 años 2 18 a 20 años 3 más de 21 años 4 No he iniciado mi vida sexual 5

803. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en su vida?

- Una sola 1 2 a 4 parejas 2 5 a 7 parejas 3 8 a 10 parejas 4
- Más de 10 parejas 5 Ninguna 6

804. ¿Usa algún método de Planificación familiar?

Si 1 No 2 ➔ Pase a 808

805. ¿Qué método de planificación familiar usa?

Pastillas 1 Inyectables 2 Preservativo 3 Implante Subdérmico 4 DIU 5

No planifico 6 Otros métodos modernos 7 Cual

806. Además de un método de planificación familiar usa preservativo como método para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Si 1 No 2

807. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad de transmisión sexual?

Si 1 No 2

808. Califique en una escala de 1 a 5 (donde 1 es Ninguna y 5 Mucha), la información brindada en alguna clase o actividad grupal de la universidad, sobre salud sexual y reproductiva:

Ninguna 1 Poca 2 Regular 3 Suficiente 4 Mucha 5

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

NOTA: Este espacio es de uso exclusivo para ser diligenciado por el facilitador.

Control operativo

1.Fecha del diligenciamiento: Día Mes Año

2.Nombre del Facilitador: _____ Documento

3.Resultado final del formulario:

4. ¿Revisó el formulario? 1 Si

1 Completo

2 No

2 Incompleto

Anexo C Carta Aval Comité de Bioética.



2.3 – 136

Ibagué, junio 11 de 2014

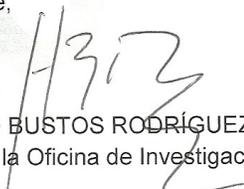
Estudiantes de Maestría
CATALINA FERIA ZAPATA
AIDA LILIANA VILLAMIL
Estudiantes de Maestría en Educación
Facultad de Ciencias de la Educación
Universidad del Tolima

Asunto: Aval Comité Bioética

Respetadas Estudiantes de Maestría:

El Comité de Bioética de la Universidad del Tolima, en su sesión del día 10 de junio de 2014, revisó el proyecto titulado: **“Percepción de las acciones educativas en promoción de la salud que lleva a cabo la universidad del Tolima en los estudiantes de pregrado presencial en los programas académicos del área de salud durante el año 2013”**, y determinó conceder la autorización para la aplicación de los cuestionarios.

Cordialmente,



HUMBERTO BUSTOS RODRÍGUEZ
Directora de la Oficina de Investigaciones y Desarrollo Científico

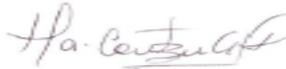
DIN/HBR/Felipe M.

Universidad del Tolima
Barrio santa Helena parte alta / A.A. 546 - Ibagué, Colombia Nit. 8907006407
PBX: 2771212 - 2771313 - 2771515 - 2772020 línea 018000181313

Anexo D Formato autorización de utilización de Formulario

AUTORIZACIÓN

La Coordinación del Programa Universidad Saludable, en representación suya, de la coordinación Académica y el equipo investigadora cargo del Sistema de vigilancia La Javeriana me cuida, de La pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, PUJ, autoriza a la universidad del Tolima para utilizar el formato Sistema de vigilancia de los comportamientos de riesgo de los estudiantes "la javeriana me cuida" Encuesta para estudiantes y los cambios en cuanto a la eliminación de algunas preguntas y la aprobación de la adición de otras. Con el fin de realizar el proyecto de investigación "EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN EN SALUD BRINDADA A LOS ESTUDIANTES DE PREGRADO ASISTENCIAL EN LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA DURANTE EL AÑO 2013" : Dentro del marco de la construcción de la Universidad del Tolima como Universidad promotora de salud.



~~María Consuelo Granados-Mendoza~~

Pontificia Universidad Javeriana
Vicerrectoría del Medio Universitario
Coordinadora Programa Universidad Saludable
Cra. 7a No 40-50 Ed. Emilio Arango 5to Piso
Bogotá, D.C. - Colombia PBX (57-1) 3285320
Ext. 3344, 3558; Fax: Ext. 2171
granados@javeriana.edu.co

http://www.javeriana.edu.co/medio/salud_integral/presentacion_ss.htm

Coordinadora general REDCUPS

<http://www.javeriana.edu.co/redcups/>

Coordinadora Comisión 5 REUPS