

**SITUACIÓN DE SALUD PÚBLICA Y CREENCIAS EN SALUD DE LOS
JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LA CORPORACIÓN
UNIVERSITARIA LASALLISTA, 2017.**



DIANA MARITZA GARCÍA GUTIÉRREZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

2018

**SITUACIÓN DE SALUD PÚBLICA Y CREENCIAS EN SALUD DE LOS
JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LA CORPORACIÓN
UNIVERSITARIA LASALLISTA, 2017.**



DIANA MARITZA GARCÍA GUTIÉRREZ

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN
SALUD PÚBLICA**

DIRECTORA

PH. D MARIA DEL CARMEN VERGARA QUINTERO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

2018

CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	3
2	ANTECEDENTES	7
3	DEFINICIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA:	17
4	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:.....	23
5	JUSTIFICACIÓN:.....	24
6	OBJETIVO GENERAL	28
6.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
7	REFERENTE TEÓRICO	29
7.1	REFERENTE CONCEPTUAL.....	29
7.1.1	<i>Conceptualizando la promoción de la salud:</i>	29
7.1.2	<i>Conceptualizando el término Joven:</i>	31
7.1.3	<i>Conceptualizando Autocuidado:</i>	32
7.1.4	<i>Conceptualizando estilos de vida:</i>	36
7.1.5	<i>Conceptualizando hábitos de vida:</i>	39
7.1.6	<i>Conceptualizando creencias de salud:</i>	43
7.1.7	<i>Conceptualización de percepción:</i>	48
7.1.8	<i>Universidades saludables:</i>	49
7.1.9	<i>El joven universitario y la salud:</i>	51
7.2	REFERENTE NORMATIVO	52
7.3	REFERENTE CONTEXTUAL.....	63
8	METODOLOGÍA	68
8.1	ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO	68

8.2	POBLACIÓN Y MUESTRA:	68
8.3	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN	70
8.4	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS Y VARIABLES	70
8.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	77
8.6	SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	78
8.7	ANÁLISIS DE LOS DATOS	78
9	CONSIDERACIONES ÉTICAS	79
10	RESULTADOS	80
10.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	80
10.2	HÁBITOS ALIMENTICIOS:	84
10.3	ESTÉTICA	89
10.4	MORBILIDAD GENERAL	91
10.5	ENFERMEDADES CRÓNICAS	93
10.6	REDES DE APOYO	96
10.7	CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	97
10.8	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	104
10.9	SALUD ORAL	114
10.10	MANEJO DEL TIEMPO LIBRE	117
10.11	EJERCICIO FÍSICO O DEPORTE	118
10.12	ANÁLISIS MULTIVARIADO	122
10.13	RESULTADOS SOBRE LAS CREENCIAS EN SALUD A PARTIR DE LOS TRES GRUPOS DE DISCUSIÓN	125
11	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	140

11.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS:	140
11.2 HÁBITOS ALIMENTARIOS:	141
<i>11.2.1 Tipo de alimentación</i>	<i>142</i>
<i>11.2.2 Alimentos más consumidos por los jóvenes</i>	<i>143</i>
11.3 ESTÉTICA:	143
<i>11.3.1 Satisfacción con la imagen corporal</i>	<i>143</i>
11.4 MORBILIDAD GENERAL:	144
<i>11.4.1 Concepciones de salud y prácticas de autocuidado</i>	<i>144</i>
<i>11.4.2 Prácticas de autocuidado</i>	<i>145</i>
<i>11.4.3 Enfermedades más comunes en los jóvenes</i>	<i>146</i>
11.5 REDES DE APOYO:	147
11.6 CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LEGALES E ILEGALES:	148
<i>11.6.1 Consumo de alcohol:</i>	<i>148</i>
<i>11.6.2 Consumo de cigarrillo:</i>	<i>149</i>
<i>11.6.3 Consumo de SPA ilegales:</i>	<i>151</i>
11.7 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:	152
<i>11.7.1 Sexualidad en los jóvenes</i>	<i>153</i>
<i>11.7.2 De donde consiguen información</i>	<i>153</i>
<i>11.7.3 Inicio de relaciones sexuales, edad y con quien.</i>	<i>153</i>
<i>11.7.4 Conocimiento y uso de anticonceptivos</i>	<i>154</i>
<i>11.7.5 Embarazos en jóvenes</i>	<i>155</i>
<i>11.7.6 Autoexamen de mama y testículo</i>	<i>156</i>

11.7.7	<i>Práctica de la citología</i>	156
11.7.8	<i>Definiciones de sexualidad</i>	157
11.8	SALUD ORAL:	158
11.8.1	<i>Hábitos de salud oral</i>	158
11.9	MANEJO DEL TIEMPO LIBRE:	159
11.9.1	<i>Actividades más realizadas en el tiempo libre</i>	159
11.9.2	<i>Ejercicio físico o deporte:</i>	160
11.9.3	<i>Lugares de práctica</i>	160
11.10	CONCEPTO DE SALUD:	160
11.11	CONCEPCIONES DE BIENESTAR:	162
11.12	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE:	162
12	CONCLUSIONES	168
13	RECOMENDACIONES	171
13.1	A LA UNIVERSIDAD:	171
13.2	A LA UNIDAD DE BIENESTAR UNIVERSITARIO:	171
13.3	A LOS JÓVENES:	172
13.4	PARA PRÓXIMAS INVESTIGACIONES:	172
14	BIBLIOGRAFÍA	173

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Caracterización participantes.....	69
Tabla 2 Operacionalización de variables.....	70
Tabla 3 Dimensiones del análisis cualitativo	76
Tabla 4 Número de participantes por carrera	81
Tabla 5 Lugar de residencia por facultades	81
Tabla 6 Cantidad de frutas y verduras por semana y porciones por día.....	86
Tabla 7 Cantidad de alimentos al día.....	89
Tabla 8 Infecciones más comunes	92
Tabla 9 Entorno familiar y sentimientos hacia el mismo	96
Tabla 10 Caracterización del hábito tabáquico por facultades	99
Tabla 11 Frecuencias de consumo de sustancias psicoactivas diferentes al cigarrillo o alcohol	100
Tabla 12 Consumo de SPA por facultades	102
Tabla 13 Persona con la que tuvo su primera relación sexual.....	111
Tabla 14 Grupos Clúster.....	122

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Sexo de los estudiantes por facultad	80
Figura 2 Ocupación y estado civil de los participantes	82
Figura 3 Situación de afiliación al sistema.....	83
Figura 4 Circunstancias de uso y no uso de los servicios del sistema de salud	83
Figura 5 Medios de acceso a los servicios de salud	83
Figura 6 Tipologías familiares mientras	84
Figura 7 Caracterización de la costumbre de hacer dieta	84
Figura 8 Tipo de alimentación.....	85
Figura 9 Consumo de sal	87
Figura 10 Alimentos entre comidas principales	88
Figura 11 Valoración por nutricionista e interpretación de las tablas nutricionales por sexo.....	89
Figura 12 Satisfacción con la imagen corporal por sexo y prácticas para mejorar la imagen corporal	90
Figura 13 Modificaciones Corporales.	90
Figura 14 Significados de Salud.....	91
Figura 15 Calificación de la propia salud y comparación por sexo.....	91
Figura 16 Prácticas de autocuidado	92
Figura 17 Percepción de las enfermedades más prevalentes por los jóvenes y para los jóvenes.....	93
Figura 18 Personas con quién cuentan los jóvenes cuando le pasan cosas buenas o malas	96
Figura 19 Consumo de cigarrillo por sexo	97
Figura 20 Consumo de cigarrillo por facultades	98
Figura 21 Consumo de SPA diferentes al cigarrillo o alcohol	99
Figura 22 Consumo de alcohol.....	102
Figura 23 características del consumo de alcohol	102
Figura 24 Sexualidad, embarazo y aborto	104
Figura 25 Prácticas de autocuidado en sexualidad	105
Figura 26 Conocimiento de anticonceptivos por sexo	106

Figura 27 Porcentaje conocimientos anticonceptivos	106
Figura 28 Métodos utilizados por sexo	107
Figura 29 Métodos utilizados por las parejas de hombres y mujeres	108
Figura 30 Información antes de iniciar un método de planificación y de quién la recibió	109
Figura 31 Responsabilidad de evitar el embarazo	110
Figura 32 Orientación sexual de los participantes.....	110
Figura 33 Razones para no tener relaciones sexuales.....	110
Figura 34 Conocimiento de Signos y prevención de las ETS	112
Figura 35 Práctica que ofrece mayor protección de adquirir una ITS según los jóvenes	113
Figura 36 Creencias de sexualidad	114
Figura 37 Recibió educación en salud oral.....	114
Figura 38 Hábitos relacionados con la higiene oral	115
Figura 39 Implementos utilizados para la salud oral.....	115
Figura 40 Frecuencia de cepillado.....	116
Figura 41 Tiempo de la última cita odontológica.....	116
Figura 42 Razón de la última revisión odontológica.....	116
Figura 43 Enfermedades dentales diagnosticadas	117
Figura 44 . Pensamiento y conocimiento sobre el tiempo libre y las actividades ofrecidas por la universidad.....	117
Figura 45 Actividades que realiza en el tiempo libre	117
Figura 46 Actividades recreativas que realizó el último fin de semana	118
Figura 47 Práctica de ejercicio en forma regular.....	119
Figura 48 Veces a la semana que practica ejercicio	119
Figura 49 Tipo de ejercicio que practica	119
Figura 50 Uso de bebidas hidratantes y tipos	120
Figura 51 Lugares donde se practica el ejercicio	120
Figura 52 Indumentaria, uso de proteína y acompañamiento durante la actividad física	121
Figura 53 Características del ejercicio.....	121
Figura 54 Motivos para la práctica de ejercicio	121

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Comidas preparadas y consumidas en casa en base 21 comidas posibles.....	86
Gráfico 2 Aceite más usado en las preparaciones	87
Gráfico 3 Enfermedades crónicas por sexo	94
Gráfico 4 Enfermedades mentales diagnosticadas por sexo.....	94
Gráfico 5 Discapacidad por sexo.....	95
Gráfico 6 Frecuencia del consumo de SPA	100
Gráfico 7 Momentos de consumo.....	101
Gráfico 8 Momentos en los que toma bebidas alcohólicas	103
Gráfico 9 Edad de la primera relación sexual.....	112
Gráfico 10 Tiempo saliendo antes de la relación sexual	112
Gráfico 11 . Dendograma de elementos	122

LISTA ANEXOS

Anexo 1 Encuesta De Recolección De Información:	195
Anexo 2 Guía De Preguntas Grupos De Discusión:	227
Anexo 3 Análisis Cualitativo.....	230
Anexo 4 Consentimiento Informado	310

RESUMEN:

La presente investigación tuvo por **objetivo** caracterizar la situación de salud pública e interpretar las creencias de salud de los estudiantes de los programas académicos de pregrado de la Corporación Universitaria Lasallista en el año, 2017.

Metodología: El estudio se realizó desde el enfoque mixto, con énfasis en cuantitativo-empírico analítico, de tipo transversal. La población estudiada fue de 1505 estudiantes, con una muestra total de 483 estudiantes repartidos así, 275 estudiantes de 2 a 10 semestre, y 190 de primer semestre con inclusión forzosa. Los datos de la caracterización se recolectaron con una encuesta estructurada y las creencias en salud a través de 3 grupos de discusión. **Resultados:** se encontró que los estudiantes universitarios tienen prácticas de riesgo relacionadas con alimentación, autocuidado, sexualidad, actividad física y salud oral, también se observó que los jóvenes poseen redes de apoyo y dinámicas familiares fortalecidas, se encontraron prácticas de consumo de sustancias psicoactivas, siendo las legales las que más se consumen; se evidenció baja tasa de embarazos en la población encuestada, y mediano uso y conocimiento de anticonceptivos, también se encontraron porcentajes de sedentarismo. Se encontraron además percepciones favorables a cerca de la salud, pero se evidenció una autopercepción de la salud negativa y poca adherencia a prácticas saludables.

Conclusiones: los estudiantes participantes del estudio conocen las prácticas de cuidado de la salud en todos sus aspectos, pero no existe una coherencia entre lo que se sabe y lo que se practica, aunque las universidades son espacios de formación integral, se hace necesaria la articulación de los programas de bienestar universitario con los procesos de formación académica, esto potenciará la aplicabilidad de las prácticas de cuidado saludables y la promoción de una cultura de autocuidado.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to characterize the public health situation and interpret the health beliefs of the students of the undergraduate academic programs of the Lasallian University Corporation in the year, 2017. Methodology: The study was conducted from the mixed approach, with emphasis on analytical quantitative-empirical, transversal type. The studied population was of 1505 students, with a total sample of 483 students distributed thus, 275 students of 2 to 10 semester, and 190 of first semester with forced inclusion. The characterization data were collected with a structured survey and health beliefs through 3 discussion groups. Results: it was found that university students have risk practices related to food, self-care, sexuality, physical activity and oral health, it was also observed that young people have support networks and strengthened family dynamics, psychoactive substance use practices were found, being the legal ones that are consumed the most; There was a low pregnancy rate in the surveyed population, and a medium use and knowledge of contraceptives. Percentages of sedentary lifestyle were also found. They also found favorable perceptions about health, but there was evidence of a negative self-perception of health and poor adherence to healthy practices. Conclusions: the students participating in the study know the practices of health care in all its aspects, but there is no coherence between what is known and what is practiced, although universities are integral training spaces, articulation is necessary of university welfare programs with academic training processes, this will enhance the applicability of healthy care practices and the promotion of a culture of self-care.

PRESENTACIÓN

Los estilos de vida en una corta definición se pueden considerar como la manera en que los sujetos deciden comportarse y estructurar psíquicamente su lugar en el mundo con referencia a su autopercepción y generan prácticas específicas de cuidado, temas que tendrán que ver con los dispositivos culturales en los cuales está inmerso el sujeto y las decisiones subjetivas que éste toma con respecto a su contexto.

Alfred Adler, citado por Nawas (1), desarrolló el término "estilo de vida"; en su teoría de la personalidad y en esta recalca la unicidad del individuo, la unidad de su personalidad, su forma característica de comportamiento, la intencionalidad de sus esfuerzos y su lucha creativa por superar las inferioridades personales y los impedimentos del ambiente. Estos son los principales componentes del concepto de estilo de vida que se ha definido según Anshacher y Ansbacher citados por Nawas, “... *La psique misma, la mente unificada. El significado que los individuos dan al mundo y a ellos mismos, sus metas, la dirección de sus esfuerzos, y las aproximaciones que hacen a los problemas de la vida*” (1). De esta manera los estilos de vida se pueden reflexionar como la consolidación de comportamientos, percepciones de sí mismo, estructuras culturales y finalmente la puesta en práctica como resultado de la dinámica comportamental, psicológica y cultural ya mencionada.

Indagar sobre los estilos de vida, favorece el entendimiento de las relaciones que anteceden los patrones comportamentales que permiten el desarrollo de prácticas saludables o no y como éstas pueden estar relacionadas con la autopercepción de la salud, asuntos que se verán influenciados por las particularidades sociales, las políticas específicas y todos los determinantes sociales de la salud; además de la inclusión de aspectos subjetivos que tendrán que ver con la organización de representaciones psíquicas del sujeto y del mundo en general. (2)

Según Benassar (3), la mayoría de los 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 desarrolla 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 configurarán los servicios de la comunidad.

Conocer la situación de salud pública y las concepciones de salud que tienen los estudiantes universitarios permitirá la construcción de una línea base para aplicarla al diseño y desarrollo de acciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad como políticas de universidades saludables e interpretar los significados de la salud para los mismos jóvenes permitirá acercarse a las necesidades de los jóvenes para poder intervenir de una manera adecuada dependiendo de los estilos de vida de los estudiantes.

El presente documento está estructurado en 14 capítulos que dan cuenta de dos momentos: el primero del área problemática, los antecedentes, referente teórico, los objetivos y la metodología que se llevó a cabo para lograr el segundo momento correspondiente a los resultados, su discusión y las conclusiones.

1 INTRODUCCIÓN

La Asamblea General de las Naciones Unidas define a los jóvenes como las personas entre los 15 y 24 años. Esta definición se hizo para el año internacional de la juventud, celebrado alrededor del mundo en 1985. (4)

Muchos países dibujaron la línea de juventud a la edad en que una persona recibe el mismo tratamiento bajo la ley - usualmente referida como la mayoría de edad - . En muchos países esa línea se marca a la edad de 18 años y una vez que una persona pasa esa edad, es considerada un adulto(a). Sin embargo, la definición y los matices operacionales del término "juventud" varían a menudo de país a país, dependiendo de los factores socioculturales, institucionales, económicos y políticos específicos. (4)

Según estadísticas de Naciones Unidas para el año 2000 aproximadamente mil millones de jóvenes viven en el mundo hoy; eso significa que una de cada cinco personas, aproximadamente, tiene entre 15 y 24 años, o que el 18% de la de la población global son jóvenes. (5)

A nivel mundial tienen relevancia programas dirigidos a la juventud como el programa de acción mundial para los jóvenes, que hasta el año 2000 y años siguientes, identifica las siguientes diez esferas que deben ser consideradas por los gobiernos como las principales prioridades para los jóvenes:

- Educación
- Empleo
- El hambre y la pobreza
- Salud
- Medio ambiente
- Uso indebido de drogas
- Delincuencia juvenil
- Actividades recreativas
- Las niñas y las jóvenes

- Plena y efectiva participación de los jóvenes en la vida de la sociedad y en la adopción de decisiones

En el año 2003 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó 5 esferas adicionales de preocupación para asuntos juveniles y son:

- Globalización
- Tecnologías de la información y la comunicación
- Virus de la inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- Los jóvenes y la prevención de conflictos
- Relaciones intergeneracionales

Esto aumentando la integralidad en las atenciones y actividades que todos los gobiernos deberán dirigir a la población juvenil. (5)

El programa de acción mundial para los jóvenes es una iniciativa de las Naciones Unidas que alienta a los gobiernos a ser más sensibles a las aspiraciones que tienen los jóvenes para un mundo mejor y a que tomen en cuenta sus demandas, encaminadas a formar parte de la solución en vez de formar parte del problema; es un llamado a formular estrategias apoyadas en la identificación de las características particulares de este grupo poblacional, además de sus necesidades sentidas que permitan ajustar los programas que van dirigidos a los mismos, incluyendo sus percepciones y las prácticas de cuidado; esto permitirá establecer estrategias que logren resultados eficaces, para tratar las diferentes situaciones que enfrentan diariamente los jóvenes de hoy. (4)

Por años, se ha pensado que los problemas principales en los adolescentes y jóvenes son el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, la probabilidad de un embarazo y la posibilidad de un contagio con VIH/SIDA. Por este motivo, los jóvenes han recibido grandes cantidades de información sobre estos aspectos, pero la información relacionada con el otro colectivo de problemas que viven los jóvenes no es mencionada, esto ha causado que los jóvenes al conocerlas no saben cómo se deben manejar en forma adecuada, además de representar un costo social y financiero muy alto

tanto para la sociedad, como para el sistema de salud. Por este motivo, es necesario estudiar en detalle la dinámica de las relaciones de las jóvenes.

Según datos del DANE, Colombia tiene una población de 48.631.260 habitantes, de estos 12.735.084 (26.18%) habitantes corresponden a la población entre 14 y 28 años, población joven, de estos 1.678.867 (13.18%) están en el departamento de Antioquia. (Proyecciones DANE 26/abril/2016) (6)

Colombia ha establecido la ley estatutaria de ciudadanía juvenil, ley 1622 de 2013 que califica como joven a toda persona entre 14 y 28 años cumplidos, en proceso de consolidación de su autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural que hace parte de una comunidad política y en ese sentido ejerce su ciudadanía, por otro lado define juventudes al segmento poblacional construido socioculturalmente y que alude a unas prácticas, relaciones, estéticas y características que se construyen y son atribuidas socialmente. Esta construcción se desarrolla de manera individual y colectiva por esta población, en relación con la sociedad. Es además un momento vital donde se están consolidando las capacidades físicas, intelectuales y morales. (7)

Las realidades y experiencias juveniles son plurales, diversas y heterogéneas, de allí que las y los jóvenes no puedan ser comprendidos como entidades aisladas, individuales y descontextualizadas, sino como una construcción cuya subjetividad está siendo transformada por las dinámicas sociales, económicas y políticas de las sociedades y a cuyas sociedades también aportan, (7) esto hace pensar también en la influencia que tiene todo lo anterior en la manera en la que los jóvenes se cuidan, cuidan de sí y de los demás, de la manera en cómo las prácticas que deciden relacionadas a la salud pueden relacionarse o no con todo ese trasfondo cultural, perceptivo y social que los relaciona.

El estatuto de ciudadanía juvenil, la carta magna en Colombia para la comprensión a la juventud, plantea acciones y estrategias para orientar la actividad del estado y la sociedad civil, así como generar las condiciones para que de manera autónoma, responsable y trascendente, la juventud pueda ejercer su ciudadanía y sus proyectos de vida individuales y colectivos, esta ley se puede convertir en una

herramienta generadora de oportunidades para mejorar la salud de los jóvenes como generadora de bienestar biopsicosocial.

2 ANTECEDENTES

En este apartado se desarrolla una recopilación de los recursos del conocimiento alrededor del tema a investigar, pasaré por la diversas ramas del conocimiento en estilos de vida, percepción de la salud, hábitos de vida saludable en personas jóvenes y universitarios, entre otros temas; se tratará de introducir lo conocido hasta el momento de realizar la investigación en el tema, tanto en el ámbito mundial, nacional, regional, nacional y local, con respecto a los temas mencionados anteriormente, interesada en la comprensión de las áreas de interés de la investigación, que esclarezcan los resultados futuros.

A nivel mundial, regional nacional y local, se han encontrado diversos estudios que apuntan a la identificación de prácticas de cuidado, a la comprensión de las percepciones de salud y a la caracterización de los estilos de vida de los jóvenes universitarios, con el fin de lograr una aplicación al diseño de políticas, programas y planes que promuevan la salud y prevengan la enfermedad, para lograr el desarrollo integral en este grupo poblacional.

Es así entonces, que tenemos estudios realizados a todos los niveles, que se sintetizan adelante tratando de contextualizar el tema de investigación.

Puede afirmarse que una de las metas con este estudio es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y teniendo en cuenta la prevalencia de algunas enfermedades asociadas a los estilos de vida pueden cambiar sus incidencias a través de programas de intervención en salud como lo afirma Micin et al, (8) en un estudio en una Universidad Chilena establecieron la caracterización de la incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en universitarios que consultan a un servicio de salud estudiantil y determinaron las diferencias y/o asociaciones significativas en relación al sexo, en él se pudo identificar altas incidencias de psicopatología en esta población universitaria específica, que avalaron la visión de que los problemas de salud mental en universitarios, a nivel nacional y mundial, constituían una problemática de relevancia actual. También se pudieron identificar elevadas tasas de consumo para marihuana y alcohol, alta intensidad de uso, baja percepción de riesgo, presencia de

tráfico en los campus y diferencias significativas por sexo. Los resultados del presente estudio sólo confirmaron las diferencias de sexo para el consumo de marihuana, con un riesgo en hombres casi tres veces mayor, no así para alcohol como se esperaba.

Con el estudio esperaban contribuir a un mayor conocimiento sobre problemáticas de salud mental en poblaciones universitarias chilenas y sistematizar la gran cantidad de información disponible en el servicio estudiantil, además establecer un diagnóstico basal para la población que consulta, a fin de estudiar su evolución en el tiempo e ir ajustando las estrategias de prevención e intervención que se diseñan.

Pender, citada por Giraldo y et al, (9) plantea que los factores cognitivos perceptuales de los individuos son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, para lo cual la cultura es tenida en cuenta en razón a la forma que influye en la toma de decisiones de las personas. En lo que a la toma de decisiones y estilos de vida saludables se refiere, se encontró que está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones, los cuales se constituyen, los dos primeros como factores internos y el tercero como factor externo a la persona; la cultura en la que las personas y/o los colectivos se desenvuelven cobra importancia en el momento de tomar decisiones para modificar las conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables.

También puede encontrarse que diferentes autores a nivel mundial han divulgado y caracterizado las conductas de riesgo y protectoras de los estudiantes tratando de descifrar esos factores asociados que podrían intervenir para lograr cambios significativos en la población de jóvenes universitarios, tenemos que Intra et al, (10) en un estudio en Argentina que buscaba identificar como era el cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo, comparó las conductas de riesgo y de salud en 85 estudiantes universitarios de ambos sexos del primer y último año de la universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina, encontró que los estudiantes de primero y último año difieren en sus perfiles de riesgo siendo el grupo de último año el que presenta un perfil de riesgo peor que sus compañeros de primer curso. Además, el 42% de los estudiantes de último curso informaron no haber recibido información sobre salud a lo largo de su formación, ni ha mejorado sus hábitos de vida. También pudieron identificar que en los

grupos había un elevado porcentaje de estudiantes mantienen creencias positivas sobre su estado de salud, aunque presenten numerosas conductas de riesgo. Esto permitió darse a la discusión del importante papel del período de formación universitaria en la educación para la salud y el cambio en las conductas de riesgo de los estudiantes a lo largo de su estancia en la universidad.

Lograr que los programas dirigidos a los estudiantes cursen con frutos positivos es la meta de las instituciones que los proponen pero se deben tener en cuenta variables distintas como las que según Nuviala et al, (2), encontraron en un estudio realizado en Aragón España en el cual se concluyó que para una eficaz puesta en práctica de programas cuyo fin sea la creación de un estilo de vida saludable, es necesario la evaluación de las creencias que el grupo tiene, entre las que se encuentra la autopercepción de la salud, indicador relacionado con el estilo de vida. Así mismo, en sus estudios afirmaron que diversos factores psicosociales, ingresos económicos, resultados académicos, relaciones con los progenitores, autoestima y sexo se han relacionado con la percepción del estado de salud entre los adolescentes. De la misma forma, los hábitos propios de un estilo de vida saludable, correcta alimentación, el no consumo de tabaco, alcohol y drogas y la realización de actividad física, han sido relacionados con la salud auto percibida entre adolescentes.

A nivel mundial se evidencian iniciativas como la de la Organización Mundial de la Salud que, en su estrategia de salud para todos en el año 2010, hace especial énfasis en la reducción de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad como estrategia para disminuir el riesgo cardiovascular; esta iniciativa propone intervenir la toma de decisiones conscientes y las percepciones de la salud desencadenante de efectos negativos o positivos sobre la salud. (11)

En un estudio que realizaron Morales et al, (12) en una Universidad de Chile que buscaba comparar los estilos de vida al inicio de sus estudios universitarios y al finalizar sus carreras, se logró diagnosticar que los estilos de vida de los estudiantes universitarios evidencian un aumento en las prevalencias en el consumo de tabaco, alcohol y marihuana, al comparar estudiantes de primer y cuarto año. Estos hallazgos invitan a implementar políticas tendientes a potenciar a la universidad como un entorno promotor de la salud de la comunidad educativa y de la sociedad en conjunto. Los

resultados ponen de manifiesto la necesidad de promover estrategias en la comunidad educativa, a través de programas efectivos de educación en prevención del consumo de drogas, focalizados y diferenciados por facultad, curso y sexo. Por otra parte, los autores proponían elaborar un plan adecuado de comunicación para la salud, que incluya aspectos culturales, sociales, políticos e interculturales.

Páez Cala, (13) en un estudio que pretendía estudiar los estilos de vida de los jóvenes universitarios y los factores de riesgo para la salud concluyó que los adultos jóvenes tienden a adoptar conductas de riesgo como el sedentarismo, el consumo abusivo de sustancias tóxicas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales) y dietas nutricionales incorrectas, entre otras. Dentro de su estudio citó a algunos autores quienes atribuyen estos factores de riesgo y estilos de vida poco saludables a las conexiones frágiles entre esta población de adolescentes y adultos jóvenes, con las redes de apoyo como son la familia y los centros educativos. Esta situación enfatiza la importancia de potenciar los centros educativos como escenarios y contextos saludables, dado que se constituyen en un sistema intermedio que vincula el sistema familiar, el académico y el grupo de pares y amigos. Páez concluye su investigación diciendo que el promover estilos de vida saludables en los jóvenes podría reducir de manera importante la mortalidad global, lo cual se constituye en un valioso aporte a la esperanza y calidad de vida de una población.

Dos estudios realizados en Manizales uno en el 2008 y otro en el 2015, con el título, Situación de salud pública de los estudiantes de la Universidad Autónoma de Manizales-UAM 2008” y “Situación de salud pública de los estudiantes de la Universidad Autónoma de Manizales 2015” lograron caracterizar la situación de salud pública de los estudiantes de la UAM, encontrando que la situación de salud pública de los estudiantes presenta características que dan cuenta de prácticas saludables. Sin embargo, es una población mayormente joven que presenta enfermedades tanto agudas como crónicas, asociadas al estrés, afectaciones de su sistema digestivo y trastornos de la salud mental principalmente.

Así también, se evidenció el consumo de diferentes sustancias psicoactivas, un buen número de estudiantes que poco recurren a los métodos de planificación familiar, este estudio permitió establecer lineamientos para las políticas de bienestar universitario

en la institución, la revisión de estas investigaciones dio parte para empezar la presente investigación y tratar de determinar para la Corporación Universitaria Lasallista estas características y permitir el desarrollo de los lineamientos de las políticas de Bienestar Universitario. (14, 15).

Escobar y Pico, (16) también realizaron una investigación en la ciudad de Manizales que tenía por objetivo describir algunas características de las prácticas de autocuidado de la salud, en jóvenes universitarios, que evaluaba la dimensión autocuidado de la salud indagando sobre: prácticas, motivos para realizar o no una práctica, motivación para el cambio y recursos para llevarlas a cabo, se encontró que en las mujeres se presentan más prácticas de autocuidado relacionadas con: baño diario y cepillado de dientes después de las comidas. En cuanto a la exploración del cuerpo para detectar cambios, los hombres son los que menos la realizan, siendo estadísticamente significativo. Las mujeres utilizan menos el bloqueador solar con relación a los hombres y se logró concluir que las prácticas de autocuidado de la salud fueron saludables según la puntuación establecida en la metodología implementada para la dimensión de autocuidado de la salud. Se plantea la necesidad de educar a los jóvenes universitarios para su autocuidado como parte del proceso de la formación integral.

Los anteriores estudios coinciden con otros realizados por Lema (17) sobre las dimensiones saludables de estudiantes universitarios en Cali, Colombia, que buscaban 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. El estudio mostró 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. La investigación arrojó una coherencia entre el nivel de satisfacción con el tipo de prácticas realizadas, además de esto se concluyó que los estudiantes no están preparados para el cambio, debido a que no lo consideran un área problemática.

Arguello et al, (18) en la ciudad de Bucaramanga, Colombia, evaluaron los estilos de vida de estudiantes del área de la salud y estudió cuatro dimensiones analíticas como: ejercicio y actividad física, consumo de alcohol, consumo de cigarrillo y sustancias psicoactivas; y la sexualidad, concluyeron que tener conocimientos previos relacionados con estas prácticas no es suficiente para la adopción de conductas saludables, así como tampoco lo son tener creencias adecuadas sobre la salud o de motivación frente a la práctica saludable, afirmaron entonces que los resultados de sus estudios pueden compararse con los reportados por Elizondo, Guillén & Aguinaga, con población general de Pamplona (España) y el de Martins et al, con estudiantes en Brasil y Oviedo et al., con estudiantes de medicina en Venezuela.

Todos estos estudios coinciden en que la práctica regular de ejercicio suele ser una de las debilidades encontradas en los estilos de vida de estas poblaciones, a pesar del conocimiento sobre su relevancia frente a la prevención de las enfermedades cardiovasculares y de la asociación establecida con la disminución de ansiedad y depresión y la mayor asociación con percepción de calidad de vida y beneficios en general sobre la salud física y mental. (18)

Vergara et al, en un estudio cuyo propósito fue mostrar los resultados de las representaciones sociales de los jóvenes de Manizales, para ello recogió información de grupos juveniles de la ciudad de Manizales durante el año 2006 a través de técnicas como encuesta, grupos de discusión y entrevistas en profundidad, se encontró que las representaciones que tienen los jóvenes frente al riesgo están asociadas a una falta de apoyo familiar, a un problema de género, dado que los problemas asociados normalmente a la sexualidad, los jóvenes los ven como problemas de las mujeres y no de los hombres, son ellas quienes deben cuidarse y no ellos, además los jóvenes suelen ver en sus pares la mejor fuente de información para conocer y afrontar el riesgo. (19)

Para el CONPES 147 de 2012 que para Colombia es el consejo nacional de política económica y social del Departamento nacional de planeación y en este determina los lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años en las investigaciones previas para la realización del documento identificaron los adolescentes de Medellín afirmaron que no

sólo la información y el tiempo de atención del personal asistencial en salud pública es “suficiente para lograr cambios de actitudes en salud”, sino que también el personal asistencial en salud pública no está debidamente entrenado para interactuar con ellos, “nos hablan en su idioma” y en efecto, el 52% de los jóvenes manifiestan que no entienden la información que le brindan en sus hogares, colegios o medios de comunicación, lo que podría significar un factor que interfiere negativamente en las decisiones de autocuidado en la población universitaria. (20)

También se pudo encontrar en el CONPES 147 se describió así, la importancia de la calidad de la información para los jóvenes y el emisor de la misma, se evidencia en los estudios de Gallo et al, donde los jóvenes señalan que: influyen más los pares, los adolescentes creen que la sexualidad es algo cotidiano, personal, íntimo, en la que nadie debe intervenir, sobre todo los adultos, y por lo tanto es algo de lo que no hay que estar hablando constantemente; y por eso, los jóvenes y las niñas se asesoran mutuamente, porque prefieren hablar entre ellos que con los adultos, pero también les llega lo que les da el colegio y la familia. Sin embargo, aunque son más confidentes con sus pares, consideran a sus padres como fuentes fidedignas de información y de consejo, por lo cual se debe insistir en el mejoramiento de las competencias parentales en comunicación y supervisión de sus hijos. (20)

Podemos evidenciar la importancia que ha tenido a nivel mundial, regional, nacional y local, el tema de la salud de las juventudes y el especial cuidado que se ha ofrecido a este grupo poblacional en cuanto a sus prácticas de autocuidado, influenciado por el entorno sociocultural.

Con relación a las motivaciones y las creencias para llevar a cabo prácticas saludables de ejercicio y actividad física, Moreno et al, (21) realizaron un estudio en jóvenes universitarios, es llamativo que mejorar la figura ocupe un lugar importante, sin embargo, pueden jugar un papel relevante cuando estudios como los de indican que la orientación a la tarea y la motivación auto determinada suelen relacionarse de manera importante con mayor práctica de actividad física.

En la misma línea y según lo encontrado por Cáceres et al, (22) en relación con el consumo de sustancias legales e ilegales, la baja percepción de consecuencias

negativas incrementa el riesgo frente al consumo. Asimismo, Arguello et al, confirman que las creencias y las falsas expectativas, así como la baja sensibilidad frente a quienes ya han vivido la problemática favorecen las condiciones frente al consumo. Esto es notorio cuando se habla de prácticas como el consumo de alcohol y cigarrillo que son socialmente aceptadas e incluso valoradas de manera especial entre los jóvenes como medio para obtener reconocimiento social. Frente a este punto es de mencionar cómo la dimensión de relaciones interpersonales en el estudio de Arguello, presentó altas puntuaciones en cuanto a la práctica saludable, pero de manera relevante en mujeres, incluso con una diferencia estadísticamente significativa frente a los hombres, este dato permitiría comprender a su vez, cómo el consumo de sustancias que es mayor en los hombres, se asociaría, posiblemente con una estrategia de afrontamiento frente al déficit en las habilidades sociales, asumido a partir de la motivación indicada en los resultados respecto a disminuir la tensión y la ansiedad. (18)

Teniendo en cuenta la susceptibilidad de riesgo como un factor de gran peso frente a la adopción de ciertos comportamientos, los autores afirman que la creencia de que el consumo es cuestión de voluntad y supone baja percepción del riesgo, lo cual no favorece la adopción de una conducta saludable; este punto cobra importancia, al hablar de influencias sobre la decisión de cuidarse y pone la percepción del riesgo como factor predisponente. (18)

Por otro lado, respecto a los hábitos alimenticios, afirman los mismos autores que se presentaron diferencias significativas en la salud entre los estudiantes en función de variables como el programa académico donde los estudiantes de nutrición presentaron los mayores puntajes, esto podría llevar a la conclusión de que el conocimiento y la autopercepción de la salud concebida desde el conocimiento del autocuidado influye significativamente en la salud de los jóvenes. (18)

Los datos de este estudio son coherentes con lo encontrado por Montero et al, citados por Rodríguez et al, (23) en un estudio en la ciudad de Medellín Colombia, con estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales y el desarrollo de prácticas de autocuidado.

Por otro lado, la literatura encontrada en estudios como el de Salazar (24) nos dice que, aunque en los diversos modelos sobre la salud se plantea que, el estilo de vida, incluye entre sus componentes: las creencias, las expectativas, los motivos, los valores y las conductas que mejor representan o describen un modo de vivir, empíricamente, sólo se ha demostrado que son las conductas las que tienen una influencia directa en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas.

Regis y Tedeschi et al, citados por Pastor (25), argumentaron que los jóvenes con baja autoestima son más vulnerables a la presión de los pares para realizar comportamientos de riesgo y que los jóvenes con baja autoestima utilizaban las conductas insanas para parecer más atractivos ante los iguales respectivamente.

Pastor en su estudio alude a que la percepción de baja autoestima aumentaba la motivación de los jóvenes para desviarse de la norma para conseguir refuerzos que mejorasen su autoestima y que con respecto a los jóvenes con alta autoestima, que disponen de un control cognitivo que les mantiene interesados en conservar su valoración positiva frente a los demás y no se arriesgan a perderla con comportamientos anti normativos, además, mantienen una actitud responsable hacia ellos mismos realizando conductas saludables. (25)

Dolcini y Adler, también citados por Pastor, apuntan a que quizás la autoestima no sea un predictor válido en el estudio de las conductas de salud y habría que buscar mediciones más específicas. Las explicaciones teóricas sobre la relación entre las dimensiones del autoconcepto y las conductas de salud en personas jóvenes representan uno de los motivos básicos que guían al sí mismo: el motivo de automejora. Se considera que el motivo de automejora conduce al sujeto a elegir aquellos comportamientos que le permiten obtener mejores autovaloraciones, independientemente de que estos comportamientos sean saludables o insanos, normativos o antinormativos. (25)

Con respecto al autocuidado de la salud y las prácticas de autocuidado y su relación con la percepción de la salud Duarte et al, (26) en un estudio describen los resultados de un programa de autocuidado para el mejoramiento de la calidad de vida en jóvenes universitarios que como los programas para el autocuidado favorecen la

prevención de los déficits y refuerzan los hábitos positivos de autocuidado, brindando educación, orientación y acompañamiento, de manera que el abordaje interactivo y práctico, con temáticas variadas estimulen el proceso de aprendizaje y el aprovechamiento y que propicie las relaciones interpersonales, tanto entre los compañeros del equipo, como entre el equipo y su respectivo cuerpo técnico.

El recorrido por la literatura permite evidenciar que desde los diferentes puntos de vista de los autores nacionales e internacionales, la juventud es un foco de interés para la comunidad de la salud, pues es, en esa etapa de la vida en la cual se forman los cimientos para una vida saludable futura, los autores coinciden en que los cambios en esta etapa tramitan la vida futura y que éstos están permeados por la cultura, los modos de crianza, los pares y la sociedad en general, se hace especial énfasis en como la cultura ha logrado arraigar conductas de cuidado distintas y como la sociedad moldea las modificaciones de estas actuaciones.

Es además importante mencionar la enorme cabida que ha tenido en el ámbito de la legislación en salud la investigación de las características de este grupo poblacional y el especial cuidado que ha merecido el escrutinio de sus particularidades, siempre con la idea de un tratamiento diferenciado de las necesidades de dicha población.

3 DEFINICIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA:

Desde 1995 según el informe de juventud de Naciones Unidas, han aparecido 5 cuestiones nuevas que son motivo de preocupación para la juventud: la globalización; el aumento de uso de tecnologías de la información y las comunicaciones; la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (vih/sida); el aumento de la participación de jóvenes en los conflictos armados, como víctimas y perpetradores; y la creciente importancia de las relaciones intergeneracionales en una sociedad mundial en proceso de envejecimiento, que han tenido repercusiones desproporcionadas en la vida de los y las jóvenes. (20)

La globalización afecta a la división internacional del trabajo en todas partes y la juventud se encuentra entre los primeros grupos en sentir las consecuencias positivas y negativas de los cambios en el comercio y las inversiones internacionales; las tecnologías de la información y las comunicaciones están modificando la manera en que la juventud interactúa en la sociedad civil y en la economía mundial. Las nuevas relaciones intergeneracionales están cambiando la forma en que la juventud participa en la sociedad civil. El aumento de los conflictos violentos en todo el mundo y la enorme propagación del vih/sida han situado repentinamente a millones de jóvenes en situación de riesgo. (4)

Otro aspecto importante con relación al contexto internacional es la situación de las mujeres jóvenes del continente, abordado en diferentes conferencias internacionales como la de población y desarrollo de 1994, celebrada en el Cairo, y la de 2014, que abre la puerta a proposiciones para seguir el curso trazado en el Cairo y la cuarta conferencia mundial sobre la mujer en Beijing en 1995, en las que se reconoce su papel en los procesos de desarrollo mundial. En estas conferencias internacionales se han definido temas prioritarios a nivel de juventud como: aumentar la igualdad de género, mejorar la salud reproductiva de los adolescentes, oportunidades de educación y entrenamiento equitativo, aplicación y protección de los derechos de la juventud, entre otros.

En el foro mundial de juventud de 1995, se destacó como orientaciones a las políticas de gobierno mundial: el reconocimiento de la juventud no sólo como protagonista del futuro sino del presente, la igualdad entre hombre y mujeres, la participación de la juventud como agente de desarrollo social, la participación de la juventud en la toma de decisiones en todos los ámbitos y niveles, que la problemática de la juventud no sea tratada aisladamente, sino integralmente desde todas las parcelas políticas que afectan a la vida de las personas jóvenes, que las políticas de juventud, vayan acompañadas de los planes de acción y de los recursos financieros y sean fruto del diálogo entre los decisores y la sociedad civil, especialmente a las asociaciones juveniles.(4)

El programa de acción mundial para la juventud en el año 2000 propone las áreas prioritarias para el trabajo con jóvenes como: educación, empleo, hambre y pobreza, salud, delincuencia juvenil, mujer joven, medio ambiente, uso indebido de drogas, actividades recreativas, plena y efectiva participación de la juventud en la toma de decisiones. (27)

Los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto, según Arrivillaga (27), se refieren a formas cotidianas de vivir que aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida. Incluyen entre otros la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado incluyendo además el cuidado médico y el sueño.

En Antioquia la población que se encuentra entre las edades de 14 y 28 años son aproximadamente 1'401.511 que representan el 27% de la población del departamento, los suicidios, homicidios, muertes violentas tienen un comportamiento mayor en el departamento de Antioquia comparado con el promedio nacional según datos del DANE para el año 2016. (6)

Dentro de las morbilidades y las causas de mortalidad se tienen reportes para el año 2012, año en el cual los casos reportados por intoxicación de sustancias por vía inyectada según Sivigila fueron 20, de los cuales en su mayoría la droga inyectada fue heroína (23), se presentó un caso con cocaína líquida y las edades de los casos oscilaron entre los 16 y 33 años, de los cuales 18 fueron hombres y 2 mujeres.

Además, la proporción del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol por departamentos es mayor en Antioquia, comparado con la nacional en todos los grupos de edad, siendo la más alta la del grupo de edad de 18 a 24 años (23.1%), lo que da un refuerzo importante a todas las iniciativas de mejoramiento de la calidad de vida de los jóvenes y la promoción de la salud en este grupo etáreo.

Para el año 2007, Ariza et al (28) en un reporte sobre los indicadores de enfermedades de transmisión sexual y procreación en adolescentes del municipio de Antioquia en las edades de 10 a 19 años, da cuenta de que el nacimiento de bebés de jóvenes entre los 15 y los 19 años estuvo representado por 738 nacimientos, que entre los jóvenes con HIV que se encuentran en tratamiento, se sistematizaron 20 casos. Las enfermedades de transmisión para jóvenes y adultos entre 15 y 44 años presentaron un comportamiento equivalente a sífilis 7 casos, gonorrea 12 casos, herpes genital 15 casos.

Sumado a esto, en los seguimientos realizados por la mesa municipal de juventud quedan claras las líneas problemáticas de mayor influencia para esta población; siendo la primera la drogodependencia, seguida del suicidio como una tendencia que cada vez se marca con mayor intensidad, no en cifras de consumación sino en intentos, teniendo como ejemplo el Boletín epidemiológico número 29 del 2016 que sitúa a Antioquia como el segundo departamento a nivel nacional con mayor incidencia de suicidio en jóvenes. (6)

En cuanto a las percepciones de salud en jóvenes y su repercusión en la propia salud, Figueroa y Careaga (29) en su estudio sobre reconfiguración estética en jóvenes universitarias, resaltaron “la creencia de las jóvenes de que la cirugía plástica cambiará su vida, y pronostican un impacto de las intervenciones en el incremento de su

autoestima y seguridad personal (33%), enlazándolo a una mejoría de su funcionamiento social y sus relaciones de pareja”.

En el contexto colombiano, un estudio realizado por Arguello (18) sobre los estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga, permitió concluir que la adolescencia suele ser un momento vital favorecedor de cambios en los hábitos alimenticios como consecuencia del alto valor otorgado al asunto estético del cuerpo, de manera especial entre las mujeres.

Por otro lado, en cuanto a las redes de apoyo como tema de investigación en población universitaria, Páez et al, (13), encontró que los jóvenes tienden a adoptar conductas de riesgo como el sedentarismo, el consumo abusivo de sustancias tóxicas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales) y dietas nutricionales incorrectas, entre otras. Algunos autores atribuyen estos factores de riesgo y estilos de vida poco saludables a las conexiones frágiles entre esta población de adolescentes y adultos jóvenes, con las redes de apoyo como son la familia y los centros educativos.

De otra parte y en lo que concierne a la salud de los estudiantes de la Universidad Autónoma de Manizales, en el estudio características de salud pública de estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Manizales, desarrollado en el año 2008 (14) se evidenciaron resultados que indicaban que “el 22% de los estudiantes consume cigarrillo sin diferencias por sexo. El análisis de conglomerados mostró dos grupos bien diferenciados. El primero de mayoría masculina, se caracterizó por tener la primera relación sexual a los 14 años, con una amiga, después de salir semanas; estar en riesgo de alcoholismo, consumir psicoactivos diferentes al cigarrillo, practicar actividad física en el tiempo libre y tratar de ganar peso; el segundo de mayoría mujeres, tuvo la primera relación sexual entre los 19 y 22 años, con el novio, después de años de relación, no estar en riesgo de alcoholismo, no consumir psicoactivos diferentes al cigarrillo, no practicar deporte en el tiempo libre y tratar de perder peso”.

La Organización Panamericana de la Salud (30) ha propuesto como alternativa que en se debería dejar de ver la prevención de los problemas de los jóvenes, el desarrollo de los jóvenes y el desarrollo de la comunidad como prioridades antagónicas, antes bien deben considerarse como metas inseparables. Así, los programas que se

desarrollen no solo deberán tener en cuenta el enfoque de riesgo y las acciones de prevención y atención necesarias para el enfoque, sino también incluir el desarrollo de competencias tales como “el bienestar social, físico y cívico, y las habilidades vocacionales que permitan a los jóvenes afirmarse como individuos, facilitar escenarios en donde se propicien relaciones significativas, ser queridos y comprometidos, tener un fuerte sentido de seguridad y estructura, un sentido de pertenencia, además de un sentido de propósito, de responsabilidad y de ser valiosos.

Así, los programas necesitan ir más allá del enfoque orientado al problema para pasar a un enfoque de desarrollo que promueva factores de protección y la resiliencia en la adolescencia y la juventud; por tanto, es necesario pasar de intervenciones individuales a intervenciones de familias y comunidades, de enfoques verticales a esfuerzos coordinados, integrados en prevención y promoción de la salud, y del concepto de niños, niñas, adolescentes y jóvenes receptores al de participantes activos. (31)

Nuvala et al, (2) afirman que un paso necesario para una eficaz puesta en práctica de programas de intervención social cuyo fin es la creación de un estilo de vida saludable, es la evaluación de conocimientos y creencias que el grupo, al que va dirigido el programa, tiene al respecto. Por ello, cualquier programa que se pretenda desarrollar cuyo objeto sea la consolidación de un estilo de vida saludable necesita de un proceso de investigación que relacione las diversas variables que conforman el programa, dicen los autores.

En la adolescencia la salud es un recurso especialmente importante y los hábitos y estilos de vida adquiridos pueden generar efectos positivos o negativos. Los jóvenes deben hacer frente a una variedad de retos durante su transición a la edad adulta (32). El hecho de contar con una buena salud –física, emocional y social contribuye a poder solventar con éxito estos retos. La promoción de la salud de los jóvenes puede generar unos beneficios a largo plazo para las personas y las sociedades.

Investigar bajo esta perspectiva la salud de los jóvenes y sus hábitos y estilos de vida determinantes, resulta pertinente y necesario para planificar estrategias e intervenciones preventivas dirigidas a dicho segmento de la población. Dentro de los

patrones de comportamiento que conforman los estilos de vida se incluyen prácticas saludables y no saludables que interactúan entre sí según Lema. (17)

Con base en lo anterior se evidencia la necesidad de conocer la situación de salud pública y las percepciones de salud de los estudiantes de la Corporación Universitaria Lasallista, si el objetivo buscado es encontrar la manera más efectiva para desarrollar los planes, programas y proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para lograr una salud integral de la población joven, universitaria.

En este sentido este proyecto se justifica en la medida que aportará información que permita mejorar o incentivar nuevos proyectos de bienestar institucional que respondan a las necesidades, intereses y expectativas de los estudiantes de pregrado de la CUL.

4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la situación de salud pública y las creencias en salud de los jóvenes universitarios en la Corporación Universitaria Lasallista 2017?

5 JUSTIFICACIÓN:

Los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud, además se componen de dimensiones personales, ambientales y sociales, que dependen del presente y de la historia personal de cada persona. Son en este sentido las formas de vivir cada día, que aplican en todas las áreas vitales de una persona, satisfaciendo las propias necesidades y procurando la calidad de vida de cada uno. (27)

Los estilos de vida incluyen entre otros la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico y el sueño. (33)

Las universidades tienen un compromiso con el fomento de la salud, ya que la adopción de conductas saludables no depende sólo del compromiso personal sino de la destinación de recursos, el establecimiento de políticas saludables y la toma de decisiones estratégicas que permitan hacerlo efectivo, además implica que la educación para la salud no sólo se ocupe de la transmisión de conocimientos, sino que tenga en cuenta el fomento de la motivación, las habilidades personales y el autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. (18)

Orem, citada por Rocha et al, (34) revela que el origen del autocuidado es “un comportamiento aprendido” y las actividades de autocuidado como acciones que se aprenden e internalizan tras la interacción e influencias del medio y la vida cultural del grupo al cual pertenece el individuo. Por lo tanto, las acciones de autocuidado se consideran no innatas, se viven y dependen de las creencias, de la interacción con los diversos factores y estímulos con los que se rodea y con los cuales el individuo experimenta, como costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad de la cual se es parte. Aparece como condicionante de la salud por lo tanto, al contexto sociocultural, el cual entrega al individuo los requisitos de autocuidado universales, los cuales son independientes del estado de salud, la edad o el nivel de desarrollo y que se

refieren al mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua, alimentos, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de excrementos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, entre la soledad y la interacción social, prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano, promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial y talento de las personas.

Renpenning y Taylor, citados por Rebolledo (35) describen al autocuidado como la práctica de actividades que las personas emprenden con arreglo a su situación y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar. Por lo tanto, el autocuidado es considerado “un valor” que involucra el compromiso personal y a la vez el social, otorgándole un valor inherente además del acto de cuidarse, ya que contribuye a la formación de otros valores como la ayuda, la enseñanza, servicios y otros conceptos de auto percepción y autoestima.

Tenemos entonces que los estilos de vida hacen referencia, principalmente, a los comportamientos habituales y cotidianos que caracterizan el modo de vida de un individuo y que suelen ser permanentes en el tiempo. En algunos casos, se agrega a esta definición otra clase de variables, distintas a las pautas conductuales observables, tales como las creencias, las expectativas, los motivos, los valores y las emociones, que se presentan asociados con la conducta. (36)

Según Lalonde, citado por Giraldo (9) en su modelo de determinantes de la salud dice que los Estilos de vida y conductas de salud: drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducta sexual insana, conducción peligrosa y mala utilización de los servicios sociosanitarios. Debemos tener en cuenta que determinadas conductas de riesgo pueden influir negativamente en la salud. Se trata de comportamientos que actúan negativamente sobre la salud, a los que el sujeto se expone voluntariamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control, supone que este es el grupo que más influencia tiene en la salud.

Según una revisión realizada por Menéndez, (9) el concepto “estilo de vida” se constituyó a partir de corrientes teóricas como el marxismo, el comprensivismo Weberiano, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico.

El estilo de vida poco saludable y sedentario, resultado de ese conjunto de factores aludidos anteriormente y de otros más, es considerado, por sus repercusiones sobre la salud, la epidemia del siglo XXI, siendo actualmente centro de atención internacional de las políticas sanitarias y educativas, puesto que constituye una de las principales causas de muerte y disminución de la calidad de vida en todo el mundo desarrollado. (17)

Existe en la sociedad en general y en especial entre las personas relacionadas con temas de salud, desde los profesionales de la medicina hasta los educadores relacionados con estos temas, una preocupación debida a la influencia que las sociedades desarrolladas tienen en la salud, como resultado de una forma de vida que impone cambios en la alimentación, en el trabajo, en los ritmos vitales, e incluso, en la propia respuesta de los servicios asistenciales. El desarrollo socioeconómico ha aportado enormes mejoras en la salud, pero también aporta nuevos riesgos sanitarios relacionados con el medio ambiente, con las conductas y los estilos de vida. (2)

Así pues, generar una descripción de la situación en salud pública y los significados de salud de los estudiantes universitarios de la Corporación Universitaria Lasallista cobra relevancia puesto que puede contribuir al establecimiento de estrategias contextualizadas que promuevan planes, programas y proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad compatible con esta población específica.

A nivel social también se pueden encontrar beneficios del presente interés investigativo, pues es claro que en Colombia se encuentra la necesidad del establecimiento de estrategias que adhieran a las comunidades y las empoderen de su estado de salud, teniendo claro que por la multiculturalidad de este país se deben resaltar las particularidades sociales y culturales, ya que éstas pueden ser aprovechadas si son tomadas en cuenta en los momentos de desarrollo de los programas o pueden generar resistencias si no son tomadas en cuenta como variables que pueden condicionar las intervenciones de las diferentes instituciones que las impulsan.

El Ministerio de Salud de Colombia plantea que las campañas que buscan los objetivos anteriormente nombrados, han logrado medianamente sus objetivos, como ejemplos de esto la campaña del Ministerio de Salud “Por mí yo decido”, que buscaba la reducción del embarazo adolescente y que en algunas ciudades lograron el descenso con poco porcentaje y en otras ciudades inclusive se evidenció un aumento en este porcentaje, lo que muestra la necesidad de contextualizar los escenarios de aplicación de estas estrategias, de caracterizar las necesidades de las poblaciones, para no generalizarlas y poder así obtener los resultados esperados basados en las particularidades de las poblaciones.

En la Corporación Universitaria Lasallista los porcentajes de cobertura de las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad alcanzan un 40% (Informe de gestión salud 2014-2015 CUL), esto demuestra la necesidad de establecer estrategias dirigidas específicamente a las necesidades, permeadas por los intereses de los estudiantes, desarrollando actividades que sean congruentes a los mismos, a las cuales las respuestas le sean mayores porque logren ajustarse a su contexto y necesidades sentidas. Esto permitirá dirigir eficientemente los recursos tanto económicos como de talento humano, además de lograr tener una población estudiantil saludable y consciente de su salud, además de establecer una línea base para la gestión de la estrategia de universidades saludables que en un futuro se pretende establecer como insignia de la dirección de Bienestar Universitario.

La relevancia de esta investigación se encuentra entonces en la necesidad de caracterizar la población universitaria a la cual están dirigidos programas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad coordinados por Bienestar Universitario y por lo tanto aportar a la construcción de intervenciones a nivel nacional. Con este trabajo, se pretende buscar un enfoque innovador y congruente para las intervenciones de promoción de la salud, además de la intención de describir la relación de los significados de la salud que tienen los jóvenes universitarios en la forma de cuidarse.

6 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la situación de salud pública e interpretar las creencias de salud en los estudiantes de los programas de pregrado de la Corporación Universitaria Lasallista 2017.

6.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los estudiantes de los programas de pregrado de la Corporación Universitaria Lasallista.
- Identificar los hábitos alimentarios en los estudiantes de los programas de pregrado de la Corporación Universitaria Lasallista
- Identificar las características de morbilidad general de los estudiantes de los programas de pregrado de la Corporación Universitaria Lasallista.
- Identificar las redes de apoyo que poseen los estudiantes de los programas de pregrado de la corporación universitaria lasallista
- Identificar el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales en los estudiantes de los programas de pregrado de la Corporación Universitaria Lasallista
- Identificar las características de la salud sexual y reproductiva en los estudiantes de los programas de pregrado de la Corporación Universitaria Lasallista
- Caracterizar las prácticas de higiene oral en los estudiantes de los programas de pregrado de la Corporación Universitaria Lasallista
- Analizar las actividades deportivas y culturales que realizan los estudiantes de los programas de pregrado de la Corporación Universitaria Lasallista
- Describir las creencias de la salud de los estudiantes de pregrado de la corporación universitaria lasallista

7 REFERENTE TEÓRICO

Este apartado tratará de concentrar la información científica alrededor del tema prácticas de autocuidado, estilos de vida, percepción de la salud, creencias de la salud, características de los jóvenes universitarios, que permitan la sustentación desde el conocimiento para lograr resultados acordes y útiles socialmente.

Para introducir este referente empezaremos realizando un recorrido de línea del tiempo de cada uno de los tópicos más importantes, tratando de definir los conceptos de mayor relevancia para la comprensión y desarrollo del tema de investigación.

7.1 REFERENTE CONCEPTUAL

Es este apartado se describirán conceptualizaciones teóricas de los conceptos promoción de la salud, autocuidado, Joven y juventud, estilos de vida, hábitos de vida, autopercepción de salud, y creencias de la salud, todo con el fin de tener unos referentes que sustente teóricamente la tesis de investigación.

7.1.1 Conceptualizando la promoción de la salud:

Según la Organización Mundial de la Salud y la Academy Health, citados por González, se define salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad” (37)

Para alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, cada persona o grupo requiere identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida; adicional a esto, la salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas (9)

La promoción de la salud se define como el desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicalizadas y no aditivas, con una comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos según la cual, nuestros cuerpos no son únicamente entidades biológicas, sino entidades sociales, teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la salud de las personas; desde el punto de vista de Pender que establece el Modelo de Promoción de la Salud, propone la promoción de la salud con el fin de promover un estado óptimo de salud dejando a un lado las acciones preventivas y privilegiando las de promoción, identifica los factores cognitivos perceptuales de los individuos los cuales afirma pueden ser 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. (9)

Según lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), La promoción de la salud, se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos o internos de las personas, como el autocuidado, como la capacidad de tomar decisiones y las acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud, la ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras y los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud, tales como las universidades saludables. (9)

Gómez citado por Giraldo (9) afirma que la promoción de la salud pública es un tema de actualidad científica y de impacto social actual, pues se ha convertido en una estrategia básica para la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conlleva a cambios de comportamiento relacionados con la salud y al fomento de estilos de vida saludables, así contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que conforman una sociedad.

Hacia los años 50 surgen en Estados Unidos las primeras escuelas de medicina preventiva y sus determinantes, que asumen la salud como un proceso complejo, multifactorial y dinámico; hacia 1974 Marc Lalonde (9) propone un modelo explicativo actualizado de los determinantes de salud, que incluye el estilo de vida, el ambiente, la biología y la organización de servicios de salud.

Páez (13) identifica como factores protectores para la salud, el tener un sentido de vida, enmarcado en objetivos y metas, tener buena autoestima, poseer autocontrol, contar con habilidades sociales, emocionales, de afrontamiento y enfrentamiento, además de preconceptos, también incluye la capacidad de hacer una valoración del riesgo frente a las drogas y espiritualidad; además de controlar los factores de riesgo como: sedentarismo, tabaquismo, alcohol, estrés y otras patologías, entre ellas alteraciones psicológicas, comportamientos perturbadores, maltrato, disfunción familiar y relación con personas consumidoras.

La promoción de la salud se hace importante en esta tesis, teniendo en cuenta su finalidad, se tiene entonces que la salud como fin último de los objetivos de las comunidades debe verse de manera integral, no sólo desde la mirada positivista, sino que abarca tópicos aún más amplios como la cultura, la sociedad y las oportunidades, es allí donde se hace relevante la promoción de la salud.

7.1.2 Conceptualizando el término Joven:

Papalia citada por Rebolledo,(35) trae un concepto de la etapa adulto joven como aquella que comprende las edades entre 18 hasta los 30 años aproximadamente y escribe que la tarea principal de esta etapa es lograr un cierto grado de intimidad y que ésta intimidad supone la posibilidad de estar cerca de otros, como compañero, amigo; como un partícipe de la sociedad, en donde la búsqueda de la participación se define y toma rumbo dirigido por las preferencias e intereses que ya son defendibles, describe además la independencia del adulto joven, pues ya no tiene que probarse a sí mismo, dando cierta diferencia y característica al hábito del cuidado del mismo. El énfasis sobre la formación profesional, el aislamiento de la vida urbana, la fractura de las relaciones por motivos de traslados y la naturaleza generalmente impersonal de la vida moderna, hacen que sea más difícil el desarrollo de relaciones íntimas para el joven, problemas que explican las conductas de cuidado de muchos de ellos.

Esta etapa según Rebolledo (35) conlleva retos y es en la cual el ser humano está atravesando etapas tan complejas del desarrollo, en donde la búsqueda de la propia

identidad y de la integración a grupos significativos con el fin de ser parte de la sociedad son los ejes principales.

Páez (13) considera que la adolescencia y juventud son etapas decisivas en la adquisición y consolidación de los estilos de vida, por lo cual se hace la etapa propicia para promocionar los patrones conductuales de estilos de vida y el desarrollo de una identidad personal y social claramente definida.

Páez, citando a Castaño, (13) en un estudio sobre estilos de vida y salud en estudiantes de psicología en una universidad de Manizales publicado en el 2010, identificó que los mayores riesgos para la salud de los jóvenes son los relacionados con la salud sexual y reproductiva, el sedentarismo, hábitos alimenticios, consumo de tabaco y alcohol.

7.1.3 Conceptualizando Autocuidado:

Tobón (38) dice que el autocuidado propende por un cuidado propio, dicho de otra manera, es el autocuidado individual y está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como dueño de su cuidado, consiste según él, en proveer cuidados de calidad para una buena vida a uno mismo.

Posterior a su postulado renueva su concepto y superpone al autocuidado como una habilidad para vivir y afirma que la falta de capacidades de autocuidado y acciones de autocuidado de los individuos, definidas como las habilidades adquiridas a través de procesos de aprendizaje para su salud y bienestar, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas e intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano. Lo anterior resulta en el desarrollo de habilidades para: mantener la atención y ejercitar el requisito de vigilancia, controlar el uso de la energía del cuerpo, controlar el movimiento del mismo, pensarse en términos de autocuidado, tener una motivación para cuidarse, tomar decisiones, adquirir conocimiento, interiorizarlo y aplicarlo, hacer uso de las aptitudes cognitivas, perceptuales y de comunicación, integrar a sí mismo, a la familia y a la comunidad con las acciones de autocuidado; estas actividades deberían ser realizadas por las personas

en su ambiente habitual y dentro del contexto de sus patrones de vida diaria, a través del proceso espontáneo de aprendizaje. (38)

Orem, citada por Rebolledo (35) describe autocuidado y lo descompone gramaticalmente en “auto” que significa “el individuo integral, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales”; y “cuidado”, definido como “la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él”. Luego, la integra y define como “la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar” (35).

Para rebolledo el autocuidado es un acto además de lo anterior, voluntario e intencionado que involucra el uso de la razón para dirigir las acciones, considerando que el autocuidado cotidiano es un elemento que se encuentra indisolublemente intrincado en la acción; es una función humana regulatoria que los individuos deben deliberar continuamente y desarrollar por sí mismos o haber desarrollado para ellos (cuidado dependiente) a fin de suplir y conservar las condiciones y materiales para el mantenimiento de la vida, buscar el funcionamiento físico y psíquico y el desarrollo dentro de normas compatibles con condiciones esenciales para vivir y para la integridad del funcionamiento y desarrollo.

Según Orem, la salud comprende el estado de una persona y se caracteriza por la integridad de las estructuras humanas y de su funcionamiento mental hacia niveles altos de integración, lo relaciona con el nivel de percepción de bienestar personal, que integra las experiencias de satisfacción, espirituales significativas, la realización personal y la continua búsqueda de la identidad, sin dejar de considerar los requisitos de autocuidado universales, Orem define además requisitos de autocuidado del desarrollo los cuales integran las etapas específicas del desarrollo como condicionantes del autocuidado, como son: desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven y también aquellas que condicionan o afectan adversamente el desarrollo humano, dentro de las cuales se describen la no asistencia escolar, problemas de adaptación social, pérdida de familiares, amigos o colaboradores, pérdida de posesiones o del trabajo, cambio súbito en las condiciones de vida, cambio de posición social/económica, mala salud, malas

condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal o muerte esperada y peligros ambientales. (39)

El autocuidado se ha concebido como valor inherente a cada ser humano y considerado como un derecho, debe tender hacia el autoconocimiento y el empoderamiento del individuo y de la sociedad respecto a su propia salud y a la vez reconocer la presencia de factores culturales, de índole educativa y socioeconómica, que condicionan la agencia de autocuidado e influyen en la capacidad de ser agentes del mismo. (40)

El autocuidado necesita del conocimiento del cuerpo, conciencia que a veces se opaca por los ritmos de vida, por las necesidades que el entorno crea y les da significado de mayor importancia, interrumpe los llamados del cuerpo hacia una buena vida, hacia la salud. Como dice Tobón citada por Sandoval, el autocuidado consiste en mirar uno por su salud y darse condiciones de un buen vivir”. (38-41).

El concepto de agencia de cuidado que integra Orem, citada por Rebolledo, consiste en una compleja capacidad que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, a discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. (35).

En la relación autocuidado y su relación con la cultura, De Roux citado por Uribe describe tres premisas y narran así: primero los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales; también es importante mencionar que existen paradojas comportamentales y la estereotipización del cuidado de acuerdo con el sexo. (42).

Retomando el concepto de cuidado de Colliere citado por Alvarado (43) como el acto de mantener la vida teniendo la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero diferentes en su manifestación entonces tenemos que

las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo o persona, entendiendo con esto que cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero a su vez es un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere ayuda.

La promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr así el desarrollo humano. Por tanto, el autocuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un óptimo desarrollo. Es así entonces como el desarrollo integral se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales.

Escobar, citando a Uribe (16) afirma que el significado del autocuidado desde una perspectiva sociocultural ha sido permeado por las concepciones, creencias, convicciones y representaciones sociales y prácticas de las personas en las diferentes sociedades. Los griegos se suponían un cuidado de sí integral, tanto desde el cuidado del cuerpo como del alma, esto lo asociaron a los regímenes de salud como ejercicio físico y a evitar excesos en los comportamientos cotidianos, además del cultivo del espíritu mediante prácticas de meditación, exaltación de la contemplación y la importancia del autocontrol.

Cuando hablamos de autocuidado no se refiere únicamente al autocuidado del cuerpo, se deben contemplar las demás dimensiones sociales, cognitivas, afectivas, comunicativas y emocionales que constituyen al sujeto, como las relaciones familiares, de pareja y relaciones con los amigos; de esta misma manera debe propender por un tiempo consigo mismo, para realizar actividades personales, ya sean actividades deportivas, artísticas, de ocio y recreación, entre otros. (41).

Renpenning et al, (44) considera el autocuidado como “un valor” que conjuga compromiso personal y a la vez social, dándole un valor inherente además del acto de

cuidarse, ya que contribuye a la formación de otros valores como la ayuda, la enseñanza, servicios y otros conceptos de autopercepción y autoestima.

Entre las prácticas de autocuidado se encuentran: alimentación adecuada, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física, habilidad para adecuar el consumo de medicamentos, seguimiento de las prescripciones de salud, comportamientos sexuales seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto, búsqueda de información y manejo de diferentes signos y síntomas en las enfermedades (14).

Uribe (42), explica que existe un proceso de identificación entre grupos que hace que algunas actuaciones adquieran significados compartidos y comprendidos al interior del mismo, por ejemplo el establecimiento de parámetros, definidos grupalmente, sobre lo que es aceptable o no; así se van creando identidades en relación a lo que comen, dónde lo comen, o con qué frecuencia lo hacen por ejemplo; se llega incluso al punto de que una persona puede identificarse o ser identificada por su estilo alimentario o por el tipo de alimentos que consume.

7.1.4 Conceptualizando estilos de vida:

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico. En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido; en lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones; en el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida. (45)

Otros autores, afirman que el estilo de vida es un conjunto de patrones que organizan el sistema de interacciones de las personas con la sociedad, en cuenta a la

estructura personal y social; además se componen de patrones cognitivo, afectivos y comportamentales, individuales y colectivos, que muestran cierta consistencia en el tiempo cuando las personas se exponen a ambientes y situaciones similares, además pueden convertirse en patrones de riesgo o seguridad, dependiendo de su naturaleza. Los estilos de vida están influenciados por diversos factores que son aprendidos, mantenidos o modificables durante el transcurso de vida, por ejemplo, las costumbres, hábitos, modas y valores pueden ser variables en un determinado momento o época. (13)

El estilo de vida se refiere a la forma de vivir de las personas y relaciona con las motivaciones y deseos de todas las personas. En otras palabras, es la forma en la que el ser humano se realiza como ser social, en condiciones específicas y particulares. (13)

Los estilos de vida están determinados por los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. (46)

En el estilo de vida se pueden evidenciar las condiciones sociodemográficas y las condiciones tradicionales de un grupo social, se evidencia o manifiesta en el comportamiento del grupo, una comunidad, una familia o un individuo. Entre los componentes de los estilos de vida se identifican aspectos materiales, sociales e ideológicos. (13)

El estilo de vida según lo hallado por Páez et al, influye en la determinación de la salud; desde lo preventivo, tiene relación con la aproximación al riesgo, por ejemplo, riesgos asociados y condiciones clínicas. (13)

Páez (13) demostró que las mujeres presentaban menores relaciones conflictivas con las redes de apoyo universitarias, lo que supone tenían mejores relaciones. Igualmente, los estudiantes hombres presentaban una mayor prevalencia de actividades

físico-deportivas, extra curriculares y menos actividades de ocio pasivo; también fueron el grupo que mostró mayor prevalencia de protección contra el sida.

Al contrario de lo que encontraron los investigadores anteriores, McColl et al, (47) en un estudio realizado en estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso Chile, realizada para estudiar los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles como inactividad física, sobrepeso y obesidad, tabaquismo e hipertensión arterial, no encontraron diferencias de género, ni entre los diversos grados académicos estudiados, y los factores de riesgo que mayormente se identificaron fueron la inactividad física, seguido del sobrepeso y obesidad, le sigue en frecuencia el tabaquismo, también se encontró que la presión arterial alta era de baja prevalencia, esto los llevó a recomendar la implementación de medidas de promoción y prevención que se hicieran desde las universidades como centros de formación integral.

Según Flórez citado por Meda et al, (48), los estilos de vida salutogénicos son aquellos que tienden a la salud, tales como el ejercicio físico, métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual, estrategias de afrontamiento al estrés, dieta balanceada, autocuidado y cuidado médico, habilidades sociales, prácticas adecuadas de higiene, entre otros y contempla la idea de la existencia de estilos de vida patogénicos (que propician un estado de enfermedad en el sujeto), como el sedentarismo, que favorece enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, obesidad y otras, consumo de tabaco y alcohol, conductas sexuales de riesgo, distrés, consumo excesivo de alimentos ricos en grasas saturadas, baja autoestima, ansiedad social, timidez y depresión, por mencionar algunos.

Entra otro término después de revisar los estilos de vida saludables y es el descrito por Rodrigo et al, (49) quienes definen el estilo de vida de riesgo como aquellas actividades que generan un peligro o atentan contra la salud de los mismos, pueden ser actividades o actitudes pasivas o activas, las cuales generan consecuencias negativas para la salud y el sano desarrollo de la persona; además recoge en su estudio, algunos de los comportamientos que las investigaciones han identificado como de riesgo, entre ellos: poca participación en los programas de promoción de la salud, incumplir las recomendaciones que hacen los médicos, subutilización o mala utilización de los servicios de salud, el sedentarismo, la no práctica del ejercicio físico, el uso de drogas

incluyendo tabaco y alcohol, inadecuados hábitos de sueño, inadecuados hábitos de alimentación, las conductas sexuales de riesgo, ausentes redes de apoyo, la falta de solidaridad, la cultura violenta, la agresividad y la competitividad poco sana.

También se estudió la influencia de la familia en la adopción de los estilos de vida y en este sentido, Páez cita a Zaborskis (13) quien confirma que las redes familiares inciden en la adopción de los estilos de vida de los jóvenes, éste hace la recomendación a las redes de salud para que se tenga en cuenta la familia y la situación socioeconómica para determinar las conductas o intervenciones en salud, pues en su estudio refuerza la relación entre la integración familiar y el desarrollo de comportamientos saludables, centrados en ocho puntos: ver televisión o videos, compartir juegos en el hogar, compartir durante las comidas, ir a caminar, visitar amigos y lugares, juegos deportivos y el dialogo familiar sobre diversos temas, también aclara que aunque las relaciones padres e hijos en la etapa de la juventud se ven disminuidas, son un factor importante en el desarrollo y adopción de estilos de vida saludables.

En lo que respecta a los estilos de vida, estilos de vida patogénicos en cuanto a la condición física; es decir, aun cuando creen que es importante tener actividad física sistemática, los estudiantes no hacen ejercicio físico durante al menos treinta minutos tres o más veces a la semana, no saben si su peso es adecuado a su altura y sexo y se sienten insatisfechos con su condición física, tampoco mostraron de modo significativo conductas de autocuidado y cuidado médico, como son la práctica adecuada de la higiene bucal, la revisión dental por lo menos una vez al año, el uso regular de bloqueadores solares o el examinar su cuerpo en busca de cambios al menos una vez al mes. (48)

7.1.5 Conceptualizando hábitos de vida:

La adolescencia y juventud constituyen etapas muy vulnerables para desarrollar costumbres y hábitos de riesgo entre los que destacan el alcoholismo, el tabaquismo, la drogadicción y las prácticas sexuales de riesgo según Fernández y Ramos, igualmente, el período universitario como lo afirman, Intra, Nieto y Moreno (10), marca el paso de

la juventud al mercado de trabajo y es el último y definitivo eslabón en la formación de los jóvenes como adultos del futuro, de ahí que en un aspecto tan importante como la salud, los años de formación universitaria hayan sido frecuentemente objeto de estudio, teniendo en cuenta que los estudiantes constituyen una población joven, poco identificada con problemas de salud que aparecen en edades posteriores.

Las universidades son consideradas como un contexto propicio para la obtención de datos y la realización de estudios sobre hábitos de salud, como muestran numerosos estudios que han analizado hábitos relacionados con la salud en población universitaria, como los que ya se han mencionado, por eso se requiere investigar en estas instituciones sus necesidades y así lograr establecer estrategias para promover hábitos saludables buscando la formación integral de los jóvenes.

En cuanto a los conceptos de práctica o hábito: tendremos que decir que cuando se habla de generar hábitos de autocuidado es necesario tener claro que es el hábito es cualquier comportamiento que se realiza con regularidad, que no necesita ningún raciocinio y que se generan por repetición, convicción o imitación, también es importante aclarar que cuando un hábito es generado por convicción tenemos la plena certeza del por qué lo hacemos y el gozo o placer no hará que flaquee nuestro comportamiento fácilmente. (41).

Muchos de los hábitos son adquiridos durante la infancia o a temprana edad, pero, esto no significa, que no se puedan modificar a lo largo de la vida de las personas, aunque, no se puede negar que los hábitos son más fáciles de adquirir y desarrollar en edad temprana. La adquisición de estos hábitos tiene que darse de manera cotidiana o repetitiva. “de nada sirve, un acto puramente esporádico, aislado, sin haber sido previamente interiorizado y reflexionado” (41)

De la diversa literatura revisada, puede concluirse que los estilos de vida, a nivel sexual, manejo del tiempo libre, son el componente sistémico protector o de riesgo para la salud, a corto, mediano o largo plazo. Igualmente, estos estilos de vida están en relación constante con las redes de apoyo familiares, institucionales, influenciados por el rendimiento académico. El estilo de vida saludable es entonces aquel que propicia la

adquisición y mantenimiento de pautas de comportamiento que mejoran la calidad de vida. (13)

Los hábitos de vida saludable visto desde otros autores se refieren también a aquellos comportamientos que disminuyen el riesgo de enfermar, y se ejemplifican desde comportamientos como un control médico y de salud mental, hábitos de sueño adecuados a la edad y actividades ejercidas durante el día, de alimentación balanceada y actividad física suficiente y de calidad, utilización adecuada del tiempo libre, prevención del abuso de alcohol, cafeína, tabaco y sustancias psicoactivas, el sexo seguro, autocuidado en salud y cuidado médico. (18)

Lemos y Fidalfo (50) también al analizar las conductas de riesgo en estudiantes universitarios en Oviedo España en los años 1991-92, encontraron hábitos de vida adecuados, pero con algunas diferencias dependiendo del programa que cruzaban, así por ejemplo los estudiantes de letras (filologías, geografía e historia) caracterizaron estilos de vida menos saludables, seguidos por los de ciencias sociales.

Además de lo anterior, Páez (14) citando a Eaton et al , que en un estudio, analizan la frecuencia de indicadores de salud, comportamientos de riesgos para la salud y comportamientos saludables en adultos jóvenes de los estados unidos entre 18 y 24 años, evidenciaron una pobre salud, que se explicó por la poca conexión de los jóvenes con sus redes de apoyo como lo son la familia, el colegio entre otras. Se encontró en esta población una alta incidencia de obesidad, prevalencia del consumo de alcohol, consumo de tabaco, comportamientos sida-riesgosos, actividad física no adecuada, pobre consumo de frutas y vegetales, insuficiente cobertura de salud.

Araya y colaboradores, (51) analizaron los factores de riesgo para la salud en jóvenes universitarios de 19 a 24 años de las áreas humanistas y de la salud de la Universidad de Concepción España, e identifican que los estudiantes tienen un nivel nutricional normal, pero alta prevalencia de sedentarismo y observaron diferencias entre las carreras de humanidades y de salud, encontrando mejores estilos de vida en los estudiantes de salud.

Trabajos de investigación efectuados por Castaño et al, (53) con la población de jóvenes universitarios de la Universidad de Manizales arrojaron resultados de una alta prevalencia de consumo de tabaco y alcohol, baja práctica de actividad física y alimentación inadecuada en la mayoría de los participantes, presencia de niveles de estrés medio y factores desencadenantes de trastornos alimenticios, también se evaluó el papel de red de apoyo de las familias y se encontraron bajos porcentajes de disfuncionalidad.

Ribeiro-Rodríguez et al, (53) analizaron la asociación entre la actividad física y el hábito de fumar en jóvenes universitarios en Brasil; se identificó que el sedentarismo estaba presente en fumadores y no fumadores por iguales proporciones, además se identificó que los mayores de 25 años presentaban tasas mayores de sedentarismo y tabaquismo. Encontraron como aspectos positivos, una baja incidencia de tabaquismo y lo explicaron por las campañas educativas y preventivas estatales, pero recomendaron que estas necesitan continuidad en el largo plazo, además de identificar las razones por las cuales los jóvenes adquirirían estos hábitos.

En contradicción a lo anteriormente mencionado algunos estudios reportan que los adolescentes fumadores que practican deportes presentan en menor cantidad el hábito tabáquico que los que o lo hacen.

Los hábitos de sueño son otra variable investigada en los estilos de vida de los jóvenes. Chen citado por Páez, analiza los hábitos de sueño de un grupo de jóvenes universitarios para identificar los factores relacionados con la promoción de conductas saludables. Se logró identificar que los estudiantes poseen buenos hábitos de sueño, independientemente del género estructura de la familia, redes de apoyo y la frecuencia del uso del televisor o internet. Se encontró que el sueño entre seis a ocho horas era necesario para lograr una buena salud además fortalecería la adquisición de hábitos saludables, además tenía influencia en la disminución de la obesidad. (13)

Los trastornos en los hábitos de sueño generan una sensación de cansancio permanente, que presiona al consumo de sustancias estimulantes del sistema nervioso central, como la cafeína y el alcohol, para conservar la vigilia y mantenerse alerta. Un sueño inadecuado puede constituirse en indicador de un estilo de vida poco saludable y

un deficiente estado de salud. Se encontró una relación inversa entre el sueño inadecuado y algunas conductas relacionadas con la salud como valoración de la vida, asumir con responsabilidad comportamientos saludables, adoptar hábitos alimenticios adecuados, un buen manejo de estrés y el ejercicio regular. (14)

7.1.6 Conceptualizando creencias de salud:

Flores citado por Meda et al, (48) nos habla de la importancia de las creencias sobre la salud y enfermedad como determinante en la toma de decisiones para modificar los estilos de vida y convertirlos de patogénicos en salutogénicos.

En cuanto a las Creencias de la salud: el estudio de los estilos de vida relacionados con la salud y la enfermedad ha tenido distintos abordajes metodológicos, mayormente socioculturales.

Las creencias según Meda et al, (48) juegan un papel importante en la toma de decisiones para modificar los estilos de vida y son ocasionadas por los grupos etarios. Los jóvenes tienden a enfatizar más los síntomas en sus definiciones, a su vez, estas creencias de salud-enfermedad están fijadas por los estilos de vida que cada persona haya aprendido en su contexto. En su estudio Meda se encontró que ocho de cada diez estudiantes se caracterizaron por tener creencias orientadas a la salud; por ejemplo, creían importante hacer ejercicio físico sistemáticamente, ya que se refleja en la salud; además, que era importante tener conductas de autocuidado, como visitar al médico una vez cada año, revisar periódicamente su cuerpo en busca de cambios y creían asimismo que se debe evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, sus creencias se orientaban a buscar una sexualidad sana, pero llaman la atención las creencias ambiguas sobre la salud o la enfermedad, tales como los hábitos alimenticios, aspecto en el que creían que era irrelevante comer frutas y verduras o eliminar el exceso de grasas saturadas. Sus resultados permitieron afirmar que las creencias en salud-enfermedad tienen su arraigo en los factores sociales y culturales de la región, además, las creencias de los estudiantes reflejaron una tendencia a la prevención y atención a la salud.

Algunos autores afirman que el concepto que se tenga de salud se hará desde las percepciones y construcciones culturales y sociales de las personas; es decir, que además de los cambios físicos visibles, la percepción de la salud depende de las habilidades funcionales, el bienestar o salud mental y el contexto social o redes sociales con las que se cuente. (54)

Diversas investigaciones confirman que los jóvenes no advierten el riesgo como cercano, o se perciben como invulnerables y por tanto presentan conductas insanas que afectan la salud a mediano o largo plazo. Núñez-Rojas (55) en un estudio cualitativo efectuado en el 2004 para evaluar el concepto de salud, auto cuidado en salud y creencias sobre riesgo en la comunidad académica de la universidad de Manizales y en la juventud actual en general, concluye que para los jóvenes actuales la salud se constituye en un “lugar de paso y hallazgo temporal, no un fin buscado”, contexto cultural en el cual la exposición al riesgo contribuye a la generación de un entorno propicio para el consumo de drogas y las prácticas sexuales sin mayor protección, en aras de la exploración del placer del momento, sin pensar en las repercusiones a corto, mediano o largo plazo.

Arrivillaga et al, (27) en un estudio con jóvenes y adultos de las diferentes facultades de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, encontraron diferencias entre creencias saludables y prácticas poco saludables, en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida de los universitarios. Encontraron que el proceso de cuidado y transformación de la salud está mediado por procesos psicosociales como el aprendizaje, la cognición, la motivación y la emoción, y dependen del desarrollo de vida de los mismos, el ciclo de vida, el contexto físico y social.

Martín et al, (56) en un estudio en la Universidad de Cevilla, España, con estudiantes de carreras humanas como psicología y filosofía entre otras, afirma que el estrés académico es importante, por las repercusiones que puede tener en la ansiedad, consumo de tabaco, cafeína, fármacos, alteraciones en sueño y alteraciones en la ingesta de alimentos, estrés que pocas veces se considera como factor asociados a otros factores de riesgo.

Molina et al, (57) en un estudio sobre los beneficios de la actividad física sobre la salud mental, encontró que los hombres practican más deporte y muestran mayor autoestima que las mujeres, la relación entre estar o no físicamente activo y la satisfacción con la vida se encontró únicamente en hombre.

Eaton y colaboradores citados por Páez (13) en un artículo en el que analizan la frecuencia de indicadores de salud, comportamientos de riesgos y saludables identificaron pobre nivel de salud en los jóvenes, explicado según ellos por la poca conexión de los jóvenes con sus redes de apoyo como pueden ser su familia e institución académica. Igualmente, Castaño et al, (52) en su publicación, identifican asociación entre funcionalidad familiar, el riesgo suicida, hábitos alimenticios inadecuados o de riesgo y trastornos relacionados con la alimentación.

Al considerar las creencias como una variable independiente y a los estilos de vida como variables dependientes, Meda (48) encontró que al agrupar todas las creencias en un solo constructo se podía predecir su relación con los estilos de vida, tales como hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, valores de vida, estrés y apoyo social, autocuidado y cuidado médico y condición física. En este sentido, los sujetos podían creer que es importante tener conductas protectoras, pero no siempre mantenían estilos de vida saludables.

Por lo anterior, se reconoce que los factores sociales y culturales determinan en gran medida las conductas de los jóvenes, por lo que existe la necesidad de establecer alternativas de intervención orientadas a la prevención y promoción de estilos de vida saludables dentro de las instituciones.

Un grupo conformado por psicólogos en los años 50 crearon un modelo psicosocial, el modelo de creencias de la salud, que trata de explicar los comportamientos relacionados con la salud, éste modelo ha sido usado para explicar acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud, afirman que se reconoce un marco teórico sólido que ofrece la base requerida para la práctica exitosa de cualquier actividad humana. Entender la influencia de las creencias es importante, teniendo en cuenta que la mayoría de causas prematuras de morbilidad y mortalidad son prevenibles y que muchas de ellas están relacionadas con el comportamiento y el estilo

de vida de los individuos, uno de los principales requerimientos para un marco referencial viable en el área de la prevención y promoción de la salud es ayudar a explicar cómo, por ejemplo, las personas construyen o modifican sus decisiones y acciones individuales, grupales o en masa. (58)

Becker, (59) describe los componentes básicos del modelo de creencias de la salud y se deriva de la hipótesis de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y de la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción llegue a conseguir esa meta.

La susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas serían según Rosenstock citado por Moreno et al, (21), las dimensiones de que consta el modelo de creencias de salud este estudio proporciona una caracterización de las creencias y los estilos de vida de una población joven de estudiantes universitarios, lo que permitirá la estructuración de programas de acción dirigida a modificar los estilos de vida patogénicos y favorecer los estilos de vida saludables, así como la instrumentación en el corto plazo de opciones didácticas que fomenten la promoción de la salud en el escenario educativo.

Ejemplificando lo anteriormente dispuesto como teoría, tenemos que el modelo de creencias de salud sigue así, por ejemplo si la disposición a actuar es alta y los aspectos negativos son evaluados por la persona como débiles, es probable que se lleve a cabo la acción en forma de conducta preventiva o de salud, si por el contrario la disposición a actuar es débil y los aspectos negativos fuertes, estos funcionarán definitivamente como barreras, impidiendo definitivamente la acción, el sujeto también puede optar por alejarse psicológicamente del conflicto llevando a cabo otras actividades que en realidad no solucionan el problema objetivamente y en consecuencia, quedar incapacitado para adoptar un curso de acción adecuado para solucionar el problema, dice Moreno.(21)

Moreno (21) afirma que se deben tener en cuenta ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, estos estímulos reciben el nombre de claves para la acción, pueden ser internas como por ejemplo los

síntomas físicos o percepciones corporales, o externa como las recomendaciones de los medios de comunicación de masas, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos, etc.

VARIABLES demográficas, psicosociológicas y estructurales pueden afectar la percepción del individuo y de esa forma influir indirectamente en sus conductas de salud según Becker citado por Moreno (21), así pues de acuerdo a ese modelo se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud, preventiva o de la enfermedad cuando el sujeto en cuestión se percibe como susceptible a un problema de salud que lo amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que la acción que puede emprender será beneficiosa y no demasiado onerosa, lo que sugiere que el conjunto de creencias del individuo produce algún grado de preparación psicológica para actuar encarando el problema de salud, algunos autores citados por los anteriores han añadido ciertas condiciones tales como la edad el sexo, el nivel cultural o el conocimiento sobre la enfermedad que se conocen en la literatura como variables exógenas.

En esta investigación afirma que los comportamientos de riesgo están a menudo asociados a determinantes no directamente relacionados con la salud, por ejemplo, razones estéticas consecuencias sociales, entre otras, de manera que la extensión del modelo más allá de sus objetivos originales queda entredicho. (21)

Cabrera et al, (58) afirman que se requieren sólidas bases teóricas y conceptuales para la intervención de la realidad, estos investigadores se motivaron a realizar su investigación al observar el fracaso masivo de participación de las personas en programas para prevenir o detectar enfermedades.

Los factores del modelo referenciado por Cabrera et al (58), que determinan la conducta de salud son de dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de severidad). A su vez, las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza están en función de la creencia en la eficacia de las medidas

concretas para reducirla y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción de beneficios y barreras). Una última variable que completa el modelo es la presencia de estímulos internos o externos que se constituyen en claves para actuar

7.1.7 Conceptualización de percepción:

En cuanto al concepto de autopercepción: la autopercepción es la imagen que se hace el individuo de él mismo, cuando se trata de evaluar las propias fuerzas y autoestima. El comportamiento de una persona según la teoría está determinado, en gran medida, por la idea que se tiene de uno mismo. (41).

Diversos factores psicosociales, ingresos económicos, resultados académicos, relaciones con los progenitores, autoestima y sexo se han relacionado con la percepción del estado de salud entre los adolescentes, de la misma forma, los hábitos propios de un estilo de vida saludable, correcta alimentación, el no consumo de tabaco, alcohol y drogas y la realización de actividad física, han sido relacionados con la salud autopercebida entre adolescentes. (2)

Algunos autores a través del tiempo han afirmado que las habilidades emocionales, disminuyen la probabilidad de consumir drogas ya que permiten resolver los conflictos interpersonales de manera positiva. Goleman, citado por Cáceres et al, (22) afirma que dentro de estas habilidades se incluyen el autoconocimiento, la identificación, la expresión y el manejo de los sentimientos, el control de los impulsos y las gratificaciones demoradas, el manejo del estrés y la ansiedad.

Otro modelo es el de la teoría de la acción razonada que intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud. Este modelo fue introducido por Fishbein y desarrollado y evaluado por Fishbein y Ajzen.(27)

El planteamiento del modelo es que una conducta de salud es resultado directo de la intención comportamental, que depende a su vez, de las actitudes que se tengan respecto al comportamiento concreto y de las valoraciones o normas subjetivas con

respecto a lo apropiado de la acción comportamental. El supuesto del modelo es que los seres humanos somos seres racionales y aplicamos información disponible de manera sistemática para evaluar el costo beneficio de una acción particular. El objetivo de la teoría de la acción razonada es ser capaz de predecir y entender directamente los comportamientos observables que están primariamente bajo el control de los individuos. (27)

7.1.8 Universidades saludables:

Según Posada-Lecompte, (60) entrar a una universidad implica cambios en las actitudes y prácticas de los jóvenes, se tiene a cambiar los hábitos y estilos de vida, se tiene la percepción de mayor libertad y un menor grado de control y toma de responsabilidad de sus acciones, decisiones y proyecto de vida. Los jóvenes pueden sentir diferentes cambios como lo son cambiar o transformar su forma de vestir, relacionarse con los demás, organización de su tiempo, dinero y su alimentación. Se pensaría que esto ocurriera con los estudiantes que tienen que abandonar sus hogares natales y dirigirse a otros sitios de residencia a empezar sus estudios, pues el cambio de condiciones, contexto y situaciones es mayor.

Otros autores también resaltan el papel de la carga académica, la cual puede incidir en el incremento del consumo de tabaco, alcohol y drogas, pues afirman pueden generar ansiedad y con ésta desprender todas las acciones anteriores. (13)

Esta revisión de antecedentes demuestra la importancia de la estrategia mundial, que se ha denominado universidades saludables, que consiste en que los centros de educación superior deben lideran procesos de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo, esta estrategia tiene su origen en la OMS cuando en Ottawa, Canadá pues es allí donde se propone que la promoción de la salud debe darse desde los contextos donde las personas desarrollan gran parte de su vida, como son los centros educativos, laborales y de recreación. (61)

Esta estrategia trasciende la formación académica y social, porque incluye la promoción de contextos saludables, para todos los integrantes de los centros educativos

como los son, estudiantes, docentes, administrativos y demás funcionarios de las instituciones como partícipes de todas las movilizaciones para la promoción de la salud y la prevención de los riesgos, además se debe evidenciar el con el impacto que se genera en sus contextos de familiares y allegados, por lo cual toda la comunidad educativa en general se constituye en beneficiarios y promotores de hábitos de vida saludables y de la construcción de una cultura de la salud; esta estrategia considera como primordial la promoción del autocuidado de la salud, con el fin de prevenir enfermedades, mejorar la calidad de vida y por ende influir en la salud pública. De esta manera es transversal a las familias, lugares de trabajo y a toda la comunidad. (13)

Las universidades son consideradas por Páez (13) como los espacios de formación en valores y liderazgo de nuevas generaciones que impactarán el mundo y su manera de desarrollo posterior. La promoción de la salud como conjunto de procesos que favorecen que la persona y su grupo social mejoren su salud, esta mediada por tres mecanismos según la organización panamericana de la salud, estos mecanismos son: autocuidado, acciones que un grupo de personas realizan para colaborar entre sí y entornos sanos, o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud.

Las universidades promotoras de salud son aquellas que como definen Escobar et al,(40) propenden por que la calidad y el bienestar integral de toda la comunidad incluso de las familias y el entorno social, comprenden aquellos centros formativos que transversalizan la formación de la salud a las actividades de la vida diaria, a sus políticas, al proyecto educativo institucional y a sus procesos; incorporación que trasciende las actividades específicas de la salud y se mezcla en el trasegar diario institucional, como un conjunto de proyectos, planes y acciones estratégicas encaminadas a fortalecer todas las esferas del ser humano.

Se lidera así el desarrollo de una cultura de la salud, al potenciar habilidades competencias y conocimientos que promueven estilos de vida saludables e impacten no solo a los escenarios universitarios, también a todos aquellos entornos con quienes se interactúa; desde esta perspectiva, se desarrolla una labor sinérgica con otros sistemas, además del educativo, como es el sistema de salud, el laboral y el sistema social en general. (14)

Lo anterior implica cambios en diversas esferas: en la estructura física y en las políticas y estructuras curriculares, lideradas por las directivas universitarias, para comprometerse en el fomento de estilos de vida saludables, en la construcción de “ambientes físicos, psíquicos y sociales” que promuevan la calidad de vida de toda la comunidad universitaria. (48)

Algunos autores afirman la cultura de la salud no depende únicamente de las personas o de la manera en cómo habitan el mundo o su contexto familiar, sino también de la estructura, políticas y decisiones estratégicas que promuevan y apropien los altos mandos o directivas de las instituciones de educación superior. También las revisiones remarcan la importancia del ser más allá del hacer, son las prácticas cotidianas acerca del ser y la congruencia entre estos decir y hacer, los que promoverán en los universitarios practicas saludables que se expresen en el tiempo como motivadores del bienestar, a nivel familiar, comunitario, laboral, entre otros, pero no se deja de lado que estos cambios necesitan una adecuada integración entre estado, instituciones, familia y la persona misma. (62)

El comportamiento o las prácticas individuales o colectivas es producto de la interacción de múltiples factores y variables. Aspectos políticos, sociales, económicos y ambientales afectan el comportamiento de las personas, lo que indica que prácticas que afectan la salud no son explicables en desde una única teoría o modelo conceptual, el uso de una teoría o un modelo ayuda, por ejemplo, a entender mejor la naturaleza de las necesidades, motivaciones y prácticas de las personas, así como características y dinámica del contexto en que ocurren dicen los autores.

El comportamiento en salud y en enfermedad se han conocido históricamente como la actividad efectuada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo, con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad o, mejor aún, de detectarla en una etapa aún asintomática según Kasl y Cobb citados por Moreno. (21)

7.1.9 El joven universitario y la salud:

Es bien sabido que los jóvenes universitarios obtienen beneficios psicológicos, bienestar general y previenen diversas enfermedades al realizar actividad física. Sin embargo los escenarios universitarios al parecer no promueven la práctica deportiva, dados los resultados de Velásquez et al, (63), quienes a partir de una investigación con estudiantes de ambos géneros entre 16 y 24 años de la universidad Nacional de Colombia, concluyen que a medida que se incrementa el tiempo de permanencia de los estudiantes en la universidad, disminuye la práctica de actividad física y sus estilos de vida se tornan sedentarios, a pesar de tener una alta conciencia sobre los beneficios de un estilo de vida activo y los riesgos del sedentarismo para la salud.

En línea con lo anterior, Arguello et al, (18) un estudio sobre estilos de vida, realizado con estudiantes de diversos programas del área de la salud de Bucaramanga; identifican diferencias entre lo que creen y lo que motiva a los estudiantes frente a las prácticas saludables y concluyen que para la adopción de prácticas saludables no son suficientes las creencias, motivaciones o información acerca de lo que se cree correcto o no.

Castaño et al, (52) en estudios realizados con estudiantes de psicología y de medicina de la universidad de Manizales-Caldas, identifican que, aun siendo estas carreras las que se supone tienen un mayor nivel de conocimiento sobre los riesgos y la protección para la salud siguen siendo altos los indicadores de riesgo o no se protegen o esta protección no se da siempre. Aunque se identificaron buenas prácticas frente a la prevención de embarazos y las ITS, no hay diferencias significativas entre las dos carreras.

Conclusiones semejantes fueron encontradas por Arrivillaga et al, (27) en un estudio realizado con estudiantes de la pontificia universidad Javeriana de Cali, donde se identificó la significativa influencia de factores socioambientales, familia y amigos, en el desarrollo de los comportamiento y creencias saludables.

7.2 REFERENTE NORMATIVO

Para empezar a hablar de salud pública en los jóvenes universitarios debe mencionarse el plan decenal de salud pública 2012-2021 el cual tiene como objetivo lograr la equidad en salud y el desarrollo humano de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial, esto como referente nacional de salud y de los objetivos que persigue el estado en cuanto a la salud de todos los jóvenes del país. (64).

Mirado desde la visión del actual gobierno nacional de Colombia el plan decenal de salud pública es un pacto social, es una hoja de ruta que nos permitirá avanzar durante la próxima década hacia el ideal de salud que tenemos los colombianos.

Es importante destacar algunas de estas dimensiones que tienen especial influencia en la salud de los jóvenes y a la cual deben apuntar todas las acciones que se desarrollen entorno a ella y a seguir la línea de trabajo de nivel nacional y conversar con las políticas nacionales.

Colombia pretende establecer un conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permitan el despliegue de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

Para la dimensión convivencia social y salud mental se pretende promover la salud mental y la convivencia y la prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia

Para la dimensión seguridad alimentaria y nutrición se priorizará la disponibilidad y acceso a los alimentos, el consumo y aprovechamiento biológico y la inocuidad y calidad de los alimentos.

En la dimensión sexualidad otra importante para los jóvenes tenemos los siguientes componentes promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género, prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos. (20)

Otra muestra de las definiciones nacionales de los hábitos de vida saludable que permite enmarcarlos en el entorno propio, es la política pública nacional de entornos saludables, que pretende establecer lineamientos de actuación para asegurar una salud integral de todos los jóvenes, esta política pretende a través de las alianzas con las universidades, sitios de trabajo y recreativos, promover los buenos hábitos de vida en los jóvenes universitarios, familias, trabajadores y continuar con el objetivo de lograr una salud integral de todos los colombianos.

Colombia es un país líder en la región en la iniciativa de universidades saludables, entre las universidades insignia de la estrategia se encuentran la de la Pontificia Universidad Javeriana cuya trayectoria con el programa de universidad saludable, data del año 2002. Sumado a esto, en el año 2010 se conformó la red colombiana de instituciones de educación superior y universidades promotoras de la salud – REDCUPS-, de la que hacen parte más de 100 instituciones de educación superior y universidades cada vez más interesadas en la salud de nuestros jóvenes y convencidas de la importancia para el futuro del país tener jóvenes saludables. (20)

Con todo ello, el concepto de universidad saludable articula los esfuerzos multisectoriales orientados a favorecer la salud y calidad de vida de la comunidad educativa. (14-61).

A comienzos de los años noventa en Colombia se crea la consejería presidencial para la juventud, la mujer y la familia, procurando potenciar y articular los esfuerzos públicos dirigidos a diversos sectores poblacionales, incluyendo niños, jóvenes, mujeres, ancianos y discapacitados, tomando a la familia como eje articulador y al concepto de vulnerabilidad como eje sustantivo estructurador afirma el cuidado especial que se debe tener con los jóvenes con su decisión de cuidarse y con los medios que permiten que esto se lleve a cabo. (64)

A nivel mundial las estrategias de actuación para una juventud saludable no se han hecho esperar y se han encaminado esfuerzos en cuanto a la potencialización de la juventud saludable.

Para asegurar la salud de todos los jóvenes se deben abarcar todas las muestras poblacionales de este grupo y un grupo que merece gran importancia es la juventud por fuera del sistema educativo, una de las iniciativas nacionales para atender esta población y ofrecer salud más integral fue la creación del Instituto Colombiano de la Juventud y el Deporte Coldeportes, uno de los esfuerzos más significativos de modernización del estado considerado como tal por sus grandes aportes a la salud de los adolescentes y jóvenes Colombianos; Coldeportes materializa una concepción entonces en aboga en muchos países según la cual la recreación y el deporte son los temas de interés de la juventud y sus escenarios propios, teniendo en cuenta que la actividad física es uno de los emblemas de la promoción de la salud como factor protector de la salud de nuestros jóvenes. (20)

En este marco, en 1992 se aprobó el primer documento CONPES en el consejo nacional de política económica y social (órgano máximo de orientación general para Colombia) relacionado con la juventud, concebido como primera política nacional de estado para la juventud. “tanto la gestión de la consejería como la promulgación del documento CONPES, fueron factores importantes en la generación de un conjunto de nociones que rompían con visiones anteriores de la acción institucional frente a la juventud al considerar al joven como potencialidad que se promueve y no como problema o riesgo que se corrige; el reconocimiento de la organización y la participación juveniles como propósitos deseables de la política pública; la inclusión del trabajo y el empleo como temas centrales de la política de juventud; la diferenciación clara del tema de juventud en las competencias del sistema educativo, de la recreación y los deportes y de las políticas contra la droga; y finalmente, el hecho de plantearlo como un tema multisectorial y multidisciplinario” (65).

El documento CONPES de juventud, el cual estuvo integrado al plan de desarrollo nacional, denominado “el salto social”, y debió ser aplicado por el nuevo gobierno fija oficialmente una política de juventud; allí se caracteriza al sujeto joven proponiendo que: los hombres y mujeres jóvenes que constituyen más de la quinta parte

de la población del país, que como ciudadanos tienen los derechos que les reconocen las normas internacionales, la constitución y las leyes; sin embargo con frecuencia viven bajo condiciones en las cuales esos derechos no se hacen efectivos, por esto se pretende con los cambios normativos dar el reconocimiento al joven como sujeto de derechos y deberes.(20-65).

La aprobación de la ley de juventud en 1997, por medio de la cual se establece todo un sistema institucional para el diseño, la implementación y la evaluación de la política pública de juventud, incluyendo la creación de mecanismos de protección de los jóvenes ha permitido la participación de la sociedad civil en la gestión propiamente dicha, a través de diversas modalidades operativas. Es de anotar, que su promulgación se hizo tras un amplio proceso de consulta que recogió las inquietudes de más de 6.000 jóvenes del país que posteriormente en el 2013 pasaría a llamarse ley estatutaria de juventud, La Ley 1622 de 2013, que rige hoy en día.

El decreto n° 822 de 2000, crea en el departamento administrativo de la presidencia de la república el programa presidencial para el Sistema Nacional de Juventud “Colombia Joven”, con el cometido de fijar políticas, planes y programas que contribuyan a la promoción social, económica, cultural y política de la juventud. Este decreto establece, la promoción de la coordinación y concertación de todas las agencias del estado y de las demás organizaciones sociales, civiles y privadas, en función del pleno desarrollo del sistema nacional de juventud establecido en la ley 375 de 1997 y de los sistemas territoriales de atención interinstitucional a la juventud, e impulsará la organización y participación juvenil en el campo económico, tecnológico, político, social y cultural y la vinculación de los jóvenes colombianos con la globalización y el desarrollo universal. (20)

Siguiendo esta dinámica de protección a la juventud, en el año 2013 se crea en Colombia el estatuto de ciudadanía juvenil que plantea acciones y estrategias para orientar la actividad del estado y la sociedad civil, así como generar las condiciones para que de manera autónoma, responsable y trascendente, la juventud pueda ejercer su ciudadanía y sus proyectos de vida individuales y colectivos, además de otras leyes de juventud como las leyes rectoras de la educación, Ley 30 de educación superior que exige a estas entidades a proveer servicios de promoción de la salud y prevención de la

enfermedad como manera de desarrollar integralmente a la juventud colombiana, esto anclado a las iniciativas mundiales de promoción de la salud desde Alma Atta hasta nuestros tiempos con todos los avances que en cuanto a salud pública se han relacionado con la salud de los jóvenes. (66)

Para este proyecto de investigación es importante reconocer la normativa referente a la salud pública de los jóvenes, como marco legislativo para comprender el tema de las prácticas de cuidado y las acciones que los gobiernos se han interesado plantear para lograr una salud integral para nuestros jóvenes.

Más específicamente se abordará la legislación relacionada con el tema de investigación:

Constitución Política de Colombia: puntualmente en lo que demandan los artículos; 11 que contempla el derecho a la vida; artículo 13 considerando el derecho a la igualdad; artículo 15 que nos habla del derecho a la intimidad personal y familiar y al buen nombre; artículo 16 derecho al libre desarrollo de la personalidad; artículo 21 derecho a la honra; artículo 43 derecho a la igualdad: la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades; artículo 45, en el cual se protege el derecho del adolescente a la protección y a la formación integral; el estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud; artículo 48 la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio; artículo 52 que asegura el derecho a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre. (67)

El artículo 45 crea instancias para que la juventud participe en la toma de decisiones de los asuntos que le compete. Posterior a estos mandatos se crean los consejos municipales y departamentales de juventud, elegidos por voto universal, entre los hombres y las mujeres jóvenes, que serían al mismo tiempo una experiencia de formación ciudadana, además se establecen espacios de concertación entre la juventud, el estado y la sociedad civil para construir las políticas públicas de juventud, se pretendía consolidar el principio de coordinación entre las instancias nacionales y locales y los diversos organismos sectoriales para hacer más eficaces las acciones que el

estado desarrolla en pro de la juventud, este artículo introdujo innovaciones importantes a este respecto y la legislación posterior desarrolló el espíritu constitucional. (67)

Ley estatutaria 1622 de 2013, por medio de la cual se expide el estatuto de ciudadanía juvenil y se dictan otras disposiciones, se expresa la necesidad de generar conocimiento sobre la realidad juvenil en Colombia para emprender acciones acordes a las necesidades y expectativas de la población juvenil y traza en sentido de derechos y deberes toda una carta de actuación para la juventud en Colombia, privilegiándolos en la atención en salud, para propender por el futuro de la nación y lograr una Colombia saludable. El objeto de esta ley es establecer un marco institucional que garantice a todos los y las jóvenes el ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil en los ámbitos, civil o personal, social y público, el goce efectivo de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno y lo ratificado en los tratados internacionales, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización, protección y sostenibilidad; y para el fortalecimiento de sus capacidades y condiciones de igualdad de acceso para facilitar su participación e incidencia en la vida social, económica, cultural y democrática del país." (66).

El proceso de institucionalización de la política y de implementación de esta ley parte de la Ley 375 del 1997, antigua ley de juventud y ha implicado la orientación de políticas, programas y recursos enfocados al bienestar de los y las jóvenes; ha creado entidades que permiten regular y formalizar el trabajo; se han establecido patrones de funcionamiento, normas administrativas y un reconocimiento legal que, en el ámbito oficial, se ha expresado con la creación de entidades e instancias nacionales, departamentales y municipales responsables del tema: como el programa presidencial Colombia joven, las consejerías, asesorías, y oficinas de juventud en el ámbito gubernamental y a nivel de la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y las instancias mixtas para el desarrollo de programas especiales, como las alianzas solidarias, las redes y los comités interinstitucionales, los consorcios, etc. Que han venido permitiendo el desarrollo y ejecución de diversas políticas, programas para la juventud. (20)

Directrices mundiales de la organización mundial de la salud. Que entre las cuales nombro iniciativas como la de Salud del adolescente, visión integral del manejo

para la salud de los jóvenes de todos los países que se acojan a las normativas puestas para el mejoramiento de la salud en este grupo etario; El VIH y los jóvenes, iniciativa que pretende atacar el flagelo de la infección por VIH, evitar su propagación y empoderar a los jóvenes para la prevención; Adolescentes y salud mental, Servicios de salud adaptados a los adolescentes, para lograr sitios y talento humano capacitado y totalmente cualificado en la atención de los jóvenes teniendo en cuenta las características específicas de este grupo poblacional; Desarrollo en la adolescencia; Salud sexual y reproductiva adolescente, que aboga por una mejor salud sexual de las y los adolescente, promover la construcción de proyectos de vida que aplacen la maternidad y prevengan las enfermedades de transmisión sexual, entre otras muchas iniciativas mundiales.

La ley 100 de 1993, ley nacional de salud para Colombia que su en la resolución reglamentaria 5261 de 1994, establece el “manual de procedimientos e intervenciones” como de obligatorio cumplimiento para el plan obligatorio de salud, siendo la herramienta jurídica que ampara las acciones realizadas, de los regímenes contributivo y subsidiado, y sirve como marco de referencia para los no afiliados, aquí están incluidos todos los procedimientos a los cuales están en absoluto derecho los y las jóvenes. (66)

Objetivos de desarrollo del milenio: teniendo en cuenta que para la erradicación de la pobreza extrema y el hambre es importante la participación juvenil más aún cuando la juventud afectada por estos dos flagelos son una pérdida considerable para el desarrollo mundial. Para la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres se debe extender y apoyar la educación de mujeres jóvenes, empoderarlas para el mejoramiento de su situación y esto le permita ayudar a otras; otro de los objetivos importantes para los jóvenes es combatir el VIH SIDA, la Malaria y otras enfermedades, se debe brindar educación, capacitar a los jóvenes, empoderarlos en la lucha contra estas enfermedades, para comprometerlos con el bienestar de futuras generaciones, en cuanto al aseguramiento de un ambiente sustentable los jóvenes se deben formar como líderes emprendedores sociales y ambientales; en el objetivo de fomentar una alianza global para el desarrollo, es importante que los jóvenes se incluyan en la vanguardia del comercio justo, la

empleabilidad juvenil, se involucren en las tecnologías de la información y la comunicación.

Objetivos de desarrollo sostenible teniendo en cuenta esta importante declaración mundial es importante mencionar las responsabilidades de actuar de todos para con la juventud y logro de estos objetivos para el año 2030; la erradicación de la pobreza y fin del hambre, la seguridad alimentaria y nutrición mejorada, en el objetivo de garantizar una vida saludable y promover el bienestar se hará especial énfasis pues apunta al objetivo principal de la investigación y a sus objetivos específicos, se deberá garantizar la calidad de la educación de los y las jóvenes, y la reducción de las desigualdades en el país para que los y las jóvenes alcancen una vida saludable y sostenible. (20)

Plan decenal de salud pública: el plan decenal de salud pública, 2012 – 2021, es producto del plan nacional de desarrollo 2010 – 2014 y busca la “reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables”.

Las dimensiones que se priorizaron para el plan decenal 2012-2021 son: salud ambiental, derechos sexuales y sexualidad, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, vida saludable y condiciones no transmisibles e incapacitantes, vida saludable libre de enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, acciones transversales.

Uno de los mayores desafíos del plan decenal de salud pública, 2012 – 2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida, como la salud pública es un compromiso de la sociedad con su ideal de salud; este plan es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para

crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia.
(68)

Con La ley 10 de 1990 y a la ley 60 de 1993, se inicia el fortalecimiento y la descentralización del servicio público en salud, así como el empoderamiento de las entidades territoriales y la nación. Con la expedición de la ley 100 de 1993, se crea el sistema general de seguridad social integral, con el fin de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana. En este mismo camino las entidades nacionales y territoriales están orientadas, de acuerdo con la ley 152 de 1994, y la resolución 5165 de 1994, a elaborar, aprobar, ejecutar, seguir, evaluar y controlar las acciones en un plan de desarrollo, que involucra las orientaciones de los diferentes sectores sociales y del desarrollo territorial.

El plan nacional de desarrollo 2015 - 2019, integra las políticas, estrategias y programas que son de interés mutuo gobierno y pueblo, relacionados con la juventud y le dan coherencia a las acciones gubernamentales.

En 2001, con la ley 715 se define la distribución de los recursos del sistema general de participaciones y las competencias de las entidades territoriales en educación y salud, entre otras y se establece la obligatoriedad de la nación y de las entidades territoriales para priorizar, a partir de la situación de salud en el territorio, las acciones, y a elaborar un plan de atención básica, con la participación de la comunidad y bajo la dirección del consejo territorial de seguridad social en salud.

Posteriormente el país, con base en los resultados acumulados en el sistema y mediante la ley **1122 de 2007**, señala que el propósito fundamental es mejorar la prestación de servicios de salud a los usuarios, fortalecer los programas de salud pública, las funciones de inspección, vigilancia y control, organizar el funcionamiento de las redes para la prestación de servicios de salud y hacer reformas en aspectos de dirección, universalización, financiación y equilibrio entre los actores del sistema, así como establecer los mecanismos para la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores del sistema.

La ONU ha llevado a cabo campañas de sensibilización y está movilizando los recursos necesarios para lograr la promoción de la salud de los y las jóvenes; las prioridades de la ONU en este ámbito son: La mejora del acceso a la asistencia sanitaria; la lucha contra el VIH/sida, responsabilidad de ONUSIDA que ha puesto en marcha programas de prevención con el objetivo de educar a los jóvenes y facilitarles el acceso a los tratamientos antirretrovirales; la lucha contra la tuberculosis, la malaria y otras enfermedades. La detección precoz y el uso de mosquiteras impregnadas con insecticida son métodos importantes que ya han demostrado su eficacia; el desarrollo de una educación para la salud; la elaboración de programas educativos para explicar a los jóvenes las normas esenciales de higiene y cómo mantener un ambiente saludable; la mejora de la salud de los adolescentes; el aseguramiento del acceso a la información y a los servicios sanitarios, incluyendo la educación sexual, la prevención del sida y los servicios de salud sexual y reproductiva. (69)

La ley 115 "ley general de educación" es uno de los casos más representativos de la actuación gubernamental en pro de la juventud, y la ley 30 de 1992 ley de educación superior que continua esta legislación en cuanto a formación universitaria.

Los ministerios de protección social (MPS), ahora ministerio de salud y protección social, de educación nacional (MEN), el instituto colombiano de bienestar familiar (ICBF) y la presidencia de la república, desde el año 2003, han promovido la adopción de estrategias de coordinación y articulación de las políticas sectoriales para aumentar la cobertura y mejorar el impacto y la calidad de los servicios para adolescentes y jóvenes, a través del acoplamiento de los programas servicios amigables de salud para adolescentes y jóvenes, educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, y redes constructoras de paz y promoción de derechos sexuales y reproductivos la constitución política y sus desarrollos. (69); se han establecido normas para la regulación de la fertilidad, se formalizó la consejería en planificación familiar como uno de los servicios básicos para los usuarios en edad reproductiva y se han adoptado las normas técnicas y guías de atención que definen las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, normas de detección temprana y guías de atención y recuperación para toda la población.

Con esta legislación el estado dará trato especial y preferente a los jóvenes que se encuentren en circunstancias de debilidad y vulnerabilidad manifiesta, con el fin de crear condiciones de igualdad real y efectiva para todos. Con tal propósito desarrollará programas que creen condiciones de vida digna para los jóvenes especialmente para los que viven en condiciones de extrema pobreza, centros urbanos, las comunidades afrocolombianas, indígenas y raizales e indigentes y para quienes se encuentren afectados por alguna discapacidad.

El CONPES número 147 de 2012 es la legislación Colombiana que da los lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años, esta normativa además propone lineamiento para la construcción de capital social, promueven los factores protectores y la toma de decisiones responsables, informadas y autónomas sobre el propio cuerpo, la fecundidad, la construcción de relaciones de pareja, familiares y sociales, los derechos sexuales y reproductivos y el desarrollo humano; con el propósito de prevenir el embarazo en la adolescencia, con especial énfasis en el embarazo en menores de 14 años, el embarazo no planeado y el embarazo producto del abuso u otras formas de violencia. (20)

7.3 REFERENTE CONTEXTUAL

La Corporación Universitaria Lasallista nació del esfuerzo mancomunado de la asociación lasallista de exalumnos ALDEA, y de la congregación de los hermanos de las escuelas cristianas, distrito Lasallista de Medellín, bajo los principios de misión compartida y junta por asociación.

Hacia 1977 el Doctor Juan Ernesto Vélez Escobar con otros exalumnos del colegio de San José comenzaron a proponer el proyecto de creación de la Corporación, para dar continuidad, en el nivel superior, a la labor educativa que cumplían los hermanos en la formación primaria y secundaria de los colegios Lasallistas. La

Corporación inició sus labores académicas el 6 de febrero de 1984 con 161 estudiantes en los programas de administración de empresas agropecuarias, licenciatura en educación preescolar e ingeniería de alimentos.

Desde hace quince años la Corporación tiene su sede en el municipio de Caldas, Antioquia, al sur del área metropolitana del Valle de Aburrá, a 17 kilómetros de Medellín. Sus características físicas le permiten catalogarse como un campus universitario moderno, futurista y adaptado a las necesidades académicas contemporáneas.

La Corporación es una obra educativa que evidencia su crecimiento en el número de estudiantes, en la oferta de programas académicos de pregrado y de posgrado, en la producción académica, en los grupos y líneas de investigación, en las publicaciones científicas y en las acciones de proyección.

La corporación comparte el sello La Salle a nivel mundial y trabaja bajo los mismos principios Lasallistas que nos enseña San Juan Bautista de la Salle.

La Corporación Universitaria Lasallista es una institución de educación superior, de carácter privado, de utilidad común y sin ánimo de lucro. Los fundadores establecieron como propósitos de la institución los siguientes: ayudar a estimular la realización del hombre, como ser racional, creativo, con la evidencia del valor del “ser” frente al “tener”, forjador de su propio desarrollo pero al mismo tiempo consciente de su responsabilidad social ineludible y dotado de una actitud positiva hacia el servicio comunitario; despertar en los estudiantes la reflexión crítica, la capacidad de análisis, el sano espíritu de lucha, la voluntad por el esfuerzo personal y el principio de la constancia, de acuerdo con los principios filosóficos y morales preconizados por San Juan Bautista de la Salle; ofrecer acceso en la medida de su capacidad a todas las personas que cumplan los requisitos exigidos para su ingreso en los programas académicos que se dicten; adelantar, en cuanto sea posible, programas que propicien la incorporación al sistema de aspirantes provenientes de las zonas urbanas y rurales marginadas del desarrollo económico y social; propiciar su integración con los demás sectores básicos de la actividad nacional; contribuir al desarrollo de los niveles educativos que precedan a los que en ella se dictan, para facilitar su interacción y el

logro de los objetivos del sistema de educación; promover la formación científica y pedagógica del personal docente e investigativo, que garantice la calidad de su educación en las modalidades que se ofrezcan; servir de factor de desarrollo espiritual y material en su zona de influencia.

La misión se narra de la siguiente manera: La Corporación Universitaria Lasallista fundamentada en el pensamiento católico y el espíritu de San Juan Bautista de la Salle, forma profesionales íntegros e idóneos, con responsabilidad comunitaria, respetuosos de la dignidad del hombre, creadores de conciencia ética, moral, cívica, social, científica, investigativa y cultural y orienta su acción educativa preferencialmente a los más necesitados.

La visión de la Corporación Universitaria Lasallista es que ésta será reconocida por la formación ética, íntegra e idónea de las personas que la conforman y de sus egresados, por la calidad académica de sus programas, por la pertinencia y rigor de su investigación y por su contribución al desarrollo social.

La corporación universitaria lasallista ofrece a todo el público las siguientes opciones de carrera:

- Administración de empresas agropecuarias
- Medicina veterinaria
- Zootecnia
- Comunicación y Periodismo
- Derecho
- Licenciatura en educación básica primaria con énfasis en inglés y francés
- Licenciatura en educación religiosa
- Licenciatura en preescolar
- Psicología
- Ingeniería ambiental
- Ingeniería de alimentos
- Ingeniería industrial
- Ingeniería informática

Sus programas de posgrado cuentan con:

- Especialización en gerencia agropecuaria
- Especialización psicología educativa
- Especialización en alimentación y nutrición
- Especialización en gestión integral de residuos sólidos y peligrosos
- Maestría en innovación alimentaria y nutrición
- Maestría en gestión de la calidad de alimentos
- Especialización en biotecnología de la reproducción en grandes especies animales
- Maestría en innovación en agronegocios
- Maestría en poscosecha hortofrutícola

En la Corporación Universitaria Lasallista el sistema de bienestar universitario es considerado un sistema transversal a todas las áreas estratégicas en la corporación y como fundamental para el logro de la excelencia en la prestación del servicio educativo, propiciando el buen clima institucional y garantizando un adecuado desarrollo de las funciones de docencia, investigación y extensión en la vida universitaria, este sistema se articula con los diversos procesos académicos y de gestión humana, con el propósito primordial de promover el bienestar, mejorar la calidad de vida y desarrollo de las competencias de todos y cada uno de los integrantes de la Corporación, su objetivo principal es contribuir a la formación y promoción integral de quienes conforman la comunidad universitaria, docentes, empleados, egresados y familias, generando espacios que favorecen el desarrollo intelectual, espiritual, físico, cultural y emocional, promoviendo el mejoramiento de la calidad de vida, tanto individual, como del grupo institucional mediante un plan de acción de corto, mediano y largo plazo.

El objetivo general del sistema de bienestar universitario es el de implementar un programa de formación, apropiación y proyección en valores, como parte esencial en la formación integral del ser humano.

Sus objetivos específicos son:

- Promover la calidad de vida y apuesta en marcha del plan de desarrollo institucional de la corporación.
- Promocionar actividades de carácter recreativo, deportivo y cultural, que lleven al mejoramiento de la calidad de vida, mediante el aprovechamiento adecuado del tiempo libre y la creación de espacios y escenarios físicos adecuados para ello.
- Contribuir a que las personas de la comunidad educativa adquieran y/o mantengan una sexualidad responsable.
- Impulsar estilos de vida saludable entre toda la comunidad, que les permita prevenir el consumo y abuso de sustancias psicoactivas.
- Establecer estrategias para la promoción y apropiación de adecuados hábitos alimenticios entre la población universitaria lasallista.

8 METODOLOGÍA

8.1 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó desde un enfoque de investigación mixta con énfasis cuantitativo- empírico analítico y de tipo transversal ya que se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo único. Su propósito se centró en describir variables relacionadas con la salud pública de los estudiantes y analizar su comportamiento en el año 2017.

Igualmente, el estudio tuvo un alcance de tipo descriptivo, al especificar las características de salud pública más importantes de los estudiantes de la Corporación Universitaria Lasallista.

Desde el enfoque cualitativo se describieron las creencias relacionadas con la salud.

La investigación se realizó en dos fases, la primera consistió en la aplicación del instrumento situación de salud pública y significados de salud de jóvenes universitarios de la Corporación Universitaria Lasallista® al total de la muestra, la segunda fase consistió en la elección de un grupo de informantes claves y se realizaron tres grupos de discusión, los cuales permitieron profundizar sobre las creencias de salud de los estudiantes.

8.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población: este estudio contempló la totalidad de estudiantes matriculados en el primer periodo académico de 2017 en los programas de pregrado de la Corporación Universitaria Lasallista, correspondientes a las tres facultades: Facultad de ciencias administrativas y agropecuarias, facultad de ingenierías y facultad de ciencias sociales y educación, un total de 1505 estudiantes, de los cuales, 1230 estudiantes están cursando de II a X semestre y 275 pertenecen al primer semestre.

Muestra: se realizó un muestreo aleatorio simple, partiendo de la población de 1230 estudiantes que cursaban de 2do a 10mo semestre, obteniendo un tamaño muestral de 293, este tamaño de muestra se dividió proporcionalmente a la cantidad de estudiantes por facultad, por programa y por semestre al que estaba vinculado el estudiante. En este sentido aplicando la fórmula del muestreo aleatorio simple, con una confiabilidad del 95%, un margen de error del 0,5 y una proporción de respuesta del 50%, la muestra final fue 293 de estudiantes de 2do a 10mo semestre, además de esto se incluyeron todos los estudiantes de primer semestre como muestra de inclusión forzosa, con el fin de que se pudiera realizar a futuro una nueva medición de las variables y lograr la evaluación del impacto de los programas que se deriven para la universidad, de los 275 estudiantes de primer semestre, aceptaron diligenciar la encuesta 190 estudiantes, por lo tanto la muestra final del estudio fue de 483 estudiantes, para practicar las encuestas se realizó una visita a todos los salones que tenían el semestre y la carrera indicada en el cuadro y utilizando la lista de asistencia del docente se escogieron utilizando la tabla de números aleatorios hasta lograr el número indicado de participantes.

Tabla 1 Caracterización participantes

Carrera	Semestre										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Veterinaria	64	15	15	11	18	10	12	11	15	4	175
Zootecnia	14	3	4	5	4	2	2	2	3	1	40
A.E. A	8	2	2	2	1	2	2	1	3	2	25
Ing. industrial	7	1	2	3	5	1	3	3	3	1	29
Ing. alimentos	9	1	2	1	3	2	3	2	2	2	27
Ing. ambiental	10	0	2	1	3	2	3	1	1	1	24
Ing. informática	12	1	1	0	1	1	1	0	1	0	18
Psicología	13	2	2	2	4	1	3	1	4	2	34
Comunicación	14	1	3	4	7	1	5	2	6	1	44
Derecho	16	2	1	1	3	1	2	2	3	0	31
Lic. Educación Preescolar	16	1	1	1	2	2	2	1	0	1	28
Lic. Educación Religiosa	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
Lic. inglés y francés	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
Total	190	29	35	32	51	25	39	26	41	15	483

La segunda fase de la investigación se realizó eligiendo un grupo por conveniencia, sacado de la muestra inicial que respondió la encuesta, el cual tuvo por objetivo, describir las creencias acerca de la salud y como estas podrán relacionarse con

la práctica o no de conductas saludables, se realizaron 3 grupos de discusión de 9, 9 y 15 personas respectivamente.

8.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN

Se consideraron como criterio de inclusión: Todos los estudiantes que a la fecha de la aplicación del documento estaban matriculados en la Corporación, que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

Se consideraron como criterio de exclusión: La manifestación a través del consentimiento informado o al momento de la invitación a participar del diligenciamiento del instrumento, de no querer ser parte de la investigación.

8.4 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS Y VARIABLES

Teniendo como base un instrumento utilizado por investigadoras de la Universidad Autónoma de Manizales aprobado en 2008 (14) y algunos ajustes realizador por una segunda evaluación del mismo, se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

Tabla 2 Operacionalización de variables

Variable	Definición de la variable
Lugar de residencia anterior	En qué lugar vivía usted al momento de ingresar a la Corporación.
Lugar de residencia actual	En qué barrio del área metropolitana reside actualmente
Municipio de residencia	En qué municipio del área metropolitana reside actualmente
Programa que cursa	Carrera que cursa actualmente en la Corporación

Facultad	A que facultad pertenece
Edad	Tiempo en años cumplidos transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.
Sexo	Masculino
	Femenino
	Otro
Estado civil	Condición de unión o vínculo de un individuo con otra persona.
	Soltero
	Unión libre
	Casado
	Separado
	Viudo
Ocupación	Estudia
	Trabaja
	Ambas
Afiliación al SGSSS	Estado de afiliación si o no
Afiliación al SGSSS	Régimen contributivo
	Régimen subsidiado
	Régimen especial
Acceso a servicios de salud	EPS-IPS
	Medicina prepagada
	Consulta particular
	Otro
Utilización de los servicios de salud	Si o no
Motivos para la no utilización del servicio	El centro de atención está muy lejos
	La cuota moderadora es muy cara
	No confía en los prestadores del servicio
	Prefiere auto medicarse
	Malas experiencias
	Ir a la farmacia
Otra	
Circunstancias del uso de los servicios de salud	En urgencias
	En accidentes
	Para control
	Ocasionalmente cuando se siente enfermo
Composición familiar	Personas con las que habita regularmente mientras cursa sus estudios
	Familia nuclear (padre, madre, hermanos)

	Familia extensa (padre, madre, hermanos, abuelo, tíos, primos)
	Familia monoparental (padre o madre)
	Personas sin relación de parentesco (amigos o conocidos)
	Familia propia (esposa, hijos)
	Empleada doméstica
	Solo
Practica de dieta	Hace dieta
Objetivo de la dieta	Bajar de peso
	Reducir el riesgo de enfermedades
	Mantener la salud
Prescripción de la dieta	Fue prescrita por médico si o no
Tipo de alimentación	Omnívora
	Macrobiótica
	Ovo-Lacto-vegetariana
	Vegana estricta
Características de la alimentación	Días a la semana que consume frutas
	Porciones de fruta diarias
	Días a la semana que consume vegetales
	Porción diaria de vegetales
	Comidas a la semana que son preparados en casa
	Utiliza sal en la mesa
	Le gusta adicionar sal a las comidas
	Acostumbra comer entre comidas
	Número de alimentos por día
Tipo de alimentos entre comidas	GRUPO A: Buñuelos, empanadas, pastel de pollo, almojábanas, pandequeso, dedos de queso.
	GRUPO B: Paquetes de papitas, choclitos, doritos, boliquesos, de Todito, chitos
	GRUPO C: Chocolatinas, pasteles, tortas, dulces, brownies, bombones, helados, paletas.
	GRUPO D: Jugos Hit, Tutti Frutti; Jugos en cajita-botella "del Valle", Country Hill, Alpina. Gaseosas, Bebidas energizantes
	GRUPO E: Fruta, alimentos ricos en fibra, cereales, granola, frutos secos, maní, ensalada
Encargado de la preparación de los alimentos	Usted.
	Alguien con quien usted vive (familiar, pareja, compañeros, empelada domestica).
	Come siempre por fuera de casa en restaurantes, cafeterías, etc.

	Ninguno en particular.
Tipo de Grasa más usada en las preparaciones de alimentos	Aceite vegetal (girasol, canola, ajonjolí, coco, almendras).
	Mantequilla.
	Aceite de oliva.
	Manteca.
	Desconoce
Información nutricional	Se ha realizado valoraciones nutricionales
	Sabe interpretar la información de las tablas nutricionales
Estética	Satisfacción con la imagen corporal
	Actividades para mejorar la imagen corporal
	Modificaciones corporales
Definiciones de salud	Ausencia de dolor y enfermedad
	Bienestar
	Capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana
	Otra
Autopercepción de la propia salud	Mala.
	Regular.
	Buena.
	Muy buena.
	Excelente.
Prácticas para mantener la salud	Higiene personal
	Actividad física
	Seis horas de sueño o más
	Recreación y deporte
	Dieta balanceada.
	No consumir cigarrillo, alcohol, otras sustancias psicoactivas
	Mantener buenas relaciones con la familia y amigos.
Enfermedades agudas y crónicas	Ha sufrido alguna infección aguda en el último año
	En los últimos 6 meses ha sufrido alguna intoxicación
	Enfermedades más frecuentes de los jóvenes
	Le han diagnosticado alguna enfermedad
	Le han diagnosticado enfermedad mental
	Le han diagnosticado alguna discapacidad
Redes de apoyo	Con quien cuenta usted cuando algo le ocurre
	Cómo considera sus relaciones familiares
	Califique su dinámica familiar

Consumo de sustancias psicoactivas-Cigarrillo	Alguna vez ha fumado cigarrillo
	En el último año ha fumado cigarrillo
	En el último mes ha fumado cigarrillo
	Frecuencia del hábito
	Edad de inicio del hábito
	Deseo de cesar el hábito
	Ocasiones para el hábito
Consumo de sustancias psicoactivas ilegales	Usted ha consumido sustancias psicoactivas diferentes al cigarrillo alguna vez
	Qué tipo de sustancia consume o ha consumido alguna vez
	Con que frecuencia consume estas sustancias
	En que ocasiones consume la sustancia
Consumo de sustancias psicoactivas-alcohol.	Ha consumido licor alguna vez
	En el último mes ha consumido licor
	Con que frecuencia ha consumido licor
	Le molesta que la gente critique su forma de beber
	Su forma de fumar ha afectado su trabajo, familia o relaciones personales.
	Bebida alcohólica preferida
	Pensamientos de dejar la bebida
	Momentos para el consumo de alcohol
	Ha bebido hasta embriagarse
	Ha pasado la resaca tomando más alcohol
Salud sexual y reproductiva	Ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración vaginal
	<u>Si es mujer</u>
	Ha estado embarazada alguna vez
	Está embarazada actualmente
	Número de embarazos
	Ha tenido abortos
	Ha tenido hijos, cuantos
	Situación del embarazo, planeado o no
	Se ha realizado la citología cérvicouterina en el último año
	Resultado de la citología
	Usted se realiza el auto examen de mama
	Frecuencia del autoexamen de mama
	<u>Si es hombre</u>
	Su compañera ha estado embarazada alguna vez
	Su compañera está actualmente embarazada

	Ha tenido hijos, cuantos
	Los hijos han sido, planeados, no planeados
	Se realiza el auto examen de testículo
	Conoce o ha escuchado hablar de algún método de anticoncepción
	Métodos anticonceptivos que conoce
	Método que utiliza su pareja
	Método que utiliza actualmente
	Recibió información al empezar a usar el método de planificación familiar
	De quien recibió la información
	Quien tiene la responsabilidad de un embarazo
	Orientación sexual: Homosexual, heterosexual, bisexual, no sabe, otro, cual.
	Motivo por el cual no ha tenido relaciones sexuales de ser el caso.
	Con quién tuvo su primera relación sexual
	Cuántos años tenía cuando tuvo la primera relación sexual
	Cuánto tiempo estuvieron saliendo antes de la primera vez
	Conoce los signos y síntomas comunes de las infecciones de transmisión sexual.
	Conoce las maneras de protegerse de una enfermedad de trasmisión sexual, cuales.
	Con que términos asocia usted la sexualidad
Salud Oral	Ha recibido educación en salud oral
Hábitos frente a la salud oral	Se come las uñas
	Con frecuencia se mete objetos duros a la boca (lapiceros, adornos, etc)
	En el momento tiene algún piercing en la boca
	Consume café, té, chocolate, colas
	Consume bebidas energizantes (al menos una vez por semana)
	Usted sufre de reflujo gastro-esofágico (agriera, pirosis)
	Que implementos que utiliza para su higiene oral
	Con qué frecuencia se cepilla los dientes
	Cuando fue la última vez que asistió a la consulta odontológica
	Razón por la que consultó la última vez

	Le han diagnosticado alguna vez enfermedades orales, cuales
Manejo del tiempo libre	Cree que dispone de tiempo libre
	Conoce la oferta de actividades de la Corporación para el uso del tiempo libre.
	Cuales actividades realiza más frecuentemente en el tiempo libre
	Que actividades realizó el anterior fin de semana
Ejercicio físico o deporte	Usted practica ejercicio físico en forma regular
	Si practica ejercicio cuantas veces lo hace a la semana lo hace
	Qué clase de ejercicio físico o deporte practica regularmente
	Al practicar ejercicio consume bebidas hidratantes
	En qué lugar realiza el ejercicio físico con mayor frecuencia
	Utiliza la indumentaria adecuada para realizar ejercicio
	Consume algún tipo de suplemento o proteína
	Hace actividad física acompañado o no
	Tiene una rutina de ejercicio acorde a su capacidad física
	Ha estado asesorado en el tema deportivo
	Su actividad física es supervisada
	Ha consumido anabólicos o esteroides para aumentar la masa muscular
	Sabe cuánto ejercicio es saludable para usted mejorar su capacidad física
	Motivos para hacer actividad física

Tabla 3 Dimensiones del análisis cualitativo

Dimensión	Características
Salud	Concepto de salud Comportamientos saludables Comportamientos no saludables Importancia de la salud
Sexualidad	Sexualidad responsable Problemas relacionados con la sexualidad
Uso de sustancias Psicoactivas	Razones para utilizar drogas Comportamientos de riesgo
Actividad física	Razones para hacer actividad física
Alimentación	Hábitos alimenticios saludables Hábitos no saludables Cultura de la alimentación

8.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En la primera fase, la técnica que se utilizó en este estudio fue una encuesta. Ésta definida como un método de investigación basado en una serie de preguntas que fueron dirigidas a los estudiantes de la Corporación que se eligieron aleatoriamente como una muestra representativa.

Se utilizó como instrumento un cuestionario que fue aplicado en el proyecto realizado en la Universidad Autónoma de Manizales en el año 2008 (14), el cual fue adaptado en algunas categorías teniendo en cuenta aportes propios, de pares expertos y otros basados en el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas 2013 en una segunda investigación realizada en el año 2015 (15). (Anexo 1)

Para la segunda fase se utilizó como técnica el grupo de discusión (anexo 2) y como instrumento una guía de preguntas semi-estructurada con base en el modelo de creencias de salud que relaciona teorías psicológicas de construcción o de toma de decisiones, e intenta comprender la acción humana frente a situaciones de elección de alternativas, de opción comportamental con implicaciones en la salud. Cabrera et al, (58), en tres grupos de discusión seleccionados de la muestra que participó diligenciando la encuesta.

8.6 SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

El registro y procesamiento de los datos cuantitativos obtenidos en la recolección de los mismos, se hizo mediante el paquete estadístico SPSS versión 20.

La síntesis de los datos cualitativos recolectados en el grupo de discusión se realizó mediante el análisis de datos en una matriz en Excel en la que se colocaron las respuestas a cada una de las preguntas en los tres grupos.

8.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Con la información cuantitativa, se realizó un primer análisis descriptivo por cada una de las variables (univariado) con medidas de frecuencia y tendencia central. Posteriormente se realizó un análisis bivariado con respecto al sexo y facultad, de algunas variables, siendo el insumo para las recomendaciones. Finalmente se realizó un análisis multivariado tipo clúster en el que se evidencian los grupos que marcan mayores diferencias en el dendograma.

En la segunda fase se realizó una síntesis de los datos cualitativos y se les dio el tratamiento de interpretación cualitativa mediante un proceso de codificación temática y axial utilizando una matriz en Excel, en la que se evidenciaron las tendencias y luego la contrastación teórica. **(anexo 3).**

9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación es considerada una investigación sin riesgo para los mayores de 18 años y de riesgo mínimo para los menores de 18 años, según la resolución 008430 de 1993, en este sentido se aplicó el consentimiento informado a todos los estudiantes vinculados al proyecto el cual fue aprobado en el comité de bioética de la Universidad Autónoma de Manizales según consta en el acta número 62 de 2016 (**ver anexo 4 de consentimiento informado**).

10 RESULTADOS

Los resultados se presentarán por cada uno de los objetivos específicos, de manera especial se presentan cada una de las variables cruzadas por cada una de las facultades.

10.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Esta investigación fue realizada a los estudiantes de las carreras de pregrado de la Corporación Universitaria Lasallista, participaron 483 estudiantes, de los cuales el 95% estaba entre los 16 a 25 años de edad, con una edad promedio de 19, más o menos 3 años, aunque la mayor parte de los estudiantes tenían 19 años, se realizó un muestreo proporcional por cada una de las carreras obteniendo la participación de todas las facultades, un 63% de los participantes eran mujeres y de estas 50,2% eran de la Facultad de ciencias Administrativas y Agropecuarias (FCAA), 16,4% eran de la facultad de Ingenierías (FI) y el 33,4% de la Facultad de Ciencias Sociales y de Educación (FCSE); del 36 % de los participantes que eran hombres el 46,6 eran de la Facultad de Ciencias Administrativas y Agropecuarias, 27,1 de la Facultad de Ingenierías y el 24,3 de la Facultad de Ciencias Sociales y de Educación. (figura 1) (Tabla 4).

Figura 1 Sexo de los estudiantes por facultad

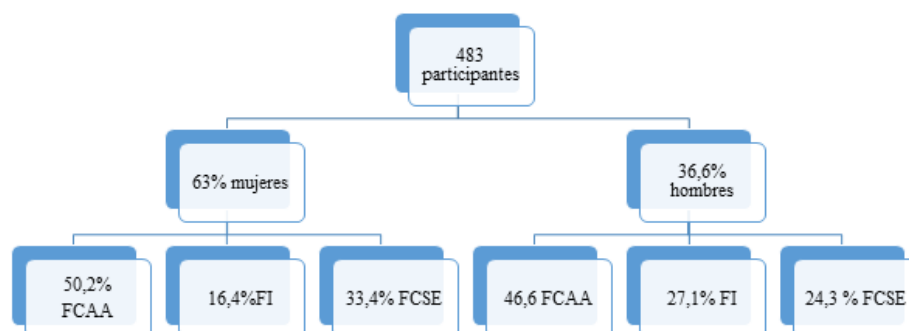


Tabla 4 Número de participantes por carrera

Carrera	Frecuencia	Porcentaje
Veterinaria	175	36,2%
Zootecnia	40	8,3%
Adm. Empresas Agropecuarias	25	5,2%
Ingeniería industrial	29	6,0%
Ingeniería alimentos	27	5,6%
Ingeniería ambiental	24	5,0%
ingeniería informática	18	3,7%
Psicología	34	7,0%
Comunicación y Periodismo	44	9,1%
Derecho	31	6,4%
Licenciatura Educación Preescolar	27	5,6%
Licenciatura Educación Religiosa	4	0,8%
Licenciatura Inglés y Francés	5	1,0%
Total	483	100,0%

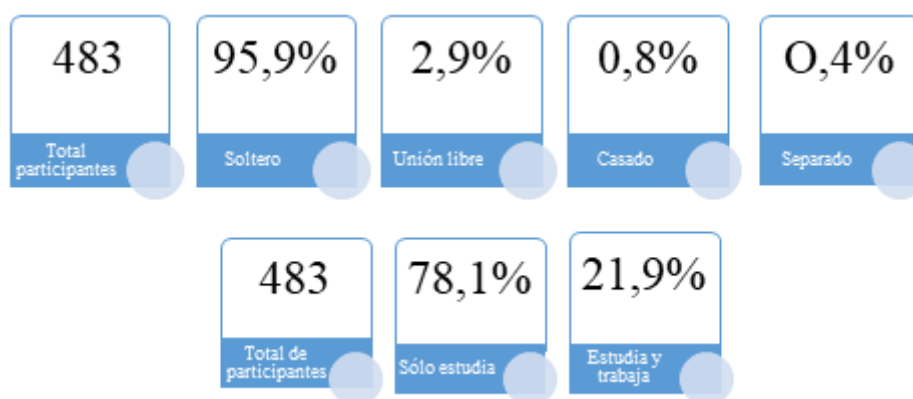
La Corporación Universitaria Lasallista acoge a estudiantes de toda el área metropolitana y de algunos municipios antioqueños cercanos, los participantes del estudio se caracterizaron por vivir en su mayoría en barrios de Medellín y Caldas en tercer lugar el municipio de Envigado, Itagüí, Sabaneta y la Estrella y en menor medida de municipios como Bello y Amaga. (tabla 5)

Tabla 5 Lugar de residencia por facultades

Facultad Ciencias Administrativas y agropecuarias	Facultad de Ingenierías	Facultad de Ciencias Sociales y Educación
Medellín 32%	Caldas 38,8%	Caldas 53,8%
Caldas 19,6%	Medellín 20,4%	Medellín 15,9%
Envigado 17,9%	Envigado 10,2%	Envigado 8,3%
Itagüí 9,2%	Sabaneta 9,2%	Itagüí 7,6%
La Estrella 9,2%	La estrella 7,1%	La Estrella 5,5%
Sabaneta 5,8%	Itagüí 7,1%	Sabaneta 3,4%
Bello 4,2%	Bello 3,1%	Amagá 2,1%
Otros 2,1%	Otros 4,1%	Otros 3,4 %
Total: 100%	Total 100%	Total 100%

De la totalidad de estudiantes encuestados el 78,1% están dedicados únicamente a estudiar y el 21,9% de los mismos refiere que estudia y trabaja al tiempo, además de eso el 95,5% es soltero, el 3% está conviviendo en unión libre y los demás participantes están casados o separados. (Figura 2)

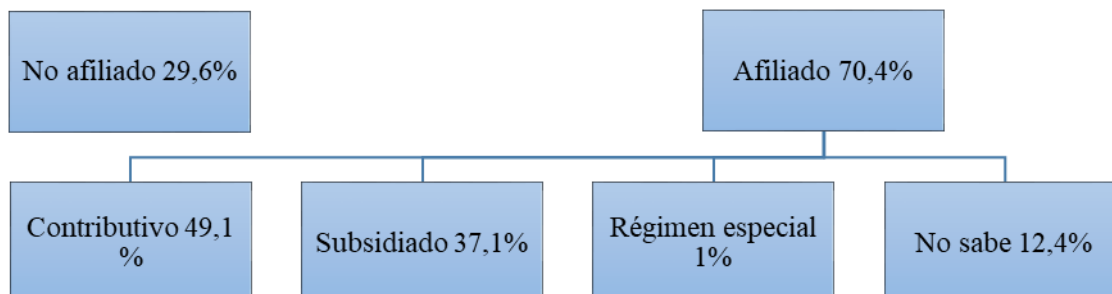
Figura 2 Ocupación y estado civil de los participantes



Con relación a la afiliación al sistema de seguridad social en salud un alto porcentaje de estudiantes no está afiliado al sistema o no sabe si está afiliado o a que régimen pertenece, el 70,4% de los estudiantes están afiliado, de éstos la mayor parte

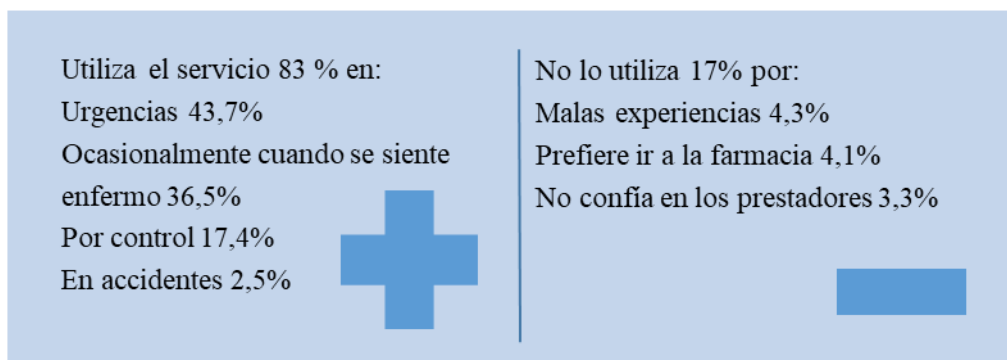
está en el régimen contributivo y subsidiado con un 49,1% y un 37,1% respectivamente. (Figura 3)

Figura 3 Situación de afiliación al sistema



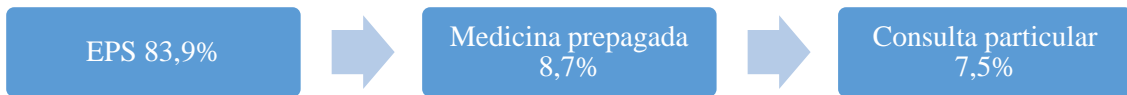
De los participantes afiliados el 83% utiliza los servicios de salud a los que tiene derecho, y lo hacen especialmente en urgencias 43% y ocasionalmente cuando se han sentido enfermos, 36,5%, por otro lado, el 17% que no utiliza los servicios afirma que no lo hace porque ha tenido malas experiencias anteriores y porque además prefiere automedicarse e ir a la farmacia. (figura 4)

Figura 4 Circunstancias de uso y no uso de los servicios del sistema de salud



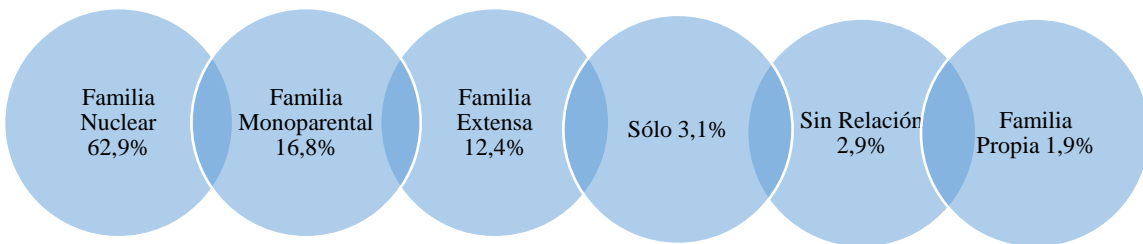
La mayor parte de los estudiantes acceden a los servicios de salud a través de sus EPS, 83,9%, en menor medida a través de medicina prepagada 8,7% o consultas particulares 7,5%. (figura 5)

Figura 5 Medios de acceso a los servicios de salud



A la pregunta ¿con quién habitaban mientras cursaban sus estudios?, un 62,9% los participantes respondieron, con una familia nuclear, 16,8% tiene una familia monoparental y un 12,4% con una familia extensa. (figura 6)

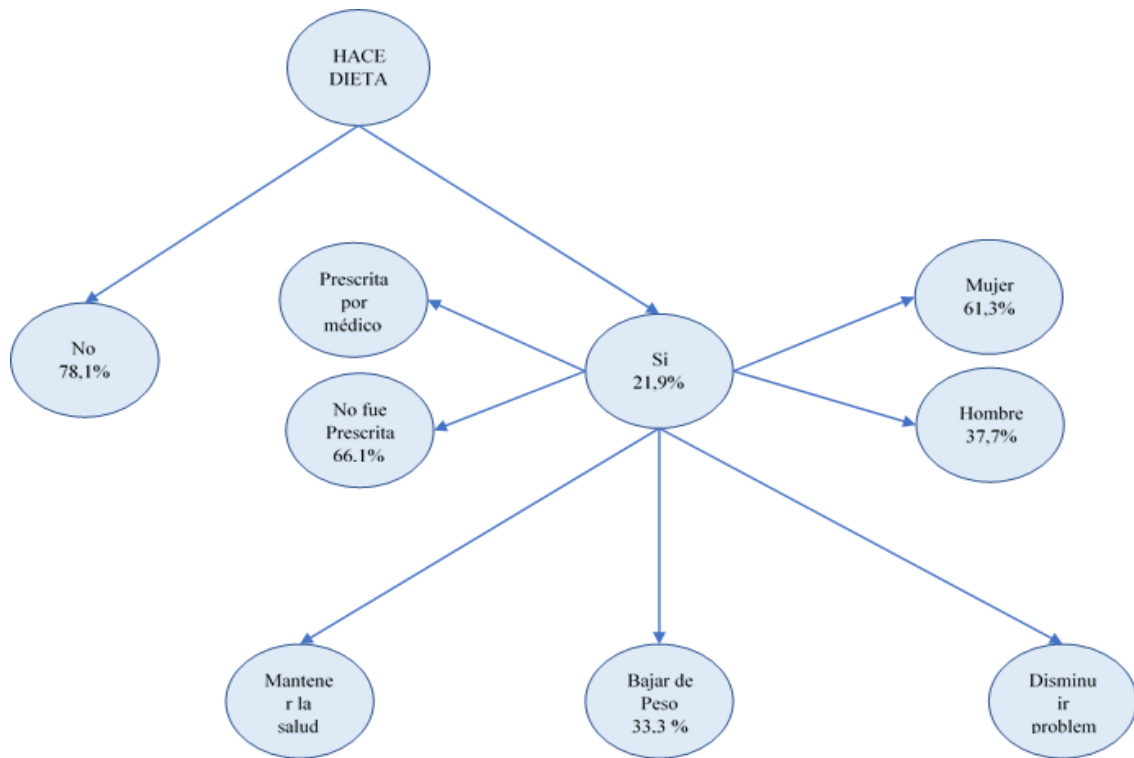
Figura 6 Tipologías familiares mientras



10.2 HÁBITOS ALIMENTICIOS:

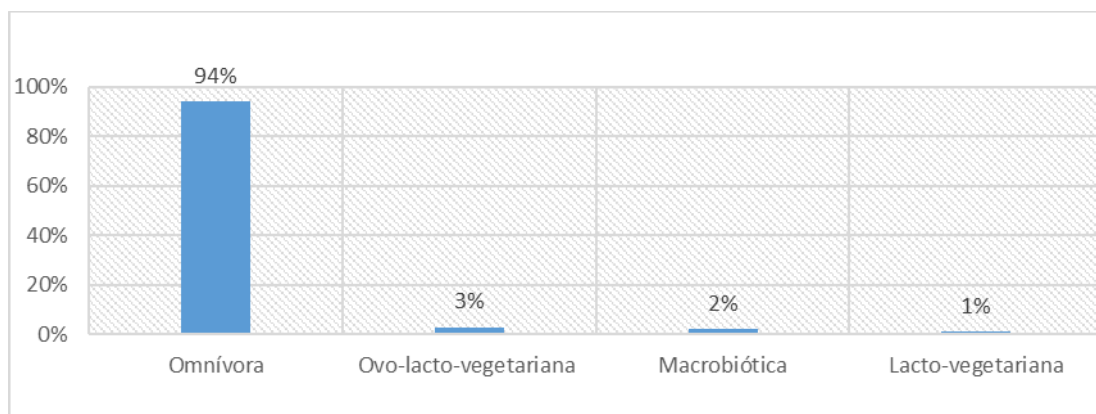
Se pudo observar que sólo el 29,9% de los estudiantes refirieron hacer dieta, y las razones para hacerla fueron mantener la salud para un 50%, bajar de peso un 33,3% y para disminuir problemas del corazón un 7,5%, de los estudiantes que hacen dietas, un 61,3% son mujeres de las cuales 66,1% no había recibido prescripción médica para empezarla. (figura 7)

Figura 7 Caracterización de la costumbre de hacer dieta



Referente a los tipos de alimentación de los estudiantes el 94,6% refiere tener una alimentación omnívora, sólo un 2,5% y un 2,3% refieren ser ovo-lacto-vegetarianos y tener una alimentación macrobiótica respectivamente. (Figura 8)

Figura 8 Tipo de alimentación



En relación con la cantidad de frutas consumidas por semana el 21,3% lo hace 3 veces a la semana y el 11,4% lo hace sólo una vez; el 53,4% de los que consumen frutas consume una porción los días que consume frutas y el 28,2% lo hace 2 veces diariamente.

El consumo de verduras se comporta similar al de las frutas, los estudiantes que consumen 7 veces a la semana fruta son el 28,6% y lo hace entre 1 vez 60,5% y 2 veces al día 23,4%, el día que las consume.

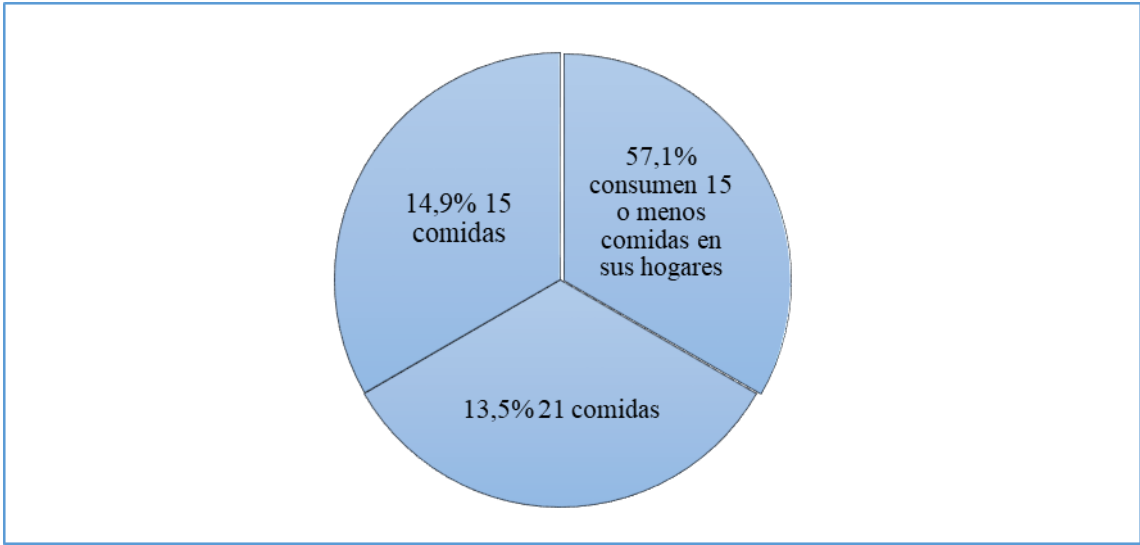
Es importante destacar que el 52,4 % de los participantes sólo consume 3 o menos veces fruta a la semana y que el 84,5% come 2 o menos frutas a la semana; además de que el 60,7% de los participantes come 5 o menos veces a la semana algún vegetal y que el 87,8% de los mismos come 2 o menos porciones de vegetales diariamente. (Tabla 6)

Tabla 6 Cantidad de frutas y verduras por semana y porciones por día

Alimento	Número por	Número de
Frutas	3 V/S 21,3%	1 V/D 53,4%
	7 V/S 19,3%	2 V/D 28,2%
	2 V/S 17,4%	
	1 V/S 11,4%	
Verduras	7 V/S 28,6%	1 V/D 60,5%
	5 V/S 13,5%	2 V/D 23,4%
	4 V/S 13,5%	

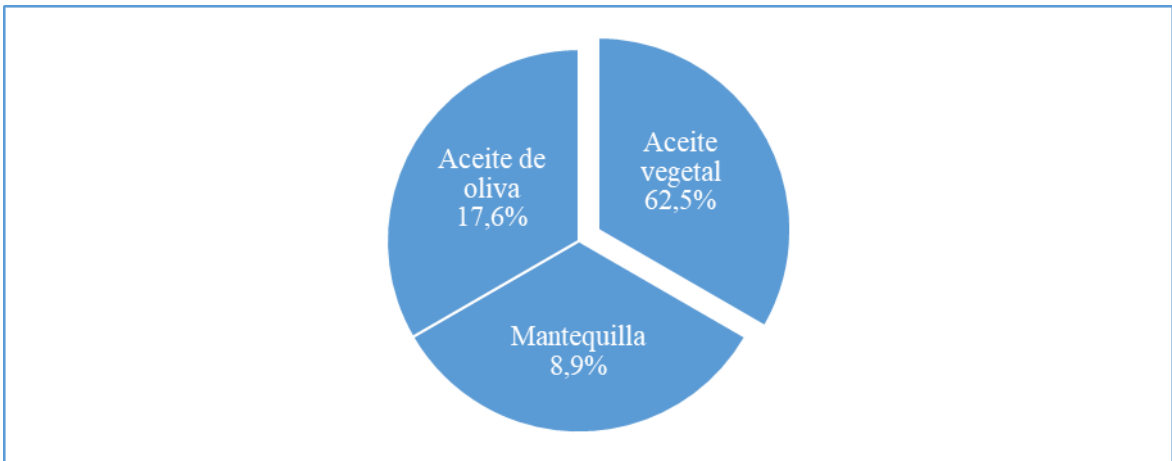
Al preguntarles a los estudiantes sobre quien cocinaba sus alimentos y cuantos platos consumía en su casa por semana; se encontró que el 76% de los participantes consumen alimentos que son preparados por alguien con el que conviven y el 19% cocinan para ellos mismos; el 57,1% consumen 15 comidas o menos en sus hogares semanalmente, el 14,9% consumen 15 comidas y el 13,5% consumen 21 comidas de las posibles puestas en el cuestionario. (Gráfico 1)

Gráfico 1 Comidas preparadas y consumidas en casa en base 21 comidas posibles



En lo referente a la preparación de los alimentos el 62,5% de los estudiantes refiere que sus alimentos son preparados con aceite vegetal. (Gráfico 2)

Gráfico 2 Aceite más usado en las preparaciones



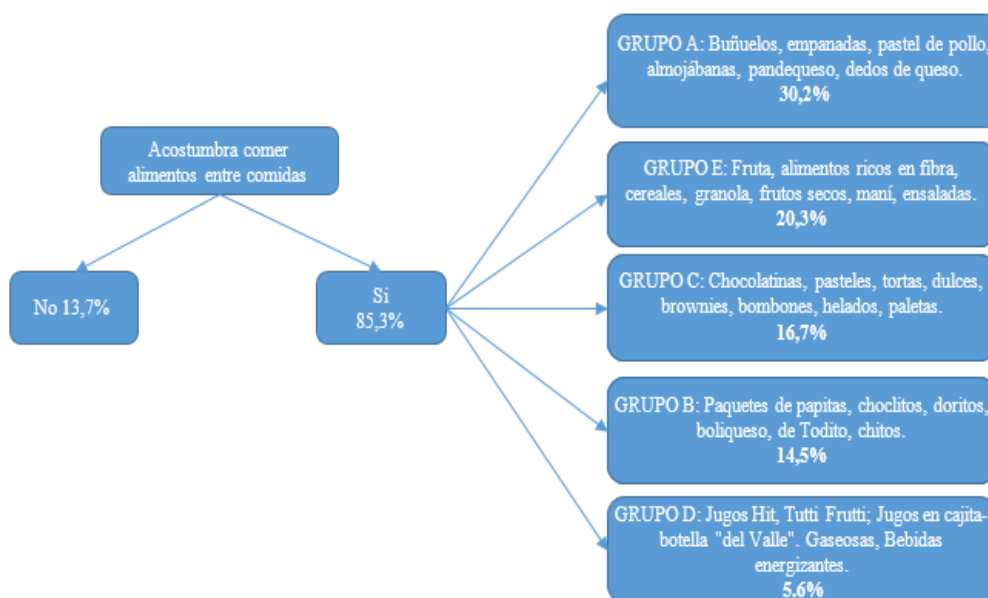
También un 50,7% de los estudiantes asegura no poner sal en la mesa, y el 48,7% acostumbra adicionar sal a las comidas. (Figura 9)

Figura 9 Consumo de sal

Acostumbra tener sal en la mesa	
Si 49,3%	No 50,7%
↓	
Acostumbra adicionar sal a las comidas	
Si 48,7%	No 51,3%

Los estudiantes participantes aseguraron en un 85,3% consumir alimentos entre comidas y los grupos de alimentos que más consumen son el grupo de buñuelos, empanadas, pastel de pollo, almojábanas, pandequeso, dedos de queso con un 30,2% de elección, le sigue el grupo de las frutas, alimentos ricos en fibra, cereales, granola, frutos secos, maní ensaladas en un 20,3% y en tercer lugar el grupo de las chocolatinas, pasteles, tortas, dulces, brownies, bombones, helados, paletas, en un 16,7%, los paquetes de papitas, choclitos, doritos, boliquesos, de todito y chitos son preferidos por el 14,5% de los estudiantes para comer entre comidas. (Figura 10)

Figura 10 Alimentos entre comidas principales



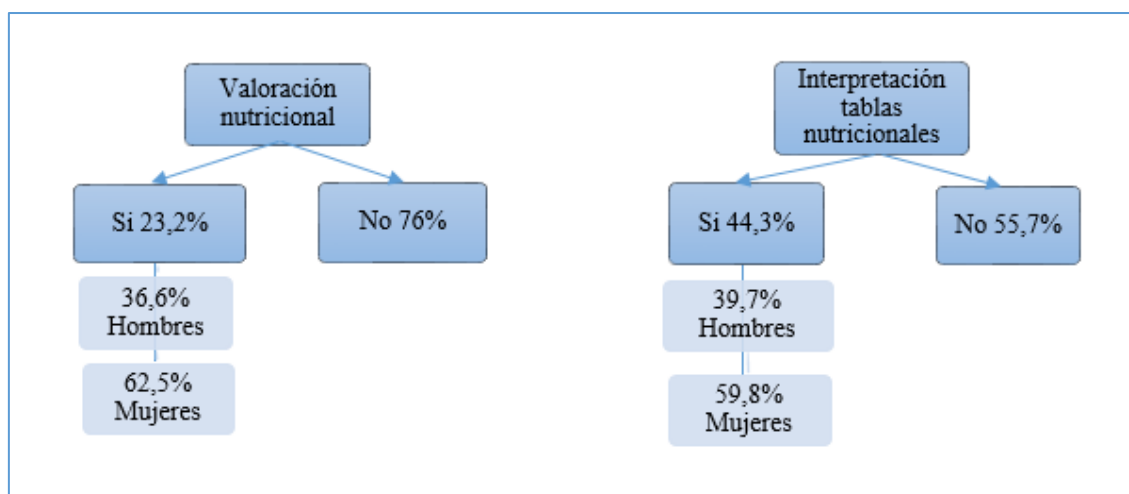
En lo que se refiere al número de alimentos que consumen los estudiantes diariamente el 34,2% respondió 5 veces, 28% 4 veces al día, el 18,6% más de 5 veces y el 19,1% consume 3 o menos comidas diariamente. (Tabla 7)

Tabla 7 Cantidad de alimentos al día

Número de alimentos día	Porcentaje
5 veces	34,2%
4 veces	28%
Más de 5 veces	18,6%
3 veces	13,3%
2 veces	5,4%
1 vez	0,4%

Al preguntarles sobre si habían tenido alguna valoración con un nutricionista el 76% respondió que no, y de los que respondieron que sí el 62,5% eran mujeres; a esto también se puede agregar que el 44,3% de los estudiantes sabe interpretar la información de las tablas nutricionales y que de estos el 59,8% son mujeres. (Figura 11)

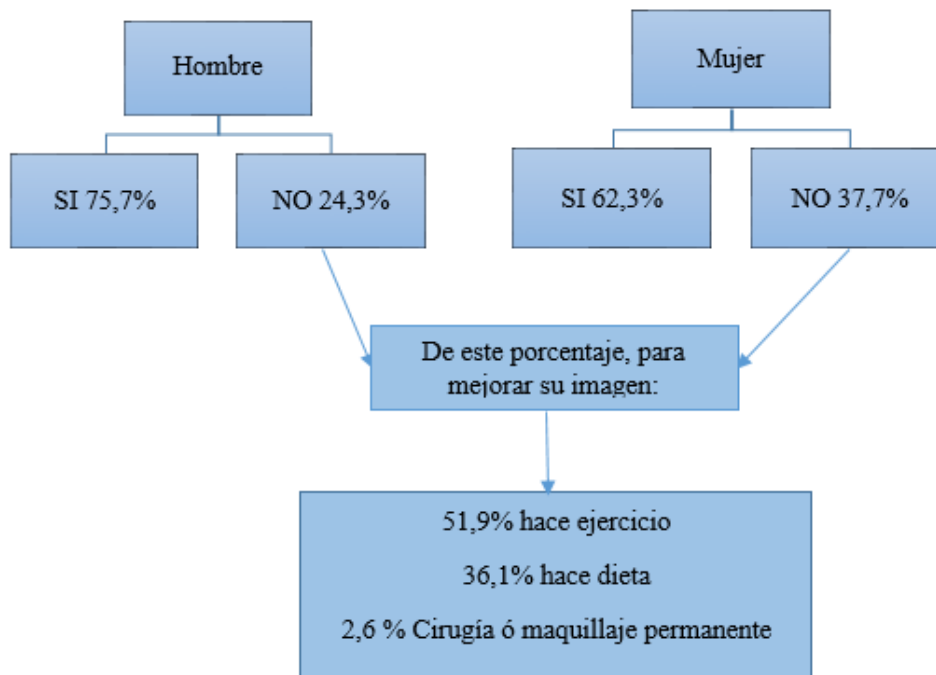
Figura 11 Valoración por nutricionista e interpretación de las tablas nutricionales por sexo.



10.3 ESTÉTICA

Se observó también que el 62,3% de las mujeres que respondieron el cuestionario están satisfechas con su imagen corporal y el 75,7% de los hombres, también lo están, entre los estudiantes que no estaban satisfechos con su imagen Corporal el 51,9% hace ejercicio para mejorarla, el 36,1% hace dietas y el 2,6% utiliza la cirugía o el maquillaje permanente para dicho fin. (Figura 12)

Figura 12 Satisfacción con la imagen corporal por sexo y prácticas para mejorar la imagen corporal



También en cuanto a las modificaciones corporales un 38,7% de los estudiantes tiene un o varios piercings, el 28,4% tiene tatuajes y el 10,1% expansiones. (Figura 13)

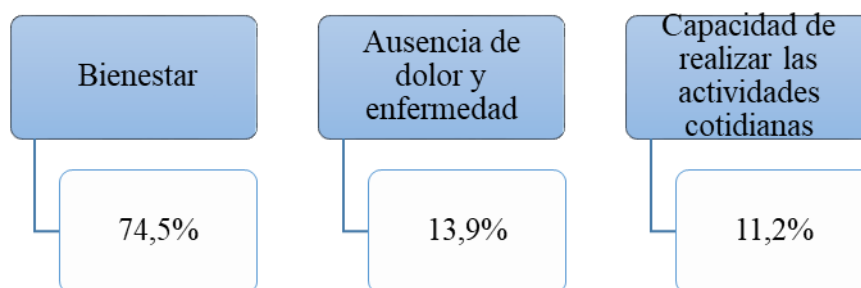
Figura 13 Modificaciones Corporales.

Piercings	Tatuajes	Expansiones	Ninguna
•38,7%	• 28,4%	•10,1%	•49,4%

10.4 MORBILIDAD GENERAL

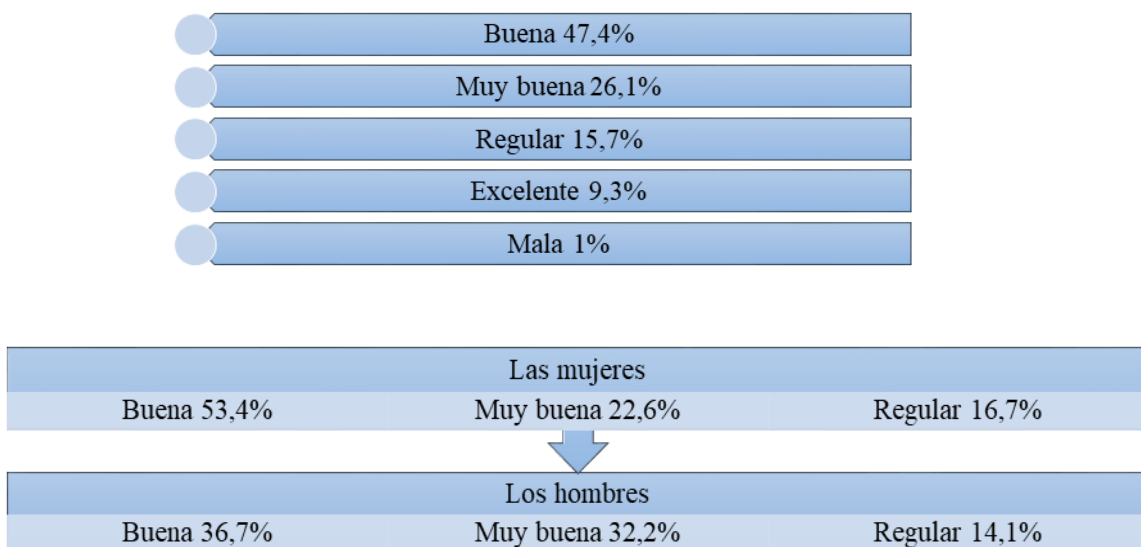
Al preguntarles a los jóvenes sobre el significado de salud el 74,5% respondió que era Bienestar, el 13,9% que era la ausencia de dolor y enfermedad y el 11,2% que era la capacidad de realizar las actividades cotidianas. (Figura 14)

Figura 14 Significados de Salud



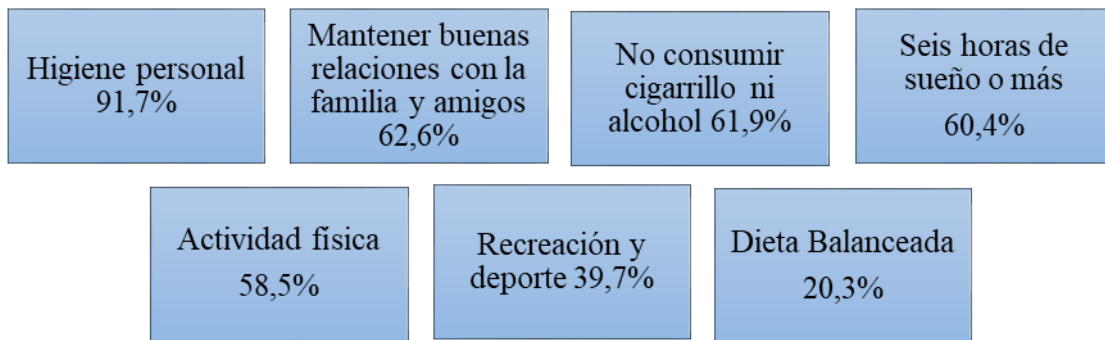
Un 47,4% de los estudiantes cree que su salud es buena, un 26,1% tiene la percepción de que su salud es muy buena y sólo el 1% de los estudiantes cree que su salud es mala, las mujeres tienen una mayor percepción de que su salud es buena un 53,4% y entre los hombres el 32,2% también cree que es muy buena. (Figura 15)

Figura 15 Calificación de la propia salud y comparación por sexo



En lo referente a las prácticas de autocuidado, o prácticas que realizaba habitualmente para mantener la salud, se encontró que el 91,7% practica la higiene corporal, el 62,6% Mantiene buenas relaciones con sus amigos y familia, el 61,9% respondieron no consumir cigarrillo o alcohol, el 60,4% tener 6 horas de sueño o más, un 58,5% actividad física, un 39,7% recreación y deporte y un 20,3% una dieta balanceada. (Figura 16)

Figura 16 Prácticas de autocuidado



Las infecciones más comunes que han sufrido los estudiantes en el último año han sido resfriados con un 78,7% de participantes que lo padecieron, diarreas 45,8% de los participantes, las infecciones urinarias con un 17%; en cuanto a la frecuencia de dichas infecciones el resfriado se presentó entre 3 veces al año y 2 veces con mayor frecuencia entre los participantes y la diarrea con la misma frecuencia.

Las infecciones menos padecidas por los estudiantes fueron las bronquitis con un 95%, las faringitis con un 93% y las otitis con un 90,9% de no ocurrencia.

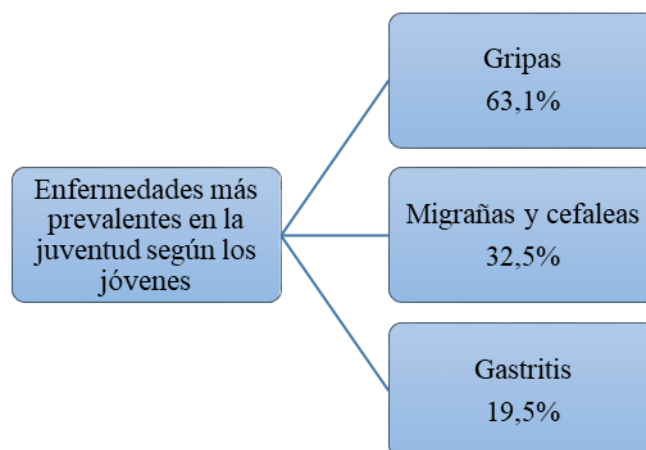
El 23,2% de los estudiantes refirieron haber tenido una intoxicación alimentaria. (Tabla 8)

Tabla 8 Infecciones más comunes

Tipo de infección	Si	1 vez año	2 veces al año	3 veces al año más	No responde frecuencia
Resfriado común	78,7%	22,6%	23,0%	19,3%	13,9%
Faringitis	7%	3,9%	0,8%	1%	1,2%
Bronquitis	5%	1,4%	0,8%	0,4%	2,3%
Sinusitis	13,9%	3,3%	1,9%	4,3%	4,3%
Diarreas	45,8%	17,4%	11,4%	7,7%	9,5%
Infección vías	17%	8,1%	2,9%	2,1%	3,9%
Infección de piel	13,3%	5,2%	2,1%	2,5%	3,3%
Infección de oído	9,1%	3,5%	2,1%	1,4%	1,9%
Otras	4,3%				
Ninguna	9,5%	0	0	0	0
Intoxicaciones	23,2%				

Los estudiantes creen que las enfermedades más frecuentes que aquejan a los jóvenes son las gripas con un porcentaje de 63,1%, luego las cefaleas y migrañas con un 32,5% y las gastritis con un 19,5%. (Figura 17)

Figura 17 Percepción de las enfermedades más prevalentes por los jóvenes y para los jóvenes

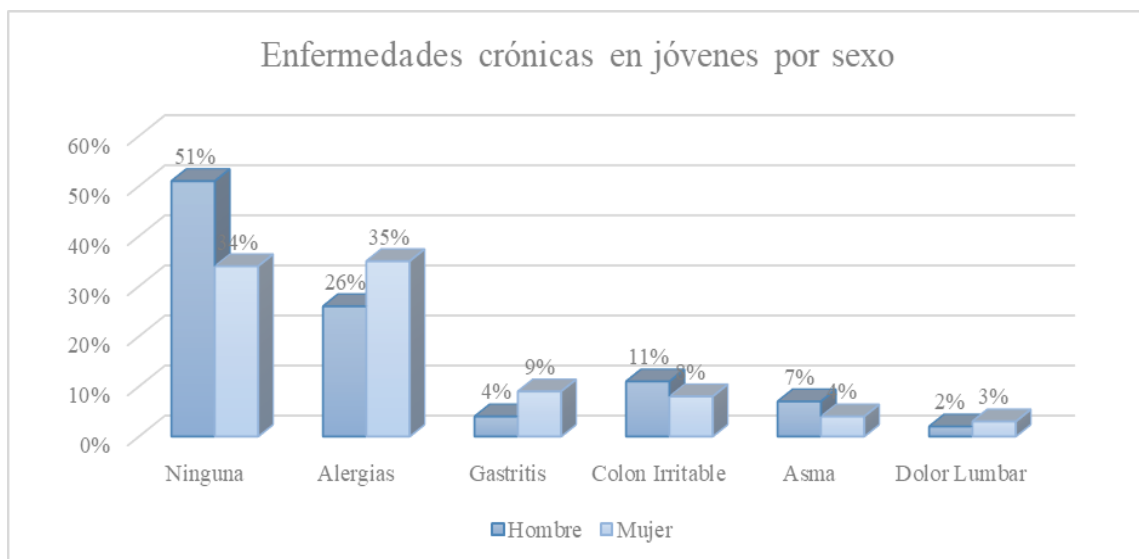


10.5 ENFERMEDADES CRÓNICAS

Los estudiantes reportaron que las enfermedades que les habían sido diagnosticadas fueron en su mayoría para los hombres, alergias en un 26%, seguidas por

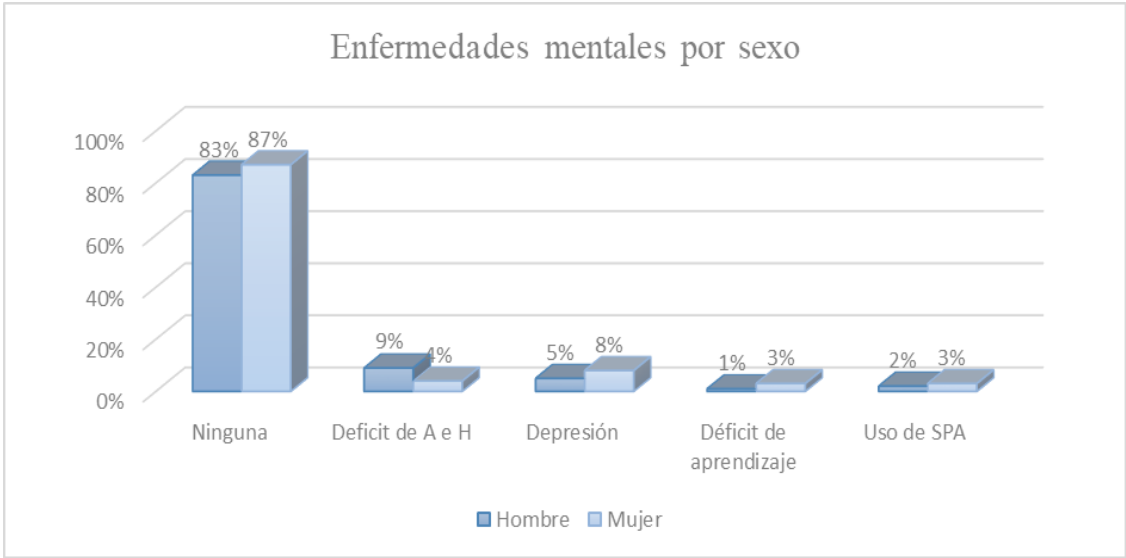
el asma en un 6,8% y las gastritis con un 4%, un 50,8% de los estudiantes hombres dijo no haber sido diagnosticado con ninguna enfermedad; para las mujeres las alergias ocuparon el primer lugar con un 35,1% de ocurrencia, luego las gastritis con un 8,9% y el colon irritable, el 33,8% de las mujeres reportó no haber sido diagnosticada con ninguna enfermedad. (Gráfico 3)

Gráfico 3 Enfermedades crónicas por sexo



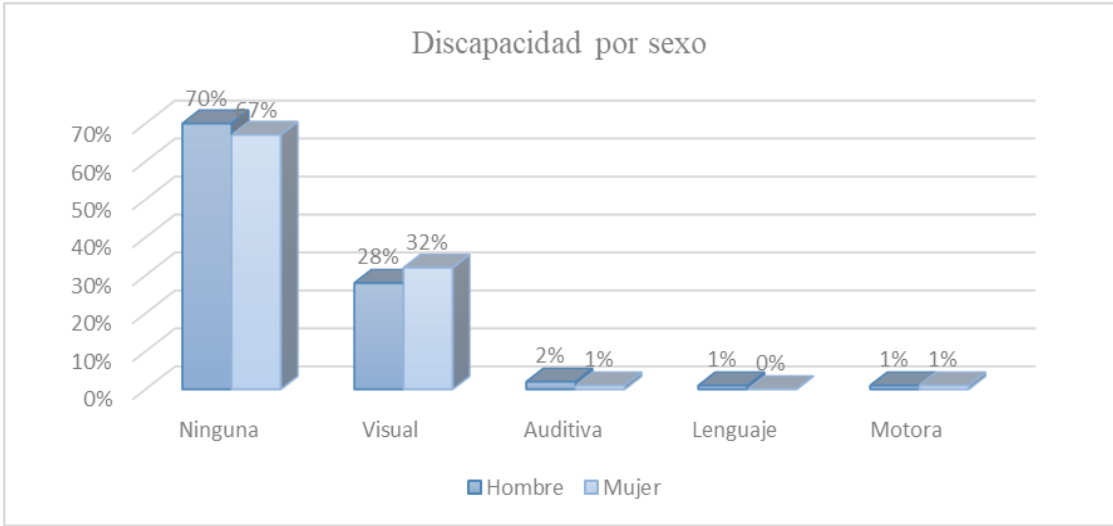
También se preguntó sobre las enfermedades mentales diagnosticadas, los hombres reportaron un 8,5% de déficit de atención e hiperactividad, un 4,5% de déficit de aprendizaje y un 83,1% refirió no haber sido diagnosticado nunca, las mujeres con un 8,2% de depresión, un 3,6% de déficit de atención e hiperactividad, un 86,9% de las mujeres refirió no haber sido diagnosticada con ninguna enfermedad mental. (Gráfico 4)

Gráfico 4 Enfermedades mentales diagnosticadas por sexo.



En lo que se refiere a discapacidad, 69,5% de los hombres y 66,6% de las mujeres negaron algún tipo de discapacidad tanto hombres como mujeres reportan el mayor porcentaje de discapacidad visual, 27,7% y 31,5% respectivamente. (Gráfico 5)

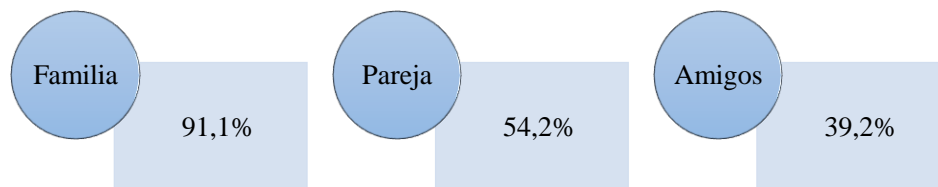
Gráfico 5 Discapacidad por sexo



10.6 REDES DE APOYO

Al preguntarles a los estudiantes con quién cuentan cuando le pasan cosas malas o buenas, el 91,1% respondió que era la familia, el 54,2% con la pareja y en un 39,2% con los amigos. (Figura 18)

Figura 18 Personas con quién cuentan los jóvenes cuando le pasan cosas buenas o malas



En un 76,6% los estudiantes se sienten casi siempre contentos de pensar que puede recurrir a su familia en busca de ayuda o cuando algo le preocupa, en un 48,7% casi siempre están satisfechos con el modo que tiene su familia de hablar las cosas con ellos y de cómo comparten los problemas, a un 71,2% les agrada pensar que sus familias los aceptan y los apoyan en sus deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección y al 59,6% le satisface casi siempre el modo en que su familia expresa el afecto y cómo responde a las emociones como cólera, tristeza y amor, también al 61,9% le satisface casi siempre la forma en que la familia y el pasan tiempo juntos. (Tabla 9)

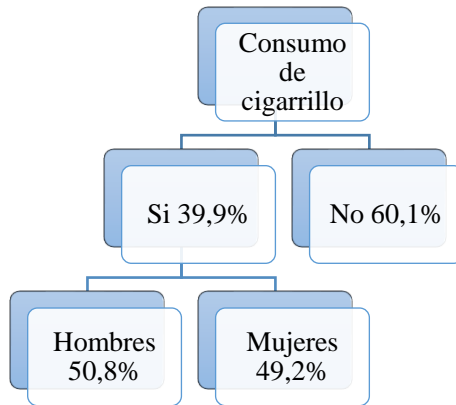
Tabla 9 Entorno familiar y sentimientos hacia el mismo

Afirmaciones	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa	76,6%	17,6%	4,1%
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas	48,7%	39,5%	10,4%
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección	71,2%	21,7%	5,6%
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor	59,6%	30,0%	8,9%
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos	61,9%	27,7%	8,75

10.7 CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

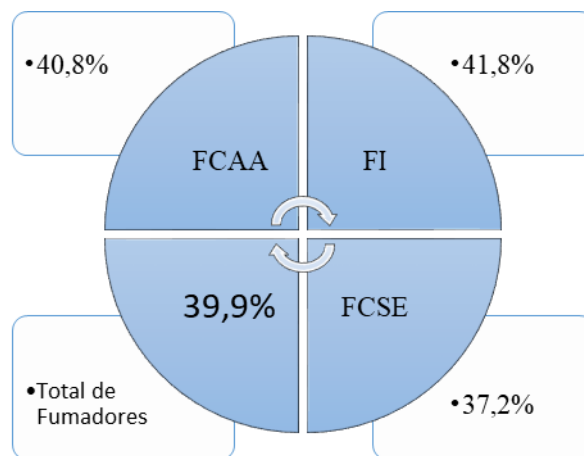
Se observó que el 39,9% de los estudiantes consumió alguna vez en su vida cigarrillos de este porcentaje 50,8% son hombres y 49,2% mujeres. (Figura 19)

Figura 19 Consumo de cigarrillo por sexo



También se observó la distribución por facultades, donde se encontró que 40,8% de los estudiantes de la facultad de ciencias administrativas y agropecuarias, el 41,8% de la facultad de ciencias sociales y educación y el 37,2% de la facultad de ingenierías habían consumido cigarrillo alguna vez en su vida, además se evidenció que de los fumadores el 50,8% correspondió a estudiantes de la FCAA. (Figura 20)

Figura 20 Consumo de cigarrillo por facultades



Cuando se le pregunta por si ha fumado en el último año, respondieron que sí el 22,5% de la FCAA, el 16,3% de la FI y el 14,5% de la FCSE, en el último mes el 14,6% de la FCAA, el 10,2% de la FI y el 9,7 de la FCSE, para la frecuencia de fumar se observa 57,7% lo hace ocasionalmente, el 11,4% lo hace diariamente y el 5,2% los fines de semana. La edad del primer consumo el 69,3% lo hizo entre los 12 y 18 años, el 17,1% entre los 18 y 24 años y el 5,7% lo hizo entre los 7 y 12 años. Además, se preguntó si se alguna vez había intentado dejar de fumar y el 37% respondió que sí.

También se les preguntó en que momentos fumaba y el 25% contestó cuando estaba ansioso, el 19,9% respondió en cualquier momento y el 27% cuando estaba con amigos los demás afirmaban otros momentos como fiestas familiares, antes de un examen, cuando se ponían a pensar en la vida entre otros. (Tabla 10)

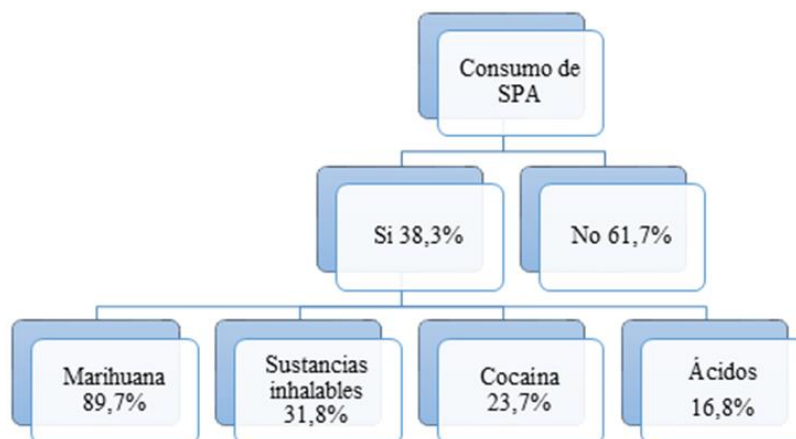
Tabla 10 Caracterización del hábito tabáquico por facultades

Detalle	FCAA	FI	FCSE
Ha fumado en el último año	22,5%	16,3%	14,5%
Ha fumado en el último mes	14,6%	10,2%	9,7%
Frecuencia con la que fuma			
Ocasionalmente	14,2%	23,5%	20,0%
Diariamente	6,2%	4,1%	1,4%
Los fines de semana	3,8%	0%	1,4%
Edad de la primera vez que fumó			
Menos de 7 años	0,4%	2%	0,7%
Entre 7 y 12 años	3,3%	1%	1,4%
Entre 12 y 18 años	20,4%	29,6%	19,3%
Entre 18 y 24 años	7,1%	3,1%	6,9%
Intento de dejar de fumar	Si 13,4%	Si 15,3%	Si 8,3%
Tiempo en el que fuma			
Cuando está ansioso	11,7%	7,1%	6,9%
Cuando está con amigos	1,9%	8,2%	6,9%
En cualquier momento	8,3%	10,2%	0,7%

1

Cuando se les preguntó a los estudiantes sobre el consumo de SPA diferentes al cigarrillo o alcohol, un 38,3% respondió que sí había consumido alguna vez en su vida, de este porcentaje un 89,7% afirmó haber consumido marihuana, un 31,8% sustancias inhalables, un 23,7% cocaína y un 16,8% ácidos. (Figura 21)

Figura 21 Consumo de SPA diferentes al cigarrillo o alcohol



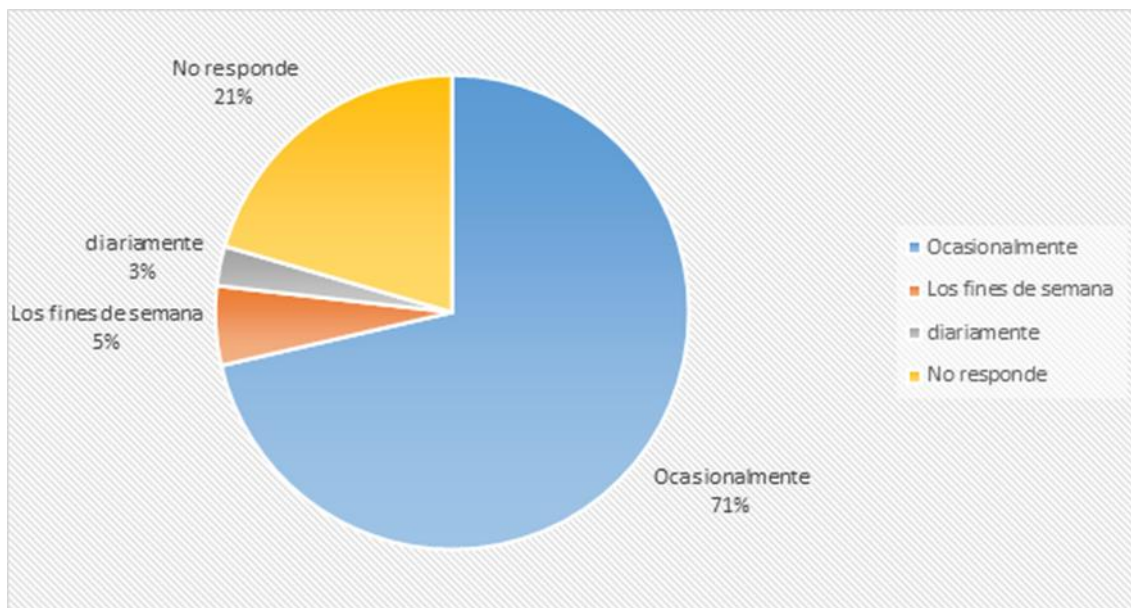
También se les preguntó la frecuencia con que consumía esos tipos de sustancia y se observó que para la marihuana un 53,4% lo había consumido alguna vez en su vida y un 31,6% lo había hecho en el último mes, las sustancias inhalables el 59,4 % respondió alguna vez en su vida y el 23,1% en el último mes, la cocaína el 68,2% respondió alguna vez en su vida y el 22,7% en el último año, para los ácidos el 54,1% alguna vez en su vía y 35,1% en el último año. (Tabla 11)

Tabla 11 Frecuencias de consumo de sustancias psicoactivas diferentes al cigarrillo o alcohol

Tipo de Sustancia	Consumido alguna	Consumido en el	Consumido en el
Marihuana	53,4%	14,9%	31,6%
Sustancias	59,4%	17,39%	23,18%
Cocaina	68,2%	22,7%	9,1%
Ácidos	54,1%	35,1%	10,9%

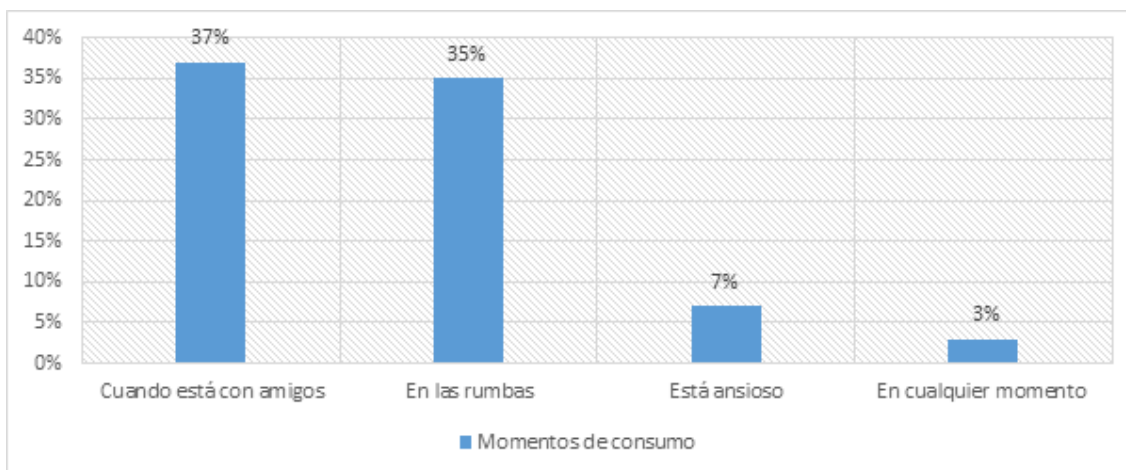
Respecto a la frecuencia de consumo el 71% de los estudiantes que consumen sustancias afirmó que ocasionalmente, un 5% los fines de semana y un 3% lo hace diariamente. (Gráfico 6)

Gráfico 6 Frecuencia del consumo de SPA



Los momentos de consumo que prefieren los jóvenes, un 37% lo hace cuando está con amigos, un 35,1% cuando está en una rumba, un 7% cuando está ansioso y 3% en cualquier momento. (Gráfico 7)

Gráfico 7 Momentos de consumo



Se hizo la clasificación por facultades por tipo de sustancia, de los estudiantes que consumen algún tipo de sustancia en la FCAA el 38,3% consume marihuana, el 7,4% consume cocaína el 7,4% consume ácidos y el 3,8% cocaína, de los estudiantes que consumen en la FI 30,6% consumen marihuana, 10,2% cocaína, 9,1% sustancias inhalables y un 8,1% ácidos, de los estudiantes que consumen en la FCSE el 30,3% lo

hace con marihuana, el 11% sustancias inhalables, el 10,4% con cocaína y el 7% ácidos. (Tabla 12)

Tabla 12 Consumo de SPA por facultades

Sustancia	FCAA	FI	FCSE
Marihuana	38,3%	30,6%	30,3%
Cocaína	7,4%	10,2%	10,4%
Sustancias	3,8%	9,1%	11%
Ácidos	7,9%	8,1%	7%

En lo referente al consumo de alcohol el 91,3% de los participantes afirmaron haber consumido alcohol alguna vez en su vida, el 53,8% lo ha hecho en el último mes, al 13,8% de los que consumen alcohol les ha molestado que critiquen su forma de beber, el 93,4% de los que consumen alcohol afirma que esto no ha afectado algún aspecto de sus vidas, el 61,1% no ha pensado en dejar de beber, el 30,4% de los que consumen alcohol bebe hasta embriagarse, y el 16,8% ha tomado licor como calmante en las mañanas. Las bebidas alcohólicas preferidas por los estudiantes fueron la cerveza con un 28,7% de preferencia, el aguardiente con 24,7%, seguido por el ron con 12,5% y el tequila con un 7,7% de preferencia. (Figura 22 y 23)

Figura 22 Consumo de alcohol

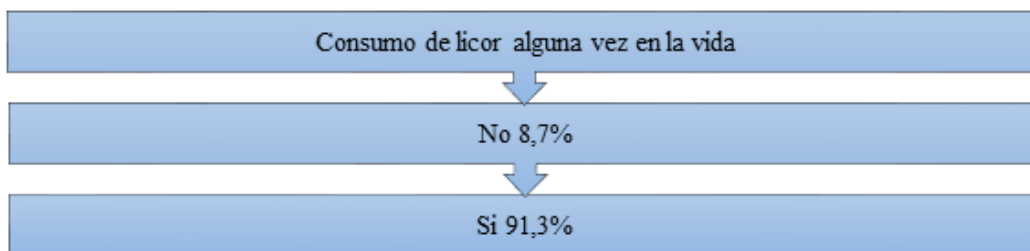
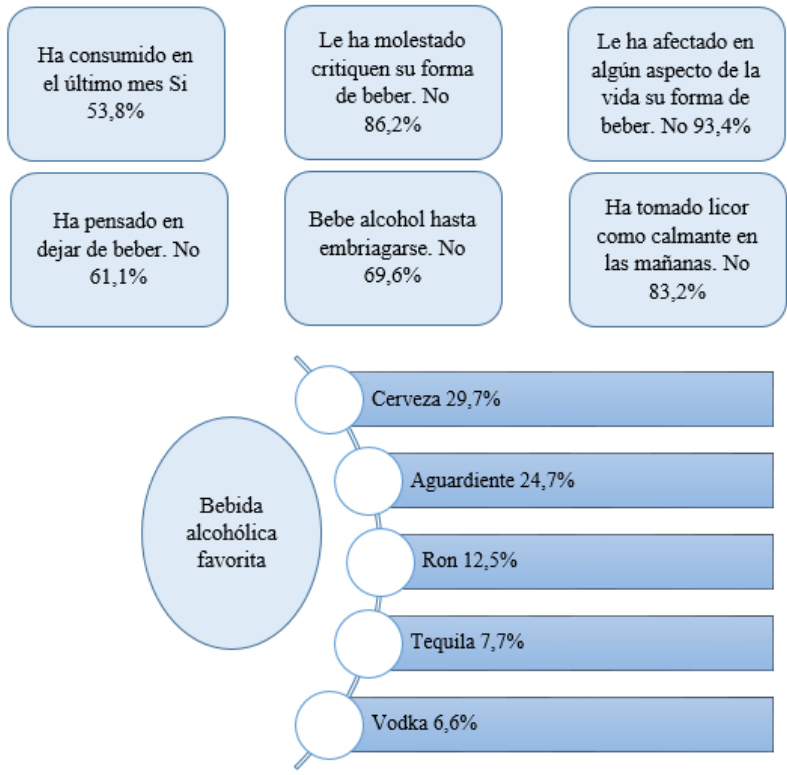
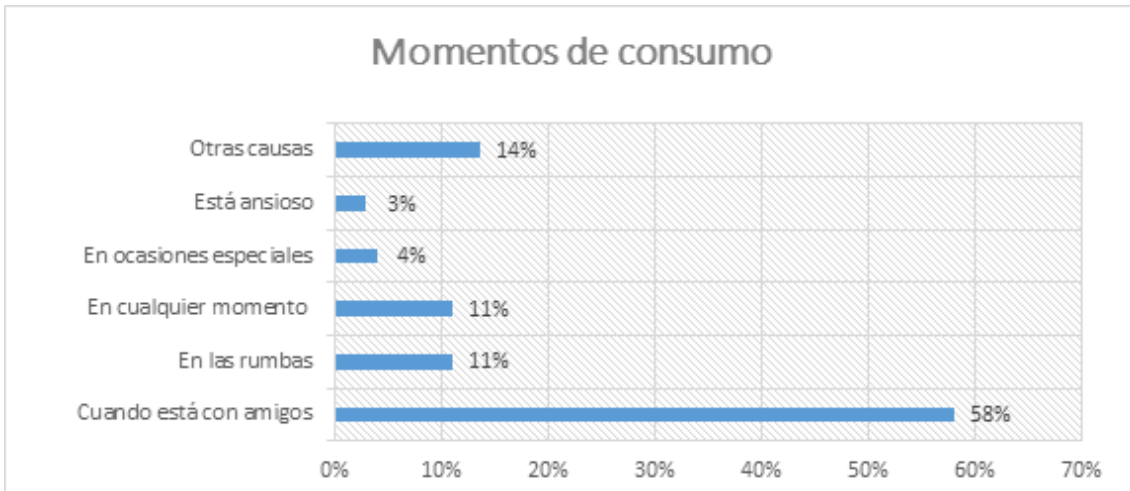


Figura 23 características del consumo de alcohol



Respecto a la frecuencia con la que consume alcohol, el 57,7% lo hace cuando está con amigos, el 10,8% en cualquier momento, el 10,8% en las rumbas, 4% en ocasiones especiales y el 3% cuando está ansioso. (Gráfico 8)

Gráfico 8 Momentos en los que toma bebidas alcohólicas

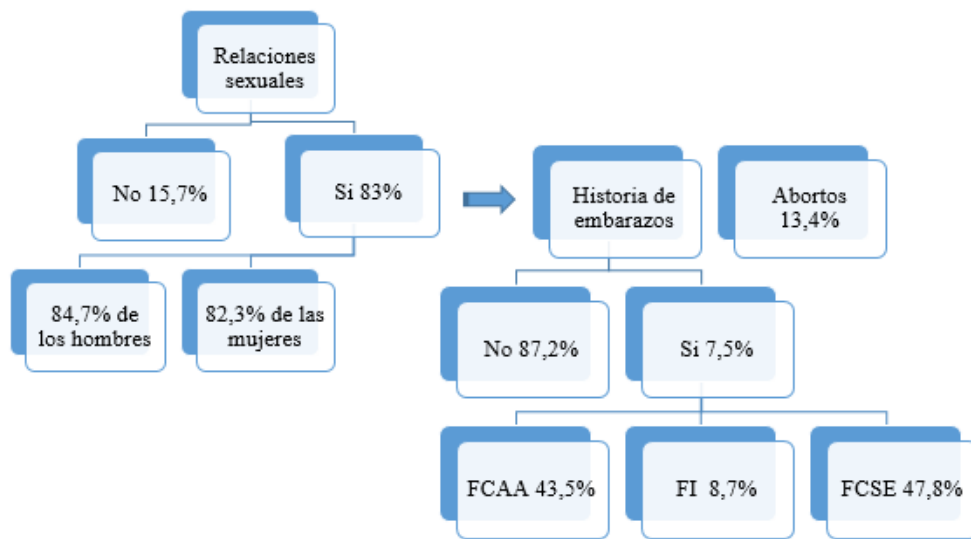


10.8 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En el apartado de salud sexual el 83% de los participantes respondió que había tenido una relación sexual con penetración vaginal, correspondiente al 84,7% de los hombres y 82,3% de las mujeres.

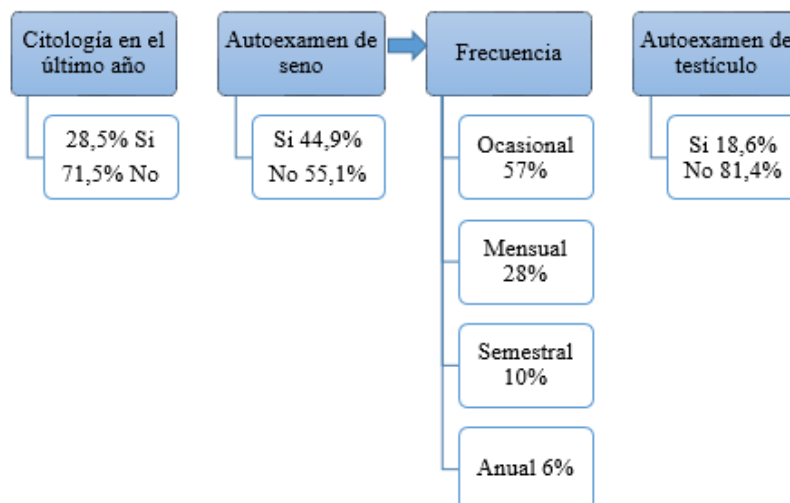
Para las mujeres el 87,2% refiere no haber estado en embarazo y el 13,4% refirió haber tenido algún aborto, de las que respondieron que sí habían estado en embarazo el 47,8% corresponde a la FCSE, un 43,5% a la FCAA y un 8,7% a la FI. (Figura 24)

Figura 24 Sexualidad, embarazo y aborto



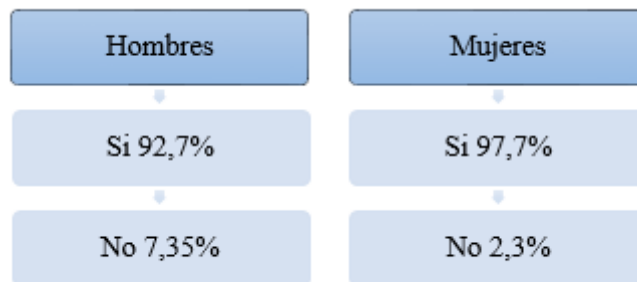
En lo referente al autocuidado un 71,5% de las mujeres refiere que no se ha hecho una citología en el último año, un 55,1% refirió no hacerse el autoexamen de seno; de las mujeres que se practican el autoexamen un 57% lo hace ocasionalmente, un 28% lo hace mensualmente, un 10% lo hace semestralmente y un 6% lo hace anualmente, entre los hombres un 81,4% no se realiza el autoexamen de testículo. (Figura 25)

Figura 25 Prácticas de autocuidado en sexualidad



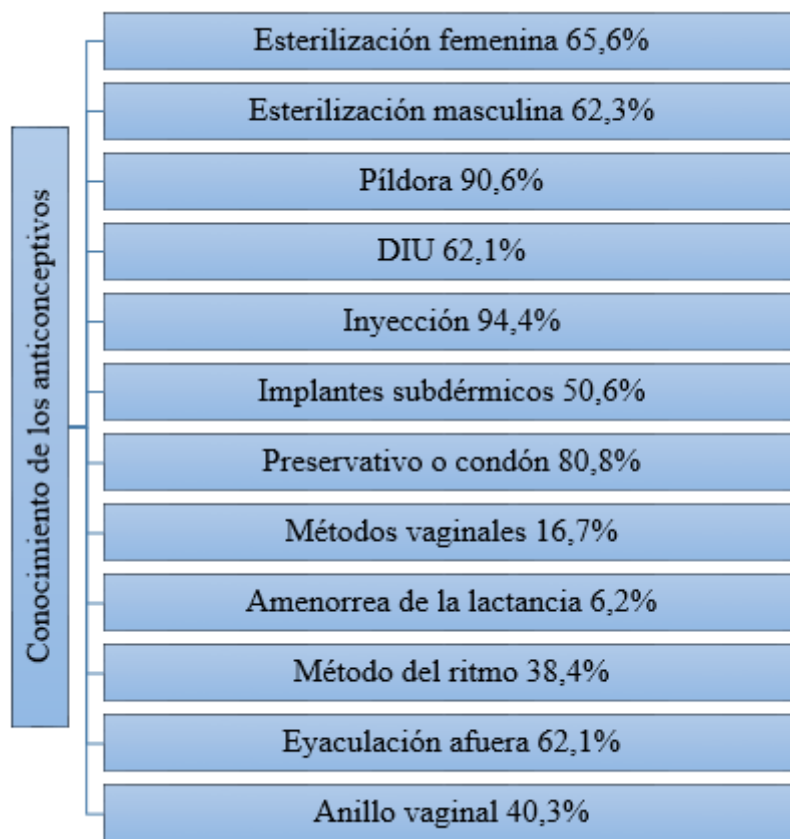
En lo referente al conocimiento de anticonceptivos se les preguntó si conocen o han escuchado hablar de algún método de anticoncepción, a esta pregunta el 92,7% de los hombres respondió y que sí y el 97,7% de las mujeres también lo hizo afirmativamente. (Figura 26)

Figura 26 Conocimiento de anticonceptivos por sexo



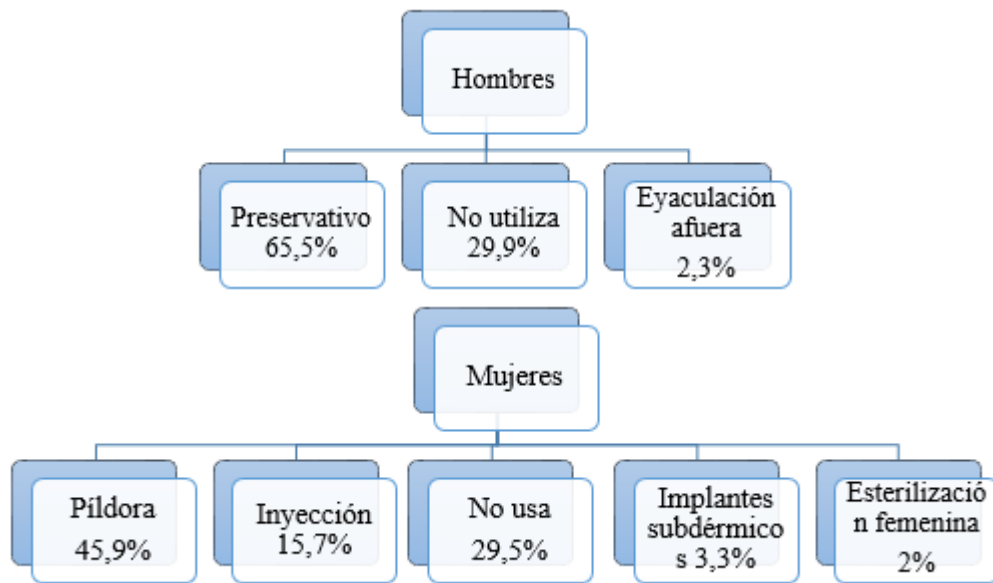
El porcentaje de conocimiento de anticonceptivos fue para la inyección un 94,4%, la píldora un 90,6%, condón o preservativo 80,8%, esterilización femenina 65,6% y masculina 62,3%, eyaculación afuera 62,1%, DIU 62,1%, implantes subdérmicos 50,6%, anillo vaginal 40,3%, método del ritmo 38,4%, métodos vaginales 16,7% y amenorrea de la lactancia 6,2%. (Figura 27)

Figura 27 Porcentaje conocimientos anticonceptivos



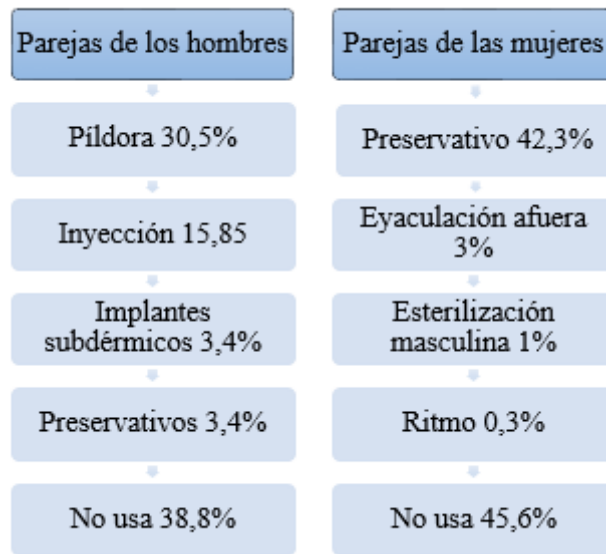
Entre los métodos anticonceptivos usados por los participantes que tienen relaciones sexuales se observó un 65,5% de los hombres utilizan el condón, un 2,3% utiliza la eyaculación afuera y un 29,9% no los utiliza; entre las mujeres un 45,9% utiliza la píldora, un 15,7% utiliza la inyección, un 3,3% utiliza los implantes subdérmicos y un 2% de las mujeres que tienen relaciones sexuales se sometió a esterilización femenina. (Figura 28)

Figura 28 Métodos utilizados por sexo



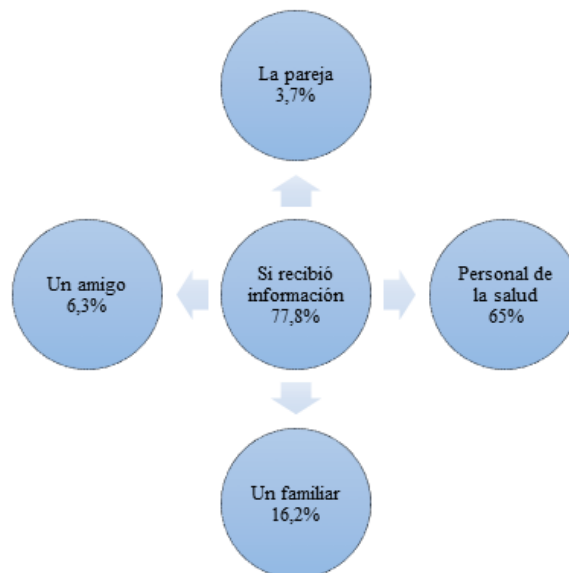
También se les preguntó por métodos más utilizados por sus parejas, los hombres respondieron que sus parejas en un 30,5% utilizaban píldoras, un 15,9% la inyección y un 38,8% no utilizaba, las mujeres por su parte respondieron que un 42,3% utilizaba el preservativo o condón, un 3% la eyaculación fuera y un 45,6% no utilizaba ninguno. (Figura 29)

Figura 29 Métodos utilizados por las parejas de hombres y mujeres



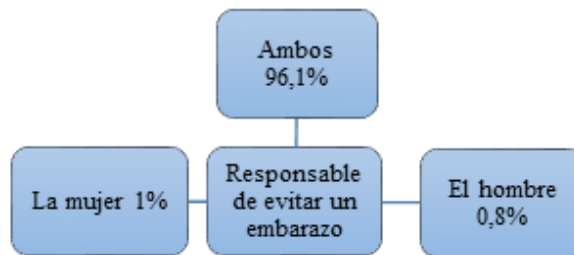
También se encontró que un 77,8% de los participantes recibió información antes de iniciar un método de anticoncepción, el 65% lo recibió del personal de la salud, un 16,2% lo recibió de su familia, un 6,3% de un amigo y un 3,7% de su pareja. (Figura 30)

Figura 30 Información antes de iniciar un método de planificación y de quién la recibió



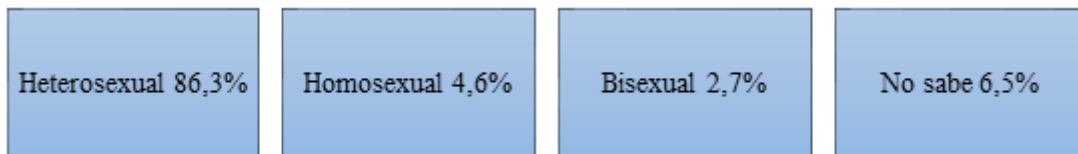
Al preguntarles a los participantes quién creía que tenía la responsabilidad de un embarazo contestaron ambos, (hombre y mujer) en un 96,1%, el 1% respondió que eran las mujeres y un 0,8% respondió el hombre. (Figura 31)

Figura 31 Responsabilidad de evitar el embarazo



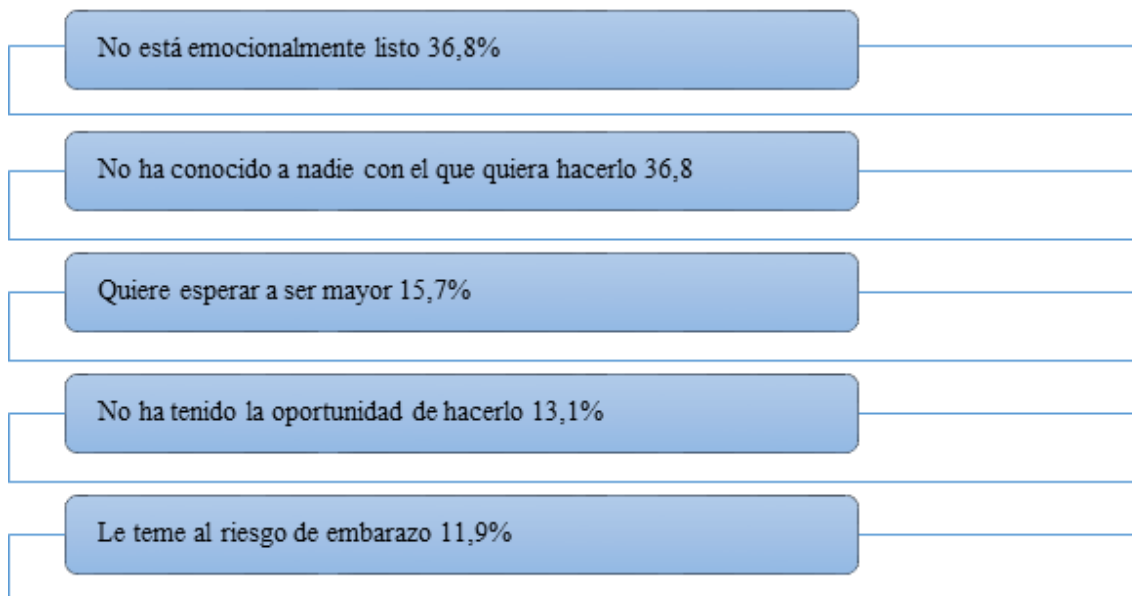
Entre los estudiantes encuestados el 86,3% afirman ser heterosexuales, un 4,6% homosexuales, un 2,7% bisexuales y un 6,5% refiere no saber su orientación sexual. (Figura 32)

Figura 32 Orientación sexual de los participantes



En lo referente a los estudiantes que no han iniciado sus relaciones sexuales el 36,8% respondió no estar emocionalmente listo para eso, otro 36,8% que no ha conocido a nadie con el que quiera hacerlo, un 15,7% quiere esperar a ser mayor, un 13,1% no ha tenido la oportunidad de hacerlo y un 11,9% porque le teme al embarazo. (Figura 33)

Figura 33 Razones para no tener relaciones sexuales



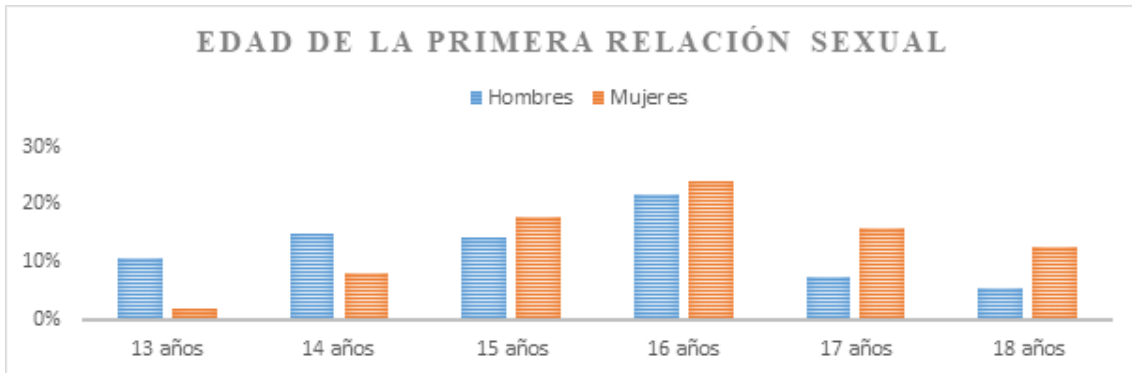
Entre los hombres el 38,2% inició sus relaciones sexuales con el novio, el 29,1% con un amigo, el 12,3% con un conocido, un 6,8% con un recién conocido y un 1,9% con un pariente, las mujeres tienen un comportamiento similar, pues afirmaron que su primera relación sexual había sido con el novio 83,39% iniciaron sus relaciones sexuales, con un amigo el 10,1%, con un conocido el 2,3% y producto de una violación el 1,2%. (Tabla 13)

Tabla 13 Persona con la que tuvo su primera relación sexual

Hombres	Mujeres
<input type="checkbox"/> Novio 38,2%	<input type="checkbox"/> Novio 83,39%
<input type="checkbox"/> Amigo 29,1%	<input type="checkbox"/> Amigo 10,1%
<input type="checkbox"/> Conocido 12,3%	<input type="checkbox"/> Conocido 2,3%
<input type="checkbox"/> Recién conocido 6,8%	<input type="checkbox"/> Esposo 1,5%
<input type="checkbox"/> Pariente 1,9%	<input type="checkbox"/> Violación 1,2%

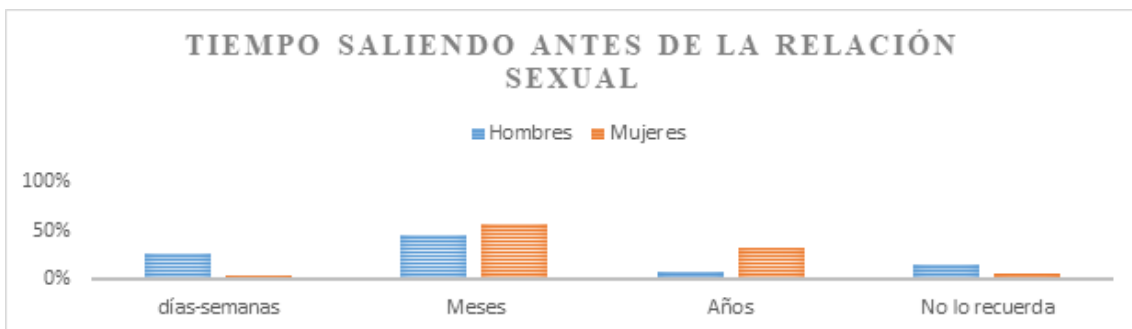
La edad de la primera relación sexual correspondió a los 16 años en hombres 21,8% y en mujeres 23,9%, seguidos por los 15 años en hombres un 14,4% y en mujeres 17,7%, a los 14 años los hombres 15% y las mujeres 8,1%, a los 17 años hombre 7,5% y mujeres 15,8%, a los 18 años 5,6% y mujeres 12,7%. (Gráfico 9)

Gráfico 9 Edad de la primera relación sexual



Los estudiantes refieren que antes de tener su primera relación sexual esperaron meses el 45,7% de los hombres y el 57,2% de las mujeres, días y semanas 26,7% los hombres y 3,5% las mujeres, 8,1% de los hombres y 31,3% de las mujeres salieron años antes de la primera relación sexual. (Gráfico 10)

Gráfico 10 Tiempo saliendo antes de la relación sexual



Al preguntarles sobre el conocimiento en prevención de ITS el 68,5% de las mujeres y el 63,8% de los hombres afirmaron conocer los signos y síntomas más comunes de las ITS, el 96,4% de las mujeres y el 88,1% de los hombres conocen las maneras de protegerse de las infecciones de transmisión sexual. (Figura 34)

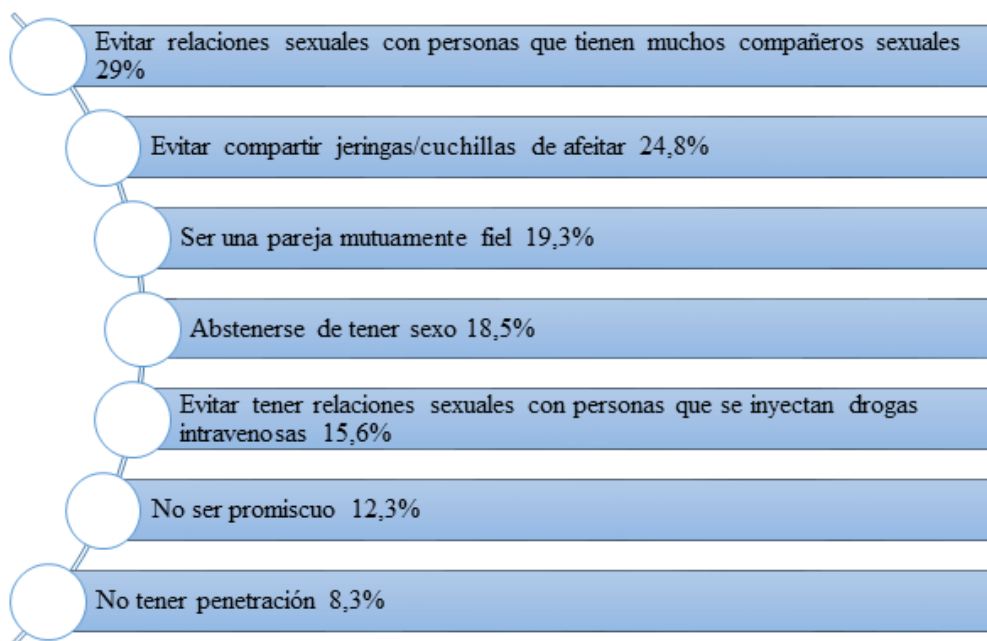
Figura 34 Conocimiento de Signos y prevención de las ETS

Conoce los signos y síntomas de las ITS			
De las Mujeres	Si 68,5%	De los Hombres	Si 63,8%

Conoce la manera de prevenir una ITS			
De las Mujeres	Si 96,4%	De los Hombres	Si 88,1%

Los estudiantes creen en un 29% que la práctica que ofrece una mayor protección de adquirir una infección de transmisión sexual es evitar tener relaciones sexuales con personas que tienen muchos compañeros sexuales, en un 24,5% evitar compartir jeringas o cuchillas de afeitado, ser una pareja mutuamente fiel en un 19,3%, la abstinencia del sexo en un 18,5%, evitar las relaciones sexuales con parejas que se inyectan drogas intravenosas en un 15,6%, no ser promiscuo en un 12,3% y no tener penetración en un 8,3%. (Figura 35)

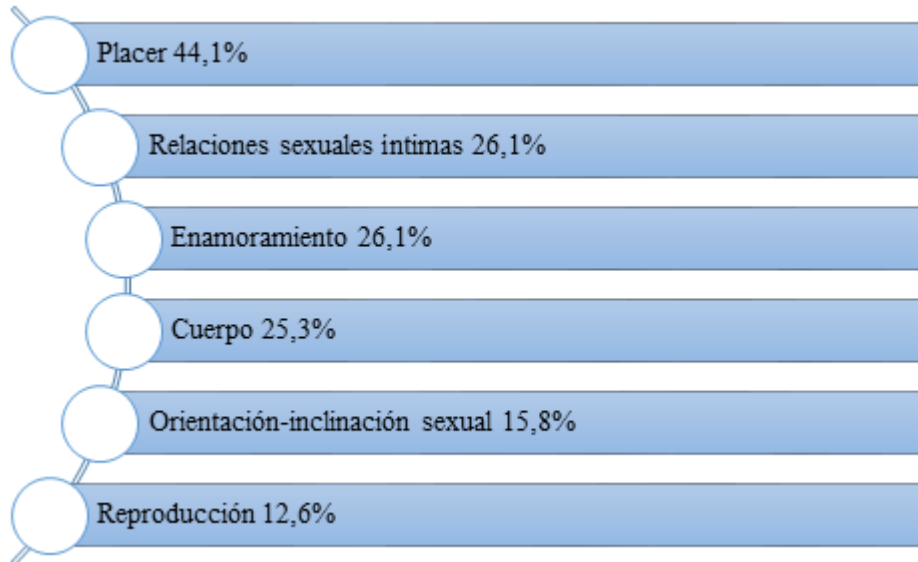
Figura 35 Práctica que ofrece mayor protección de adquirir una ITS según los jóvenes



También se les preguntó a los estudiantes con qué relacionaban la sexualidad y se halló que un 44,1% lo relacionó con placer, un 26,1% con relaciones sexuales

íntimas, un 25,3% con el cuerpo, el enamoramiento obtuvo un 26,1%, orientación sexual un 15,8% y reproducción 12,6%. (Figura 36)

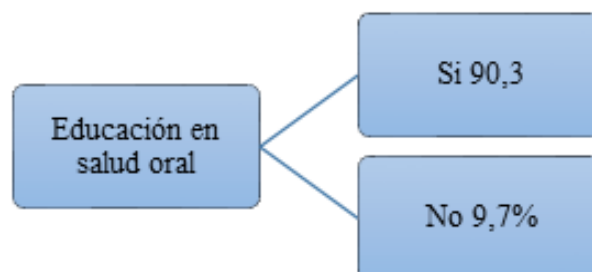
Figura 36 Creencias de sexualidad



10.9 SALUD ORAL

En el apartado de salud oral se les preguntó a los estudiantes si habían recibido educación en salud oral y se obtuvo que un 90,3% si lo había recibido. (figura 37)

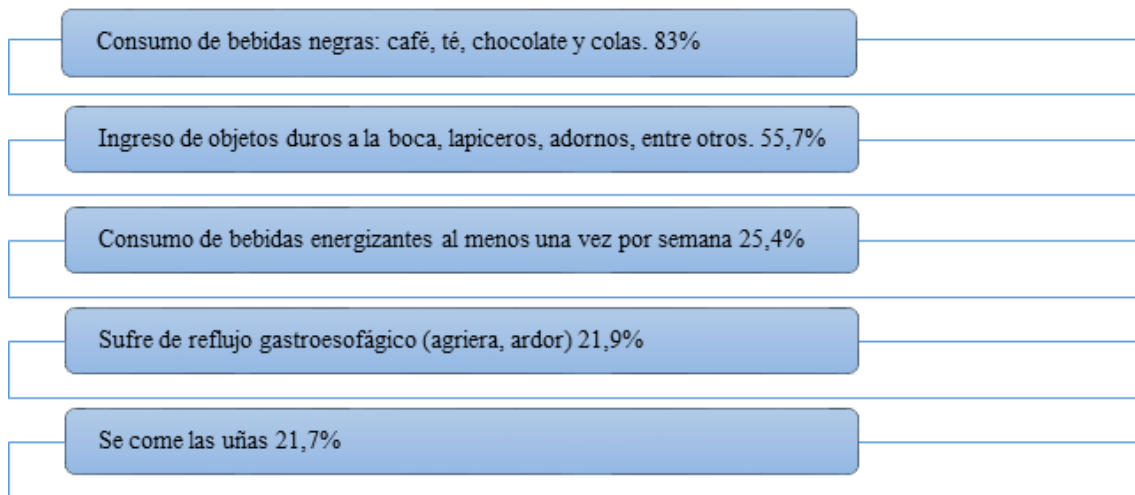
Figura 37 Recibió educación en salud oral



En referencia a los hábitos relacionados con la salud oral se observó que el 83% de los participantes consume bebidas negras como café, té, chocolate y colas, el 55,7%

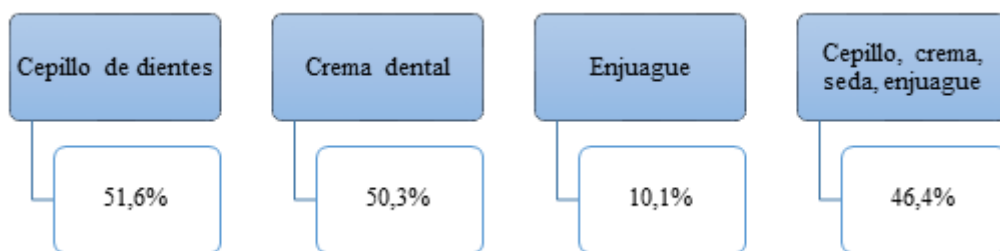
introduce objetos duros a la boca, como lapiceros, adornos, entre otros, un 25,4% consume bebidas energizantes al menos una vez por semana, un 21,9% sufre de reflujo gastroesofágico y un 21,7% se come las uñas. (Figura 38)

Figura 38 Hábitos relacionados con la higiene oral



Entre los implementos utilizados para la higiene oral el cepillo de dientes es utilizado por un 51,6%, la crema dental por un 50,3%, el enjuague un 10,1% y utilizan cepillo, crema, seda y enjuague juntos, un 46,4%. (figura 39)

Figura 39 Implementos utilizados para la salud oral



La frecuencia del cepillado para el 57,1% es de 3 veces, de 4 o más veces para el 20,9%, dos veces para el 18,8% y el 1% de los estudiantes se cepilla sus dientes sólo 1 vez al día. (Figura 40)

Figura 40 Frecuencia de cepillado



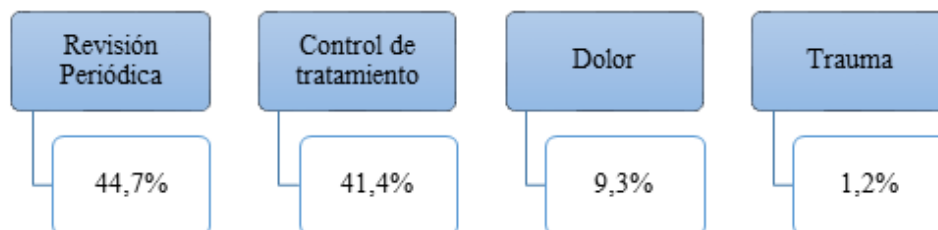
Referente a la costumbre de visitar el odontólogo se obtuvo que el tiempo entre el momento de aplicar la encuesta y la última cita odontológica fue 1 mes para el 35% de los participantes, 6 meses para el 28%, el 18,4% llevaba un año y el 15,9% más de un año. (Figura 41)

Figura 41 Tiempo de la última cita odontológica



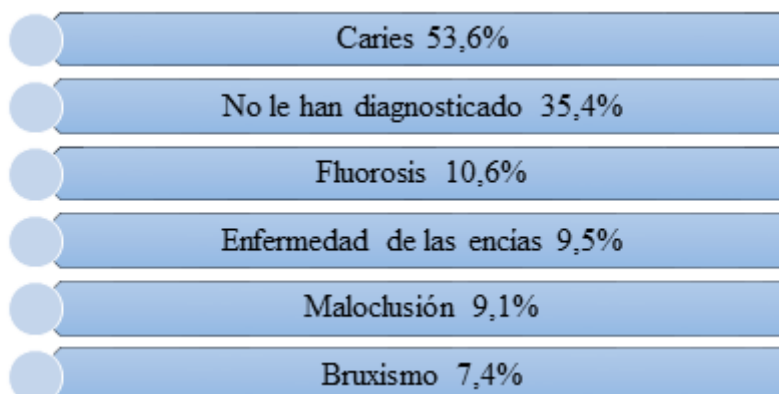
Entre las razones para la visita al odontólogo está la revisión periódica en un 44,7%, el control de tratamiento en un 41,4%, dolor en un 9,3% y por trauma consultó el 1,2% de los participantes. (Figura 42)

Figura 42 Razón de la última revisión odontológica



El perfil de enfermedades dentales diagnosticadas a los participantes tenemos que la caries fue diagnosticada al 53,6%, la fluorosis a un 10,6%, enfermedades de las encías a un 9,5%, maloclusión a un 9,1% y bruxismo a un 7,4%. (Figura 43)

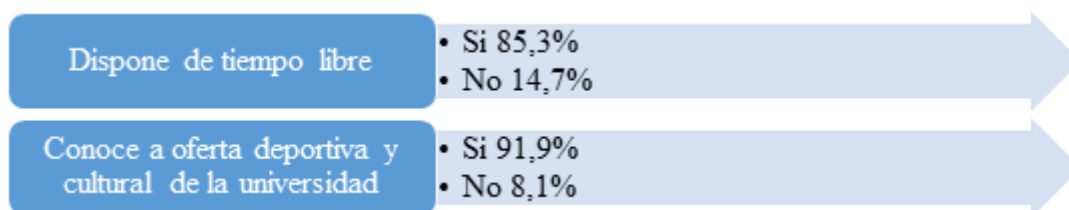
Figura 43 Enfermedades dentales diagnosticadas



10.10 MANEJO DEL TIEMPO LIBRE

Al preguntarles a los estudiantes si disponían de tiempo libre el 85,3% contestó que sí lo tenía, y el 91,9% afirmó además que conocía la oferta deportiva y cultural de su universidad. (Figura 44)

Figura 44 . Pensamiento y conocimiento sobre el tiempo libre y las actividades ofrecidas por la universidad



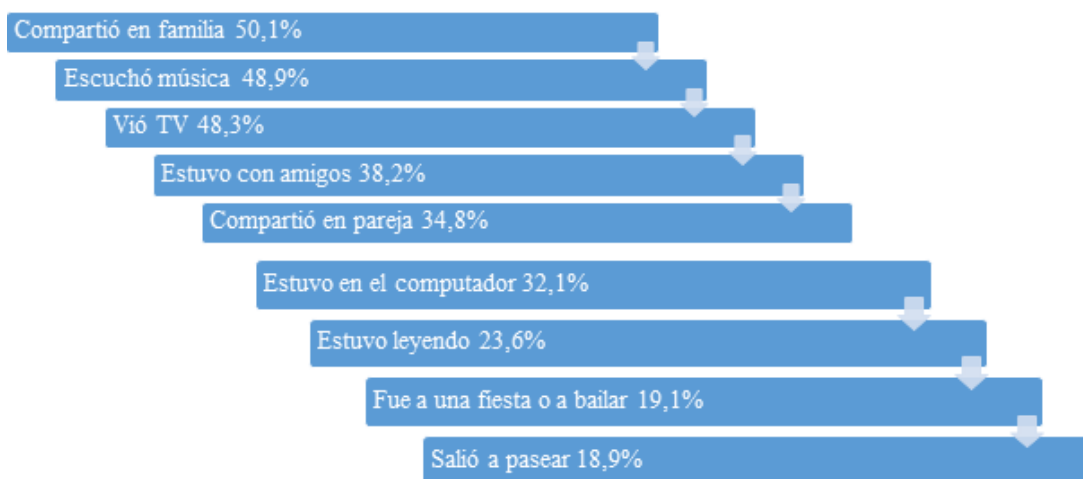
Dentro de las actividades que los estudiantes más realizan en su tiempo libre son dormir con un 60,7%, compartir con amigos con un 35,6%, leer con un 29,8%, compartir en familia con un 26,9%, compartir con la pareja con un 26,2%, escuchar música y hacer deportes 25,4% y 23% respectivamente, hablar por teléfono 21,3% y jugar en la red social o celular 18,6%. (Figura 45)

Figura 45 Actividades que realiza en el tiempo libre



En cuanto a las actividades que los jóvenes practicaron el fin de semana anterior el 50,1% compartió en familia, el 48,9% escuchó música, el 38,2% estuvo con amigos, el 34,8% compartió con la pareja, el 32,1% estuvo en el computador, el 23,6% estuvo leyendo, el 19,1% fue a una fiesta y el 18,9% salió a pasear. (Figura 46)

Figura 46 Actividades recreativas que realizó el último fin de semana



10.11 EJERCICIO FÍSICO O DEPORTE

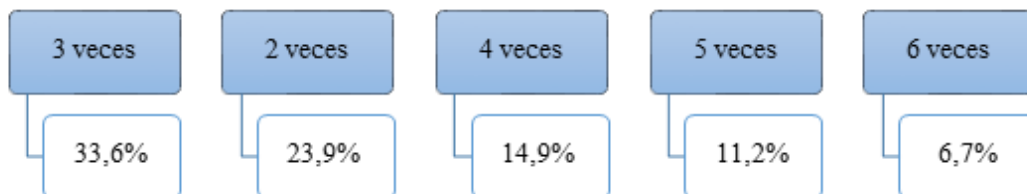
Para caracterizar la práctica de ejercicio físico o deporte se les preguntó a los participantes si hacían ejercicio físico regularmente a esto respondieron afirmativamente un 55,5%. (Figura 47)

Figura 47 Práctica de ejercicio en forma regular



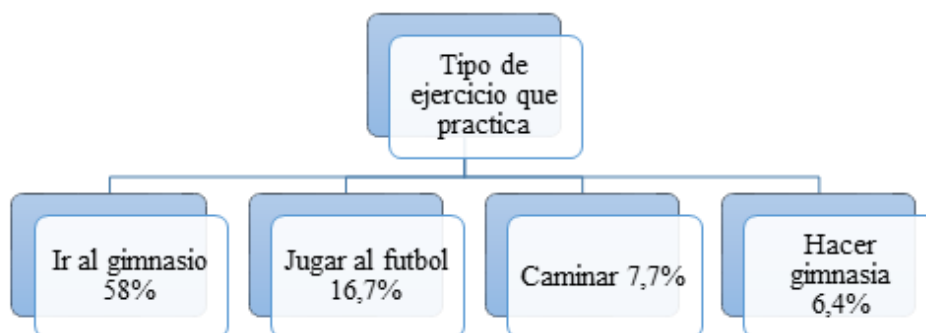
Cuando se les preguntó por la frecuencia un 33,6% respondió que 3 veces, 23,9% dijeron que hacían 2 veces, un 14,9% respondió que lo hacía 4 veces por semana, el 11,3% 5 veces y el 6,7% de los participantes lo hacían 6 veces por semana. (Figura 48)

Figura 48 Veces a la semana que practica ejercicio



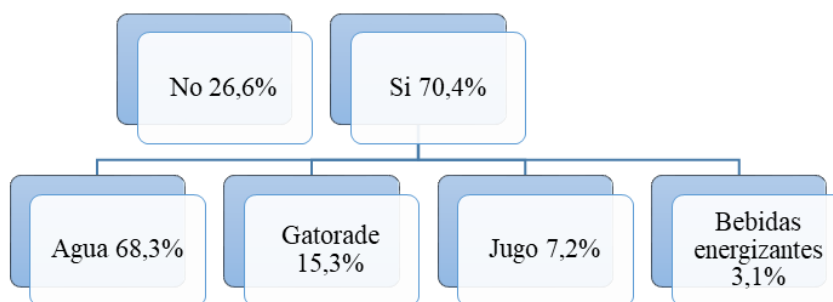
De estos estudiantes el 58% va al gimnasio como actividad física, el 16,7% practica el fútbol, el 7,7% va a caminar y el 6,4% hace gimnasia. (Figura 49)

Figura 49 Tipo de ejercicio que practica



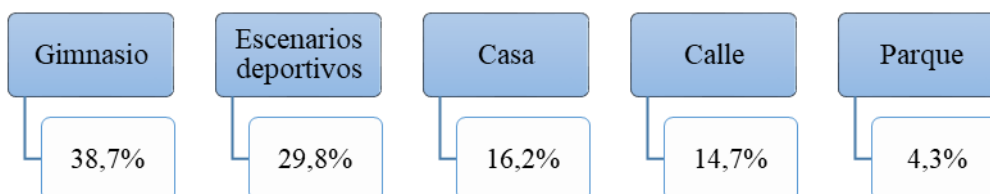
Frente al consumo de bebidas hidratantes al hacer ejercicio el 70,4% respondió afirmativamente. (Figura 50)

Figura 50 Uso de bebidas hidratantes y tipos



Además, se les preguntó por el lugar en el que practicaban ejercicio y el gimnasio es el lugar escogido en el 38,7% de los casos, los escenarios deportivos en el 29,8%, la casa en un 16,2%, la calle en un 14,7% y un parque para el 4,3%. (Figura 51)

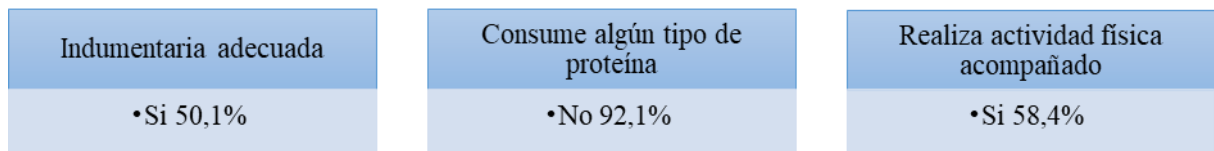
Figura 51 Lugares donde se practica el ejercicio



También se les preguntó si por otros aspectos relacionados con la práctica física y se observó que un 50,1% considera que utiliza la indumentaria adecuada para realizar

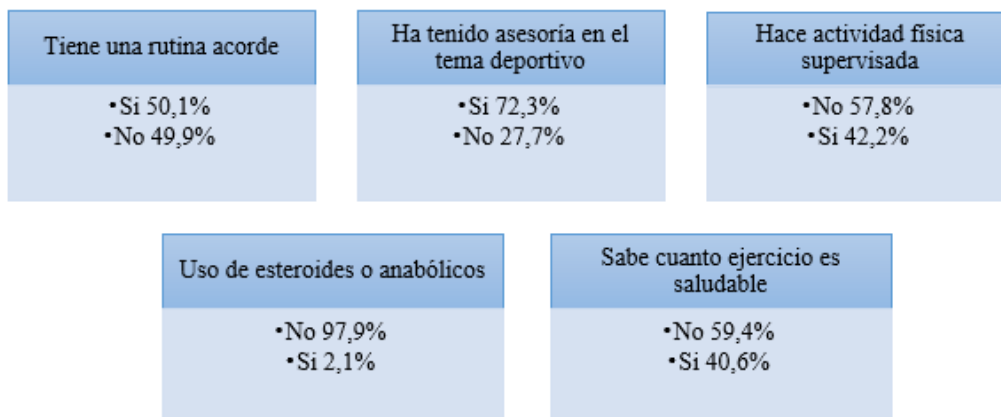
actividad física, un 92,1% no consume algún tipo de proteína y el 58,4% realiza actividad física acompañado. (Figura 52)

Figura 52 Indumentaria, uso de proteína y acompañamiento durante la actividad física



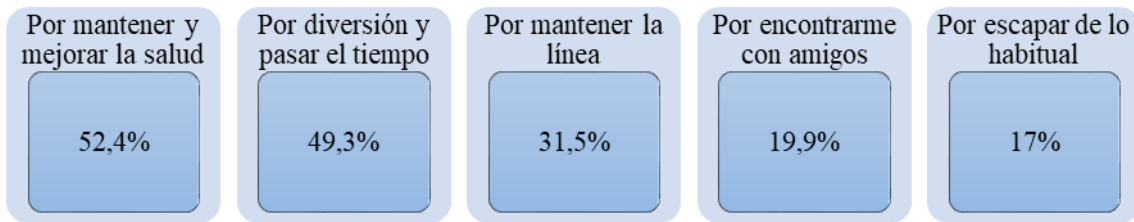
También el 50,1% dice que tiene una rutina acorde con a su capacidad física, el 72,3% ha tenido algún tipo de asesoría en el tema deportivo, un 57,8% hace actividad física supervisada, el 97,9% de los participantes no ha utilizado ningún tipo de esteroide o anabólico y el 59,4% no sabe cuánto ejercicio es saludable para mejorar su condición física. (Figura 53).

Figura 53 Características del ejercicio



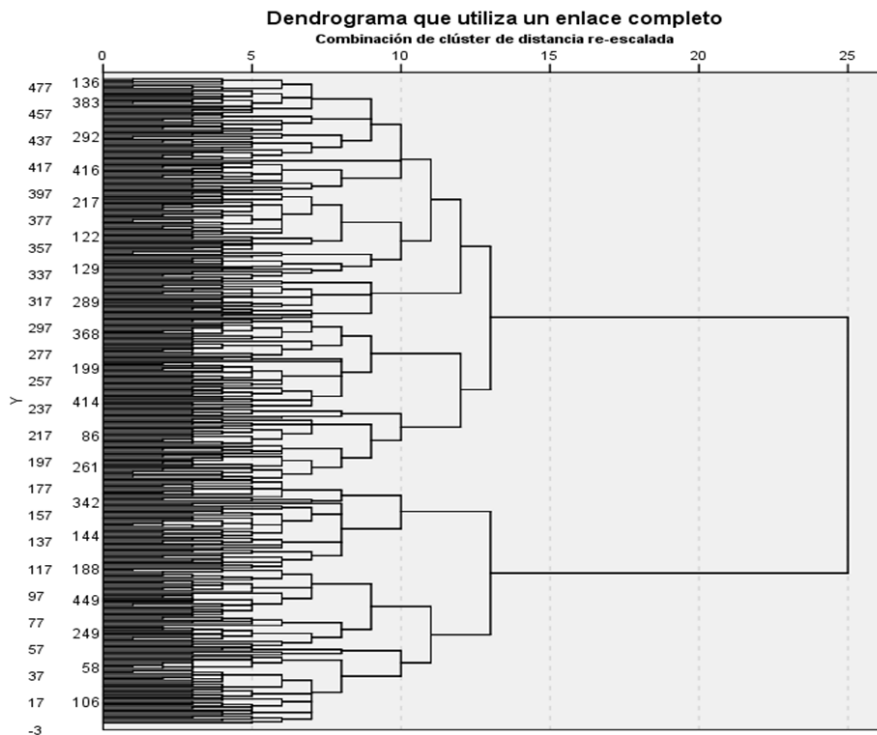
Entre los motivos por los cuales los estudiantes realizan ejercicio se encontró que el 52,4% lo hace por mantener y mejorar la salud, el 49,3% lo hace por diversión y pasar el tiempo, el 31,5% para mantener la línea el 19,9% para encontrarse con amigos y el 17% para escapar de lo habitual. (Figura 54)

Figura 54 Motivos para la práctica de ejercicio



10.12 ANÁLISIS MULTIVARIADO

Gráfico 11 . Dendograma de elementos



Para la identificación de grupos con similares características se realizó un dendrograma de elementos, a través del análisis de clúster jerárquico, mostrando dos grupos o conglomerados principales, los cuales se describen a continuación (Tabla 14).

Tabla 14 Grupos Clúster

Grupo-1	Grupo-2
Conformado por 300 personas (62,1%)	Conformado por 182 personas (37,7%)
Mayor prevalencia de estudiantes de la facultad de ciencias administrativas y agropecuarias (48%) seguidos por ciencias sociales e ingenierías	Mayor prevalencia de estudiantes de la facultad de ciencias administrativas y agropecuarias (52%) seguidos por ciencias sociales con disminución en el porcentaje de ingenierías
Mayor porcentaje de Medicina veterinaria, seguidos por Zootecnia, Comunicación y periodismo y psicología.	Prevalencia de Medicina Veterinaria, Comunicación y periodismo, Derecho y Licenciatura en educación Preescolar.
Participación mayor de primer semestre, quinto, noveno y séptimo.	Participación mayor de estudiantes del primer semestre, quinto, séptimo, segundo y noveno aportan igual porcentaje.
Edad en la que está la mayor parte de estudiantes, de 18 a 23 años	Edad en la que está la mayor parte de estudiantes, de 18 a 23 años
Mayor participación de mujeres	Mayor participación de mujeres
La mayoría sólo estudia (75,3%)	La mayoría sólo estudia (82,4%)

La mayor parte de los participantes están afiliados al SGSSS (70,7%)	La mayor parte de los participantes están afiliados al SGSSS (70,3%)
Están afiliados al régimen contributivo (36%), seguidos por el subsidiado (26%), 1 de cada 5 estudiantes de este grupo no está afiliado al Régimen de Seguridad social (21%)	Están afiliados al régimen contributivo (33,5%), seguidos por el subsidiado (26,9%), 1 de cada 10 estudiantes de este grupo no está afiliado al Régimen de Seguridad social (15,4%)
Gran parte de los estudiantes pertenecen a familias nucleares (63,7%), seguidos de los que pertenecen a monoparentales (16,7%)	Gran parte de los estudiantes pertenecen a familias nucleares (61,5%), seguidos de los que pertenecen a monoparentales (17%)
Hacen dieta, (28,3%), no prescrita por el médico (22%)	Hacen dieta (11,5), no prescrita por el médico (4,9%)
La mayoría no utiliza sal en la mesa (53%)	La mayoría utiliza sal en la mesa (53,3%)
Satisfechos con la imagen corporal (68%)	Satisfechos con la imagen corporal (65,9%)

Consumo de cigarrillo de casi la mitad de los participantes (43%) [□]	La mayoría de los participantes no consumen cigarrillo (64,8%) [□]
La mayoría de los estudiantes no consume sustancias psicoactivas (60%) [□]	La mayoría de los estudiantes no consume sustancias psicoactivas (64,8%) [□]
Frente al consumo de marihuana ha consumido alguna vez en su vida el 18,7% y en el último mes el 11% [□]	Frente al consumo de marihuana ha consumido alguna vez en su vida el 16,5% y en el último mes el 9,9% [□]
La mayoría de los estudiantes no se realiza el autoexamen de seno (73%) [□]	La mayoría de los estudiantes no se realiza el autoexamen de seno (69,2%) [□]
La mayoría de las estudiantes no se ha realizado una citología en el último año (82%) [□]	La mayoría de las estudiantes no se ha realizado una citología en el último año (81,3%) [□]
Los estudiantes en su mayoría cepillan sus dientes entre 3 (59%) y cuatro veces al día (25%) [□]	Los estudiantes en su mayoría cepillan sus dientes entre dos (25,3%) y tres veces al día (54,4%) [□]
Gran parte de los participantes cree que dispone de tiempo libre (88%) [□]	Gran parte de los participantes cree que dispone de tiempo libre (81,3%) [□]
Practica ejercicio entre 2 y 3 veces por semana [□]	No practica ningún ejercicio [□]
La edad de la primera relación sexual varío entre los 15 a 17 años (46,7%) en su mayoría y entre los 9 y 14 años (19,3%) [□]	La edad de la primera relación sexual varío entre los 15 a 17 años (42,9%), en su mayoría y de 18 años en adelante (21,4%) [□]

Este análisis tipo clúster fue una manera de clasificar la muestra de participantes en el estudio en dos grupos, cada grupo compartió unas características homogéneas, pero diferentes porcentualmente entre sí.

En general se puede decir que estos grupos se ven relacionados en los resultados, aunque se puede concluir, que el grupo 1 es aquel que tiene una mayor probabilidad de riesgo frente a la situación de salud pública, pues se observó mayor porcentaje de no afiliación al sistema de salud, mayor uso de dietas no prescritas por el médico, mayor consumo de cigarrillo y consumo de marihuana. Frente a las prácticas de autocuidado es de resaltar que el grupo 1 tiene mayor resistencia a practicarse la citología y a la práctica del autoexamen de seno y en relación a la salud oral y la práctica del ejercicio el grupo 2 tiene mayor riesgo.

10.13 RESULTADOS SOBRE LAS CREENCIAS EN SALUD A PARTIR DE LOS TRES GRUPOS DE DISCUSIÓN

Los participantes de la investigación coinciden en afirmar que la salud es bienestar, resaltan el binomio cuerpo-mente en sus definiciones de salud y lo ilustran como bienestar mental, corporal-físico y psicológico, además definen la salud como equilibrio entre estas dos dimensiones; algunos incluyen también los términos espiritual y emocional.

Es importante destacar que la mayoría de los participantes creen que la salud es el equilibrio que les permite desarrollarse en sus actividades sociales diarias y algunos incluyen el aspecto educativo y concluyen que tener salud es también estar bien en sus universidades y actividades académicas.

Es de resaltar que pocos participantes concibieron la salud como el hecho de no estar enfermos y otros asociaron el bienestar con el acceso adecuado a los servicios de salud, a la felicidad y algunos estados de ánimo.

“Para mi salud es bienestar tanto corporal como mental” GF1.1

“Si la salud es como bienestar, equilibrio emocional y físico” GF1.4

“...que es lo más importante que debería tener cada ser humano y es necesario cuidarla y es lo que hace sentir bien a cada persona, tener salud es estar bien tanto psicológicamente como físicamente...”.GF3.4

“Significa como estar en un equilibrio mentalmente, y también lo físico” GF 3.10

“Para mí la salud es estar bien, estar en condiciones óptimas para hacer todo” GF1.5

“Estar bien física y mentalmente y poderse relacionar con el entorno sin problemas” GF1.8

“Se supone que, si uno está bien saludablemente, no tiene problemas para el desarrollo de la persona de cada quien”. GF2.6

“Yo pienso que la salud es la integridad de una persona, es decir el bienestar total de ella, espiritual, físico, mental, para mí eso es la salud” GF2.1

“Para mí la salud es sinónimo de bienestar, si uno está bien, mentalmente, está tranquilo, eso se refleja como en la salud física, entonces yo pienso que es el bienestar”. GF2.2

“Para mí la salud es un estado de bienestar...,del cuerpo la mente, lo que implica emociones, implica espiritualidad, ehh estar bien afuera y estar bien adentro, eso es lo que significa para mí la salud”. GF2.3

“Yo considero que la salud es como todos lo han dicho es como estar en un equilibrio tanto física como mentalmente” GF2.8

“Pues para mí la salud es como todos lo han dicho es algo integral, pues que se sienta bien uno, pues tanto físicamente, pues lo que uno siente ya externo corporal a lo que uno siente mentalmente, estar bien en la universidad” GF2.7

“La salud es ausencia de enfermedad, se relaciona, pues con la higiene, bueno también con un buen estado de ánimo, de felicidad, por ejemplo, si usted tiene salud, usted tiene felicidad” GF3.1

Al evidenciar que la mayoría de las respuestas sobre el significado de salud se resumían a la palabra bienestar, se les preguntó a los participantes, ¿que era bienestar? y ellos coincidieron afirmando que el bienestar es estar bien en todos los aspectos cotidianos, volvieron al concepto físico-emocional necesario para poder desarrollarse en la vida diaria, además incluyeron en la definición de bienestar, algunos hábitos considerados como saludables, como alimentarse bien, dormir, control de los problemas de salud entre otros.

“Tener todas las condiciones, estado anímico, disposición, no sé, ehh, físicamente bien. GF1.7

“Es sentirse bien en el aspecto físico, emocional. No tener problemas que afecten como el rendimiento en sí como cotidiano, ehh poder tener una vida normal”
GF1.6

“Bienestar es estar bien físicamente tener, una buena alimentación, si tenés algún problema de salud tenerlo controlado, dormir bien las ocho horas” GF3.7“El bienestar es, estar bien en cuanto a lo físico, la alimentación, salud psicológica, pues como abarca todo lo del ser humano”GF3.11“En la alimentación, en hacer deporte en tener una paz y una tranquilidad mental y eso es saber manejar las emociones” GF2.2

“Estar bien en las relaciones interpersonales y el recreo, la recreación y el entretenimiento eso es muy importante porque eso influye mucho pues en cómo se siente uno” GF2.3

“Yo pienso que bienestar es la combinación de tanto de componentes internos como externos, es decir, internos sería salud mental lo que es la salud física o sea deportes, salud ahí tiene en cuanto lo que es la salud física o sea deportes, salud ahí tiene en cuanto lo que es también la parte psicológica, también las relaciones interpersonales” GF2.8

“Yo pienso que incluye muchas cosas, pues el bienestar abarca mucho, desde lo educativo uno tiene que estar bien, mentalmente, pues estable, a la hora de recibir clases y todo eso, y pues eso también implica mucho en lo que uno siente a cerca de uno por ejemplo la autoestima todas esas cosas que son personales...tiene que estar bien, tanto en lo personal como en lo demás, lo educativo, en lo social, tiene que ver también con las relaciones con las demás personas la comunicación y los deportes, pues el entretenimiento, además de la responsabilidad” GF2.7

“El bienestar incluye también el desenvolvimiento en las diversas situaciones de la vida, laboral académico, interpersonal, pues teniendo en cuenta que, si uno está bien de salud, si uno tiene ese bienestar uno no va a tener complicaciones en cuanto al desenvolvimiento de cada uno y uno va a poder manejar las situaciones de la manera más adecuada.”GF2.6

Al preguntarles a los participantes por la definición de la enfermedad, se obtuvieron respuestas asociadas a alteraciones de salud, retoman el concepto físico y mental, también se le define como un concepto antagónico a la salud; enfermar para los participantes, depende también de los hábitos de vida que se practicaban, además es importante destacar que se hace énfasis en que estar enfermo impide relacionarse y desenvolverse en el entorno.

“Estar decaído, pues sí o sea todo lo contrario, pues no tener ánimo no querer hacer nada”GF3.3

“Tener dolores, ehh tanto emocionales como físicos” GF3.4

“Todo lo que es salud esté como alterado, por ejemplo, llevar una mala alimentación va a llevar a tener problemas digestivos a tener estrés y que eso interfiera en las actividades que uno hace diariamente, sentirse mal, pues aburrido, pues es que hay enfermedades que son del cuerpo, fisiológicas, psicológicas, mentales” GF3.11

“Enfermedad es un conjunto de signos o síntomas producto de algún agente patógeno o producto de laguna alteración propia del organismo”GF3.15

Al preguntarle a los participantes que hacía o no saludable a una persona, se pudo evidenciar que, los estudiantes saben cuáles son los hábitos saludables y coincidían en responder que éstos hábitos eran: la alimentación adecuada, los hábitos de sueño y descanso, las buenas relaciones con las personas que los rodean, actividad física regular y evitar el uso de SPA; se puede afirmar que la mayoría de los estudiantes tiene una percepción negativa de su salud, pues al preguntarles si eran saludables o no, muchos respondieron que no eran saludables o no estaban sanos.

“Por ejemplo yo no soy saludable porque no duermo bien, no hago ejercicio, no como bien, como chatarra” GF1.4

“No creo que sea saludable porque tengo un desorden alimenticio, también trasnocho, mucha fiesta” GF1.5

“Pues yo no hago ejercicio y como mucha comida chatarra, pues no como bien, y soy un poquito negativa, pues me desanimo mucho para las cosas” GF1.6

“Bueno yo no duermo, pero es por el estudio, no como para nada bien, no me gustan los vegetales, no como mucha fruta, en cuestión de ánimo tampoco soy muy positiva.” GF 1.7

“Que no me alimento muy bien y que no hago ejercicio seguido, es como eso, porque también a veces se me dificulta dar solución por ejemplo a conflictos así de manera rápida pues es como eso como que hay un desequilibrio, tanto físico como de eso.” GF2.6

“Bueno primero he estado como con mucha situación de estrés, no he podido como con la carga, además también me alimento mal, por la misma carga de estrés entonces definitivamente no soy saludable y lo reitero.” GF”.8

Cuando se le preguntó a los jóvenes cuál era el motivo por el cual se enfermaban, respondieron que un estilo de vida poco saludable hacía que los jóvenes se enfermaran y describieron ese estilo de vida poco saludable como aquel que incluía el consumo de sustancias psicoactivas, alimentación inadecuada, pocas horas de sueño, falta de ejercicio y altos niveles de estrés.

“Por el ritmo de vida, porque realmente, pues, la juventud, pues las fiestas, las trasnochadas, ingerir alcohol, las drogas, cigarrillo todo eso, pues nos va alterando todo.” GF3.1

“La drogadicción puede afectar mucho la salud, exagerar en el sueño, también comer tan desproporcionadamente y ya, a pues y dormir también poco puede afectar las actividades que uno realice en el día.” GF3.

“Las prácticas que pueden afectar la salud, la drogadicción puede afectar mucho la salud, exagerar en el sueño, también comer tan desproporcionadamente y ya, a pues y dormir también poco puede afectar las actividades que uno realice en el día.”GF3.4

“Por el alcohol, la comida chatarra, pues llevar como esa vida desenfadada, pues como comer mucho a deshoras, y pues comer o cuando uno come comer chatarra”. GF3.6

“No alimentarse bien, consumo de SPA, no dormir bien, estresarse fácilmente, no poder como canalizar eso.” GF3.11

“Creo que afecta la salud la mala alimentación, el sedentarismo, pues consumir en exceso licor, fumar.”GF3.8

En los grupos de discusión, uno de los temas fue el valor que se le daba a la salud, los participantes creen que la salud es lo más valioso que una persona tiene para vivir cada día, es lo que permite desarrollarse diariamente y ser felices.

“La salud es importante porque si no, no podríamos hacer nada, pues si físicamente usted no está en las condiciones, usted por más energía que usted tenga, por más ganas que usted tenga no lo va a hacer” GF1.1

“Pues para mí, es fundamental, porque es que sin salud no tenemos nada” GF1.3

“Creo que es muy importante porque de la salud dependen todas las cosas que uno quiere en la vida.” GF1.6

“La salud es lo más importante porque igual como dicen siempre, desde que haya salud uno puede conseguir lo que quiera, si hay salud usted puede estudiar, puede trabajar hacer lo que quiera, si usted se siente bien tanto física como mentalmente, usted puede hacer lo que quiera no tiene límites porque igual si usted se lo propone puede hacer cualquier cosa, no tiene como un limitante que no lo deja hacer.” GF 2.7

“Yo creo que eso es el equilibrio de la vida...nos permite hacer de todo, es como si tenemos ese equilibrio perfectamente uno puede hacer hasta lo imposible.” GF2.4

“Poniendo a la salud en una escala en valor de importancia de 1 a 10 la salud es un diez...porque si uno tiene salud...uno puede hacer todo” GF2.3

“Para mí la salud es todo, pienso que...la salud es lo que permite que uno haga todas las cosas que uno tiene que hacer, que uno se levante de la cama bien que llegue a la casa bien, con ánimos de seguir enfrentando las cosas, entonces yo pienso que es todo”. GF2.2

“Pues para mí es todo, que, pues uno con salud puede hacer todo...si usted tiene salud tiene todo, o sea si usted tiene salud puede dar amor, imagínese usted bien enfermo, pues o sea usted no va a tener el ánimo suficiente como para estar y compartir con otras personas entonces para mí la salud es lo más importante, porque si usted tiene salud usted puede trabajar, puede hacer cosas entonces, es eso.” GF3.2

“Yo diría que es super, super, importante, porque si uno no está bien uno no es capaz de rendir en todo”. GF3.7

Además de lo anterior se les preguntó a los jóvenes porque no cuidaban su salud, ellos respondieron para el caso de la alimentación que alimentarse saludablemente es más costosa, el sabor es menos rico y es menos fácil, que alimentarse con comida “chatarra” o poco saludable.

“Pues porque obviamente, por ejemplo, yo pienso es más rico comerme una hamburguesa con tocineta que comerme una ensalada, es mucho más rico y más barato.” GF1.8

“Porque es que obviamente si la ensalada fuera más rica, toda la gente la comería, por algo la gente prefiere comer hamburguesas” GF1.1

“Es que por ejemplo usted encuentra un perro en 3000, usted no se va a encontrar una ensalada en 3000” GF1.5

“Y es que no sólo la ensalada, otra comida saludable, uno no la encuentra por un precio menor.” GF1.7

“Es que por ejemplo es más cara una manzana que una empanada, y llena más.” GF1.8

“Porque a ver yo pienso que por ejemplo es más costoso, por ejemplo, en alimentación es mucho más costoso alimentarse de forma saludable, demanda más tiempo a veces porque uno se acostumbra que todo le tiene que saber rico y por ejemplo, hay cosas, vegetales que de pronto no tienen tan buen sabor” GF3.13

También afirmaron que los jóvenes poseen una baja percepción de las consecuencias de los actos, esto podría ser la causa de que se adopten prácticas perjudiciales para su salud.

“Pienso que uno cuando está joven no piensa que todo lo que está haciendo sea para un bien, uno no piensa en las consecuencias, siiii, como, solo piensa en querer disfrutar día a día, solo tenemos el momento, puessss... uno no piensa sino en disfrutar la vida.” GF 1.6

“Uno se cree omnipotente entonces ya y yo salgo, y manejo borracho y que importa, pues y no pasa nada pues que como que no me va a pasar nada, eso le pasa a las demás personas, pero a mí nunca eso es lo que uno siempre piensa” GF 2.7

“Hoy en día más que todo se dejan llevar los diferentes momentos y situaciones como pasar un rato agradable y chévere y no están pensando como en las consecuencias que eso trae consigo a su vida.” GF 2.1

“Uno no la cuida porque uno piensa, pues como que ahhh... estoy enferma, pero eso después se me va a quitar.” GF1.8

“Porque son personas que en lo general no tienen como orden en su vida, y que por el mismo desorden que tienen no tienen medios como para tener una alimentación óptima o hacer ejercicio, entonces son personas que son sedentarias, aparte ellos prefieren hacer otras actividades en vez de hacer ejercicio entonces pienso que no son sanos.” GF 3.14

Además, afirman que en la adopción de prácticas saludables o no, existe un componente cultural que acerca o aleja la atención hacia los problemas de salud, sumado a esto, las percepciones de omnipotencia, que creen que pueden hacer de todo sin que les pase nada.

“Porque cuando uno es joven uno cree que nada le va a pasar es que nada le pasa a uno” GF2.2

“Yo creo que eso también hace parte de , pues algo cultural, porque digamos, siempre, los abuelos de uno, los papás de uno siempre le han dicho, a la edad suya no

hay cansancio, y lo digo por experiencia, mi papá es una de las personas que si fuera por uno lo “atiza, lo atiza, lo atiza,” entonces eso hace parte también del carácter cultural, también porque a uno le generan esa, pues literalmente entonces yo puedo hacer eso y eso, y puedo probar de esto y de esto y no me va a pasar nada, sin tomar en cuenta las consecuencias que van a pasar a futuro.” GF 2.8

“También tenemos marcada nuestra cultura, porque si estoy joven, tengo salud, entonces le doy prioridades a otras cosas como una fiesta, como vivir otras experiencias a parte de la salud, pienso que también es algo que está en nosotros y creo que es algo que lo hemos vivido cada uno de los que estamos acá” GF2.4

“Es que la misma sociedad te dice, usted está muy chiquita a usted nada le va a pasar” GF2.5

“No pues igual nos vamos a morir entonces pa que hacer algo por la vida, porque la cultura dice que los jóvenes no tienen problemas físicos, no tienen problemas mentales, todo está bien, excelente y aparte de eso sabemos que nos vamos a morir entonces es eso es lo que pasa y por eso no cuidan la salud.” GF 2.6

“Pues porque creen que, realmente farreando, bebiendo es la única manera de disfrutar la vida, pues, pero no, no es así” GF3.1

“yo soy más bien tranquila con la salud, realmente, yo soy de las que, si siento algo, no después, espero que se me pase por que me aterra ir a hospitales, a médicos entonces en ese caso si soy como más tranquilita” GF3.1

“En realidad uno nunca hace un chequeo de que voy a ir al médico cada tres meses, uno por descuido y dos, porque que locha y pues aparte porque vos llegas a la cita y lo primero que te dicen es: que sentís, porque viniste, no es como porque hola, donde usted le diga a un médico de la EPS que usted vino por un chequeo general, le dice, bueno chao tengo 3 afuera con 3 dolores de cabeza, aparte de que nosotros los colombianos somos super perezosos pues como para eso, claro que es como todo el coso de la salud está hecho para que la gente no vaya, o sea como que te vamos a mamar de alguna manera, te vamos a molestar de alguna manera para que le cojas fastidio para que digas, no, no voy, yo me puedo estar muriendo de una migraña y yo no

voy al hospital, yo me meto la pastilla, las gotas y me acuesto a dormir, si sé que me van a dejar 7 horas allá con el dolor de cabeza muriéndome mejor no voy” GF3.8

“Uno no va al médico por descuido y jamás hay citas no y lo maluco de pedir citas, hay no, yo no puedo en tal día tiene que ser en tal horario, es muy lejos la cita, y que si uno quiere como un examen de una cosa, allá, que usted necesita una cosa, allá y la cita es para que te programen unos exámenes, después de los exámenes que te programen una lectura y otro y otro, pues es muy cansón.” GF3.9

Algunos estudiantes reconocen la influencia de la sociedad en la adquisición de hábitos de vida inadecuados, tal es el caso de la tecnología, los amigos y las campañas publicitarias en televisión y demás, especialmente para la adquisición de hábitos como el consumo de SPA.

“La influencia que tiene hoy en día la tecnología y como ejemplo las redes sociales en la vida de cada uno... entonces también hay que ver como el entorno que se está desarrollando de alguna manera como nos está afectando la tecnología en la salud y ahí si es verdad que influyen en todo, en la física en la emocional, en la psicológica, entonces también hay que tener como en cuenta ese tipo de tecnología y en la toma de decisiones también”. GF2.1

“Si y también por encajar de pronto, en un grupo de amigos” GF3.3

“Como para encajar en una sociedad hacen lo que todo el mundo hace.”GF3.7

“También hay gente que se deja influenciar demasiado de los compañeros y eso pasa demasiado se dejan influenciar de que se yo, del amigo mariguanero, porque no tienen autonomía” GF3.2

“Entonces ya la gente si se cuida o muchas sólo por vanidad...el cuidarse bien lo han enfocado en verse bien, si entonces muchas veces no es tanto comer bien” GF 3.13

En lo referente a las prácticas de cuidado, se le preguntó a los participantes, ¿qué hacían para cuidar la salud?, la mayoría de los estudiantes, creyeron que la salud se cuidaba, haciendo ejercicio, alimentándose adecuadamente, durmiendo las horas

necesarias, teniendo buenas relaciones con sus compañeros y familias, además de evitar el consumo de bebidas y otras sustancias psicoactivas.

“Hacer ejercicio, buena alimentación” GF1.5

“Creo que para cuidar la salud el descanso, buenas horas de sueño, 6 horas de sueño” GF1.3

“Frecuentar personas y espacios tranquilos” GF1.2

“Dejé de beber, que, más, no comiendo muchas grasas, trato de evitarlas eso sí, el azúcar, la sal, eh a ver que más, a veces si digo eh me voy a pegar la caminadita en vez de coger el bus si ese tipo de cosas.” GF3.1

“Primero dejar los vicios, o sea no trasnochar, no beber, no fumar, no drogarse, pues es uno de los principales para conservar la salud y ya de ahí lo del ejercicio, comer bien, pero también no abusar del ejercicio.” GF3.2

“Ehh hacer ejercicio, comer saludable, ehh dormir lo necesario, estar activo.” GF3.4

“Buena alimentación, dormir bien, tratar de controlar un poquito el estrés, porque por ejemplo yo somatizo el estrés y se me inflama el colon, entonces como tratar de estar un poquito más tranquila y esas cosas así” GF3.7

“La alimentación y el ejercicio y el dormir bien, y tu ambiente laboral y tu ambiente pues de estudio porque sí, porque si tu ambiente laboral es muy fuerte, así hagas ejercicio, comas bien o duermas bien el estrés pues te va a matar, dicen que el estrés ahora es una enfermedad, pues el dolor de cabeza, el cansancio la angustia.” GF3.9

“Para mí lo primordial es la alimentación, como la fuerza del cuerpo y ya pues adicional a eso, tiene estar obviamente un ambiente a donde estés, puede ser el trabajo la casa a donde sea”. GF3.4

“Tener una buena alimentación, visitar regularmente al médico, como para saber uno en qué estado está.” GF3.10

“Hacer deporte, tratar de alimentarme bien, ser yo mismo, porque hay gente que no le importa la salud, no le importa el bienestar de él en cambio a mi sí.” GF3.12

“Tratar de encontrar un equilibrio entre lo que sería el bienestar del cuerpo como sería pues la alimentación, el ejercicio, la mente, principalmente esas, como tratar de mantener un equilibrio entre esos aspectos.” GF3.14

En cuanto a los cuidados de la sexualidad, los participantes afirmaron que ésta se debe cuidar desde el uso de anticonceptivos, pero no dejan de lado la parte emocional.

“Yo pienso que la sexualidad se puede cuidar de muchas formas, bueno yo pienso que ahora de pronto como en el ámbito universitario uno ve que hay más conciencia sobre la sexualidad responsable, porque obviamente uno está pensando en que se quiere graduar, que no quiere quedar embarazada a mitad de la carrera, no solamente eso, eso no se cuida solamente por los embarazos sino por las enfermedades de transmisión sexual que suelen ser tan silenciosas, pero que a veces las personas no se percatan, pues que pueden existir por la misma emoción del momento, no eso no importa y tal cosa, pero yo pienso que como que en este contexto si está como siendo un poquito más evidente la responsabilidad sexual” GF2.2

“Yo creo que un gran problema con la sexualidad es que la gente solo entiende sexualidad como el acto de ir a tener relaciones con otra persona y sexualidad abarca mucho más que eso, también es en la forma en la que se relaciona una persona, las funciones que yo comparto con una persona, sexualidad es un término muy grande y por eso yo creo que los jóvenes no se cuidan como debe ser, puede que ahora si estén más conscientes del ámbito sexual, que se protejan de enfermedades de un embarazo, no todos, pero en el resto de la parte que implica sexualidad es muy descuidado porque simplemente desconocen que más abarca el término.” GF 2.3

“Protegiéndose, siendo consciente pues como de no sé, pues no dejarse llevar por la demás gente, ni tampoco por los vicios.” GF1.1

“Siendo responsables y no dejando pues como manipularse por una emoción y sin pensar y actuar y ya no, pues, pensar siempre antes de actuar.” GF1.2

“Pues yo digo que planificar y no dejarse llevar por lo que diga la mayoría de la gente, ni nada, sino cuando uno se sienta seguro de hacer algo” GF1.6

Al preguntarles a los jóvenes cual era la droga o sustancia psicoactiva más utilizada, coincidieron en afirmar que el cigarrillo, la marihuana y el alcohol en su orden son las más utilizadas, adjudican al fácil acceso, precio económico, reconocimiento social como legal, características atribuidas al alcohol y cigarrillo el aumento en su consumo. También marcan la importancia del factor cultural, pues el consumo de estas sustancias hace parte de las reuniones familiares, de los grupos de amigos y de las nuevas tendencias para relajarse y sentirse bien.

Además, la mayoría de los jóvenes entrevistados hace referencia al doble consumo incitado por el alcohol, pues afirman que una vez se consume alcohol, consumir otras drogas concomitantemente se hace más fácil y es muy común entre los jóvenes.

“Pienso que es el alcohol, pues me ha tocado muchas veces que gente abusa demasiado y es por eso que empiezan a abusar del alcohol y por ende empiezan a abusar de otras sustancias” GF1.1

“Pienso que el alcohol, porque es muy barato, porque en cualquier parte lo venden, y además es más legal, es mucho mejor que a usted la vean ingiriendo licor a que lo vean popperiando” GF 1.8

“Si es cuestión de legalidad, porque uno ve que lo más bajito que pueden estar consumiendo los jóvenes es cigarrillo de ahí marihuana y de ahí para arriba en fiestas se ve un montón”

“Yo creo que es la marihuana y porque ya es muy fácil conseguirlo, ya cualquier persona, pues lo consume lo vende, lo regala, entonces ya es súper fácil” GF 1.2

“Para mi creo que lo más común es el tabaco y el alcohol, pues, y creo que es porque se pueden conseguir, demasiado fácil, de pronto el tabaco de pronto mi

generación está acostumbrada a tomar como desde los 13 años, y por ejemplo los jóvenes empiezan a fumar por curiosidad.” GF 1.4

“Para mi creo que lo más común es el tabaco y el alcohol, pues, y creo que es porque se pueden conseguir, demasiado fácil, de pronto el tabaco de pronto mi generación está acostumbrada a tomar como desde los 13 años, y por ejemplo los jóvenes empiezan a fumar por curiosidad.”GF1.1

“Yo digo que el cigarrillo y la marihuana porque todo el mundo se cree un vacan fumando cigarrillo, y la marihuana porque da una vaina ahí como de moda, y también lo empiezan como por amistad y por curiosidad y ya después no lo controlan” GF1.5

“Pero yo también creo que es la marihuana porque la gente pone la excusa de que eso es natural, pues pero que eso lo ponga a uno como un bobo eso no es natural, que uno esté como ido” GF 1.7

“Alcohol y marihuana, porque es como para estar parchados, por barato y es lo que más venden y además por la cultura, pues si tienes un familiar alcohólico” GF 1.6

“Yo creería que la más común y la más accesible es el alcohol, pues esa es como la que más utilizan estos jóvenes de hoy en día, también ahora como que está en su apogeo todo tipo de drogas y a los jóvenes no les da miedo mezclar y mezcla trago con drogas, pues yo creo que la más común es la marihuana todos la ven como, no esta es super buena porque esto no me hace daño, mejora las neuronas y todo eso, pero yo pienso que eso en exceso también puede llegar a hacer daño y las otras drogas que para mí son las más perjudiciales, los jóvenes utilizan estas drogas por emociones están tristes o están muy felices o están en una rumba super “sollada” entonces ¡ay! no tenemos que meter tal cosa, influencia de los amigos más que todo pienso yo y ya”. GF2.2

“Yo pienso que más que el alcohol el cigarrillo porque el alcohol algunos adolescente bueno no todos, lo dejan más para el fin de semana entonces el viernes, sábado y domingo tomo, pero entre semana, con la presión de la universidad, porque me siento estresado, porque me dan ansias, porque está haciendo frio, se fuman hasta una cajetilla diaria, entonces, pasa uno por los pasillos y alguien fumando o alguien

comprando un cigarrillo, entonces yo pienso que más que el alcohol en este momento es el cigarrillo y sobre todo por las ansias, porque los calma, entonces uno es estos momentos que está tan estresado necesita algo que le calme las ansias como que sienta libre.”GF2.3

“Yo también pienso que es el cigarrillo lo que más se consume...es el más usado porque eso quita el frío supuestamente, entonces son no, es que tengo mucho frío me voy a fumar un cigarrillo, por ejemplo, también esto, estoy ansioso, ay un cigarrillo me quita la ansiedad y también porque por ahí están diciendo porque es más barato y si es verdad, yo no lo había pensado de esa forma pero si es verdad, porque también es más barato entonces lo consiguen más fácil.” GF2.7

“Yo creo que la mariguana, pues si es más asequible, pues si usted la puede cultivar en su casa imagínese.” GF3.2

“La mariguana si, yo creo que es más usada porque es más asequible...pues no sé si causará tanto daño, pues porque no ves que dicen que es natural que no sé qué.” GF3.3

“Para mí la marihuana, pues uno que está como en ese ambiente, porque el alcohol en jóvenes, es más, se percibe más fácil, se siente por el tufo por la actitud, mientras que la mariguana es momentánea, tu fumas marihuana, te echas gotas en los ojos, comes y ya nadie se da cuenta que tu estuviste pues haciendo eso, mientras que con alcohol, tiene que pasar mucho tiempo para que no se den cuenta de que tú estabas borracho” GF3.2

11 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este apartado se realiza la contrastación teórica con los resultados obtenidos en los resultados, se presenta por cada una de las áreas evaluadas.

11.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

La presente investigación se realizó con estudiantes de primero a decimo semestre de 13 carreras profesionales de una universidad ubicada en Caldas Antioquia, los estudiantes participantes tenían un promedio de edad de 19 años (DE 3 años), 95% de los participantes estaban en un rango de edad de 16 a 26 años, una relación de 1,7 mujeres por cada hombre, residentes en su mayoría en la ciudad de Medellín, los municipios de Caldas, Envigado, Sabaneta e Itagüí; este perfil se puede comparar con perfiles de otras universidades, por ejemplo la Universidad Nacional con sede en Medellín posee dentro de sus estudiantes un 55,4% de nacidos en Medellín y un 6,4% en el resto del Valle de Aburrá, además el 98,2% de los estudiantes de la Universidad reside en el Valle de Aburrá y sólo el 1,8% vive por fuera, especialmente en el oriente cercano como es el caso similar en los estudiantes de la universidad estudiada, además el 71% vivía en Medellín y el 27,2% en el resto del área metropolitana siendo Bello, Envigado, Sabaneta, Caldas y La Estrella los municipios con mayor población de estudiantes. Caso similar posee la Universidad de Antioquia, Universidad EAFIT y Universidad SES. (70,71).

En su mayoría los estudiantes se dedican a estudiar únicamente (78,1%), y además el 95,9% es soltero, además en relación a la afiliación en salud el 70,4% está afiliado al sistema general de seguridad en salud, de los participantes el 17% afirma no utilizar los servicios de salud, en su mayoría por malas experiencias, porque prefiere ir a las farmacias o porque no confía en los prestadores del servicio, esto concuerda con lo pronunciado por Nuviala y Arguello (2-18). en sus estudios con jóvenes españoles en

los que encontraron que los servicios sanitarios no son referentes útiles para los jóvenes, para resolver sus problemas de salud. Los jóvenes tampoco identificaron al sistema sanitario ni a los médicos como los interlocutores principales para asuntos relacionados con la prevención, esto coherente con las malas experiencias y en la no confianza referida en las encuestas.

Además de lo anterior los estudiantes afirman cuando se les pregunta porque no cuidan su salud, afirman que no les gusta ir al médico porque es muy demorado, nunca hay citas, porque afirman que el médico se preocupa sólo por la enfermedad que tienes no cuando vas para un chequeo de salud, además las “trabas” para la atención.

En cuanto a la tipología familiar según Schutt y Maddaleno (30) la mitad de adolescentes encuestados en nueve países de El Caribe vive en un hogar con dos padres. Sin embargo, la unidad familiar en El Caribe ha cambiado, y existen nuevas categorías de familia como por ejemplo las "relaciones de visitante", donde uno de los miembros de la pareja, generalmente el hombre, visita a la pareja periódicamente. El presente estudio encontró que la mayoría de familias con las que viven los estudiantes mientras cursan sus estudios son familias nucleares, esto concuerda con el estudio de Orozco y Velásquez (72) en una universidad pública en Colombia que hallaron predominancia de la tipología familiar nuclear (51%), seguida de la extensa modificada (18%), y los ciclos vitales familiares con adultos (51%) y adolescentes (46%).

11.2 HÁBITOS ALIMENTARIOS:

Según Hu, los hábitos alimentarios constituyen un factor determinante del estado de salud, tanto a nivel individual como poblacional (73), también Dura y Castroviejo afirman que la modernización de la sociedad ha supuesto una serie de cambios sociológicos y/o culturales que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias, el cambio visible de las civilizaciones en cuanto a horarios alimenticios y el tiempo con el que cuentan para hacerlo ha hecho que cada vez se prefiera más el consumo excesivo de alimentos de origen animal, como carnes y derivados y azúcares

refinados, además de grasas saturadas y colesterol en la dieta, esto en contraposición del bajo consumo de frutas y verduras. (74)

En un estudio de Hernán et al, (75) realizado con jóvenes españoles se encontró que entre el 2 y el 12% de los jóvenes declaró que hacía algún tipo de dieta en el momento de la encuesta. Las chicas declaran con mayor frecuencia que hacen dieta que los chicos, especialmente las jóvenes urbanas de 18 años en adelante; entre los que refirieron hacer dieta, en el 48% de los casos ésta no fue recomendada por ningún profesional.

Lo anteriormente dicho tiene relación con lo contestado en este estudio pues el 29,9% de los estudiantes refieren hacer dieta y de estos el 66,1% no ha recibido una prescripción médica para hacerlo. Además de esto en la distribución por género las mujeres son las que más dieta hacen en un 61,3%, puede contrastar con el estudio de Cooke y Papadaki (76) en Reino Unido donde se halló mayor práctica de la dieta en las mujeres donde el 50% de las encuestadas realizaba esta práctica.

11.2.1 Tipo de alimentación

Algunas investigaciones sobre hábitos de alimentación en población universitaria han descubierto que la forma de alimentación de los estudiantes no es la más adecuada, por razones asociadas con la falta de tiempo, modificaciones en la alimentación por el estrés o el consumo de alimentos con alta densidad energética (77,78,79); Arrivillaga et, al, (27) destacan la importancia de la promoción de estilos de vida saludable en universitarios, incluyendo aspectos como hábitos, conocimientos y creencias relacionadas con la actividad física, la alimentación y su incidencia en la salud para mejorar las estrategias institucionales para el bienestar estudiantil.

En este estudio se identificó que los estudiantes son en su mayoría (94,6%) omnívoros consumen carnes, lácteos, frutas vegetales, cereales y granos y sólo el 0,6% refiere ser vegetarianos o basan su alimentación en productos que no contengan carne de animales. Además, sólo el 17,4% refirió comer 7 frutas por semana además lo hacían

menos de 2 veces a al día el 53,4%, caso parecido en el consumo de verduras, sólo el 28,6% consume 7 veces por semana y más del 60% lo hace sólo 1 vez al día.

11.2.2 Alimentos más consumidos por los jóvenes

Los estudiantes participantes en el estudio prefieren comer entre comidas el grupo de alimentos compuestos por buñuelos, empanadas, pastel de pollo, almojábanas, pandequeso, dedos de queso, en menor cantidad el grupo de las frutas y las verduras y en tercer lugar el grupo de las chocolatinas, tortas y otros dulces, esto se hace importante pues la alta frecuencia de consumo semanal de alimentos poco saludables se asocia con una mayor ingesta energética, grasas, azúcar y sodio y mayor riesgo de obesidad, hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Por otra parte, el bajo consumo de frutas, verduras y lácteos se asocia con menor consumo de antioxidantes, fibra y calcio, lo que también tiene efectos negativos en la salud con relación al riesgo de cáncer y enfermedades cardiovasculares, entre varias otras. (80)

Vergara et, al, encontraron en estudiantes de una universidad de Manizales hábitos alimenticios similares a los encontrados en esta investigación pues se encontró la mayoría de participantes eran omnívoros, que bajo porcentaje de estudiantes hacían dieta, se encontró además una frecuencia de comidas entre 4 y 5 veces al día siendo las mujeres las que con una mayor proporción lo hacían y la mayoría reportó acostumbrar consumir alimentos entre comidas, también se identificó que los estudiantes adicionaban sal a las comidas, que pocos habían estado en valoraciones nutricionales y que de estos la mayoría fueron también mujeres. (15)

11.3 ESTÉTICA:

11.3.1 Satisfacción con la imagen corporal

Se encontró diferencia entre la satisfacción de la imagen corporal entre hombres y mujeres ya que el 62,3% de las mujeres respondieron estar satisfechas con su imagen corporal mientras el 75,7% de los hombres dice estarlo también, los participantes del estudio hacen ejercicio, hacen dieta o utilizan el maquillaje permanente o cirugías para dicho fin, es importante resaltar que un alto porcentaje de estudiantes tiene modificaciones corporales, como piercings, tatuajes y expansiones, esto se puede poner en contraste con la información encontrada en un estudio en la ciudad de Bogotá con jóvenes universitario realizada por Ballén y Riveros (81) quienes encontraron relación entre la satisfacción de la imagen corporal y los tatuajes, cirugías y dietas alimentarias.

Resultados contrarios a los hallados en esta investigación fueron los de Rodríguez citado por Vergara (15), pues afirma que existe una preocupación excesiva por el cuerpo que puede derivar conductas de riesgo asociados a la alimentación específicamente en el desarrollo de trastornos alimenticios, similar a lo afirmado por Figueroa et al, (29) quienes encontraron que la cirugía plástica era vista por los jóvenes como eso que cambiaría sus vidas, percepciones que no se encontraron en el presente estudio.

11.4 MORBILIDAD GENERAL:

11.4.1 Concepciones de salud y prácticas de autocuidado

En el estudio los participantes tienen la percepción de que su salud es buena (47,4) y muy buena 26,1%, se evidencia que tiene una percepción positiva de su salud, con referencia a esto Hernán et, al, en un estudio con jóvenes españoles encontró que la mayor parte de los jóvenes (90,3%) declararon que su salud es buena o muy buena. (75), concordante con esto en un estudio realizado por Intra (10) los estudiantes universitarios

argentinos califican su salud como regular un 13,5%, y como buena o muy buena el 86,8%.

Cabe resaltar que cuando se les hace la pregunta a los jóvenes en los grupos de discusión por su salud la mayoría responde que creen que no tienen una buena salud o no son saludables y lo relacionan con los estilos de vida inadecuados para ellos.

Además, se les preguntó a los estudiantes por el concepto de salud, la mayoría respondió que era bienestar, en menor medida asocian la salud a la ausencia de enfermedad y otro a las capacidades cotidianas, esto lo afirman los estudiantes que respondieron en los grupos de discusión donde el concepto bienestar igual a salud es la mayoría de las respuestas de los mismos.

11.4.2 Prácticas de autocuidado

Con referencia al estilo de vida según Lema (17) el estilo de vida saludable es el conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud en un sentido amplio, es decir, con todo aquello que provee el bienestar y desarrollo del individuo a nivel biopsicosocial por ejemplo la dieta, sexualidad, tiempo de ocio entre otros.

En el estudio de Lema (17) cuyo objetivo 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, donde participaron 598 estudiantes (44,7% hombres y 55,3% mujeres) de una universidad privada de Colombia, se encontró 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.

Cuando se les preguntó a los estudiantes sobre las prácticas de autocuidado la mayoría afirmó que la higiene corporal, mantener buenas relaciones con la familia y amigos, no consumir cigarrillo o alcohol mantener 6 horas de sueño o más y en menor medida la actividad física eran las actividades que realizaban para cuidar su salud, además cuando se les preguntó en los grupos de discusión sobre las prácticas de salud la mayoría afirmó que una buena alimentación, el descanso, buenas relaciones con sus amigos y familia, no consumo de alcohol y cigarrillo hasta el rendimiento académico eran importantes para cuidar la salud.

11.4.3 Enfermedades más comunes en los jóvenes

Según la OMS (82) Los jóvenes pueden ser menos vulnerables a la enfermedad que los niños y los ancianos, pero están más expuestos a sufrir problemas derivados de su conducta. Los problemas de salud tienen más probabilidades de surgir de comportamientos arriesgados que son causa de accidentes y lesiones, del consumo de tabaco, alcohol o drogas, de una alimentación incorrecta y de hábitos de higiene bucodental equivocados, de conductas sexuales imprudentes.

En un estudio con universitarios españoles se encontró que el 70% de las enfermedades crónicas declaradas por los jóvenes son enfermedades alérgicas, aunque otros estudios de la comisión europea afirman que las enfermedades más prevalentes en los jóvenes son las infecciones respiratorias de vías altas y la gripe, seguido de fracturas contusiones y acné (18-75), dato similar al encontrado en este estudio, donde la mayoría de enfermedades crónicas correspondían a las alergias, seguidas por el asma y la gastritis otro estudio realizado en América latina y el Caribe reveló que los problemas de salud que los jóvenes identifican con mayor frecuencia fueron cefaleas, trastornos del crecimiento y trastornos del sueño, asociados en algunos casos con problemas familiares y abuso (31), además en las patologías más prevalentes el estudio de Hernán et al, les preguntaron sobre enfermedades mentales con tratamiento psicológico y se encontró una prevalencia de 32% por crisis de ansiedad, 24% por depresión, 12% por cuadros psicóticos, 8% por problemas con los estudios y 8% por problemas con las drogas, correspondiendo a este estudio donde el déficit de atención e hiperactividad

ocuparon el primer puesto en las enfermedades mentales diagnosticadas, aunque la depresión ocupó un lugar bajo en la prevalencia de enfermedad mental; en cuanto a los problemas físicos el dolor de espalda fue el diagnóstico más frecuente, seguido de gripe, y ortodoncia, esto se contrasta con lo encontrado en este estudio en el cual las infecciones respiratorias y las diarreas ocupan el primer lugar en la prevalencia en la juventud, además la percepción de los jóvenes a cerca de las enfermedades más prevalente fueron las gripas, migrañas y gastritis.

11.5 REDES DE APOYO:

Lema afirma que las redes de apoyo incluyen todo tipo de intercambio entre las personas, pueden ser fuente de apoyo social o instrumental y en la juventud son importantes para el desarrollo social y el logro de objetivos profesionales, además, los iguales constituyen el principal referente social, porque de allí se escoge pareja o a aquellas personas con las que pueden compartir desde la intimidad hasta la realización de una tarea. (17)

Hernán et, al, encontró en los jóvenes españoles que la relación con sus padres es buena, en su estudio el 83% de los jóvenes dicen que tienen algún amigo/a íntimo y el 90% de los jóvenes entrevistados dicen que tienen algún grupo de amigos/as con los que salen habitualmente. (75)

Al analizar la incidencia de las redes familiares, es propicio mencionar a Zaborskis et, al, (83) quien en 2007 afirma que, frente a la adopción de los estilos de vida en jóvenes, las redes familiares tienen el poder de influenciarlos, además de la estructura familiar se remarca el estatus económico y se recomienda tenerlos en cuenta por parte de los promotores de salud para el desarrollo de los procesos impulsados para las intervenciones en salud.

Además, varios autores como Lemos et, al, (50) e Indán (84) atribuyen a las conexiones inestables de los jóvenes con las redes de apoyo como familia e instituciones educativas, los factores de riesgo y estilos de vida poco saludables.

Todo lo anterior entra en coherencia con los resultados del estudio donde la mayor parte de los estudiantes encuestados afirman que la familia es la primera a la que acuden cuando algo les pasa o les preocupa, después su pareja y amigos, lo que da cuenta de unas redes de apoyo consolidadas y fortalecidas, además de que la mayoría tienen una buena dinámica familiar cuando se revisan los sentimientos de los estudiantes de la misma dinámica.

11.6 CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LEGALES E ILEGALES:

11.6.1 Consumo de alcohol:

Según la OMS (11) un porcentaje significativo de bebedores desarrollarán complicaciones relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas, por eso se ha considerado al consumo de alcohol como uno de los principales factores de riesgo relacionados con la salud tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. El abuso de las bebidas alcohólicas se ha erigido en un problema de gran magnitud para los individuos por su efecto sobre el orden físico y psíquico, así como para las sociedades por las repercusiones laborales y familiares, gravado todo ello con un enorme coste social y económico.

La presente investigación encontró que el alcohol es la droga más consumida entre los jóvenes, confirmando los hallazgos de estudios realizados en los últimos años en Colombia y el mundo siendo Becoña, la OMS y el plan nacional de drogas, además cuando se habla específicamente de los universitarios Fenzel, Higgins y Marcum, Parrott et al, Salazar y Arrivillaga, corroborando la permanencia del riesgo en los países en desarrollo y sus consecuentes efectos negativos en los ámbitos sociales, económicos y de salud (22)

Según diversos estudios recogidos por Maddaleno (31) la edad de inicio de consumo de drogas ilícitas se encuentra en los 13 años aunque puede encontrarse en

países latinoamericanos la menor edad, Cáceres (22) también encontró que la edad del primer consumo estaba entre los 12 y 17 años, en los países de El Caribe, el alcohol es la principal droga de consumo 40% de las adolescentes había consumido alcohol alguna vez en su vida esto concuerda con la investigación en la que el 91,3% había consumido licor alguna vez en su vida.

Con relación a la frecuencia de la toma de alcohol se encontró un estudio en el que el 51,7% de los estudiantes consume alcohol de vez en cuando (eventos sociales), el 28,5% una vez a la semana y el 16,2% no toma; con relación al consumo de tabaco, el 61% de los estudiantes no fuma, el 13,3% una vez al día y el 15,8% varias veces al día. Esto difiere un poco en lo encontrado en esta investigación pues ningún joven admitió tomar alcohol diariamente, además el 69,9% admitió que cuando bebe no lo hace hasta embriagarse.

Con relación a lo anterior también encontramos lo que Cáceres observó en una universidad en Cali, donde el alcohol es la sustancia más consumida entre los universitarios además las bebidas alcohólicas que más consumen son la cerveza, el aguardiente, y el vino en su orden de mayor a menor consumo, esto concuerda con lo encontrado en la investigación donde la cerveza ocupa el primer lugar de preferencia, seguido del aguardiente y el ron en tercer lugar; los universitarios en Cali consumen alcohol en eventos como la rumba (83%), las reuniones sociales (62,9%) y las celebraciones (62,8%), en las que están en compañía de amigos (92,7%), familiares (37,2%) y la pareja (34,1%), para el caso de la universidad estudiada en esta investigación el orden de los momentos que más se consume alcohol es cuando se está con amigos, en cualquier momento o en las rumbas especialmente.(22)

11.6.2 Consumo de cigarrillo:

El tabaquismo es un importante factor de riesgo para la salud y es la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados. Está ampliamente estudiada la relación entre el consumo de tabaco y la mortalidad. El consumo de tabaco favorece la aparición de numerosas enfermedades, como cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica,

bronquitis crónica y enfisema, entre otras, no existe un umbral de consumo por debajo del cual los riesgos para la salud desaparezcan: fumar cualquier cantidad de tabaco comporta riesgos para la salud, el riesgo de padecer enfermedades causadas por tabaco se incrementa al aumentar el número de cigarrillos fumados. (85)

Países como España tienen un alto consumo con porcentajes del 24% en jóvenes hombres y del 32% en jóvenes mujeres frente a porcentajes respectivos en EEUU (18 y 12%) o de Francia (26 y 27%), Suecia (11 y 19%), Italia (22 y 25%) o Portugal (18 y 26%) y para el caso de esta investigación se encontró en jóvenes universitario el 39,9% sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. (85)

Según Ramos-Valverde a pesar de todas las consecuencias negativas del consumo de tabaco, los jóvenes pueden centrarse en los aspectos positivos de dicha conducta, como el control de estados de ánimo negativos y la depresión (relajarse, concentrarse, reducir el estrés o reducir el aburrimiento), la facilidad para contactar y permanecer en un grupo (utilizando el tabaco como un vehículo para entrar en un grupo de amistad deseado, tener contacto con el otro sexo), el control del peso o la identificación con una determinada imagen de madurez y confianza en sí mismo (86), Cáceres et, al (22) también observó que se consume en mayor medida en los eventos sociales: la rumba (42,7%), las reuniones con amigos y compañeros (25,6%) y las celebraciones (22%). Este comportamiento se produce en el 48,6% de los casos en compañía de amigos, aunque, también se realiza en solitario (26,9%); esto se diferencia de lo encontrado en el estudio en el cual lo hacen cuando están ansioso, cuando están con amigos o es independiente del momento, al preguntarles además a los estudiantes sobre el consumo de cigarrillo respondieron que las razones para fumar van desde calmar el frío hasta relajarse para un examen.

Con relación a la edad de inicio, Hernán et, al (75) afirma que los jóvenes menores de 18 años han declarado haber empezado a fumar antes que los que tienen 18 años o más, también Cáceres et al, (22) encontraron respecto a esto que los jóvenes iniciaban el consumo entre los 12 y los 17 años; comparado con esta investigación se observa que los jóvenes universitarios iniciaron a fumar en su mayoría entre los 12 y 18 años (69,3%), también según la literatura se observa una variación en el porcentaje de jóvenes que han intentado dejar de fumar alrededor del 40% de los jóvenes de 18 años

en adelante ha intentado dejar de fumar, concordante con el estudio en el cual el 37% ha intentado dejar de fumar.

Es importante destacar como el mayor consumo de tabaco se observa en los estudiantes de medicina veterinaria, seguidos por los de la facultad de ciencias sociales y educación y las frecuencias más relevantes son ocasionalmente y diariamente.

11.6.3 Consumo de SPA ilegales:

El consumo de drogas (ilegales) es uno de los problemas más grandes a los que se enfrenta la juventud debido a las posibles implicaciones sobre la salud y el estado de los jóvenes y su influencia sobre el desarrollo de los países, además de que se considera un auténtico problema de salud pública y social debido a los costes humanos, sociales y económicos que conlleva y que se confirma por los datos epidemiológicos sobre el consumo. (22)

Hernán et, al, en su estudio encontraron que el cannabis es la droga ilegal más frecuentemente consumida tanto por adolescentes como por adultos en España, afirman que el 35,2% de los estudiantes de 14 a 18 años lo han probado alguna vez en la vida, el 30,5% lo han consumido en el último año y el 20,1% en los últimos 30 días (75); esto coincide con los resultados de esta investigación pues la marihuana es la droga que más consumen los universitarios, siendo en el 89,7% de las personas que consumen, la sustancia más usada, además el 53,4% refiere que lo ha consumido alguna vez en la vida, el 14,9% en el último año y el 31,6% en el último mes.

La cocaína fue la segunda droga que los jóvenes más consumían, seguida por las sustancias inhalables y los ácidos, esto fue congruente con los resultados encontrados por diversos estudios donde la prevalencia anual de consumo entre la población joven fue del 3,0% en 2005, (84) la segunda sustancia más consumida después de la marihuana.

Similares resultados fueron descritos por Vergara et al, quienes encontraron en una universidad en Manizales un consumo de marihuana del 28,5%, seguido por el 2-

CB en un 26,3%, el éxtasis 27,8%, la cocaína 21,2%, los ácidos en un 17,4% y las sustancias inhalables 10,2%; en relación a la frecuencia de consumo los jóvenes consumen las SPA principalmente en rumbas 27,6%, cuando están con amigos 22,05% y en cualquier ocasión 19,69%, (15) datos que se comparten con los estudiantes evaluados en la presente investigación.

Además, Lema (17) en su estudio encontró que referente al consumo de drogas ilegales el 11,4% lo hace de vez en cuando, el 2,4% una vez a la semana y el 2,4% una vez al día, Cáceres (22) también caracteriza la frecuencia y momentos de consumo encontrando que el 23,2% de los estudiantes ha consumido alguna vez o consume actualmente; el 31% de ellos continúa haciéndolo que se consume en momentos de diversión con los amigos (47,3%) y en reuniones sociales (31,4%) y que los lugares de mayor consumo son las casas de amigos (58,6%), los parques (44,4%) y los autos (35,5%) resultados coincidentes con los encontrados por Nuviala (2) y Arrivillaga (27); encontrando algunas diferencias con la frecuencia en este estudio la mayoría de los jóvenes que consumen algún tipo de droga lo hacen ocasionalmente, alguno otros sólo los fines de semana y otro porcentaje más pequeño diariamente, pero coinciden en afirmar que lo hacen cuando están con amigos o en las fiestas o “rumbas”, además un porcentaje menor lo hace cuando está ansioso.

Cuando se les pregunta a los jóvenes porque se consumen este tipo de sustancias las respuestas iban desde la creencia de que eran naturales, desconectarse del mundo, por encajar en un grupo de amigos o por las sensaciones placenteras que causaban.

Cáceres (22) en un estudio en Cali encontró que la distribución del consumo de drogas fue la siguiente: alcohol (74,5%), tabaco (33,2%), marihuana (7,1%) y cocaína (0,9%), esto corresponde la lógica de los encontrado en esta investigación en orden de mayor a menor consumo.

11.7 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

La sexualidad es una dimensión importante de la personalidad y estado de salud, que se expresa a lo largo de la vida de manera diversa y diferente en cada una de las personas. (87)

La OMS define la sexualidad humana como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida que barca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. (88)

11.7.1 Sexualidad en los jóvenes

Esta investigación observó que el 83% de los participantes ya había tenido una relación coital no se observó una diferencia significativa entre hombres y mujeres

11.7.2 De donde consiguen información

EL 77,8% de los jóvenes encuestados en la investigación afirmó haber recibido información en sexualidad, el 65% afirma haberla recibido del personal de la salud, el 16,2% de un familiar y el 6,3% de un amigo, esto coincide con lo encontrado por Hernán et, al (75), aunque con la diferencia que la mayoría de los estudiantes recibieron información de sus padres y docentes.

11.7.3 Inicio de relaciones sexuales, edad y con quien.

Investigaciones realizadas en el ámbito de la sexualidad, con referencia a la edad de inicio de relaciones sexuales afirman que los hombres inician sus relaciones sexuales más tempranamente que las mujeres, coinciden con una variación mínima que la edad media edad de inicio más frecuente para los hombres es la categoría de la de 17-18 años, seguida de 15-16 años y las mujeres también inician en 17-18 años siendo en cambio la segunda respuesta 21-25 años con el 20,8% de los casos. En cuanto a la persona con la que iniciaron sus relaciones sexuales: los hombres se dividen entre la

pareja estable y una pareja ocasional, mientras que las mujeres afirman haberlo hecho con su pareja estable en el 85,6% de los casos.

Lo anterior tiene similitudes con las respuestas de los estudiantes encuestados en esta investigación pues se encontró que la edad de la primera relación en los hombres y mujeres prevaleció los 16 años, aunque se evidenció que hay mayor porcentaje de hombres que inician su sexualidad más tempranamente siendo la edad de 13 y 14 años a diferencia de las mujeres que las edades de prevalencia mayor para el inicio de las relaciones sexuales fueron los 15 y 16 años, además los hombres y mujeres sin diferencia mayor empezaron sus relaciones sexuales con su novio o pareja estable, aunque en las mujeres este porcentaje asciende al 83,4%, siendo en los hombres el siguiente porcentaje mayor con un amigo, es importante también destacar que el 1,2% de las mujeres tuvieron su primer contacto sexual mediante violación.

Además, se encontró que en las personas que no habían iniciado sus relaciones sexuales el no estar emocionalmente listo y no haber conocido a nadie con quien quisiera hacerlo compartieron el mismo porcentaje de importancia, en menor porcentaje el esperar a ser mayor y el temor al embarazo hicieron parte de los motivos para no ejercer la práctica. Esto coincide con lo que encontró Cabrera et al, (89) las mujeres porque aún no se sienten preparadas, porque prefieren esperar a la persona indicada, temor a quedar embarazada, además porque no quieren contagiarse de SIDA, este punto se diferencia de lo hallado en la presente investigación.

11.7.4 Conocimiento y uso de anticonceptivos

Diversas investigaciones realizadas por Cabrera et al (89) y Ramos Valverde (86), concuerdan que los métodos anticonceptivos más utilizados tanto en mujeres como en hombres son el preservativo masculino seguido de la píldora, además se coincide en afirmar que la responsabilidad en la prevención sigue recayendo mayoritariamente en las mujeres. Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran que los jóvenes conocen en su mayoría de métodos anticonceptivos, siendo el 92,7% de los hombres y 97,7% de las mujeres quienes respondieron tener este conocimiento, el método

anticonceptivo más utilizado por los hombres es el condón y en las mujeres la píldora, cuando se les preguntó por el método más utilizado por sus parejas y las parejas de los hombres utilizan las píldoras en su mayoría, seguidos de la inyección, y en las parejas de las mujeres el condón cobró un alto porcentaje, corroborando los resultados encontrados en las investigaciones antes mencionadas.

Es importante destacar que los jóvenes consideran en un 62,1% que la eyaculación afuera o coito interruptus es un método de planificación familiar además el 2,3% de los hombres lo utiliza como método en sus relaciones sexuales, dato compatible con lo encontrado por Hernán et, al en argentina donde el 8,1% de los estudiantes universitarios utiliza la “marcha atrás” para prevenir embarazos, Hernán et al, (75) destaca que un 18% de jóvenes declare que la marcha atrás es un método eficaz para prevenir el embarazo, porcentaje que se eleva al 24,5% en el caso de las mujeres urbanas de menos de 18 años.

11.7.5 Embarazos en jóvenes

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada en Colombia en 2015 determinó que el 5,5% de jóvenes con educación superior ya son madres y el 2,2% de la misma población están embarazadas. (90)

Según diversos autores el embarazo en los jóvenes es frecuente: Hernán encontró que el 10% de las chicas que viven en una zona urbana de 18 años en adelante han estado alguna vez embarazadas, además, el 2% refiere haberse sometido a una interrupción voluntaria de embarazo (IVE), (75) esto concuerda con los estudios de Díaz et, al, (91) con estudiantes del Caribe Colombiano el 7,4% de las encuestadas manifestaron haber tenido historia de embarazos durante su formación universitaria. Estos resultados son menores a los reportados por Ortiz en el 2003 que fue del 15%. (92). Se encontraron similitudes con este estudio pues el 7,5% de las mujeres que habían empezado sus relaciones sexuales habían estado embarazadas, además el 13,4% refirió haber abortado alguna vez.

En referencia a la orientación sexual los resultados de este estudio son compatibles con el realizado con jóvenes españoles el 91,3% de los jóvenes se ha declarado heterosexual, el 1,2% homosexual y el 1,5% bisexual el 5,1% de jóvenes no ha querido contestar a esta pregunta, y menos del 1% ha dicho que no sabía cuál era su orientación sexual, concordante con lo encontrado en el estudio donde el 86,3% de los jóvenes dijo ser heterosexual, 4,6% homosexual, 2,7% bisexual y a diferencia del estudio anterior el 6,5% no supo que responder en esta pregunta.

11.7.6 Autoexamen de mama y testículo

El autoexamen de mama y el autoexamen de testículo son considerados comportamientos de autocuidado y su importancia radica en la medida en que se constituye en una estrategia de cuidado que favorece la identificación precoz de cambios corporales por parte del individuo, actitud que motiva consultas oportunas a los profesionales de la salud la detección temprana y atención oportuna a dos tipos de cáncer tan comunes en personas jóvenes. (93, 94)

Con respecto a esta práctica en el estudio reportado por Martínez y Sáez (95) en Chile, se encontró que más del 60% de las mujeres nunca se realizan autoexamen de mama y el 76% de los hombres, el de testículo. En contraste, en la investigación de Lema et al, (17), se reportó que el 51,0% de los estudiantes pocas veces o nunca se realiza la exploración del cuerpo con el fin de identificar cambios, además coincide con lo encontrado por Acosta et al, (96) el 84,1% de la población no se realiza el autoexamen de testículo para la población objeto del estudio, se encontró que el 55,1% de las mujeres no se realizan el autoexamen de mama, y de las que se lo realizan sólo el 28% lo hace mensualmente y el 57% lo hace en algunas ocasiones, evidenciando una práctica deficiente en prevención; de los hombres el 81,4% no se realiza el examen de testículo.

11.7.7 Práctica de la citología

Según la ENDS 2015, (90) el aumento en el número de casos de mujeres con cáncer de cérvix pone de manifiesto la necesidad de conocer la práctica de la citología y de algunos cuidados básicos de la Salud Sexual y Salud Reproductiva de las mujeres que se traducen en factores protectores que disminuyen la probabilidad de cáncer o que este sea tratado a tiempo.

En un estudio realizado con universitarios en Bogotá Colombia se encontró que el 84% de las mujeres se ha realizado por lo menos una citología vaginal y el 16% manifestó que nunca se han practicado dicho examen. (97), además acosta también encontró que la frecuencia de realización de la citología es baja, correspondiendo al 38% y quienes se la hacen lo hacen anualmente, datos que no son iguales pero en los estudiantes estudiados afirman que el 71,5% no se había realizado una citología en el último año pero concuerda con lo hallado por Figueroa (98) quien encontró que entre las mujeres de 15 a 19 años el 83,3% no se realiza la citología pero entre las mujeres de 20 a 39 años, este porcentaje disminuyó a 42,7%

11.7.8 Definiciones de sexualidad

Carmona, encuentra que el amor y la sexualidad son las principales asociaciones con las que las mujeres definen y relacionan la sexualidad, es decir que para la mayoría de las mujeres existe una fuerte asociación entre el amor, la afectividad y la sexualidad. Por el contrario, una relación física entre dos sexos es la asociación a la sexualidad más frecuentemente utilizada por los hombres. Hallazgos similares plantean González et al, quienes destacan que las jóvenes valoran la sexualidad en el contexto del amor romántico con una pareja estable y en un entorno romántico que incluya ternura y cariño. (99, 100).

A diferencia de lo encontrado por los autores, los estudiantes participantes en esta investigación la mayoría de los participantes asociaron la sexualidad al placer, en segundo lugar, a las relaciones íntimas al cuerpo y al enamoramiento en cuarto lugar de relevancia, es de destacar que el resultado que menor porcentaje obtuvo fue el de

reproducción con un 12,6% mostrando un distanciamiento de la versión clásica y catolicista de la sexualidad.

11.8 SALUD ORAL

11.8.1 Hábitos de salud oral

Las enfermedades bucodentales constituyen un problema de salud pública frecuentemente subestimado, pero de importante relevancia por su posible morbilidad, elevada prevalencia, por el coste del tratamiento y por su impacto en términos de dolor, malestar y limitación funcional, así como de su efecto sobre la calidad de vida (101).

Frente al cepillado de los dientes como práctica de autocuidado se encontró en diversos estudios que entre el 75,9% y el 97% de los participantes siempre se cepillan los dientes después de las comidas. (17-75).

También con referencia a las visitas al odontólogo Lema (17) encontró que el 73,6% ha visitado al odontólogo durante el último año.

Un estudio en estudiantes hondureños se encontró que la caries dental es una de las enfermedades más prevalente en los universitarios, y en segundo lugar las periodontitis, además se pudo establecer que la mayoría de los estudiantes referían buenas prácticas de higiene oral pero el consumo de carbohidratos entre comidas y la frecuencia del cepillado influían en estos resultados. (102)

Tascón también en un estudio en el Valle del Cauca Colombia afirma que cuanto a la aparición de caries en los jóvenes en su estudio encontró que la prevalencia de caries fue de 41% y en la frecuencia de asistencia al odontólogo el 86% refirió haber ido alguna vez, entre lo que respondieron afirmativamente, la última visita ocurrió en un rango que varió de 1 hasta 96 meses (equivalentes a 8 años). La media fue una visita

ocurrida 7 meses; con referencia al número de cepilladas se obtuvo que en promedio los estudiantes se cepillaban 2.8 veces al día.

Del total de participantes que refirieron cepillarse los dientes, 99.6% refirió utilizar crema dental; el restante 0.4% de refirió que se cepillaban sin crema dental, 59% se cepillaba sólo con agua, el 55% y 51% refirió hacer uso de la seda dental y el enjuague bucal respectivamente. (103)

Según lo dicho por los autores se encuentran similitudes en el presente estudio pues se observó que los estudiantes tienen malos hábitos de higiene oral, correspondientes al consumo de bebidas negras y energizantes, morder cosas duras además las uñas, además se identificó que el 51,6% utiliza cepillo de dientes, el 50,3% crema de dientes, el 10,1% enjuague bucal y el 46% afirmaron utilizar todos los implementos anteriores para cuidar su salud oral. La frecuencia del cepillado fue mayormente 3 veces al día. Frente a las visitas al odontólogo el 63% de los estudiantes lo visitaron en los últimos 6 meses, generalmente por revisiones periódicas o tratamientos. En cuanto a las enfermedades dentales la caries prevaleció con un 53,6%. (103)

11.9 MANEJO DEL TIEMPO LIBRE:

11.9.1 Actividades más realizadas en el tiempo libre

La presente investigación encontró que las actividades más practicadas por los universitarios en su tiempo libre fueron dormir, estar con sus amigos y familia, leer o estar con su pareja en mayor porcentaje; se encontraron pocas coincidencias por lo encontrado por Hernán et al, (75) en España donde los jóvenes dedican su tiempo libre fundamentalmente a estudiar y a ver la televisión y en menor medida salir con amigos, aunque los fines de semana la actividad mayoritaria es salir con los amigos, seguida a distancia de ver la televisión.

De lo anterior, Intra (10) también encuentra en un estudio con estudiantes universitarios argentinos que el 37,8% hace ejercicio, el 25,9% lo hace 1 vez o menos a la semana, el 74,1% lo hace de 2 a 4 veces por semana.

Cuando se les preguntó a los jóvenes sobre las actividades que practican un poco más de la mitad afirmaron hacer ejercicio regularmente en una frecuencia de 2 a 3 veces por semana, la actividad más practicada es ir al gimnasio, después practicar fútbol y luego ir de caminata, correspondiente a los encontrados. (2)

11.9.2 Ejercicio físico o deporte:

En el estudio realizado por Segura et, al citado por Arrivillaga (27) con universitarios en Guatemala se encontró que lo que motiva al estudiante para realizar ejercicio o actividad física es beneficiar su salud (53.73%), concordante con lo hallado en este estudio pues el 52,4% de los participantes afirma que la motivación para hacer ejercicio es mantener la salud y después por diversión y pasar el tiempo, cabe resaltar que mantener la línea es la tercera razón, aunque en mujeres este motivo haciende al segundo lugar.

11.9.3 Lugares de práctica

En la revisión de literatura se encontró que la falta de tiempo y la falta de compañeros con quien hacer ejercicio son dos razones clave que alegan los jóvenes que no hacen deporte. También declaran que no lo hacen porque simplemente no les apetece, con respecto a eso la población estudiada aquí, respondió que hacía ejercicio acompañado el 58,4%.

11.10 CONCEPTO DE SALUD:

En 1948 la OMS definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, se concibió la salud como un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

De acuerdo con la Carta de Ottawa existen prerequisites para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos, además de lo anterior hoy en día, la dimensión espiritual de la salud goza de un reconocimiento cada vez mayor. (90)

Terris citado por Piédrola define la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedades e invalideces” (104)

Coincidente con estas definiciones se encontró que los jóvenes españoles tienen un amplio concepto de la salud que incluye un componente físico, un componente emocional de gran importancia para ellos y un componente social menos presente en el discurso. Para los más jóvenes, la salud parece estar centrada en la ausencia de enfermedades.

Los jóvenes consultados en el presente estudio consideran en general que la salud es un compuesto de emociones y estado físico óptimo, componentes que por la percepción de los estudiantes están en un completo equilibrio que permite el bienestar de las personas, además le atribuyen a la salud el poder de relacionarse con los demás, con el entorno y con ellos mismos de la manera más adecuada, es importante destacar que algunos estudiantes contemplan el componente bienestar espiritual al concepto de salud.

Núñez-Rojas (55) con estudiantes universitarios de Manizales encuentra que la salud para los jóvenes es “lugar de paso y hallazgo temporal, no un fin buscado”, además encontró que el contexto cultural en el cual se da la exposición al riesgo contribuye a la generación entornos propicio para la adopción de comportamientos poco

saludables como el consumo de drogas y las prácticas sexuales sin protección, donde se privilegia la consecución del placer, con poca percepción del riesgo.

11.11 CONCEPCIONES DE BIENESTAR:

La mayoría de los participantes asociaron el concepto de salud con el concepto de bienestar, que según el diccionario de Moliner (30) es el estado en el que se está bien, con salud, energías, etc; también se encontró que Graafft apunta a que el bienestar es algo en cierto modo identificable como un estado de ánimo y que los elementos del bienestar son estados de conciencia.

Pena se refiere al bienestar como el grado de satisfacción de las necesidades de los individuos, necesidades que corresponden con elementos psicológicos y sensaciones humanas. (75)

Similar a las definiciones anteriores los participantes en este estudio coinciden en afirmar que el bienestar es contar con todas las condiciones que permiten desarrollar una “vida normal”GF1.6, es la congruencia entre mente y cuerpo que para lograrla es necesario alimentarse bien, cuidar la salud mental, dormir bien, asistir al médico, contar con paz y tranquilidad, tener adecuadas relaciones interpersonales, algunos incluso afirmaron que para tener bienestar era necesario tener una adecuada educación, sentirse bien con uno mismo, pero siempre para el logro de un adecuado desenvolvimiento social.

11.12 ESTILOS DE VIDA SALUDABLE:

El estilo de vida saludable es aquel que promueve la adopción y mantenimiento de comportamientos de la vida diaria que mejoran la calidad de vida y la salud de las personas. Los EVS incluyen conductas de salud de las personas, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones para mantener, restablecer o mejorar su

salud, bienestar y calidad de vida en forma integral. Además, son producto del contexto socio cultural de las personas y no sólo del pasado sino de lo que diariamente viven.

Diversos estudios afirman que los jóvenes identifican la vida sana relacionada con la buena alimentación y la actividad física. Cuando se les pregunta por los principales problemas de la juventud dicen que las drogas (2-13-18). Por ejemplo, en un estudio de Arrivillaga y Salazar realizado en Colombia con jóvenes universitarios, evaluaron las creencias de salud-enfermedad y encontraron una alta o muy alta presencia de creencias favorables relacionadas con la actividad física y el deporte, como el autocuidado y el cuidado médico, los hábitos alimenticios y la abstinencia de alcohol, tabaco y otras drogas; sin embargo, estas creencias no coincidían con la práctica saludable. (27)

Meda (48) encontró que los jóvenes tienen la creencia de que es importante hacer ejercicio físico, tener conductas de autocuidado, visitar al médico por lo menos una vez al año, buscar cambios en su cuerpo, evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, y tener una vida sexual sana, además se encontraron creencias de ambigüedad hacia la creencia de consumir verduras, frutas, cereales. Bray (105) encontró en un estudio que el 80% de los estudiantes creían importante hacer ejercicio físico sistemáticamente ya que se refleja en la salud; además, que es cardinal tener conductas de autocuidado, como visitar al médico una vez cada año, revisar periódicamente su cuerpo en busca de cambios y otras y creían asimismo que se debe evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.

El Estilo de vida es uno de los principales determinantes de la salud; desde la prevención de la salud, éste define enteramente la consecuencia del riesgo.

Arrivillaga et al, afirma que la influencia de factores socioambientales, familia y amigos determina el desarrollo comportamental y las creencias de salud. (27)

También Hernán et al, (75) identificó en jóvenes españoles que las opiniones sobre la alimentación se centran en lo que ellos mismos han denominado "comida basura", que resulta barata y rápida, en comparación a la comida de casa. Los entrevistados piensan que los medios de comunicación han impuesto la delgadez como

valor en la sociedad, y ello puede estar influyendo en sus vidas, esto concuerda con lo encontrado en este estudio en el cual los participantes afirmaron que comer saludablemente era menos rico que comer chatarra, “entre la ensalada y la hamburguesa, yo prefiero la hamburguesa, es más rica y además la consigo más fácil y más barato” ‘0 “es más barato una empanada que una manzana” GF1.8; además los jóvenes piensan que hacer ejercicio, una buena alimentación, momentos de descanso, frecuentar personas y espacios tranquilos, no consumir alcohol, no fumar, no consumir drogas, manejar el estrés, asistir al médico, eran cuidados importantes para mantener y mejorar la salud.

Núñez-Rojas (55) afirman que el contexto cultural puede influir el consumo de drogas y las prácticas sexuales sin protección, Según otros autores, como Páez Cala y Castaño Castrillón (17-52) las características del grupo en el cual se desenvuelven los jóvenes median la adquisición y mantenimiento de estilos de vida poco saludables.

Los estudiantes que participaron en este estudio respondieron que los malos hábitos de salud se deben a los ritmos y contextos de vida en los que se desenvuelven, a lo que ellos se refieren en palabras como: “Por el ritmo de vida, porque realmente, pues, la juventud, pues las fiestas, las traspasadas, ingerir alcohol, las drogas, cigarrillo todo eso, pues nos va alterando todo.” GF3.1, además afirman que culturalmente se ha concebido la permisividad al consumo de algunas drogas especialmente de alcohol y en el tema de alimentación afirman que la “cultura paísa” hace que no sea la mejor, también dicen que el hecho de la edad hace que la percepción de riesgo y consecuencias de los actos se distorsione, el vivir el momento y no pensar en lo que pasará hace que los jóvenes asuman estas conductas riesgosas: “Uno se cree omnipotente entonces ya y yo salgo, y manejo borracho y que importa, pues y no pasa nada pues que como que no me va a pasar nada, eso le pasa a las demás personas pero a mí nunca eso es lo que uno siempre piensa” GF 2.7; “Hoy en día más que todo se dejan llevar los diferentes momentos y situaciones como pasar un rato agradable y chévere y no están pensando como en las consecuencias que eso trae consigo a su vida”.GF 2.1; “Pienso que uno cuando está joven no piensa que todo lo que está haciendo sea para un bien, uno no piensa en las consecuencias, siii, como, solo piensa en querer disfrutar día a día, solo tenemos el momento, pueess... uno no piensa sino en disfrutar la vida.” GF 1.6; además

se discutió sobre la influencia de los medios de comunicación, grupo de amigos y la tecnología actual, redes sociales y demás en la concepción de prácticas saludables y en la realización de las mismas.

Arrivillaga (27) en un estudio sobre estilos de vida y salud en estudiantes de psicología, donde pretendían establecer cuáles eran las conductas de riesgo para los jóvenes, encontraron que la mayoría de estas se asocian a la salud sexual y reproductiva, el sedentarismo, hábitos alimenticios, consumo de tabaco y alcohol, pero también Lemos y Fidalfo (50) encuentran adecuados hábitos de vida en estudiantes españoles, pero se identificó un pobre nivel de salud, como obesidad, consumo de alcohol, incluso hasta embriagarse, consumo de tabaco, comportamientos sexuales inadecuados, pobre actividad física, deficiente consumo de frutas y vegetales, no tienen suficiente cobertura de salud, algunos no se han efectuado un examen para SIDA, esto corresponde con lo encontrado por Araya (51) quien identifica en general un nivel nutricional normal y de sedentarismo.

También García et al, y otros autores encontraron que el consumo de tabaco y de alcohol están bastante extendidos debido a su fácil acceso, pero reconocen que el tabaco perjudica la salud y que la mayoría empieza a fumar por la presión de grupo, también encontraron que el consumo de alcohol es considerado como normal, especialmente los fines de semana y lo asociaron a conductas sociales como reuniones familiares y fiestas con amigos; frente al uso de drogas ilegales, identificaron su consumo con la curiosidad por lo desconocido o con la necesidad de llamar la atención, y su consumo habitual ha sido interpretado como una salida rápida a carencias afectivo-emocionales o a problemas esto es coincidentes con lo afirmado por diversos actores en poblaciones de universitarios (106-2-27-34).

Los estudiantes participantes en el estudio coinciden en afirmar que el alcohol, el cigarrillo y la marihuana son las drogas más utilizadas, afirman también que el alcohol es más barato y se consigue en cualquier parte, además es legal y aceptado socialmente que otras drogas por eso es más fácil consumirlo: “Pienso que el alcohol, porque es muy barato, porque en cualquier parte lo venden, y además es más legal, es mucho mejor que a usted la vean ingiriendo licor a que lo vean popperiendo” GF 1.8.

Además, afirman que las drogas como la marihuana se empiezan a consumir por moda, por reconocimiento social de su grupo de amigos o curiosidad: “Yo digo que el cigarrillo y la marihuana porque todo el mundo se cree un vacan fumando cigarrillo, y la marihuana porque da una vaina ahí como de moda, y también lo empiezan como por amistad y por curiosidad y ya después no lo controlan” GF1.5

Flórez y Hernández (107) encontraron también que, en cuanto a los hábitos alimenticios, que los estudiantes tenían, una dieta rica en grasas saturadas, tenían un consumo reducido de frutas y verduras, hacían poco ejercicio y no habían incorporado a su vida cotidiana la prevención de accidentes, tal como el uso apropiado de medicamentos concuerda con lo encontrado por otros estudios realizados por Meda Lara (48) que en su estudio al realizar el análisis multivariado lineal encontraron asociaciones de las creencias de salud con los estilos de vida, tales como hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, valores de vida, estrés y apoyo social, autocuidado y cuidado médico y condición física. En este sentido, los sujetos podían creer que es importante tener conductas protectoras, pero no siempre mantenían estilos de vida saludables, coincidente con lo que afirman los estudiantes en este estudio pues coinciden en remarcar la importancia de una buena alimentación, actividad física, evitar el consumo de sustancias psicoactivas, horas adecuadas de descanso entre otras prácticas de cuidado para mantener la salud, pero también afirman no hacerlo y no practicarlas frecuentemente.

También concuerda con lo afirmado por Arrivillaga (27) pues encontró que los jóvenes tienen alta o muy alta presencia de creencias favorables de la salud en las dimensiones sexualidad, consumo de sustancias y alimentación a pesar de ello tienen prácticas poco o nada saludables. En este caso y acorde con lo formulado por el modelo de creencias en salud, la sola percepción individual no determina el comportamiento, al menos en la población evaluada. En otras palabras, los jóvenes pueden tener la creencia de que un determinado problema de salud es importante, efectivamente pueden tener también la creencia de que la acción a tomar produce beneficios para la salud, pero lo que no tienen es la percepción de ser vulnerables a ese problema y por ende posponen el costo que supone una acción preventiva. Por tanto, ni el razonamiento ni el pensamiento

son necesarios para explicar el comportamiento o una acción protectora para la salud.
(21)

La sexualidad es uno de los temas más investigados en relación a los jóvenes, por eso dedicaré este espacio de discusión específicamente al tema aunque ya se haya hecho una parte de estilos de vida de los cuales la sexualidad también hace parte, según Hernán et al, la sexualidad se aprende a través de la experiencia propia y de los amigos, los padres intentan hablar de sexualidad, pero no parece conseguirse la conexión entre padres e hijos en este tema, en la escuela, por otra parte, se recibe información fundamentalmente centrada en la prevención del VIH/SIDA, pero del discurso juvenil se deduce una demanda de educación sexual integral que incluya los aspectos emocionales y afectivos de la sexualidad, en esta investigación los estudiantes afirmaron que los universitarios tienen diversas prácticas sexuales que no son saludables y atribuyen estas conductas a la formación que se tuvo en el tema, en la calidad de información que les daban las instituciones académicas pues denuncian la poca idoneidad de las personas que imparten las cátedras de sexualidad, la mitificación de las conductas al hablar con sus padres y afirman además que los amigos tienen una influencia mayor, pues se habla desde la experiencia en cuanto fue negativa o positiva pero no desde lo realmente protector.

12 CONCLUSIONES

El presente estudio pretendió establecer una caracterización de la situación de salud pública y de las creencias de salud de una población joven de estudiantes universitarios de una universidad en Caldas Antioquia, con la pretensión de que los resultados permitan la estructuración de planes de acción dirigidos a modificar los estilos de vida poco saludables y favorecer los estilos de vida saludables, así como la instrumentación en el corto plazo de opciones didácticas que fomenten la promoción de la salud en el escenario educativo.

De acuerdo con los resultados de la presente investigación, la situación de salud pública de los universitarios es coherente con las tendencias actuales de la salud de los jóvenes a nivel regional, nacional e internacional.

Entre los jóvenes se han observado, a través del tiempo y en la literatura se han descrito, problemáticas como el embarazo joven, infecciones de transmisión sexual (ITS), trastornos por consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, enfermedades crónicas, discapacidad física entre otros; estos problemas han sido asociados a conductas como fumar, consumir alcohol en exceso, llevar una vida sedentaria, tener una dieta alta en grasas, azúcares y sal o no implementar medidas de seguridad.

El abordaje metodológico en el presente estudio, basado en la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas permitió obtener una visión complementaria de la explicación y la comprensión del fenómeno de salud de los jóvenes, que facilita el conocimiento de ésta compleja realidad.

La utilización de los servicios, que ofrece el sistema de salud a los jóvenes es baja, pues ellos creen que sólo es útil en situaciones de urgencias, además existe desconfianza en los prestadores del servicio y culturalmente las farmacias y otros sitios en los que se expenden fármacos se han convertido en los referentes de cuidado de la salud.

La familia sigue siendo para nuestras poblaciones el eje central de apoyo y comprensión, eje al cual acudir en todas las situaciones de la vida; la funcionalidad en las familias resaltó en este estudio.

Los jóvenes universitarios tienen hábitos alimenticios medianamente saludables caracterizados por un moderado consumo de frutas y verduras, también se hace necesario intervenir la elección de alimentos ricos en grasas y azúcares refinados para consumir entre comidas principales, aunque la práctica de dieta baja en carbohidratos sigue siendo utilizadas por algunos de ellos especialmente por las mujeres.

La concepción de salud de los jóvenes corresponde a patrones establecidos culturalmente y aún sigue siendo el término bienestar, el más asociado dicho concepto; además de esto los cuidados personales como la higiene, los cuidados emocionales como las relaciones personales y familiares y la prevención de las adicciones siguen siendo referencia de cuidado y preservación de la salud.

Las principales enfermedades que sufren los universitarios son aquellas relacionadas con el sistema respiratorio y digestivo, como los resfriados, las sinusitis y las diarreas las gastritis e irritaciones del colon, aunque se evidencia en general que los estudiantes no se enferman frecuentemente y aunque se reportan algunas enfermedades mentales el perfil de salud mental también es positivo.

El consumo de cigarrillo y otras sustancias psicoactivas principalmente la marihuana fue bajo y no se observó diferencias de género, aunque el consumo de alcohol representó altos porcentajes, son las reuniones familiares, celebraciones con amigos y la ansiedad los principales conductores al consumo, el componente cultural en el uso y abuso cobra relevancia principalmente en carreras relacionadas al agro como medicina veterinaria, administración de empresas agropecuarias y zootecnia.

La etapa de vida universitaria de los jóvenes frente a la sexualidad implica el inicio de relaciones sexuales y el mantenimiento de una sexualidad activa que en la mayoría de los casos está asociada al placer, a las relaciones íntimas y al enamoramiento, sin diferenciación por género, se reportaron porcentajes de embarazos, aunque estos fueron bajos al igual que los porcentajes de aborto.

La práctica de la citología, autoexamen de seno y testículo son poco practicados por los jóvenes, aunque se conozca su importancia y utilidad en el diagnóstico precoz de enfermedades.

Los jóvenes conocen de métodos anticonceptivos y los utilizan especialmente las inyecciones, las píldoras y los preservativos aunque cabe resaltar que los universitarios consideran que un método anticonceptivo útil es el coito interruptus.

Entre los jóvenes universitario se observaron prácticas saludables frente a la salud oral, aunque se sigue identificando en el diagnóstico de salud dental que la caries y las enfermedades de las encías ocupan un lugar importante.

Los jóvenes poseen tiempo libre y conocimiento de la oferta cultural y deportiva que tienen en la universidad y que utilizan ese tiempo libre durmiendo, compartiendo con los amigos y familias, además se evidenció que la mitad de los jóvenes no realizan ejercicio regularmente, y que algunos aún usan como hidratación bebidas azucaradas o energizantes.

Los estudiantes adujeron que la principal motivación para la práctica de ejercicio era mantener la salud y la diversión, y aunque contrario a las tendencias actuales la motivación que menor porcentaje obtuvo fue la de mantener la línea.

Se encontraron percepciones favorables frente a la salud aunque una autopercepción de la salud negativa en la mayoría de los casos, incongruente a los que respondieron en el instrumento y con el valor que adjudicaron a la salud.

Los jóvenes conocen ampliamente las prácticas para mantener una vida saludable y las que deben evitar para no enfermarse, pero al momento de practicarlas este conocimiento no es suficiente.

13 RECOMENDACIONES

13.1 A LA UNIVERSIDAD:

El concepto de Universidad saludable se aparta de la simple realización de actividades e intervenciones con el objetivo de promover la salud, es además la integración de la salud de su promoción y prevención en la cultura universitaria, en los procesos y políticas institucionales. Para intervenir la salud en las universidades, se hace necesario fortalecer la participación de los jóvenes, promoviendo el empoderamiento del cuidado de su salud, pero hacerlo desde la cotidianidad y no únicamente desde eventos aislados que pudieran enfocar la salud desde momentos y espacios distintos ó desintegrados.

La universidad como espacio de formación integral debe asegurar y garantizar los espacios físicos adecuados, además de recursos humanos para desarrollar estas prácticas de promoción de la salud a través del empoderamiento en autocuidado.

13.2 A LA UNIDAD DE BIENESTAR UNIVERSITARIO:

Se exhorta a esta unidad a utilizar estos resultados de investigación como herramienta inicial para la formulación de su sistema de bienestar universitario y de allí todos sus programas y proyectos, pues esto permitirá crear intervenciones basadas en la evidencia de las necesidades en salud que poseen los jóvenes, a no desistir en el camino de proveer servicios de calidad que propendan por mejorar la salud y calidad de vida de toda la comunidad universitaria y de estos jóvenes futuro de la sociedad en la que nos desenvolveremos.

Se advierte además la necesidad de educar a los jóvenes universitarios para el autocuidado de su salud como parte de su proceso de formación integral.

Se recomienda realizar esta investigación periódicamente, además de repetirla en 5 años para evidenciar cambios en la caracterización de salud, posteriores a la aplicación de estrategias y programas de bienestar universitario, además se convertiría en un instrumento de medición del impacto de dichos programas.

Además, es necesaria la socialización de estos resultados con los jóvenes participantes y los demás interesados y así contrastar los resultados, permitir la apertura de mesas de trabajo para la formulación de estrategias derivadas de los problemas más marcados en esta caracterización y se pueda contar con la valiosa participación del estudiantado.

13.3 A LOS JÓVENES:

Se les invita a la participación activa en las socializaciones, mesas de trabajo y actividades que deriven de estos resultados, como actores garantes y responsables de la salud propia.

13.4 PARA PRÓXIMAS INVESTIGACIONES:

Como el objetivo de esta investigación es que sirva de ejemplo y marque la obligatoriedad de realizar caracterizaciones de la salud de los jóvenes cada vez que ingresan nuevos grupos a las instituciones, se recomienda incluir el autocuidado de la salud relacionado con la prevención de los riesgos viales y conductas ciudadanas responsables.

14 BIBLIOGRAFÍA

1. Nawas MM. El estilo de vida. Rev Latinoam Psicol [Internet] 1971 [Consultado 13 Abr 2017]; 3(1):91-107. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80503105>
2. Nuviála-Nuviála A, Grao-Cruces A, Fernández-Martínez A, Alda-Schönemann O, Burges-Abadja, Jaume-Pons A. Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada. Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte. [Internet] 2009 [Consultado 13 Abr 2017]; 9(36). Disponible en:
<Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista36/artsalud121.htm>
3. Bennassar VM. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. [Tesis doctoral]. España:Universitat de les Illes Balears. 2012. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=26480>
4. Naciones Unidas. Informe mundial sobre las drogas [Internet] 2007. [Consultado 25 Mar 2017] Disponible en [https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2007/WDR% 202007_Spanish_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2007/WDR%202007_Spanish_web.pdf)
5. Organización de naciones unidas. Informe sobre la juventud mundial [Internet] 2013. [Consultado 3 Oct 2016]. Disponible en:
<http://www.unworldyouthreport.org/>
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE. Proyecciones de población 2016 [Internet]; Colombia, 2016. [Revisado 15 Sept 2016].

Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>.

7. Dirección del Sistema Nacional de Juventud, Colombia Joven. Estatuto de Ciudadanía Juvenil. [Internet]. Bogotá Colombia: Presidencia de la República; 2013 [Revisado 15 Sept 2016]. Disponible en: <http://www.colombiajoven.gov.co/atencionaljoven/Documents/estatuto-ciudadania-juvenil.pdf>
8. Micin S, Bagladi V. Salud mental en estudiantes universitarios: incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. Ter psicol. [Internet] 2011 [consultado 13 Abr 2017]; 29(1):53-64. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100006
9. Giraldo-Osorio A, Toro-Rosero MY, Macías-Ladino AM, Valencia-Garcés CA, Palacio-Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la promoción de la salud. [Internet] 2010 [Consultado 15 Mar 2017]; 15(1):128 - 143. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>
10. Intra MV, Gil-Roales-Nieto J, Moreno-San-Pedro E. Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo. Rev Int Psicol Ter Psicol [Internet]. 2011 [Consultado 13 Abr 2017]; 11(1):139-147. Disponible en:

<http://www.ijpsy.com/volumen11/num1/289/cambio-en-las-conductas-de-riesgo-y-salud-ES.pdf>

11. Organización de Naciones Unidas. Asamblea general consejo económico y social. Informe sobre la juventud mundial.[Internet] Ginebra: Organización de Naciones Unidas; 2005. [Revisado 12 Nov 2016]. Disponible en:
http://www.cinu.mx/minisitio/UNjuventud/docs/A_60_61.pdf
12. Morales I G, Del Valle R C, Belmar M C, Oellana Y, Soto A, Ivanovic M D. Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año. Rev med chile. [Internet] 2011 [Consultado 14 Abr 2017]; 139:1573-1580. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001200006
13. Páez Cala ML. Universidades saludables: los jóvenes y la salud. Archivos de medicina. [Internet] 2012 [Consultado 13 Abr 2017] ;12(2):205-220. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273825390007>
14. Vergara MC, Correa MP, Cifuentes OL, Parra JH. Caracterización de la salud pública de los estudiantes UAM Universidad Autónoma de Manizales. 2008. [Tesis de Maestría]. Manizales, Caldas: Universidad Autónoma de Manizales; 2008.
15. Vergara MC; Duque N. Parra JH. Caracterización de la salud pública de los estudiantes UAM. Universidad Autónoma de Manizales. 2015. [Tesis de maestría] Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-75772011000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=es

16. Escobar MDP, Pico ME. Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, 2010-2011. Rev.Fac.Nac.salud publica [Internet]. 2013 [Consultado 15 Nov 2016] ; 31(2):178-186. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/120/12028113003.pdf>
17. Lema-Soto LF, Salazar-Torres IC, Varela-Arévalo MT, Tamayo-Cardona JA, Rubio-Sarria A, Botero-Polanco A. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. Pensam.psicol. [Internet] 2009 [Consultado 14 Nov 2016]; 5(12):71-88. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111899006>
18. Arguello M, Bautista Y, Carvajal J, de Castro K, Díaz D, Escobar M, et al. Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga. Rev. Psi. Universidad de Antioquia [Internet]. 2009 [Consultado 14 Abr 2017];1(2):27-41. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2145-48922009000100003 &script=sci_abstract&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2145-48922009000100003&script=sci_abstract&tlng=en)
19. Vergara, Quintero MDC, Vélez Álvarez C, Vidarte Claros JA, Nieto Ramírez JO. Representaciones sociales que orientan la experiencia de vida de algunos grupos de jóvenes de la ciudad de Manizales frente al riesgo en el año 2006. Hacia la promoción de la salud [Internet]. 2007 [Consultado 13 Abr 2017]; (12):145 - 163. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a11.pdf>

20. Departamento nacional de planeación. DNP. Documento CONPES, 147[Internet]. Bogotá Colombia: Departamento nacional de planeación. 2011. [Revisado 14 Nov 2016]. Disponible en:
http://www.ins.gov.co/normatividad/Lineamientos%20Sector/DOCUMENTO%20CONPES%20SOCIAL%20147%20DE%202012.pdf?Mobile=1&Source=%2Fnormatividad%2F_layouts%2Fmobile%2Fview%2Easpx%3FList%3D9a3eed1%252Dadb1%252D4363%252D8458%252Da3cd9d2b4835%26View%3D355f8e3f%252D6790%252D4274%252Db220%252De120c0705df6%26CurrentPage%3D1
21. Moreno-San Pedro E, Roales-Nieto JG. El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias de salud. Rev Int Psicol Ter Psicol [Internet]. 2003 [Consultado 14 Abr 2017] ;3(1):91-109. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105>
22. Cáceres D, Salazar I, Varela M, Tovar J. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. Univ. Psychol. [Internet] 2006 [Consultado 13 Abr 2017]; 5(3):521-534. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750308>
23. Rodríguez-Espinosa H, Restrepo-Betancur IF, Deossa-Restrepo GC. Conocimientos y prácticas sobre alimentación, salud y ejercicio en universitarios en Medellín. Pers. Nutr. Hna. [Internet]. 2015 [Consultado 13 Mar 2017]; 17(1):36-54. Disponible en:
<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/nutricion/article/.../21065>

24. Salazar-Torres IC, Varela-Arévalo MT, Lema-Soto LI, Tamayo-Cardona JA, Duarte-Alarcón C. Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. *Rev. Salud pública* [Internet]. 2010 [Consultado 13 Abr 2017];12(4):599-611. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33281>
25. Pastor Y, Balaguer I, García-Merita M. Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*. [Internet] 2006 [Consultado 12 Nov 2016];18(1):18-24. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3170>
26. Duarte-Carranza E, Anderson-Nedrick G. Programa de autocuidado para el mejoramiento de la calidad de vida de atletas universitarios. *Rev. enfermería actual de costa rica* [Internet]. 2013 [Consultado 13 Abr 2017]; (25):1-13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44829445005>
27. Arrivillaga M, Salazar IC, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Rev. Col. Med.* [Internet] 2003 [Consultado 13 Nov 2016]; 34(4): 186-195. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/283/28334403.pdf>
28. Ariza-Arizal SM. Impacto del programa sobre salud sexual y reproductiva de la dirección local de salud de envigado en adolescentes atendidos en Biosigno-Envigado Año 2007. [Tesis de Maestría]. Medellín: Universidad CES; 2007.
29. Figueroa-Varela MDR, Careaga-Pérez G. La opción de la reconfiguración estética: estudio en jóvenes universitarias. *La ventana*. [Internet] 2013

- [Consultado 13 Abr 2017]; 37:324-360. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88428978013>
30. Schutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes de las Américas: implicaciones en programas y políticas [Internet] Washington, D. C OPS; 2003. [Revisado 14 Nov 2016]. Disponible en:
<http://search.bvsalud.org/cvsp/resource/es/lil-356115>
31. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el caribe: desafíos para la próxima década. Salud.públ.Mex [Internet]. 2003 [Consultado 13 Mar 2017]; 45(1):132-139. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609517>
32. Pérez-Bonilla M, Palenzuela-Paniagua S, Pérula-De Torres L, Ruiz- Moral R, C. P-DT, C. J-G. Salud autopercebida por los jóvenes y factores sociodemográficos y conductuales asociados. Med fam andal [Internet]. 2014 [Consultado 13 Nov 2016]; 15(1):11-37. Disponible en:
http://www.samfyc.es/Revista/PDF/V15n1/v15n1_03_original.pdf
33. Durá-Ros MJ. Estilos de vida y conductas de riesgo de los adolescentes universitarios. Rev. Reduca [Internet]. 2010 [Consultado 13 Abr 2017]; 2(1):680-695. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/203/225>
34. Rocha-Rodríguez MDR, Amaya-González C, Juárez-Quintero E, Olvera-Martínez A, Márquez-Ponce PA, Rosales-Guevara S, et al. Agencia de autocuidado en alumnos de nuevo ingreso en la unidad académica multidisciplinaria zona media. Rev. Ciencia y enfermería [Internet]. 2015

- [Consultado 15 Mar 2017];21(1):103-113. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100010
35. Rebolledo-Oyarzo DP. Autocuidado en los estudiantes de la carrera de enfermería de la universidad del Bío Bio: un análisis según el modelo de autocuidado de Dorothea Orem.[Tesis Doctoral]. Valdivia: universidad Austral de Chile; 2010. Disponible en:
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmr292a/doc/fmr292a.pdf>
36. Gallo N, Molina A. Evaluación de impacto proyecto salud sexual y reproductiva de adolescentes en Medellín, "Sol y luna" componente cualitativo, 2008. Rev. salud públ. [Internet] 2008. [Consultado 11 Nov 2016]. Disponible en:
http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/7855/1/GalloNancy_2009_Evaluaci%C3%B3nImpactoProyecto.pdf
37. Gonzales JI, Sarmiento A, Alonso CE, Angúlo R, Espinosa FA. Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad sobre la autopercepción en la salud: análisis para el caso de Bogotá. Rev. Gerencia y políticas de la salud [Internet]. 2005 [Consultado 14 Abr 2017] ;4(9):120-140. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000187&pid=S1657-7027200900010000800066&lng=en
38. Tobón O. El autocuidado. Una habilidad para vivir. [Internet] Bogotá DC: Universidad de Caldas; 2007. Disponible en:
<http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>

39. De-Roux G. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. *Educ. med. salud.*[Internet] 1994 [Consultado 13 Abr 2017] ;28(2):223-233. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/prevencion_y_promocion.pdf
40. Escobar-Potes MDP, Franco-Peláez ZR, Duque-Escobar JA. El autocuidado: un compromiso de la formación integral en educación superior. *Hacia la promoción de la salud* [Internet]. 2011 [Consultado 13 mar 2017];16(2):132 - 146. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126696010>
41. Sandoval-Pérez CJ. El autocuidado, el valor del autocuidado como estilo de vida saludable. *Rev. Corporeizando* [Internet]. 2010 [Consultado 13 Nov 2016] ;1(4):72 – 82. Disponible en: <http://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/corporeizando/article/view/694>
42. Uribe-J TM. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 1999 [Consultado 13 Nov 2016];17(2):109-118. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16870/14608>
43. Alvarado-García A. La ética del cuidado. *Aquichan* [Internet]. 2004 [Consultado 13 Abr 2017];4(4):30-39. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16870/14608>
44. Renpenning K, Taylor S. *Self-care theory in nursing: selected papers of Dorothea Orem* [Internet]. Springer publishing company. 2003 [Consultado 13

Nov 2016]:223-224. Disponible en:

<https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=fJldD3Tmko0C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Self->

[care+theory+in+nursing:+selected+papers+of+Dorothea+Orem&ots=1Hiv70ijNa&sig=GUHwG4HyzAXEn_anx8Dh7TdMrjo#v=onepage&q=Self-](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=fJldD3Tmko0C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Self-care+theory+in+nursing:+selected+papers+of+Dorothea+Orem&ots=1Hiv70ijNa&sig=GUHwG4HyzAXEn_anx8Dh7TdMrjo#v=onepage&q=Self-)

[care%20theory%20in%20nursing%3A%20selected%20papers%20of%20Dorothea%20Orem&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=fJldD3Tmko0C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Self-care%20theory%20in%20nursing%3A%20selected%20papers%20of%20Dorothea%20Orem&f=false)

45. Maya-S LH. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida

[Internet]. Costa Rica: Fundación latinoamericana de tiempo libre y recreación;

2001. [Consultado 13 Abr 2017] Disponible en:

<http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>

46. Choque-Larrauri R. Comunicación y educación para la promoción de la salud

[Internet]. Lima-Perú; 2005. [Consultado 13 Mar 2016]. Disponible en:

<http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>

47. Mccoll C, Amador C, Aros B, Lastra C, Pizarro S. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de

la universidad de Valparaíso. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2002 [Consultado 13 mar 2017];73(5):478-482. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000500005

48. Meda-Lara RM, Torres-Yáñez P, Cano-Guzmán R, Vargas-Salomón R.

Creencias de salud-enfermedad y estilos de vida en estudiantes universitarios.

- Rev. Psic.Salud [Internet]. 2004 [Consultado 13 Abr 2017];14(2):205-214.
Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/842/1552>
49. Rodrigo M, Máiquez M, García M, Mendoza R, Rubio A MA, et al. Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. Psicothema [Internet]. 2004 [Consultado 13 May 2017];16(2):203-210. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1183>
50. Lemos-Giraldez S, Fidalfo-Aliste A. Conductas de riesgo cardiovascular en población universitaria. Psicothema [Internet]. 1993 [Consultado 13 abr 2017]; 5(2): 337-350. Disponible en: <http://www.psicothema.es/pdf/887.pdf>
51. Araya C, Solis B, Oliva P, Calvacho P, Vidal P. Descripción de factores de riesgo para la salud general en estudiantes de tercer año de las carreras del área de la salud y humanistas de la universidad de concepción, año 2007. Rev. Ciencia ahora [Internet]. 2008 [Consultado 13 Feb 2017]; 21(11):19-27. Disponible en: <https://scholar.google.com/scholar?cluster=3569397551889744085&hl=en&oi=scholar>
52. Castaño-Castrillón J, Páez-Cala M. Estilos de vida y salud en estudiantes de la facultad de medicina de la universidad de Manizales 2008. Archivos de medicina [Internet]. 2009 [Consultado 13 Abr 2017];9(2):146-164. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2738/273820455007/>
53. Ribeiro-Rodriguez E, Cheik N, Mayer A. Nivel de atividade física e tabagismo em universitarios. Rev. saúde publica [Internet]. 2008 [Consultado 20 Mar 2017];42(4):672-678. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000400013&script=sci_abstract&tlng=es

54. Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Duran-Muñoz C, Reyes H, Durán-Arenas L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. Rev. Saúde. Pública [Internet]. 2006 [Consultado 13 Abr 2017];40(5):792-801. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000600008&script=sci_abstract&tlng=es
55. Núñez-Rojas AC. Jóvenes universitarios y salud. "Vivir la universidad" [Internet]. Manizales, Colombia: universidad de Manizales; 2004 [Consultado 13 Abr 2017]. Disponible en:
<http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/handle/6789/356>
56. Martin-Monzón I. Estrés académico en estudiantes universitarios. Apuntes de psicología [Internet]. 2007 [Consultado 13 Nov 2016]; 25(1):87-99. Disponible en: http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL25_1_7.pdf
57. Molina-García J, Castillo-I PC. Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios. Eur J Sport Sci [Internet]. 2007 [Consultado 13 Abr 2017];18:79-91. Disponible en:
https://www.uv.es/icastill/documentos/2007.MolinaCastilloPablos07_Motricidad.pdf
58. Cabrera-A D, Tascón-G J, Lucumí-C D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Rev. Fac. Nac. Salud pública [Internet]. 2001

- [Consultado 13 Abr 2017];19(1):91-101. Disponible en:
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/906>
59. Becker M. The health belief model and personal health behavior. *Health education monographs*. 1974;2(4):326-7.
60. Posada-Lecompte M. Adaptación de estudiantes de primeros semestres de psicología al ambiente universitario [Tesis de maestría]. Universidad cooperativa de Colombia 2006.
61. Becerra-Heraud S. Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. *Rev. Psic. Deporte* [Internet]. 2013 [Consultado 13 Abr 2017];31(2):287-314. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337829525006>
62. Muñoz M, Cabieses B. Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro?. *Rev Panam salud pública* [Internet]. 2008 [Consultado 13 Abr 2017];24(2):139–46. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n2/a09v24n2.pdf>
63. Velásquez M, Torres Neira D, Sánchez-Martínez H. Análisis psicológico de la actividad física en estudiantes de una universidad de Bogotá, Colombia. *Rev. Salud publica* [Internet]. 2006 [Consultado 13 Abr 2017];8(2):1-12. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8s2/v8s2a01.pdf>
64. Ministerio de salud y protección social. Plan decenal de salud pública 2012-2021: la salud en Colombia la construyes tú [Internet]. Bogotá: Ministerio de salud y protección social Colombia; 2013 [Consultado 16 Nov 2016].

Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

65. Muñoz-González G. Temas y problemas de los jóvenes colombianos al comenzar el siglo XXI. Rev. Lat. ciencias sociales niñez y juventud [Internet]. 2003 [Consultado 13 Nov 2016] 1(1):145-180. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2003000100006
66. Dirección del Sistema Nacional de Juventud, Colombia Joven. Estatuto de Ciudadanía Juvenil. [Internet]. Bogotá, Colombia: Presidencia de la República; 2013 [Consultado 15 Abr 2017]:49. Disponible en: <http://www.colombiajoven.gov.co/atencionaljoven/Documents/estatuto-ciudadania-juvenil.pdf>
67. Constitución política colombiana. Asamblea Nacional Constituyente. Bogotá, Colombia, 6 de Julio de 1991.[Consultado 13 Nov 2017].
68. Ministerio de salud y protección social. Plan decenal de salud pública 2012-2021: la salud en Colombia la construyes tú [Internet]. Bogotá: Ministerio de salud y protección social Colombia; 2013 [Consultado 16 Nov 2016].
Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

69. Ministerio de la protección social. Guía de implementación de Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes 2 ed [Internet]. Bogotá, Colombia: Ministerio de la protección social; 2008. [Revisado 13 Nov 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Modelo%20de%20servicios%20de%20salud%20amigables%20para%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes.pdf>
70. Universidad Nacional de Colombia. Perfil sociodemográfico de los estudiantes 2005 [Internet]. Oficina de planeación: Medellín; 2005 [Revisado 13 Nov 2016] Disponible en <http://planeacion.medellin.unal.edu.co/images/documentos/perfil2005.pdf>
71. Nieto López E, Montoya GM, Cardona EM, Bermúdez LF. Perfil sociodemográfico y laboral de los odontólogos en la ciudad de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet] 2000 [Consultado 13 Abr 2017]; 18(2): 41-53. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/987>
72. Orozco-Castillo ML, Velásquez-Gutiérrez VF. Caracterización del riesgo familiar en familias de estudiantes del programa de enfermería, de una universidad pública. Hacia la promoción salud [Internet]. 2012 [Consultado 14 May 2017]; 15(1): 78 – 91. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a06.pdf>
73. Hu F B. Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. Curr Opin Lipidol [Internet]. 2002 [Consultado 13 Nov 2016]; 13(1): 3-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11790957>

74. Dura-Trave T, Castroviejo-Gandarias A. Adherence to a Mediterranean diet in a college population. *Nutr Hosp* [Internet]. 2011 [Consultado 11 Nov 2016]; 26(3): 602-608. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21892581>
75. Hernán M, Ramos M, Fernández A. Salud y juventud [Internet]. Concejo de juventud de España. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2001. [Revisado 13 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=19&tipo=documento>
76. Cooke R, Papadaki A. Nutrition label use mediates the positive relationship between nutrition knowledge and attitudes towards healthy eating with dietary quality among university students in the UK. *Appetite* [Internet]. 2014 [Consultado 12 Abr 2017];83:297-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25218881>
77. Troncoso PC, Amaya P. Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2009 [Consultado 14 Mar 2017];36:1090. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000400005
78. Sánchez-Ojeda MA, De Luna-Bertos E. Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015 [Consultado 13 Nov 2016];31:1910. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8608.pdf>
79. Durán AS, Rodríguez M del P, Record CJ, Barra RR, Olivares HR, Tapia AA, et al. Autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios de Chile

- y Panamá. Rev Chil Nutr [Internet]. 2013 [Consultado 14 Nov 2016];40:26-32.
Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182013000100004
80. Ratner-G R, Hernández-J P, Martel-A J, Atalah-S E. Calidad de la alimentación y estado nutricional en estudiantes universitarios de 11 regiones de Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2012 [Consultado 15 Nov 2016]; 140: 1571-1579
Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001200008
81. Ballén A, Riveros F. Satisfacción de la imagen corporal en universitarios que cuentan con el 10% del cuerpo tatuado y universitarios no tatuados. Informes Psicológicos [Internet]. 2015 [Consultado 15 Abr 2017];15(2): 67. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/5686>
82. Organización mundial de la salud. La salud de los jóvenes. Discusiones técnicas de la asamblea mundial de la salud [Internet]. Ginebra: Organización mundial de la salud; 1988. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/202360/1/WHA42_TD-1_spa.pdf
83. Zaborskis A, Zemaitiene N, Borup I, Kuntsche E, Moreno C. Family joint activities in a cross-national perspective. BMC Public Health [Internet]. 2007 [Consultado 14 Nov 2016]; 7:94. Disponible en:
https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/23188/file_1.pdf?sequence=1
84. Indán G. Plan de salud país Vasco 2002-2010 [Internet]. Madrid: Comunidad autónoma del país Vasco; 1994. [Consultado 11 Nov 2016] Disponible en:

- http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf
85. Mackay J, Eriksen M P. The Tobacco Atlas W. H. O [Internet]. A. C. Society 2006 [Consultado 14 Abr 2017] Disponible en:
<http://www.tobaccoatlas.org/about/>
86. Ramos Valverde M P. Estilos de vida y salud en la adolescencia [Tesis Doctoral]. Universidad de Sevilla, Sevilla; 2009. Disponible en:
<http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/1162/estilos-de-vida-y-salud-en-la-adolescencia/>
87. Colomer-Revuelta J. Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Manual de actividades preventivas en la infancia y la adolescencia. Madrid. 2011.
88. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos básicos en promoción de la salud. [Internet]. Ginebra: Organización mundial de la salud;1998.
[Revisado 12 Nov 2016] Disponible en:
<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
89. Cabrera-García VE, Salazar-Arango PA, Docal-Millán MC, Aya-Gómez VL, Ardila-Chacón MM, Rivera R. Estilo de vida de los jóvenes y las necesidades de educación sexual [Internet]. Procuraduría General de la Nación Instituto de Estudios del Ministerio Público: Colombia; 2013.[Revisado 12 Mar 2017].
Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/articles-340716_archivo_pdf.pdf

90. Ministerio de salud y protección social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS 2015. [Internet]. Ministerio de salud y protección social: Colombia; 2015. [Consultado 14 Nov 2016] I:288,289. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
91. Díaz-Cárdenas S, González-Martínez F, Ramos-Martínez K. Historia de Embarazos en Estudiantes de Programas de Salud en una Universidad Pública del Caribe Colombiano. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2010 [Consultado 13 Nov 2016]; 3(3): 163-169. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000300004
92. Ortiz C, Viafara G. Prevalencia de embarazo no deseado y modo de resolución en estudiantes universitarios: adolescentes y adultos jóvenes en Cali, Colombia en relación a la percepción de la calidad de educación sexual recibida. Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc [Internet]. 2003 [Consultado 13 Abr 2017]; 10(1):13-8. Disponible en: <https://www.cemera.cl/sogia/pdf/2003/X1prevalencia.pdf>
93. Martínez Villa AR. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento en los adolescentes varones acerca del auto examen del testículo, en el diagnóstico precoz y la prevención del cáncer de testículo. Adolesc. Saude, Rio de Janeiro [Internet]. 2015 [Consultado 13 Mar 2017]; 12 (2): 29-34. Disponible en: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=511
94. Díaz JMO, Manrique-Abril FG, Vega NA, Pacheco ALM, Ariza NER. La no realización del autoexamen de mama en Tunja, Colombia. Rev Enfermería

- Global [Internet].2011 [Consultado 14 Abr 2017]; 10(3):30-40. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300003
95. Martínez D, Sáez P. Conductas de autocuidado en estudiantes universitarios residentes del complejo de hogares Huachocopihue de la UACH, [Tesis Doctoral]. Chile Univ. 2006.
96. Acosta S, Ibáñez E, Alfonso A, Cifuentes L, Gamba S, Mojica C, et al. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. NOVA. Publicación Científica en ciencias biomédicas [Internet]. 2010 [Consultado 15 Mar 2017];8:13. Disponible en:
http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA13_ARTORIG3.pdf
97. Fajardo-Zapata, AL. Conducta frente a la toma de la citología vaginal en estudiantes de enfermería superior pertenecientes a una institución educativa de la ciudad de Bogotá (Colombia). Archivos de Medicina [Internet]. 2013 [Consultado 15 Nov 2016];14(1):83-91. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273832164008>
98. Figueroa-Solano NM. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de barranquilla. [Tesis Maetría]. Universidad nacional de Colombia: Facultad de medicina. 2011. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4184/1/597696.2011.pdf>
99. Carmona M. ¿Negocian las parejas su sexualidad? Significados asociados a la sexualidad y prácticas de negociación sexual. Rev. Estud. Fem [Internet]. 2011

- [Consultado 15 Marx 2017];19(3): 801-821. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2011000300008
100. González E, Molina E, Montero A, Martínez V, Leyton C. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. Rev Med Chile [Internet]. 2007 [Consultado 13 Mar 2017];135:1261-1269. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001000005
101. Sheiham, A. Oral health, general health and quality of life. Bull WHO [Internet]. 2005 [Consultado 15 May 2017];83(9): 644. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626333/pdf/16211151.pdf>
102. Arévalo SJ, Félix-Rivera MC, Rivera I, Sánchez F. Situación de la salud bucal de la población universitaria hondureña. Rev Med Hondur [Internet]. 2005 [Consultado 15 May 2017]; Vol. 73:161,165. Disponible en:
<http://ns.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-4-2005-3.pdf>
103. Tascón JE, Cabrera GA. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. Colomb. Med [Internet]. 2009 [Consultado 14 Abr 2017];36(2):140-145. Disponible en:
<http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/335/1115%20>
104. Piédrola Gil et al. Medicina preventiva y salud pública. [Internet] Barcelona: Elsevier-Masson; 2008 [Consultado 11 Nov 2016]; 3-14. Disponible en:

<http://booksmedicos.me/medicina-preventiva-y-salud-publica-piedrola-gil-11a-edicion/>

105. Bray J.J.H, Adams G.J, Ges J.G, McQueen A. Individuation, peers, and adolescent alcohol use: A latent growth analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [Internet]. 2003 [Consultado 15 Abr 2017];71(3):553-564. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12795578>
106. García V, Ramos M, Hernán M, Gea T. Consumo de tabaco y hábitos de salud en los adolescentes de Institutos de Enseñanza Secundaria pública en Granada. *Prevención del Tabaquismo* [Internet]. 2001 [Consultado 14 Mar 2017]; 3 (4): 215-23.
107. Flórez L, Hernández L. Evaluación del estilo de vida [Internet]. *Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud*. 1998. [Consultado 14 Abr 2017] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1794-47242007000200005&caller=www.scielo.org.co&lang=en>

Anexo 1 Encuesta de recolección de información:

**SITUACIÓN DE SALUD PÚBLICA Y CREENCIAS DE SALUD DE LOS
JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA
LASALLISTA®**

Objetivo: Caracterizar la situación de salud pública y las creencias de salud de los estudiantes de los programas de pregrado de la Corporación Universitaria Lasallista® 2017

Es importante que conteste con mucha sinceridad este cuestionario, de ello dependerá la pertinencia de la línea basal que se construirá para el diseño y ejecución futuros de los programas que la Corporación Universitaria Lasallista® impulse, pensando en su bienestar.

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

1. En cuál ciudad vivía antes de ingresar a la universidad:

2. Cuál es el barrio en el que habita en el área Metropolitana:

3. Cuál es el programa que cursa actualmente:

4. Edad en años cumplidos: _____

5. Sexo

1. Masculino

2. Femenino

3. Otro:___ ¿Cuál?:_____

6. Estado civil:

1. Soltero
2. Unión libre
3. Casado
4. Separado
5. Viudo

7. ¿En qué ocupa la mayor parte de su tiempo?

1. Estudiando
2. Trabajando
3. Ambas

8. Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

1. Si _____ 2.No_____

9. Si se encuentra afiliado al SGSSS a través de qué régimen:

1. Régimen contributivo
2. Régimen subsidiado
3. Régimen especial

10. Cuando requiere servicios de salud accede a ellos **principalmente a través de:**

1. EPS-IPS
2. Medicina prepagada
3. Consulta particular
4. Otro, Cuál:_____

11. Utiliza los servicios de salud a los que tiene derecho:

1. Si _____ 2.No _____

12. Si **NO** utiliza los servicios de salud, cuál es la razón principal para no asistir

1. Malas experiencias
2. El centro de atención esta muy lejos
3. La cuota moderadora es muy cara
4. No confía en los prestadores del servicio
5. Prefiere auto medicarse
6. Ir a la farmacia
7. Otra Cuál _____

13. En que circunstancias utiliza los servicios de salud:

1. En urgencias
2. En accidentes
3. Para control
4. Ocasionalmente, cuando se siente enfermo.

14. Con quien vive mientras cursa sus estudios universitarios.

1. Familia nuclear (padre, madre, hermanos) _____
2. Familia extensa (padre, madre, hermanos abuelo, tíos, primos) _____
3. Familia monoparental (padre o madre) _____
4. Personas sin relación de parentesco (amigos o conocidos, casa de familia) _____

5. Familia propia (esposa, hijos) ____

6. Empleada doméstica ____

7. Solo ____

HÁBITOS ALIMENTARIOS

15. ¿Hace usted algún tipo de dieta?

1. Si _____ 2.No _____

16. Si usted hace dieta, ¿cuál es el objetivo de la dieta?:

1. Bajar de peso.
2. Reducir el riesgo de enfermedades del corazón.
3. Mantener la salud.

17. En caso de hacer Dieta, ¿la hace por prescripción médica?

1. Si _____ b. No _____

18. Con base en lo que usted come en una día promedio, ¿Cómo consideraría su alimentación?

1. Omnívora (carne, lácteos, frutas-vegetales, cereales, granos).
2. Macrobiótica / Semi-vegetariana.
3. Ovo-lacteo-vegetariana.
4. Lacteo-vegetariana.
5. Vegana estricta.

19. En una **semana** típica, ¿cuántos días usted come frutas? _____.

- 20.** Los días en los que usted come frutas, ¿en promedio cuantas porciones come ese día? (por porción se entiende una fruta completa o equivalente: un banano, una manzana, cuatro fresas, una tajada de piña):_____.
- 21.** En una semana típica, ¿cuántos días usted come vegetales? _____.
- 22.** Los días en los que usted come vegetales, en promedio ¿cuántas porciones come ese día? (en tazas: ensalada, vegetales salteados, guarniciones):_____.
- 23.** En promedio, de las 21 comidas posibles de los siete días de la semana (desayuno, almuerzo y comida) ¿Cuántas de estas come en casa? (0 a 21): _____.
- 24.** Los alimentos que usted consume (desayuno, almuerzo y comida); ¿Quién está encargado de cocinar la mayoría de los alimentos que consume?
1. Usted.
 2. Alguien con quien usted vive (familiar, pareja, compañeros, empelada domestica).
 3. Come siempre por fuera de casa en restaurantes, cafeterías, etc.
 4. Ninguno en particular.
- 25.** ¿Cuál es el tipo de grasa o aceite que más se utiliza para la preparación de comidas en donde usted se alimenta con más frecuencia?
1. Aceite vegetal (girasol, canola, ajonjolí, coco, almendras).
 2. Mantequilla.
 3. Aceite de oliva.
 4. Manteca.
 5. Ninguna en particular.

6. Desconoce.

26. ¿Utiliza el salero en la mesa?

1. Si_____ b. No_____

27. ¿Le gusta adicionar sal a las comidas?

1. Si_____ b. No_____

28. Acostumbra a comer alimentos entre comidas (algos, medias mañanas, medias tardes, meriendas).

1. Si _____ 2.No_____

29. Si la respuesta a la pregunta anterior fue SI (come entre comidas), ¿cuál grupo de alimentos **predomina**?

1. GRUPO A: Buñuelos, empanadas, pastel de pollo, almojábanas, pandequeso, dedos de queso.
2. GRUPO B: Paquetes de papitas, choclitos, doritos, boliquesos, de Todito, chitos.
3. GRUPO C: Chocolatinas, pasteles, tortas, dulces, brownies, bombones, helados, paletas.
4. GRUPO D: Jugos Hit, Tutti Frutti; Jugos en cajita-botella "del Valle", Country Hill, Alpina. Gaseosas, Bebidas energizantes.
5. GRUPO E: Fruta, alimentos ricos en fibra, cereales, granola, frutos secos, maní, ensaladas.

30. Cuantas veces en el día consume alimentos

1. Una vez
2. Dos veces
3. Tres veces

4. Cuatro veces

5. Cinco veces

6. Más de cinco

31. ¿Se ha realizado en el último año una valoración del estado nutricional con médico o nutricionista?

1. Si _____ 2. No _____

32. Sabe interpretar la información nutricional al reverso de los productos alimenticios.

1. Si _____ 2. No _____

ESTÉTICA

33. Esta satisfecho con su imagen corporal

1. Si _____ 2.No _____

34. Si **NO** está satisfecho con su imagen corporal, ¿qué ha hecho para mejorarla?

1. Dieta

2. Ejercicio

3. Cirugía

4. Prótesis

5. Maquillaje permanente

6. Otra Cuál _____

35. Usted se ha realizado en su cuerpo alguna de las siguientes modificaciones corporales (**puede elegir varias, al frente de cada uno indique el número que presenta en su cuerpo**).

1. Tatuajes: _____
2. Piercings: _____
3. Escarificación: _____
4. Expansiones: _____
5. ¿Otra cual? _____

MORBILIDAD GENERAL

36. ¿Qué es para usted la salud?

- a. Ausencia de dolor y enfermedad
- b. Bienestar
- c. Capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana
- d. Otra ¿Cuál? _____

37. ¿Cómo considera su salud?

1. Mala.
2. Regular.
3. Buena.
4. Muy buena.
5. Excelente.

38. Cuáles prácticas usted realiza habitualmente para mantener su salud (puede marcar varias opciones)

1. Higiene personal
2. Actividad física

3. Seis horas de sueño o más
4. Recreación y deporte
5. Dieta balanceada.
6. No consumir cigarrillo, alcohol, otras sustancias psicoactivas
7. Mantener buenas relaciones con la familia y amigos.

39. En el último año, ¿usted ha sufrido alguna infección aguda?

	Tipo de Infección	si	no	1	2	3	vec
1	Resfriado común						
2	Faringitis						
3	Bronquitis						
4	Sinusitis						
5	Diarreas						
6	Infección de vías urinarias						
7	Infección de piel						
8	Infección de oído (otitis)						

9	Otras: _____						
0	Ninguna						

40. En los últimos seis meses ha sufrido alguna intoxicación alimentaria (diarrea o alergia, en donde se identificó un alimento específico como causante):

1. Si _____ 2.No_____

41. En su criterio ¿Cuáles son las tres enfermedades más frecuentes que aquejan a los jóvenes?

a. _____

b. _____

c. _____

ENFERMEDADES CRÓNICAS

42. Le ha diagnosticado su médico alguna de las siguientes enfermedades crónicas (puede marcar varias):

1. Alergias
2. Dolor lumbar
3. Asma
4. Hipoglicemia
5. Diabetes-hiperglicemia

6. Hipertensión arterial
7. Obesidad
8. Colon irritable
9. Gastritis / Enfermedad por reflujo.
10. Enfermedades autoinmunes (Artritis, Lupus, otras...)
11. Cáncer (Cuál_____)
12. Otra Cuál _____
13. Ninguna

43. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades mentales:

1. Depresión
2. Trastorno afectivo bipolar
3. Trastornos por uso de sustancias psicoactivas.
4. Esquizofrenia.
5. Déficit de atención e hiperactividad.
6. Dificultades de aprendizaje.
7. Otra Cuál _____
8. Ninguna

44. Le han diagnosticado alguna de las siguientes discapacidades (marque las respuestas que considere)

1. Visual
2. Auditiva
3. Motora
4. Mental
5. Lenguaje

6. Ninguna

REDES DE APOYO

45. Cuando le pasan cosas buenas o malas siente que puede contar con: (seleccione las dos opciones que usted considera más importantes)

1. Familia ()
2. Pareja ()
3. Personas con las que convive ()
4. Amigos ()
5. Compañeros de estudio ()
6. Miembros de grupos deportivos ()
7. Asesor o consejero ()
8. Jefe o superior ()
9. Docente ()

46. ¿Cómo considera sus relaciones familiares? (Marca con una X la **más importante**)

1. Conflictivas
2. Estables
3. Ocasionales
4. Armoniosas
5. Amigables
6. Cercanas
7. Distantes

8. Otra ¿Cuál? _____

47. Califique las siguientes afirmaciones sobre su familia

Afirmaciones	C asi	A lgunas	C asi
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos			

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

48. Alguna vez en su vida ha fumado cigarrillo:

1. Si _____ 2.No _____

Si usted **NO FUMA** pase a la pregunta **55**

49. En el último año ha fumado tabaco/cigarrillo?

1. Si _____ 2.No_____

50. En el último mes ha fumado tabaco/cigarrillo.

1. Si _____ 2.No_____

51. Con que frecuencia fuma:

1. Ocasionalmente

2. Diariamente

3. Los fines de semana

52. Si fuma cigarrillo, a que edad fumó por primera vez

1. Menos de 7 años

2. Entre 7 y 12 años

3. Entre 12 y 18

4. Más de 18 24 años

5. Más de 24 años

53. Si usted es fumador actualmente, ¿Ha intentado dejar de fumar?:

1. Si _____ 2.No_____

54. Usted fuma cuando

1. Se siente ansioso

2. Está con amigos
3. Antes de un examen
4. En cualquier momento
5. Otro Cuál _____

55. ¿Usted ha consumido sustancias psicoactivas diferentes al cigarrillo o alcohol alguna vez en su vida?

1. Si _____ 2.No _____

Si usted **NO HA CONSUMIDO** sustancias psicoactivas pase a la **pregunta 59**

56. Marque con una X cuál o cuáles de las siguientes sustancias ha consumido
(marque varias, según el caso) seleccionando la frecuencia con que consume dicha sustancia (Alguna vez en la **Vida**: [V]; en el último **Año** [A]; en el último **Mes** [M]).

1. [V]-[M]-[A]: Marihuana (*bareta, ganlla, mota*)
2. [V]-[M]-[A]: Cocaína (*perico, nieve*)
3. [V]-[M]-[A]: Bazuco (*crack, susto*)
4. [V]-[M]-[A]: Éxtasis (*“pepas”, XTC, Molly*).
5. [V]-[M]-[A]: Hongos (*Psilocibes spp; Amanita spp*)
6. [V]-[M]-[A]: Ácidos (*LSD; papeles*).
7. [V]-[M]-[A]: Cacao Sabanero (*borrachero*)
8. [V]-[M]-[A]: Yagé (*Ayahuasca*)
9. [V]-[M]-[A]: Anfetaminas (*meth, cristales*)

10. [V]-[M]-[A]: Sustancias inhalables (*solución, boxer, sacol, gasolina, poppers, laidys*)
11. [V]-[M]-[A]: 2-CB (*tusi, coca rosa*)
12. [V]-[M]-[A]: Benzodiacepinas (*rivotril, roches, ruedas, rophynol*)
13. [V]-[M]-[A]: Ketamina (*Special K, Vitamina K*)
14. [V]-[M]-[A]: Opiaceos (*morfina, metadona, oxicodona, vicodina, percocet, heroína*).
15. [V]-[M]-[A]: Otra Cuál_____

57. Con qué frecuencia usted consume cualquier sustancia psicoactiva, diferente al alcohol:

1. Ocasionalmente
2. Diariamente
3. Los fines de semana

58. Usted consume estas sustancias cuando: (puede marcar varias);

1. Se siente ansioso
2. Esta con amigos
3. En las rumbas
4. Antes de un examen
5. En cualquier momento

59. ¿Alguna vez ha consumido licor en su vida?

1. Si _____
- 2.No _____

Si usted **NO HA CONSUMIDO LICOR** pase a la pregunta **68**

60. En el último mes ha ingerido licor

1. Si _____ 2.No_____

61. Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber

1. Si _____ 2.No_____

62. ¿Su forma de tomar ha afectado su trabajo, sus relaciones personales o familiares?

1. Si _____ 2.No_____

63.Cuál es la bebida alcohólica que prefiere

R./_____

64. Ha pensado alguna vez que debería dejar de beber

1. Si _____ 2.No_____

65. Usted consume bebidas alcohólicas cuando:

1. Se siente ansioso

2. Está con amigos

3. Antes de un examen

4. En cualquier momento

5. Otro Cuál _____

66. Usted consume bebidas alcohólicas hasta emborracharse (embriagarse).

1. Si _____ 2.No_____

67. En alguna ocasión lo primero que ha hecho en la mañana ha sido beber para calmar los nervios o liberarse de una resaca (guayabo)

1. Si _____ 2.No_____

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

68. ¿Alguna vez ha tenido una relación sexual con penetración vaginal?

1. Si _____ 2.No_____

SI ES MUJER POR FAVOR CONTESTE

De lo contrario pase a la pregunta 80.

69. Ha estado embarazada alguna vez

1. Si _____ 2.No_____

70. Está embarazada actualmente

1. Si _____ 2.No_____

71. Cuántos embarazos ha tenido

1. No he estado embarazada
2. Uno
3. Dos
4. Más de dos

72. Ha tenido abortos

1. Si _____ 2.No_____

73. Cuántos abortos ha tenido

74. Cuántos hijos ha tenido:

1. Sin hijos.

2. Uno

3. Dos

4. Más de dos

75. Sus embarazos han sido:

1. Planeados

2. No planeados

3. Nunca ha estado embarazada

76. Usted se realiza el auto examen de mama

1. Si _____ 2.No _____

77. Con que frecuencia se realiza el auto examen de mama.

1. Mensual

2. Semestral

3. Anual

4. Ocasionalmente

5. No se lo realiza

78. Se ha realizado la citología cervicouterina en el último año

1. Si _____ 2.No _____

79. Si se ha realizado la citología, ¿cuál fue el resultado de la última citología?

1. Normal
2. Anormal

(Pasa a la pregunta 86)

SI ES HOMBRE POR FAVOR CONTESTE

80. Su compañera ha estado embarazada alguna vez

1. Si _____
- 2.No_____

81. Su compañera está embarazada actualmente

1. Si _____
- 2.No_____

82. Cuantos hijos ha tenido

1. Sin hijos.
2. Uno
3. Dos
4. Más de dos

83. Los embarazos de su pareja(s) han sido

1. Planeados
2. No planeados
3. Nunca ha estado embarazada

84. Se realiza el auto examen de testículo

1. Si _____ 2.No_____

SIGUEN CONTESTANDO HOMBRES Y MUJERES

85. Conoce o ha escuchado hablar de algún método de anticoncepción (planificación familiar):

1. Si _____ 2.No_____

86. Qué métodos de anticoncepción conoce usted (puede seleccionar varios).

1. Esterilización femenina
2. Esterilización masculina.
3. Píldora.
4. DIU.(Dispositivo intrauterino o T)
5. Inyección.
6. Implantes subdérmicos, Norplant, Jadelle
7. Preservativo o condón.
8. Espuma, jalea, óvulos (métodos vaginales).
9. Método de amenorrea de la lactancia.
10. Abstinencia periódica, ritmo, calendario.
11. Eyaculación afuera.
12. Anillo vaginal
13. Otro. Cuál_____

87. Escriba el o los métodos de anticoncepción que **USTED USA** regularmente.

1. _____

2. No uso métodos anticonceptivos

88. Describa los métodos de planificación que **USA SU PAREJA** regularmente

1. _____

2. No usa métodos anticonceptivos

89. Recibió información al empezar a usar el Método de anticoncepción

1. Si _____ 2.No _____

90. Si recibió información quién se la dio

1. Personal de salud

2. Amigo

3. Familiar

4. Pareja

5. Otro Cuál _____

91. Quién cree que debe ser responsable de evitar el embarazo

1. La mujer

2. El hombre

3. Los dos

92.Cuál de las siguientes opciones describe mejor su orientación sexual

1. Homosexual

2. Heterosexual

3. Bisexual

4. Otro: Cual _____

5. No sabe

93. Si usted no ha tenido relaciones sexuales, señale la principal razón por la cual ha elegido no tener relaciones sexuales:

- 1.** No estoy emocionalmente listo para eso
- 2.** No quiero el riesgo de un embarazo
- 3.** No he conocido a nadie con quien quiera hacerlo
- 4.** No he tenido la oportunidad
- 5.** Miedo a las enfermedades
- 6.** Mis valores religiosos son contrarios a eso
- 7.** Los valores de mis padres son contrarios a eso
- 8.** Quiero esperar a ser mayor
- 9.** Quiero esperar a estar casado(a)
- 10.** Ninguna
- 11.** Otra
- 12.** ¿Cuál? _____

94. Con quién tuvo su primera relación sexual

- 1.** Esposo
- 2.** Novio
- 3.** Amigo
- 4.** Conocido
- 5.** Recién conocido
- 6.** Pariente
- 7.** Relación forzada-violación
- 8.** No recuerdo
- 9.** No ha tenido relaciones

95. Cuántos años tenía cuando tuvo la primera relación sexual

1. _____

2. No recuerdo

96. Cuanto tiempo estuvieron saliendo su pareja y usted antes de tener su primera relación sexual

1. Días /semanas

2. Meses

3. Años

4. No lo recuerdo

97. Conoce los signos y síntomas comunes de las infecciones de transmisión sexual

1. Si _____ 2.No _____

98. Conoce las maneras de protegerse de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA

1. Si _____ 2.No _____

99. De las siguientes opciones señale la que usted cree que le ofrece una mayor protección de adquirir una infección de transmisión sexual.

1. No tener penetración

2. Abstenerse de tener sexo

3. Usar condón en todas las practicas penetrativas

4. Ser una pareja mutuamente fiel

5. Evitar relaciones Sexuales con personas que tienen muchos compañeros sexuales.

6. Evitar tener Relaciones Sexuales con homosexuales.

7. Evitar Relaciones Sexuales con personas que se inyectan drogas intravenosas.
8. Evitar transfusiones de sangre.
9. Evitar compartir jeringas / cuchillas de afeitar.
10. No ser promiscuo.
11. Todas las anteriores
12. Otros, ¿cuáles?_____

100. ¿Cuándo se habla de sexualidad con qué lo relaciona? Escoja las dos más importantes para usted.

- a. Atractivo personal
- b. Reproducción
- c. Placer
- d. Cuerpo
- e. Erotismo
- f. Seducción
- g. Enamoramiento
- h. Relaciones sexuales intimas
- i. Pornografía
- j. Orientación o inclinación sexual
- k. Otra, cuál_____

SALUD ORAL

101. Ha recibido educación en salud oral

1. Si _____ 2.No _____

102. Marque al frente de cada ítem con una X, los hábitos que usted tiene:

1. Se come las uñas: _____
2. Con frecuencia se mete objetos duros a la boca (lapiceros, adornos, etc): _____
3. En el momento tiene algún piercing en la boca: _____
4. Consume café, té, chocolate, colas: _____
5. Consume bebidas energizantes (al menos una vez por semana): _____
6. Usted sufre de reflujo gastro-esofágico (agriera, ardor): _____

103. Señale los implementos que utiliza para su higiene oral

- a. Cepillo
- b. Crema dental
- c. Seda dental
- d. Enjuague oral
- e. Todos los anteriores

104. Con qué frecuencia se cepilla los dientes al día

- a. No se cepilla.
- b. Una vez.
- c. Dos veces.
- d. Tres veces.
- e. Cuatro o más.

105. Cuándo fue la última vez que asistió a la consulta odontológica

- a. Hace un mes
- b. Hace seis meses

c. Hace un año

d. Más de un año

106.Cuál fue la razón por la que asistió a la última consulta odontológica

a. Dolor

b. Trauma

c. Control de tratamiento

d. Revisión periódica

e. Otra Cuál_____

107. Cuáles de las siguientes enfermedades orales le han diagnosticado alguna vez.

1. Caries

2. Enfermedad de las encías (gingivitis, periodontitis)

3. Pulpitis o inflamación del nervio del diente

4. Tumores o quistes.

5. Mal-oclusión dental (mal cerrado de los dientes)

6. Bruxismo nocturno. (rechinar los dientes).

7. Fluorosis (manchas blancas)

8. Herpes simple (fuegos)

9. No le han diagnosticado ninguna

MANEJO DEL TIEMPO LIBRE

108. Cree que dispone de tiempo libre

1. Si _____ 2.No_____

109. ¿Conoce la oferta de actividades deportivas y culturales de la Universidad?

1. Si _____ 2.No _____

110. Señale las tres actividades que realiza más frecuentemente en su tiempo

libre.

7. Dormir

8. Leer

9. Rumbear

10. Compartir con amigos

11. Compartir con familiares

12. Compartir con la pareja

13. Pasear

14. Escuchar música

15. Deporte

16. Hablar por teléfono o chatear

17. Jugar en el celular o red social

18. Otra cuál _____

111. Qué actividades recreativas realizó el último fin de semana? (*Marque con una X todas las que corresponda*)

1. Practiqué deportes

2. Estuve en el computador

3. Fui a una fiesta o a bailar

4. Estuve compartiendo con amigos

5. Estuve compartiendo con la familia

6. Estuve compartiendo con la pareja

7. Salí a pasear

- 8. Vi TV
- 9. Escuche música
- 10. Fui a vitrinear o comprar
- 11. Fui al cine
- 12. Realicé actividades religiosas
- 13. Estuve leyendo
- 14. Otras ¿Cuáles?_____

EJERCICIO FÍSICO O DEPORTE

112. Usted practica ejercicio físico en forma regular

1. Si _____ 2.No_____

113. Si practica ejercicio cuantas veces lo hace a la semana

R./ _____

114. Qué clase de ejercicio físico o deporte practica regularmente

R./_____

Al practicar ejercicio consume bebidas hidratantes

1. Si _____ 2.No_____.

115. Si la respuesta es **SI**. ¿qué toma?

1. Agua

2. Gaseosa

3. Bebidas energizantes

4. Jugo

5. Agua – panela

6. Gatorade – Power Ade.

7. Otro Cuál _____

116. En qué lugar realiza el ejercicio físico con mayor frecuencia

1. Gimnasio

2. Escenarios deportivos

3. Parque

4. Casa

5. La calle

6. Otro Cuál _____

117. Utiliza la indumentaria necesaria para hacer ejercicio físico? (protección)

1. Si _____ 2.No _____

118. ¿Consume algún suplemento de proteína para aumentar la masa muscular?

1. Si _____ 2.No _____

119. La actividad física ¿la hace acompañado?

1. Si _____ 2.No _____

120. Tiene una rutina de ejercicio acorde a su capacidad física.

1. Si _____ 2.No_____

121. Ha tenido alguna vez una asesoría en el tema deportivo (entrenador, medico, educador físico)

1. Si _____ 2.No_____

122. ¿En el momento su actividad física es supervisada por algún profesional?

1. Si _____ 2.No_____

123. Actualmente o en el pasado, ¿Ha utilizado esteroides anabólicos, o inyecciones para aumentar la masa muscular?

1. Si _____ 2.No_____

124. Sabe usted cuánto ejercicio físico es saludable para mejorar su capacidad física.

1. Si _____ 2.No_____

125. Marca con una X los motivos por los cuales practica usted deporte (puede marcar varias opciones):

1. Por diversión y pasar el tiempo
2. Por encontrarme con amigos
3. Por hacer ejercicio físico
4. Por mantener la línea
5. Por evasión (escapar de lo habitual)
6. Por mantener y/o mejorar la salud
7. Porque compito en torneos

8. Tomo cursos para formarme en deportes

9. Otra razón, ¿Cuál? _____

NOTA: Esta investigación es considerada, como una investigación sin riesgo, según la resolución 08430 de 1993, pues solo hace uso de esta encuesta y de una entrevista para la recolección de la información.

Sus datos estarán en completa confidencialidad, para asegurarlo usted recibirá un sobre en el que debe depositar su encuesta al momento de ser diligenciada y solo se abrirá en el momento de la digitación de la información.

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

¹ Esta encuesta fue diseñada por los autores María del Pilar Cerezo Correa, María del Carmen Vergara Quintero, Eugenia Nieto Murillo, Olga Lucia Cifuentes Aguirre, José Hernán Parra Sánchez. Grupo de investigación en salud pública de la Universidad Autónoma de Manizales, 2008 y ajustado en 2015.

Anexo 2 Guía de preguntas grupos de discusión

**SITUACIÓN DE SALUD PÚBLICA Y CREENCIAS DE SALUD DE JÓVENES
UNIVERSITARIOS DE LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA
LASALLISTA®**

Guía de preguntas para Grupo de discusión

Percepciones y creencias de salud de Jóvenes Universitarios

Esta investigación pretende describir las percepciones y creencias de salud que tienen los estudiantes de todos los semestres y carreras en la Corporación Universitaria Lasallista, pretendiendo crear una línea de base que permita sustentar los programas, planes y proyectos dirigidos a la promoción de la salud y mejorar los estilos de vida de la población Universitaria.

Esta guía está basada en el modelo de creencias de salud formulada por Becker y otros, en 1974, este modelo contiene 4 variables de las cuales se desprenden las preguntas a continuación.

- Vulnerabilidad percibida y gravedad percibida, amenazas percibidas
- Beneficios percibidos, costos de la acción preventiva
- Claves de acción

- Factores modificantes

Listado de preguntas, guía para el manejo del grupo de discusión.

Creencias de salud

¿Para usted que es salud?

¿Qué significa para usted tener salud?

¿Qué hace que usted esté o no esté saludable?

¿Por qué se cuida la salud?

¿Qué valor le da a la salud?

Creencias del autocuidado

¿Qué piensan de sexualidad?

¿Qué piensan de las drogas?

¿Cree usted que el alcohol es una droga y por qué?

¿Cree usted que el cigarrillo es una droga y por qué?

¿Necesito alimentarme, por qué?

¿Qué es el estrés?, ¿qué hace usted cuando tiene estrés?

¿Hace usted actividad física o practica algún deporte?

¿Qué piensa usted de hacer ejercicio?

Autopercepción de la salud

¿Cree que usted es o no saludable y por qué?

¿Qué piensan de las actividades de promoción de la salud en su universidad?

Anexo 3 Matriz del análisis cualitativo

Pregunta	Grupo de discusión 1	Grupo de discusión 2	Grupo de discusión 3
<p>¿Qué es la salud para ti?</p>	<p>E1: Para mi salud es bienestar tanto corporal como mental</p> <p>E2: También pienso que pues es cuidarse no sólo físicamente y también mentalmente y si pues mantenerse bien para poder hacer todo bien.</p> <p>E4: Si es como bienestar, equilibrio emocional y físico</p> <p>E5: para mí la salud es estar bien, estar en condiciones óptimas para hacer todo</p> <p>E7: estar bien conmigo misma, mentalmente y físicamente</p>	<p>E1, yo pienso que la salud es la integridad de una persona, es decir el bienestar total de ella, espiritual, físico, mental,</p> <p>para mí eso es la salud</p> <p>E4, para mí la salud lo tiene que ver todo, ya que por ejemplo estamos pasando por un problema que es la contaminación, más que el bienestar es una cultura que queremos como seres humanos, la salud como cultura y bienestar.</p> <p>E2, para mí la salud es sinónimo de bienestar, si uno está bien, mentalmente, está tranquilo, eso se refleja como en la salud física, entonces yo pienso que es el bienestar.</p>	<p>E1, Bueno para mí la salud es el estado de nuestro cuerpo de nuestra mente, pues porque yo pienso que todo es como un conjunto, que me permite estar bien, poder o sea estar bien, disfrutar de la vida.</p> <p>E2, Ausencia de enfermedad, se relaciona, pues con la higiene, bueno también con un buen estado de ánimo, de felicidad, por ejemplo, si usted tiene salud, usted tiene felicidad</p> <p>E3, pues si es como tener bienestar, estar bien, sentirse bien.</p> <p>E4, que es lo más importante que debería tener cada ser humano y es necesario cuidarla y es lo que hace sentir bien a cada persona, tener salud es estar bien tanto psicológicamente como físicamente.</p>

<p>E8: Estar bien física y mentalmente y poderse relacionar con el entorno sin problemas</p> <p>E3: Bienestar</p> <p>E6: equilibrio en todo sentido</p>	<p>E3, para mí la salud es un estado de bienestar como lo han dicho todos, del cuerpo la mente, lo que implica emociones, implica espiritualidad, ehh estar bien afuera y estar bien adentro, eso es lo que significa para mí la salud.</p> <p>E5, eh para mí la salud como todos lo han dicho es un equilibrio, es como tener en cuenta todo lo que me complementa a mí como persona, entra lo espiritual, que todo como esté donde debe estar y según lo que yo soy, si, no porque lo marque un estándar, que porque a que vos tenés 21 entonces tenes que ser así y a así sino lo que te nazca.</p> <p>E8, yo considero que la salud es como todos lo han dicho es como estar en un equilibrio tanto física como</p>	<p>E5, es como un equilibrio, pues en todo el cuerpo, estar bien, también mentalmente, pues incluye también estar mentalmente bien, estar como con aseo personal, pues si uno está enfermo tener centros de salud a donde asistir</p> <p>E6, bienestar, estar bien alimentada, tener como la mente bien</p> <p>E7, bienestar es estar bien físicamente tener, una buena alimentación, si tenes algún problema de salud tenerlo controlado, dormir bien las ocho horas</p> <p>E8, si que uno esté bien, literal, o sea es que tu cuerpo esté sano bueno el cuerpo y la mente</p> <p>E9, no pues el bienestar, el bienestar de tu cuerpo, como funciona tu cuerpo, de cómo está funcionando tu cuerpo y que se puede hacer para que funcione mejor, y que te sientas sano.</p> <p>E,10 significa como estar en</p>
---	---	--

		<p>mentalmente, en la cual se supone que ese equilibrio debe estar constante, pero se supone que uno como estudiantes siempre esta como bajo presión y es un poco complicado manejar ese equilibrio, pues de eso se trata</p> <p>E6, para mí la salud es estar como en ese estado adecuado en el que deberíamos estar cada quien, en el que hay como, donde están las condiciones favorables tanto físicamente como mentalmente. Se supone que, si uno está bien saludablemente, no tiene problemas para el desarrollo de la persona de cada quien.</p> <p>E7, pues para mí la salud es como todos lo han dicho es algo integral, pues que se sienta bien uno, pues tanto físicamente, pues lo que uno siente ya externo</p>	<p>un equilibrio mentalmente, si también lo físico</p> <p>E,11, estar bien en cuanto a lo físico, la alimentación, salud psicológica, pues como abarca todo lo del ser humano</p> <p>E12, salud es la forma en la que se debe dar control, prevención y sanidad a un organismo, para ser saludable se necesita estar en condiciones adecuadas físicamente, o sea tener buena salud, dormir bien, tener los métodos de alimentación correctos y hacer buen deporte</p> <p>E13, la salud creo que es como bienestar, como que abarca varias cosas, bienestar, calidad de vida, pienso que es algo que no se le puede entregar a las personas que uno dice que están encargadas, por ejemplo, enfermeras, médicos, pues que la salud depende de ellos, o sea, la salud es cuidado personal, es hasta amor propio, porque es más de uno de quien depende, o sea</p>
--	--	--	---

		<p>corporal a lo que uno siente mentalmente, estar bien en la universidad, pues por ejemplo acá es mantener la presión bien, como no estar así estresadísimo, pues por las cosas sino como saber manejar bien el tiempo de cada persona.</p>	<p>ustedes, ya porque lo enfocan más para prevenir, pero pues la salud, se ha visto ya como para corregir, o para ya después cuando las cosas han pasado.</p> <p>E14, la salud es como un conjunto de sistemas en el organismo que ya están como en equilibrio, por así decirlo y que, al estar en ese equilibrio, permiten que todo funcione correctamente, y el bienestar es tener un equilibrio en lo que es para mí salud, mente y cuerpo.</p>
<p>¿Qué es bienestar?</p>	<p>E7: Tener todas las condiciones, estado anímico, disposición, no sé, ehh, físicamente bien.</p> <p>E6: es sentirse bien en el aspecto físico, emocional</p> <p>No tener problemas que afecten como el rendimiento en sí como cotidiano, ehh poder tener una vida normal, pues, obviamente hay problemas, pero que no te afecten.</p>	<p>E4, creo que el deporte, las emociones y comida son parte del bienestar</p> <p>E1, Yo pienso que es muy importante la relación con los demás, hoy en día el estar bien también implica esa relación que hay que tener con los profesores, con los compañeros con los amigos con la familia, pues como en todo tipo de entorno uno tiene una</p>	

		<p>relación con alguien, entonces si usted está bien usted tiene salud, el bienestar está en todas ellas.</p> <p>E2, yo pienso que el bienestar cada persona lo refleja, si uno está bien con uno mismo desde adentro eso es lo que va a reflejar hacia afuera y no solamente en el espacio psicológico sino como en la manera, en la alimentación, en hacer deporte en tener una paz y una tranquilidad mental y eso es saber manejar las emociones para no dejar afectar ese bienestar que de pronto eso afecte tu salud física.</p> <p>E3, otras características muy importantes para decir que hay un bienestar también es como estar bien en las relaciones interpersonales y el recreo, la recreación y el entretenimiento eso es muy</p>	
--	--	---	--

		<p>importante porque eso influye mucho pues en cómo se siente uno</p> <p>E8, yo pienso que bienestar es la combinación de tanto de componentes internos como externos es decir, internos sería salud mental lo que es la salud física o sea deportes, salud ahí tiene en cuenta lo que es también la parte psicológica, también las relaciones interpersonales con las demás personas que es decir, uno tiene que estar bien tanto con uno mismo para poderla llevar bien con las demás personas y eso debe ser mutuo, es decir, si yo estoy bien con mis compañeros, pero mis compañeros están mal conmigo va a ver choques ahí, entonces no va a haber bienestar.</p> <p>E7, Yo pienso que incluye muchas cosas, pues el bienestar abarca mucho,</p>	
--	--	--	--

		<p>desde lo educativo uno tiene que estar bien, mentalmente, pues estable, a la hora de recibir clases y todo eso, y pues eso también implica mucho en lo que uno siente a cerca de uno por ejemplo la autoestima todas esas cosas que son personales, por ejemplo si está mal y usted no confía en usted, lo va a reflejar también en el estudio que eso también abarca el bienestar, tiene que estar bien, tanto en lo personal como en lo demás, lo educativo, en lo social, tiene que ver también con las relaciones con las demás personas la comunicación y los deportes, pues el entretenimiento, además de la responsabilidad</p> <p>E5, yo pienso que uno primero debe buscar como la tranquilidad de uno pues debe sentirse bien, estar</p>	
--	--	---	--

		<p>conforme con lo que uno se ve a el espejo, como se siente a parte de la salud pues, porque yo pienso que si vos no te sentís bien en completo no vas a tener espacio para preocuparte de cómo te estas relacionando con los demás y así, pues yo creo mucho que uno somatiza mucho las cosas, entonces si uno está mal mentalmente, te vas a enfermar, pues entonces yo pienso que siempre es eso como uno estar buscando esa tranquilidad todo el tiempo para poder, uno preocuparse por uno y ya después estar bien para otras cosas.</p> <p>E6, pues complementando un poquito también tener en cuenta que el bienestar incluye también el desenvolvimiento en las diversas situaciones de la vida, laboral académico interpersonal pues teniendo</p>	
--	--	---	--

		<p>en cuenta que, si uno está bien de salud, si uno tiene ese bienestar uno no va a tener complicaciones en cuanto al desenvolvimiento de cada uno y uno va a poder manejar las situaciones de la manera más adecuada.</p>	
<p>¿Qué crees que es enfermedad?</p>			<p>E3, estar decaído, pues sí o sea todo lo contrario, pues no tener ánimo no querer hacer nada.</p> <p>E2, estar de mal genio.</p> <p>E4, tener dolores, ehh tanto emocionales como físicos</p> <p>E5, que todo lo que acabamos de decir que es salud esté como alterado, por ejemplo, llevar una mala alimentación va a llevar a tener problemas digestivos a tener estrés y que eso interfiera en las actividades que uno hace diariamente</p>

			<p>E6, no dormir bien va a afectar muchísimas cosas</p> <p>E9, cuando te duele algo, o se refleja algo</p> <p>E8, si pues cuando algo está pasando, algo está funcionando mal, algo está pasando mal, pues no tiene que ser físico, pues también puede ser mental, pues si</p> <p>E11, sentirse mal, pues aburrido, pues es que hay enfermedades que son del cuerpo, fisiológicas, psicológicas, mentales</p> <p>E12, tener como sí algunos síntomas</p> <p>E14, no estar saludable es no tener métodos saludables para mi vida como la alimentación, un buen dormir y manejo mucho estrés creo que eso no me permite ser saludable.</p>
--	--	--	--

			Enfermedad es un conjunto de signos o síntomas producto de algún agente patógeno o producto de laguna alteración propia del organismo
¿Por qué cree que no es saludable?	<p>E4: porque no duermo bien, no hago ejercicio, no como bien, como chatarra</p> <p>E2: pues también en la parte mental, también hablando del bienestar en la parte mental yo me considero también muy masoquista, entonces, también pues en la parte mental, también me hago daño mucho, también no como bien, no duermo bien</p> <p>E2: Pues no sé que por ejemplo gasto más tiempo pensado en cosas que sé que pues me atormentan y me hacen daño pues que sé que no es necesario pensarlas, pero... y yo sé que eso también me desgasta y que</p>	<p>E4, porque últimamente he tenido muchos problemas tanto físicos como eh mental, por eso digo que no que en este momento no estoy 100% saludable, en una persona es saludable dependiendo del rendimiento que tenga día a día, pues en su vida cotidiana, pues a veces, hay días que está mejor pues que el cuerpo está mejor, como el rendimiento que hay de uno en la vida cotidiana.</p> <p>E6, yo digo que no, porque yo considero que no me alimentos muy bien y que no hago ejercicio seguido, es como eso, porque también a veces se me</p>	

	<p>también, pues no se no me siento bien.</p> <p>E5: no creo que sea saludable porque tengo un desorden alimenticio, también trasnocho, mucha fiesta</p> <p>E6: pues yo no hago ejercicio y como mucha comida chatarra, pues no como bien, y soy un poquito negativa, pues me desanimo mucho para las cosas</p> <p>E7: bueno yo no duermo, pero es por el estudio, no como para nada bien, no me gustan los vegetales, no como mucha fruta, en cuestión de ánimo tampoco soy muy positiva.</p> <p>E8: no como bien, o a veces no como, no hago ejercicio, a</p>	<p>dificulta dar solución por ejemplo a conflictos así de manera rápida pues es como eso como que hay un desequilibrio, tanto físico como de eso.</p> <p>E8, bueno primero he estado como con mucha situación de estrés, no he podido como con la carga, además también me alimento mal, por la misma carga de estrés entonces definitivamente no soy saludable y lo reitero.</p>	
--	---	---	--

	<p>veces me como unas cosas que uno no debe comer</p> <p>E1: Trastornos alimenticios, falta de buenos horarios y que no coma</p>		
<p>¿Por qué se enferman los jóvenes?</p>			<p>E1, por el ritmo de vida, porque realmente, pues, la juventud, pues las fiestas, las traspasadas, ingerir alcohol, las drogas, cigarrillo todo eso, pues nos va alterando todo.</p> <p>E4, las prácticas que pueden afectar la salud, la drogadicción puede afectar mucho la salud, exagerar en el sueño, también comer tan desproporcionadamente y ya, a pues y dormir también poco puede afectar las actividades que uno realice en el día.</p> <p>E6, el alcohol, la comida chatarra, pues llevar como esa vida desenfrenada, pues como comer mucho a deshoras, y pues comer o cuando uno</p>

			<p>come comer chatarra</p> <p>E5, el alcohol, la drogadicción</p> <p>E7, el estrés</p> <p>E11, No alimentarse bien, consumo de SPA, no dormir bien, estresarse fácilmente, no poder como canalizar eso.</p> <p>E12, creo que afecta la salud la mala alimentación, el sedentarismo, pues consumir en exceso licor, fumar, pues me parece perverso, pues me parece lo peor de este mundo, pues no lo he hecho, no me interesa hacerlo.</p> <p>E13, no soy tan saludable, porque no estoy haciendo nada de ejercicio, con la alimentación y no me alimento muy bien</p>
¿Qué valor le das a la salud?	<p>E1, la salud es importante porque si no, no podríamos hacer nada, pues si físicamente usted no está en las condiciones, usted por más energía que usted tenga, por más ganas que usted tenga no lo va a hacer, y si no tiene las ganas pues</p>	<p>E7, la salud es lo más importante porque igual como dicen siempre, desde que haya salud uno puede conseguir lo que quiera, si hay salud usted puede estudiar, puede trabajar hacer lo que quiera, si usted se siente bien tanto física</p>	<p>E1, yo soy más bien tranquila con la salud, realmente, yo soy de las que si siento algo, no después, espero que se me pase por que me aterra ir a hospitales, a médicos entonces en ese caso si soy como más tranquila, ya por ejemplo yo que tengo</p>

<p>tampoco lo va a hacer si no está bien.</p> <p>E2, creo lo mismo que la E1, sólo que también es muyyy importante el bienestar mental, puesss, siii.</p> <p>E3, pues para mí, es fundamental, porque es que sin salud no tenemos nada</p> <p>E4, para mí es muy importante porque afecta la calidad de vida</p> <p>E5, creo que es muy importante, pero creo que a veces no le damos como la prioridad de estar bien por hacer otras cosas, si uno está bien no las puede hacer</p> <p>E6, creo que es muy importante porque de la salud dependen todas las cosas que uno quiere en la vida.</p> <p>E7, es importante, porque eso influye mucho en mi estado anímico y ehhs pues me si influye mucho estar bien con uno mismo</p> <p>E8, si es importante, si es</p>	<p>como mentalmente, usted puede hacer lo que quiera</p> <p>no tiene límites porque igual si usted se lo propone puede hacer cualquier cosa, no tiene como un limitante que no lo deja hacer.</p> <p>E4, yo creo que eso es el equilibrio de la vida, yo creo que está en todo, porque como decía la compañera nos permite hacer de todo, es como si tenemos ese equilibrio perfectamente uno puede hacer hasta lo imposible.</p> <p>E3, poniendo a la salud en una escala en valor de importancia de 1 a 10 la salud es un diez, es lo más importante porque si uno tiene salud como dicen ellos uno puede hacer todo, es diferente si no tiene plata o ganas ya es porque no quiere, ya si es porque no tiene salud ya es una limitación, pero de ahí en la misma escala de que tan</p>	<p>lupus en la piel, a eso si le corro pues porque le tengo el pánico, me da mucho miedo todo eso a las jeringas, inyecciones, no que me manden cosas raras exámenes, no, no me gusta, le tengo la fobia más grande.</p> <p>E2, pues para mí es todo, que, pues uno con salud puede hacer todo, si porque pues uno con salud puede hacer muchas cosas, pero para mí lo más importante sería la salud, pero es que no, si usted tiene salud tiene todo, o sea si usted tiene salud puede dar amor, imagínese usted bien enfermo, pues o sea usted no va a tener el ánimo suficiente como para estar y compartir con otras personas entonces para mí la salud es lo más importante, porque si usted tiene salud usted puede trabajar, puede hacer cosas entonces, es eso.</p> <p>E3, para mí es muy importante, pues para mí en orden estaría familia, amor y</p>
---	---	---

	<p>importante cuidarla, pero cuando uno está joven, porque cuando uno está viejito ya pa que.</p>	<p>saludable o de que valor le doy en mi vida yo diría que un cinco, pues porque muchos miedos míos me impiden como irme a un chequeo en el médico o a veces uno en el estrés del semestre se siente enfermo pero no va al médico porque es que no primero tengo que estudiar para el parcial o hay que hacer el seguimiento, pues no, tengo gripa pero se me olvidó llevar el buzo entonces no lo llevo la universidad y me sigo enfermando, es importante en un 10 pero de cuanto lo practico por ahí un cinco.</p> <p>E2 para mí la salud es todo, pienso que como han dicho los compañeros, la salud es lo que permite que uno haga todas las cosas que uno tiene que hacer, que uno se levante de la cama bien que llegue a la casa bien, con ánimos de seguir</p>	<p>de tercera salud, porque uno pa que bien saludable sin familia, si usted tiene salud puede estar con la familia.</p> <p>E7, yo diría que es super, super, importante, porque si uno no está bien uno no es capaz de rendir en todo</p> <p>E5, Claro, no en nada</p> <p>E6, Obvio</p> <p>E8, le doy un 10, si uno no tiene salud no tiene nada, literal, pues poder tener el mundo de plata poder tener los mejores amigos, los parches más todo, pero si no tienes salud no puedes ir, ya chao, pero no le doy la importancia que requiere, primero, uno el ejercicio, dos la alimentación a veces es malita, por ejemplo si a mí no hubieran salido unos morados para preocuparme por mi salud y no fue uno, fueron 3 meses de morados hasta que dije me toca ir al médico algo está pasando, en realidad uno nunca hace un chequeo de que voy a ir al</p>
--	---	---	--

		<p>enfrentando las cosas, entonces yo pienso que es todo.</p> <p>El, yo creo que para complementar lo que han dicho mis compañeros, la salud es el cuidado de sí, de sí mismo en cuanto al sueño que influye mucho, el dormir bien, el descansar, la alimentación, entonces yo creo que principalmente es el cuidado de uno, que uno se da a sí mismo para uno poderle ofrecer algo a los demás, por eso claro que valoro, la salud, la salud es lo primordial, es lo primero que uno debería pensar pues principalmente.</p>	<p>médico cada tres meses, uno por descuido y dos, porque que locha y pues aparte porque vos llegas a la cita y lo primero que te dicen es: que sentís, porque viniste, no es como porque hola, donde usted le diga a un médico de la EPS que usted vino por un chequeo general, le dice, bueno chao tengo 3 afuera con 3 dolores de cabeza, aparte de que nosotros los colombianos somos super perezosos pues como para eso, claro que es como todo el coso de la salud está hecho para que la gente no vaya, o sea como que te vamos a mamar de alguna manera, te vamos a molestar de alguna manera para que le cojas fastidio para que digas, no, no voy, yo me puedo estar muriendo de una migraña y yo no voy al hospital, yo me meto la pastilla, las gotas y me acuesto a dormir, si sé que me van a dejar 7 horas allá con el dolor de cabeza muriéndome</p>
--	--	---	--

		<p>mejor no voy</p> <p>E9, si, para mi es lo más importante, es verdad, no uno le ve importancia a la salud cuando se enferma de resto no, porque si uno no tiene nada y no le duele nada uno no la cuida uno no se preocupa, uno no va al médico por descuido y jamás hay citas no y lo maluco de pedir citas, hay no, yo no puedo en tal día tiene que ser en tal horario, es muy lejos la cita, y que si uno quiere como un examen de una cosa, allá, que usted necesita una cosa, allá y la cita es para que te programen unos exámenes, después de los exámenes que te programen una lectura y otro y otro, pues es muy cansón.</p> <p>E11, Creo que tener salud es super importante, uno necesita la salud para todo moverse, para respirar, incluso para coordinar lo que uno habla, escucha, piensa, como actúa.</p> <p>E10, es super importante, pues</p>
--	--	--

			<p>como para uno poder estar bien y realizar adecuadamente las cosas.</p> <p>E12, de uno a 10, 8, creo que es muy importante tener salud</p> <p>E13, yo creo que soy medianamente saludable, creo que he sido más saludable, pero es que como le digo uno saca la excusa del tiempo, cuando tengo más tiempo claro, spinning, yo me levantaba toda bien, todo fitness, pero como ya digo que trabajo digo, no con que tiempo, uno si tiene tiempo solo que uno no se organiza.</p>
<p>¿Porque razón los jóvenes no cuidan la salud?</p>	<p>E4, por pereza</p> <p>E5, porque priorizan otras cosas,</p> <p>E6, pienso que uno cuando está joven no piensa que todo lo que está haciendo sea para un bien, uno no piensa en las consecuencias, siii, como, solo piensa en querer disfrutar día a día, solo tenemos el momento,</p>	<p>E2, porque cuando uno es joven uno cree que nada le va a pasar es que nada le pasa a uno, yo a los 20 años y voy a sufrir de la presión a los 20 años que me va a dar diabetes, a los 20 años el alcohol no me hace nada pero yo pienso que por ese pensamiento es que muchas personas, de repente los</p>	<p>E1, porque creen que en eso está disfrutar la vida, pues porque creen que, realmente farreando, bebiendo es la única manera de disfrutar la vida, pues, pero no, no es así.</p> <p>E2, porque lo prohibido es lo más rico, uno cree que no le va a repercutir cuando esté viejo, también hay gente que</p>

<p>puesss... uno no piensa sino en disfrutar la vida</p> <p>E8, uno no la cuida porque uno piensa, pues como que aahh... estoy enferma, pero eso después se me va a quitar, y pues porque obviamente, por ejemplo, yo pienso es más rico comerme una hamburguesa con tocineta que comerme una ensalada, es mucho más rico y más barato.</p> <p>E1, porque es que obviamente si la ensalada fuera más rica, toda la gente la comería, por algo la gente prefiere comer hamburguesas,</p> <p>E5, es que por ejemplo usted encuentra un perro en 3000, usted no se va a encontrar una ensalada en 3000</p> <p>E7, y es que no sólo la ensalada, otra comida saludable, uno no la encuentra por un precio menor.</p> <p>E8, es que por ejemplo es</p>	<p>padres de nosotros pueden que estén enfermos por las consecuencias que traen como esos descuidos adolescentes, entonces si me pusieran a mí a valorar que tanto valor le doy a la salud, yo digo que para mí es muy importante, pienso que es importante uno saber cómo estas y pues que pereza ir al odontólogo cada tres meses o que pereza ir al médico general cada 6 pero yo pienso que esos chequeos son importantes para no tener como consecuencias más adelante.</p> <p>E8, yo creo que eso también hace parte de , pues algo cultural, porque digamos, siempre, los abuelos de uno, los papás de uno siempre le han dicho, a la edad suya no hay cansancio, y lo digo por experiencia, mi papá es una de las personas que si</p>	<p>se deja influenciar demasiado de los compañeros y eso pasa demasiado se dejan influenciar de que se yo del amigo mariguanero, porque no tienen autonomía, pues o sea si yo sé que fumar me hace daño, yo porque me voy a poner a fumar, empezando porque uno fumando se ve horrible</p> <p>E3, pues yo no sé, de pronto es por la edad, pues yo no sé, porque uno de pronto porque sabe que está joven, de pronto piensa que eso no se va a empeorar de alguna manera, por eso es que yo creo que como dicen las mamás se “desmanda” mucho, o sea hace lo que no tiene que hacer, pues o sea está tranquilo de las cosas. Si y también por encajar de pronto, en un grupo de amigos</p> <p>E4, porque son mucho más despreocupados que una persona anteriormente, pues los jóvenes ya son muy despreocupados por, algunos,</p>
---	---	---

<p>más cara una manzana que una empanada, y llena más.</p> <p>E4, es que yo también pienso algo, no sé si es sólo pensamiento mío, digamos en la universidad yo he visto que hay menos comida sana, y más comida como rápida, pues por ejemplo aquí venden pancerothi, de todo y solo hay uno donde venden un menú y solamente uno, no es algo donde tú puedas pedir, como pollo con ensalada</p> <p>E5, pues aquí no hay ni un pan integral pues</p> <p>E7, y el presupuesto no da, pues, si te venden el menú del día a 8500 no, no alcanza.</p>	<p>fuera por uno lo “atiza, lo atiza, lo atiza,” entonces eso hace parte también del carácter cultural, también porque a uno le generan esa, pues literalmente entonces yo puedo hacer eso y eso, y puedo probar de esto y de esto y no me va a pasar nada, sin tomar en cuenta las consecuencias que van a pasar a futuro.</p> <p>E4, yo creo que también heee, también tenemos marcada nuestra cultura, porque si estoy joven, tengo salud, entonces le doy prioridades a otras cosas como una fiesta, como vivir otras experiencias a parte de la salud, pienso que también es algo que está en nosotros y creo que es algo que lo hemos vivido cada uno de los que estamos acá.</p> <p>E5, yo estoy de acuerdo con mi compañero anterior, porque en mi caso, yo me</p>	<p>son muy despreocupados por su cuerpo y las drogas también pues ahora que es el momento como de boom de las drogas también afectan mucho a estos jóvenes, pero como también llegó la era de las personas que se cuidan bastante, ya esos jóvenes se están vinculando a hacer ejercicio, es una manera pues de cuidar su salud.</p> <p>E7, pues yo creo que la mayoría de personas, caen en eso porque tienen debilidades muchas veces en la vida entonces como para encajar en una sociedad hacen lo que todo el mundo hace.</p> <p>E5, o se refugian en eso,</p> <p>E6, encuentran como felicidad ahí entonces creen que ya no van a poder encontrar felicidad de otra manera, por ejemplo, yo encontré felicidad comiendo, (risas), pero eso es super delicado, porque me mantengo enferma, entonces hay que evaluar eso y empezar</p>
--	--	--

		<p>vine a preocupar por mi salud, pues ya ahorita hace como un año, porque no usted piensa que si usted se va a enfermar es porque le va a pasar algo muy grave, porque usted está muy chiquita a usted nada le va a pasar, usted va a estar bien, usted no se va a pasar del peso a usted no le van a doler las rodillas, o sea nada a uno no le va a pasar nada, entonces uno como que también se relaja con el tema, uno es pues como ahhh si después miramos a ver que hacemos, en parte fue la presión social, pues si me hizo caer en cuenta de mi salud, pues si dije en parte tienen razón, otra cosa que me hizo caer también en razón es que yo me veía pues como toda vegetal, pues como esta porque, porque yo veía que en la universidad, yo veía mujeres como todas vitales,</p>	<p>a hacer ejercicio E12, porque hay gente nociva que piensan que vivir es miles de cosas, hay gente que piensa que dormir es perder el tiempo. E13, porque a ver yo pienso que por ejemplo es más costoso, por ejemplo en alimentación es mucho más costoso alimentarse de forma saludable, demanda más tiempo a veces porque uno se acostumbra que todo le tiene que saber rico y por ejemplo, hay cosas, vegetales que de pronto no tienen tan buen sabor, entonces porque es uno que se ha trabajado mentalmente y uno dice que para que algo a uno algo le guste le tiene que saber rico uno debería es pensar como tal que beneficios le trae al organismo, si no que ese es el problema uno se cuida ya cuando uno se ve como a un límite, cuando uno ya ve que la salud está desmejorando</p>
--	--	--	---

		<p>yo porque me siento como una cuchita, pues porque no hago deporte, no hago nada, una sedentaria ahí, pues no, no más llega un punto en que uno se da cuenta pero pues no es que yo apenas tengo tantos años y pues tengo que cuidarme para lo que se viene, entonces yo creo que es uno caer en cuenta y no caer en cuenta muy tarde, porque la misma gente hace que uno piense como no ve no le va a pasar nada, tranquilo todo va a estar bien, pero a la hora de la verdad usted se enfrenta a una cosa muy distinta. Eó, también pues, teniendo en cuenta, los adolescentes dicen, no pues igual nos vamos a morir entonces pa que hacer algo por la vida, porque la cultura dice que los jóvenes no tienen problemas físicos, no tienen problemas mentales,</p>	<p>que ya, lo está afectando a uno, porque uno sabe que uno no se alimenta bien, pero cuando uno ya ve que está subiendo de peso, que las enfermedades, que el azúcar que la presión, entonces ya la geste si se cuida o muchas sólo por vanidad, y lo del precio lo digo más que todo por los alimentos que son más costosos, otra cosa es que igual, yo lo pienso mucho desde lo ambiental si uno se pone a ver uno que come uno no come nada, porque uno dice que lo ideal es comer más verduras más frutas, pero realmente todo está super contaminados, la carne pues es horrible son puras hormonas, pues lo que es trigo si como los cereales, la mayor parte que se produce es para alimentar animales entonces uno que debería comer comida orgánica, uno que debería tener, algo para pan coger para uno cultivar y para uno</p>
--	--	---	--

		<p>todo está bien, excelente y aparte de eso sabemos que nos vamos a morir entonces es eso es lo que pasa y por eso no cuidan la salud.</p> <p>E7, yo iba a aportar a lo que dijo la compañera, pues que una parte es la cultura lo que le inculca a uno y la otra es que uno se cree omnipotente entonces ya y yo salgo, y manejo borracha y que importa, pues y no pasa nada pues que como que no me va a pasar nada, eso le pasa a las demás personas pero a mí nunca eso es lo que uno siempre piensa, pero cuando le pasa a alguien que es muy cercano a uno como que ahí si, ahí si caí en cuenta de lo que pudo pasar, y como dijo la compañera uno cae cuenta tarde, pues es que más que todo la cultura social que a uno le dice, por ejemplo si uno tiene un problema y es</p>	<p>alimentarse, porque que otro problema hay, que uno compra frutas y verduras, pero se las come 15 o 20 días después entonces ya no le sirven para nada al organismo, mucha gente no sabe cómo cocinar las cosas se ponen a cocinar y recocina los vegetales y llegan a un punto donde ya no sirven.</p> <p>El cuidarse bien lo han enfocado en verse bien, si entonces muchas veces no es tanto comer bien, si no que por ejemplo esa línea que sacaron de fitness, no que cuando voy al gimnasio que no sé qué y son esas viejas matándose del hambre y todo eso que porque tienen que comer como 500 calorías yo no sé cuánto es que es y lo enfocan más es a eso a verse bien que a cuidarse.</p> <p>E14, los jóvenes no cuidan su salud, porque primero ehh realizan actividades no aptas para la salud como lo es fuma, consumir sustancias alucinógenas alcohol, y aparte</p>
--	--	--	---

		<p>psicológico, uno está con depresión o algo así, porque está muy preocupado, porque tiene estrés, porque tiene cualquier cosa, entonces uno comenta, se lo comenta a alguien mayor que incluso la gente de la edad de uno lo entiende más fácil, entonces a la gente mayor uno le dice es que el estrés me está matando, no voy a ser capaz, no voy a llegar a los finales bien, mejor dicho me voy a tirar los finales porque no soy capaz, no soy capaz de estudiar, pero la gente le dice a uno que es que uno es muy mimado, es que los jóvenes ahí haciéndose los sufridos diario, entonces no entienden la presión que uno tiene entonces uno es todo, pero es que toda la gente es diferente, entonces la presión que aguanto yo, puede que no la aguante el</p>	<p>de eso, no buscan llegar al equilibrio del bienestar pues del cuerpo ni siquiera en la alimentación ni en el ejercicio, porque son personas que en lo general no tienen como orden en su vida, y que por el mismo desorden que tienen no tienen medios como para tener una alimentación óptima o hacer ejercicio, entonces son personas que son sedentarias, aparte ellos prefieren hacer otras actividades en vez de hacer ejercicio entonces pienso que no son sanos.</p>
--	--	---	--

		<p>compañero y la gente adulta cree que no, dice si yo llegué acá entonces ustedes también, entonces dejen de ser tan chillones. E1, yo considero que un aspecto muy importante que no han mencionado los compañeros es la influencia que tiene hoy en día la tecnología y como ejemplo las redes sociales en la vida de cada uno, entonces creo que los jóvenes hoy en día más que todo se dejan llevar los diferentes momentos y situaciones como pasar un rato agradable y chévere y no están pensando como en las consecuencias que eso trae consigo a su vida, entonces también hay que ver como el entorno que se está desarrollando de alguna manera como nos está afectando la tecnología en la salud y ahí si es verdad que influyen en todo, en la</p>	
--	--	--	--

		<p>física en la emocional en la psicológica, entonces también hay que tener como en cuenta ese tipo de tecnología y en la toma de decisiones también E3, yo creo que algo también muy importante para complementar es que siempre postergamos o yo creo que la gran mayoría de los jóvenes postergamos, por lo menos yo siempre hago las cosas pensando en lo que tengo para ese día, entonces que tengo una tarea para dentro de dos semana pero mañana tengo tal, hago lo de mañana, y que mañana hay que hacer algo lo de mañana, entonces uno siempre va postergando y postergando y eso es como un gran motivo para que uno siempre diga, tengo que hacer esto primero entonces lo de la salud mañana porque hoy en este</p>	
--	--	---	--

		<p>momento estoy bien, entonces porque hoy me siento bien entonces digo no mañana y así y así hasta que por ahiiii en un año encuentra tiempo entonces ahí sí voy al médico o hacerme un chequeo general o algo así.</p>	
<p>¿Qué hacen para cuidar la salud?</p>	<p>E5, hacer ejercicio, buena alimentación</p> <p>E7, no, no sé, en cuanto a ejercicio y eso, nada eehhh pienso que, dentro de la salud mental, está como que me vaya bien en el estudio y eso hace parte de cuidar mi salud porque si no me enfermo.</p> <p>E3, creo que para cuidar la salud el descanso, buenas horas de sueño, 6 horas de sueño no son?</p> <p>E1, hacer ejercicio</p> <p>E2, frecuentar personas y espacios tranquilos.</p> <p>E4, yo creo que lo único que yo hago por la salud es tomar agua</p>	<p>E2, yo pienso que todo es un equilibrio, a veces uno no está tan bien en unos aspectos pero como que los otros compensan, entonces por ejemplo yo pienso que como el parámetro más importante que define el bienestar es la mente, yo pienso que la salud mental, es sumamente importante y eso acarrea el resto, si tu estas bien mentalmente vas a estar bien físicamente y creo que el autoestima es lo más importante, si tú tienes buena autoestima eso vas a reflejar, pero si tú no estás bien contigo mismo el resto de la gente tampoco se va a</p>	<p>E1, deje de beber, que, más, no comiendo muchas grasas, trato de evitarlas eso sí, el azúcar, la sal, eh a ver que más, a veces si digo eh me voy a pegar la caminadita en vez de coger el bus si ese tipo de cosas.</p> <p>E2, primero dejar los vicios, o sea no trasnochar, no beber, no fumar, no drogarse, pues es uno de los principales para conservar la salud y ya de ahí lo del ejercicio, comer bien, pero también no abusar del ejercicio.</p> <p>E3, por ejemplo, algo yo también considero algo de salud, bueno listo la persona está enferma, pero cuanto</p>

		<p>sentir a gusto.</p> <p>E3, yo pienso que no se está siempre un 100% saludable, pues llegar a estar completamente bien, es prácticamente imposible porque siempre alguna parte va a tener como un problema sea porque me dio gripa, o porque está estresado por x o y motivo y referente a lo que decía Laura del autoestima si es verdad, pues porque hace tiempo tenía muy baja autoestima y pues no me sentía tan bien ni física, ni mentalmente con mis relaciones interpersonales ni para hacer algo ni para tomar disposición para hacer algo y ahora que ya eso es un tema en pasado ya uno se siente mejor, pues si me enfrento con alguien, digo a eso pasará ya se arreglará o si tiene cansancio uno dice mejor salgamos a hacer algo para</p>	<p>intenta arreglar esa enfermedad, bueno cuando se la cuida, por ejemplo, yo tengo, que se yo, gripa, cierto, pero si yo me expongo al frio me baño con agua fría, entonces yo voy a hacer que esa gripa, que siga estando enferma.</p> <p>E4, ehh hacer ejercicio, comer saludable, ehh dormir lo necesario, estar activo.</p> <p>E5, hacer ejercicio</p> <p>E7, buena alimentación, dormir bien, tratar de controlar un poquito el estrés, porque por ejemplo yo somatizo el estrés y se me inflama el colon, entonces como tratar de estar un poquito más tranquila y esas cosas así</p> <p>E9, la alimentación y el ejercicio y el dormir bien, y tu ambiente laboral y tu ambiente pues de estudio porque si, porque si tu ambiente laboral es muy fuerte, así hagas ejercicio, comas bien o duermas bien el estrés pues te</p>
--	--	---	---

		<p>distraernos y luego venimos y descansamos entonces la autoestima si es como un pilar fundamental en eso del bienestar, el autoestima puede alejar a las personas de las cosas que pueden afectar su salud.</p> <p>E5, yo pienso que si uno tiene la autoestima por el piso, entonces por ejemplo mi mamá me decía, ve al curso de voleibol y yo le decía que no porque yo era de tal y tal manera, porque yo no me sentía bien, me daba pena hablar, llegar sola, pues eso como que lo frena a uno mucho porque uno no se siente bien para hacer las cosas, uno mismo como que se mocha las oportunidades, yo soy gorda, no entonces yo no puedo hacer dieta.</p> <p>E2, yo pienso también que cuando uno tiene problemas de autoestima,</p>	<p>va a matar, dicen que el estrés ahora es una enfermedad, pues el dolor de cabeza, el cansancio la angustia.</p> <p>E8, para mí lo primordial es la alimentación, como la fuerza del cuerpo y ya pues adicional a eso, tiene estar obviamente un ambiente a donde estás, puede ser el trabajo la casa a donde sea.</p> <p>E11, hacer ejercicio, alimentación</p> <p>E10, tener una buena alimentación, visitar regularmente al médico, como para saber uno en que estado está</p> <p>E12, hacer deporte, tratar de alimentarme bien, ser yo mismo, porque hay gente que no le importa la salud, no le importa el bienestar de él en cambio a mi sí.</p> <p>E13, no fumo primero, tomo muy de vez en cuando la verdad, me alimento más o menos bien y se que debería alimentarme mejor pero uno</p>
--	--	---	--

		<p>pienso que uno no se puede quedar ahí, si no que uno tiene que actuar, a mí me pasó y encontré en el ejercicio y en la buena alimentación una escapatoria y dije es que yo si puedo y lo quiero hacer para sentirme bien conmigo misma para estar bien de salud, porque es que no solamente es el físico, sino porque entonces, eso trae consigo problemas, dolores de cabeza, de rodilla, tobillos y todo eso, como que el bienestar es un complemento.</p> <p>E4, ehh yo dije que no, quiero complementar una cosita, pienso que sí y creo que una cosa fundamental es la pasión, pues porque aparte del autoestima también está la pasión y lo digo porque hace poco estoy volviendo a jugar porque tuve una lesión entonces tanto física como</p>	<p>siempre saca excusas.</p> <p>E14, tratar de encontrar un equilibrio entre lo que sería el bienestar del cuerpo como sería pues la alimentación, el ejercicio, la mente, principalmente esas, como tratar de mantener un equilibrio entre esos aspectos.</p>
--	--	--	--

		<p>mentalmente sentía que no estaba preparado, aunque tenía la autoestima pero no estaba preparado porque me faltaba la pasión entonces poco a poco uno va como volviendo a coger otra vez el camino volver a luchar a estar ahí porque para mí era algo fundamental, super importante, la pasión es lo fundamental en todo E7, yo pienso que todo lo que han dicho los compañeros es como lo que es bienestar, porque la autoestima influye mucho, no sólo también en lo físico en el deporte, en motivarse uno como lo dijo el compañero, la autoestima influye mucho en eso porque uno se tiene que motivar uno tiene que creer que se merece cosas mejores para no quedarse estancado donde esté pues muchas veces también se</p>	
--	--	---	--

		<p>vuelven muy dependientes de las personas cuando uno no tiene autoestima, entonces es como mantenerme con mi amiga, si mi amiga no me vuelve a hablar entonces yo que hago y se quedan como en ese hueco y no salen, entonces como no se aceptan no son capaces de entender que todo el mundo es distinto no pueden ser igual al otro, tienen que conformarse con lo que tienen y tratar como de, si de subir la autoestima para ya usted aceptarse y saber que tienen muchas posibilidades de hacer otras cosas.</p>	
<p>¿Como piensas que se puede cuidar la salud sexual?</p>	<p>E1, protegiéndose, siendo consciente pues como de no sé, pues no dejarse llevar por la demás gente, ni tampoco por los vicios E2, siendo responsables y no dejando pues como manipularse por una</p>	<p>E2, Yo pienso que la sexualidad se puede cuidar de muchas formas, bueno yo pienso que ahora de pronto como en el ámbito universitario uno ve que hay más conciencia sobre la sexualidad responsable,</p>	

	<p>emoción y sin pensar y actuar y ya no, pues, pensar siempre antes de actuar.</p> <p>E3, protegerse, pues planificar</p> <p>E4, si planificar y también pues como métodos de barrera</p> <p>E5, planificar, cuidarse, pues no ser promiscuos y todas esas vainas</p> <p>E6, pues yo digo que planificar y no dejarse llevar por lo que diga la mayoría de la gente, ni nada, sino cuando uno se sienta seguro de hacer algo.</p> <p>E7, protección y estar con alguien que uno sepa que es como estable.</p> <p>E8, pues primero que nada no andarlo repartiéndolo, así como porque sí, pues que por lo menos piensen quien puede ser esa persona, pues y si planificar.</p>	<p>porque obviamente uno está pensando en que se quiere graduar, que no quiere quedar embarazada a mitad de la carrera, no solamente eso, eso no se cuida solamente por los embarazos sino por las enfermedades de transmisión sexual que suelen ser tan silenciosas, pero que a veces las personas no se percatan, pues que pueden existir por la misma emoción del momento, no eso no importa y tal cosa, pero yo pienso que como que en este contexto si está como siendo un poquito más evidente la responsabilidad sexual, pero en los colegios yo pienso que eso no se ve, pienso que algunos jóvenes viven en una tonelada de hormonas y eso no se ve, y falta de información y yo creo que más que una cosa hormonal es algo de que</p>	
--	--	---	--

		<p>ellos piensa que no les va a pasar a ellos, pues no el hecho de que no me cuide hoy eso no tiene nada que ver o tal y así.</p> <p>E3, yo creo que un gran problema con la sexualidad es que la gente solo entiende sexualidad como el acto de ir a tener relaciones con otra persona y sexualidad abarca muuucho más que eso, también es en la forma en la que se relaciona una persona, las funciones que yo comparto con una persona, sexualidad es un término muy grande y por eso yo creo que los jóvenes no se cuidan como debe ser, puede que ahora si estén más conscientes del ámbito sexual, que se protejan de enfermedades de un embarazo, no todos, pero en el resto de la parte que implica sexualidad es muy descuidado porque</p>	
--	--	---	--

		<p>simplemente desconocen que más abarca el término. En ese concepto como tan cerrado., lo básico, lo básico, es por decir ay usemos un condón y eso que a duras penas por decir en los colegios a duras penas, porque al menos en estratos muy bajos no tienen plata y ni siquiera saben que hay un lugar donde se los regalan, pastillas de planificar, ya por decir en la universidad que tenemos como más consciencia se supone entonces ya hay muchas mujeres que se hacen operar o hombres que se hacen la vasectomía, se cuidan de las enfermedades, más porque tienen diversas parejas sexuales entonces, pues ya aquí como en un nivel más avanzado si se ve como un poquito más de consciencia que en los colegios, le abra</p>	
--	--	---	--

		<p>a uno muchas la perspectiva, porque en el colegio las charlas de educación sexual eran casi nulas, pero cuando entré a la universidad empecé a ver muchas charlas, empecé a aprender mucho de planificación entonces desde mi experiencia si creo que influye mucho como pasar de nivel.</p> <p>E7, yo también creo que otro factor que limita mucho, pues el poder protegerse es que, pues es que es muy diferente por ejemplo uno acá en la universidad está como más dispuesto a recibir información, es como yo quiero aprender, a mí me contaron esto que interesante voy a mirar tal cosa, porque uno quiere avanzar y como hacerse más integro como tener más cosas que aprender y así pero la gente en los</p>	
--	--	---	--

		<p>colegios está como por estar, entonces muchas veces están ahí y como que no yo que voy a ir a preguntarle, si tienen pues alguien como a quien que pueda explicarles y pues dice no le pregunto a mi amiguito y el amiguito peor, es verdad y como que les da pena, yo no sé, no les da pena hacer tantas estupideces pero eso si les da pena, y sumándoles que en los colegios tampoco se les presta mucha atención porque no son niños.</p> <p>E4, yo digo que también aparte de eso el tabú que manejamos en nuestra sociedad que pues uno toca el tema de frente y creen que es como el demonio, si algo así es la visión y por ese lado es uno y por otro lado la educación, porque yo digo que la educación en Colombia pues la de sexualidad debería empezar</p>	
--	--	--	--

		<p>a los jóvenes, pero con proyectos que realmente que sirvan.</p> <p>E2, yo pienso que también la desinformación de sexualidad viene desde la casa, porque es cierto los jóvenes les da miedo preguntar a sus papás y a sus papás también les da miedo hablar de eso con los hijos no entiendo porque lo ven como tabú, pero eso es cierto, por ejemplo en mi casa yo tengo un hermano de 16 años entonces ya se pueden imaginar cómo está ese hombre, entonces yo todo el tiempo tratando de decirle acá estoy pregunte o yo no soy la más experta tampoco soy la gurú del sexo, pero si le digo pregúnteme, sea responsable con eso entonces yo pienso que uno debería ser así con los adolescentes y así se evitaría muchas cosas.</p>	
--	--	--	--

		<p>E4, bueno como decía mi compañera cuando uno ya está en la universidad uno sabe que ya pues la mayoría de gente es más responsable con eso, de hecho en el momento que uno habla de eso con los amigos y alguien dice que no se cuidó uno es como huy que mal estás, por favor haz algo con tu vida, estas out, pero en los colegios sirve mucho llevar otra gente que hable de eso para que uno ya le ponga más cuidado, porque cuando te lo da la profesora de sociales que obvio uno no le va a preguntar nada y si es la que le entrega las notas a tu papá jamás.</p> <p>E4, otro concepto muy importante es el concepto de la familia ahora, ahora como nosotros no queremos como tener hijos y parte de eso, una de las cosas que uno agradece de</p>	
--	--	---	--

		<p>esas charlas es que uno no le tiene que decir a la mamá y al papá, uno ya tiene como el conocimiento y la cosa previa entonces uno ya va es a la fija, sé que tengo que comprar condón si se rompe tengo que comprar postday o cosas así es algo que ya es valioso, pues para la vida de uno.</p>	
<p>¿Porque aún hay embarazo adolescente?</p>	<p>E3, pues es que eso se ve desde la casa, porque falta mucha preparación e información desde las escuelas y de las casas</p> <p>E1, porque a veces uno se deja llevar, pues o sea, a uno le puede gustar mucho, pues sin otros métodos, así uno esté planificando, uno tiene que tener en cuenta que eso no es un 100% y pues eso sucede mucho</p> <p>E2, fallo en los métodos anticonceptivos</p> <p>E4, pues la verdad no sé lo</p>		

	<p>único que se me ocurriría es que se busca como un 100% de satisfacción pues no se porque si pasa eso es por bobas</p> <p>E5, yo digo que, por confiadas, pues se confían que uno se toma la pastilla y ya, y también por el momento no?, por la locura.</p> <p>E6, porque mezclan alcohol y drogas</p> <p>E7, yo diría que por la educación que se le da en la casa, y por ejemplo a mí en el colegio de nosotros nunca nos dieron educación sexual, si falta como más información hacia los jóvenes que digamos nos dejamos influenciar más fácilmente</p> <p>E8, yo digo que a veces es como por falta de comunicación en la casa, porque muchas veces la mamá es como pues como te voy a poner a planificar tan chiquita, lo uno lo otro, cree</p>		
--	--	--	--

	que hacer eso es como fomentar la actividad sexual y las enfermedades, en los colegios eso no es como tan enserio, dan como 2, 3 clases ya.		
¿Cuál cree usted que es la droga más utilizada entre los jóvenes?	<p>E1, el alcohol, pues me ha tocado muchas veces que gente abusa demasiado, incluso me acuerdo de fui a unos 15, me toco 3 personas que tuvieron un shock pues literal, empiezan a abusar del alcohol y por ende empiezan a abusar de otras sustancias y pues ahí pueden aparecer las que quedan en embarazo y cosas así, y eso pasa por tontería, pues porque eso ni siquiera sabe rico y se pegan de una botella a tomar y a tomar.</p> <p>E8, porque es muy barato, porque en cualquier parte lo venden, y además es más legal, es mucho mejor que a usted la vean ingiriendo licor a que lo vean popperiando.</p> <p>E4, porque además hay</p>	<p>E2, yo creería que la más común y la más accesible es el alcohol, pues esa es como la que más utilizan estos jóvenes de hoy en día, también ahora como que está en su apogeo todo tipo de drogas y a los jóvenes no les da miedo mezclar y mezcla trago con drogas, pues yo creo que la más común es la marihuana todos la ven como, no esta es super buena porque esto no me hace daño, mejora las neuronas y todo eso, pero yo pienso que eso en exceso también puede llegar a hacer daño y las otras drogas que para mí son las más perjudiciales, los jóvenes utilizan estas drogas por emociones están</p>	<p>E2, yo creo que la mariguana, pues si es más asequible, pues si usted la puede cultivar en su casa imagínese.</p> <p>E3, la mariguana si, yo creo que es más usada porque es más asequible o que?, pues no sé si causará tanto daño, pues porque no ves que dicen que es natural que no se qué.</p> <p>E9, para sentirse mejor el dulce, claro el chocolate, claro, pero hablando de SPA, para mí la marihuana, pues uno que está como en ese ambiente, porque el alcohol en jóvenes es más, se percibe más fácil, se siente por el tufo por la actitud, mientras que la mariguana es momentánea, tu fumas marihuana, te echas gotas en los ojos, comes y ya</p>

	<p>muchos que no pasan rico son tomar, me parece bobo pues, pero hay mucha gente que igual le gusta</p> <p>E7, si es cuestión de legalidad, porque uno ve que lo más bajito que pueden estar consumiendo los jóvenes es cigarrillo de ahí marihuana y de ahí para arriba en fiestas se ve un montón</p> <p>E2, pues como dicen si la marihuana, porque es algo que, si es como más normal y menos malo que las otras cosas, pero ya se exageran, que porque es lo más natural y ya que lo tienen que legalizar y porque ya es muy fácil conseguirlo, ya cualquier persona, pues lo consume lo vende, lo regala, entonces ya es súper fácil.</p> <p>E4, para mi creo que lo más común es el tabaco y el alcohol, pues, y creo que es porque se pueden conseguir, demasiado fácil, de pronto el</p>	<p>tristes o están muy felices o están en una rumba super “sollada” entonces ay no tenemos que meter tal cosa influencia de los amigos más que todo pienso yo y ya.</p> <p>E3, yo pienso que más que el alcohol el cigarrillo porque el alcohol algunos adolescente bueno no todos, lo dejan más para el fin de semana entonces el viernes, sábado y domingo tomo, pero entre semana, con la presión de la universidad, porque me siento estresado, porque me dan ansias, porque está haciendo frio, se fuman hasta una cajetilla diaria, entonces, pasa uno por los pasillos y alguien fumando o alguien comprando un cigarrillo, entonces yo pienso que más que el alcohol en este momento es el cigarrillo y sobre todo por las ansias, porque los</p>	<p>nadie se da cuenta que tu estuviste pues haciendo eso, mientras que con alcohol, tiene que pasar mucho tiempo para que no se den cuenta de que tú estabas borracho</p> <p>E8, para mí el alcohol total</p>
--	---	---	---

	<p>tabaco de pronto mi generación está acostumbrada a tomar como desde los 13 años, y por ejemplo los jóvenes empiezan a fumar por curiosidad.</p> <p>E1, porque siempre le dicen el cuento de que, si usted fuma, usted se siente relajado o que supuestamente se le quita todo el estrés, de todo un montón de pendejadas, y usted les pregunta a todas las personas que fuman y dicen que es el vicio más pendejo del mundo, pero siguen fumando.</p> <p>E4, y uno sabe que eso sabe muy maluco, pero igual lo hace, pero ya después es como adicción, como que el cuerpo lo necesita</p> <p>E5, yo digo que el cigarrillo y la marihuana porque todo el mundo se cree un vacan fumando cigarrillo, y la marihuana porque da una vaina ahí como de moda, y</p>	<p>calma, entonces uno es estos momentos que está tan estresado necesita algo que le calme las ansias como que sienta libre.</p> <p>E7, yo también pienso que es el cigarrillo lo que más se consume, porque yo vendo en la cajita y me preguntan un montón por cigarrillos, es que si yo vendiera cigarrillos, no, me pago el semestre con eso, y todo el mundo me busca pa comprarme cigarrillos, es el más usado porque eso quita el frio supuestamente, entonces son no, es que tengo mucho frio me voy a fumar un cigarrillo, por ejemplo también esto, estoy ansioso, ay un cigarrillo me quita la ansiedad y también porque por ahí están diciendo porque es más barato y si es verdad, yo no lo había pensado de esa forma pero si es verdad, porque también es más</p>	
--	---	---	--

	<p>también lo empiezan como por amistad y por curiosidad y ya después no lo controlan. E7, yo creo que es por el grupo de amigos, en el cual la gente consumo más. E8; yo creo que es el grupo de amigos y de la familia en que usted se encuentre, porque realmente eso no es adictivo E7, pero también es porque la gente pone la excusa de que eso es natural, pues pero que eso lo ponga a uno como un bobo eso no es natural, que uno esté como ido. E8, pues yo me refiero a que no es adictivo, yo me refiero es con la química por ejemplo la mariguana le produce a usted visiones x cosas pues agudiza los sentidos. E6, alcohol y mariguana, porque es como para estar parchados, por barato y es lo que más venden y además por la cultura, pues si tienes</p>	<p>barato entonces lo consiguen más fácil. E4, Yo digo que también es una forma de solucionar los problemas, entonces en la vida si tengo este parcial ahorita o este final, entonces me fumo y ya entro más calmado, también es eso, es una cosa que viene de mucho atrás, los estereotipos que hay también en la sociedad, entonces es por eso. E5, todos los que han dicho sí, pues todos esos, pero yo pienso que hay uno es especial, que mucha gente lo hace y uno ni se da cuenta, pues o sea, uno ni siquiera se alcanza a imaginar que una persona está metiendo perico, o sea esa droga me tiene pero sorprendida, todo el mundo mete perico, pues yo ya sé cómo son más o menos los efectos de esa droga y quien más o menos como</p>	
--	--	--	--

	<p>un familiar alcohólico. E5, pero por ejemplo yo tengo muchos familiares alcohólicos y por eso no tomo porque no me quiero ver así.</p>	<p>huele, porque huele mucho es, pues si, cuando uno ya detecta esas cosas uno como que ya sabe, yo me puedo ir para una discoteca y yo creo que yo puedo identificar a la mayoría que está metiendo eso, y yo digo que nadie se percata porque es una bolsita pequeña vos lo haces en una ida al baño, la gente no te ve, pues si me entiendes, yo me he hecho la pregunta de porque lo hacen, no sé que efectos causa, pero la gente cuando está conmigo no me gusta cómo se ponen, se ponen como muy ausentes, entonces no sé si lo que buscan es eso, ausentarse, de lo que está pasando como no sé , la verdad yo no sé que le ven de bueno a eso, porque como se ponen, pues eso como que genera un estrés de momento, como que se alejan, no hablan empiezan</p>	
--	---	---	--

		<p>a ... pues es una cosa como toda silenciosa, pero toda fuerte en el interior, pues si me parece una de las que más usan.</p>	
<p>¿Qué es alimentarse bien?</p>	<p>E1, comer a tiempo pues como un plato donde usted tenga pues todo, las proteínas, pues vitaminas o sea todo absolutamente todo, pero no en exceso sino de forma moderada donde usted, ni tampoco pues como por decirlo así obligue al estómago a agrandarse más para meter más comida ni tampoco sentarse a morir de hambre.</p> <p>E2, si pues comer como sano, y eso que también dependiendo de la dieta que cada persona deba tener porque por ejemplo hay personas que no toleran ciertos alimentos, pero los puede reemplazar por otros en fin y pues comer a horas.</p> <p>Creo que los alimentos más importantes son la carne, las</p>		

	<p>frutas.</p> <p>E1, yo creo que todo es bueno y malo dependiendo del exceso o falta que usted le dé, o sea todo es importante, o sea uno sencillamente debería comer de todo a todo el día, pero la pereza, la facilidad de comprar otra cosa que tenga más exceso de cosas que de otras.</p> <p>E4, para mi cocina saludables es entre menos haya sido manipulada, entre menos químicos menos conservantes, pero de eso hay muy poquito entonces, pues nada, comer varias veces al día, pues digamos unas 6 veces digamos que es lo correcto y pues comer varias veces, no dejar muchos tiempos de ayuno.</p> <p>E5, comer bien es comer varias veces al día, por ejemplo, si como mucho el fin de semana compensar en la semana.se que debo comer</p>		
--	---	--	--

	<p>proteína, aunque no me gusta casi la carne, tratar de compensar, por ejemplo, me gustan mucho las lentejas, pues me gusta mucho la ensalada y todo lo paso con agua.</p> <p>E6 pues como cumplir con todos los nutrientes que necesita y tomar mucha agua también y ya cuidarse y hacer ejercicio y eso.</p> <p>E7, suplir todas las necesidades que uno tenga en el día, creo que es esencial la proteína, en cualquier forma que los veas, pero proteína, carbohidratos, los minerales también son muy importantes</p> <p>E8, principalmente que cumpla los requerimientos nutricionales diarios, así como comer bastantes veces al día.</p>		
<p>¿Qué piensas del estrés en la juventud?</p>	<p>E5, yo pienso que está demasiado alto a las tasas de años anteriores, porque si tú te pones a leer ves que hay</p>		

<p>mayor estrés en estos 5 años a los años anteriores, problemas en la familia en el estudio, pues no solo ahora, siempre han existido, pero ahora, o sea si tú no eres fitness, ya te conviertes en una categoría entonces, o sea eso se ve mucho en el gimnasio, si tú eres la primípara gordita ahhh entonces gorda, todos los acuerpados con musculitos, la miraban como todo pelle y eso causa estrés en la gente, depresión.</p> <p>El, además pues así el peso que le pone a uno como por ejemplo los adultos o la familia, porque por ejemplo de mi tienen un concepto de que como fui buena en la escuela entonces tengo que ser excelente en la universidad y tengo que salir, pues como antes, siempre me han dicho pues a usted le tiene que ir bien, usted tiene que salir antes de la</p>		
---	--	--

	<p>universidad, usted tiene que empezar antes un negocio, pues o sea es como demasiado estrés porque uno se siente como atacado porque entonces por ejemplo uno ve que le está lleno mal en algo y uno dice no pues ya decepcioné como a todo el mundo ya que voy a hacer, pues si, es mucho estrés como más que todo por salir adelante y ser alguien más reconocido antes que la demás gente que no se lo propone, eso puede afectar la salud, porque yo me estoy matando mucho porque estudio hasta las 3 de la mañana entonces duermo como 4 horas me levanto me tengo que levantar 1 hora y media antes para venir acá, entonces uno en el metro una hora y media uno a clase de 9 y uno a las 5 de la mañana levantándose eso es muy mamón.</p> <p>E2, yo creo que el estrés es</p>		
--	---	--	--

	<p>producido porque ahora madrugan mucho a tener relaciones, pues eso si o si tiene que ver mucho, ya ahora las niñas de 12 años están sufriendo llorando y dejan de comer porque se enamoraron, porque están preocupadas porque las van a dejar entonces eso también tiene mucho que ver.</p> <p>E6, pues ahora tienen las niñas que no sean gordas, que sean flacas, que los senos, que las nalgas.</p> <p>E7, presión familiar, pues porque las exigencias siempre son altas, presión social, pues a mí no me ha pasado tanto.</p> <p>E8, yo diría que es en todo el mundo, porque los estándares que sacan que ha esto está a la moda, entonces todo el mundo está a tengo que tener esto tengo que hacer esto, si o lo tengo entonces no voy a hacer parte del grupo de personas</p>		
--	---	--	--

	<p>que quiero estar, tengo que ser físicamente de tal manera porque no me van a querer.</p> <p>E5, el bullying porque ya todos los niños están en esas y eso causa mucho estrés.</p> <p>E7, pero es que también hace parte de la vida que uno se tiene que saber defender</p>		
	<p>Principales tendencias</p>	<p>Sustento teórico</p>	
	<p>Los participantes de la investigación coinciden en que la salud es bienestar resaltan el binomio cuerpo y mente en sus definiciones de salud y se refieren a él como bienestar mental y corporal o físico y psicológico, además definen la salud como equilibrio entre estas dos dimensiones, además algunos incluyen los términos espiritual y emocional, es importante destacar que la mayoría de los participantes consideran la salud como ese equilibrio</p>	<p>La constitución de la OMS de 1948 define la salud como: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.</p> <p>Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente</p>	

	<p>que les permite desarrollarse en sus actividades diarias en la sociedad y algunos incluyen el ámbito educativo en sus definiciones para referirse a que tener salud es estar bien en sus universidades y actividades académicas.</p> <p>coincidieron en afirmar que el bienestar es estar bien en todos los aspectos, vuelven al concepto físico emocional necesario para poder desarrollarse en la vida cotidiana, además incluyen en el bienestar algunos hábitos considerados como saludables, como alimentarse bien, dormir, control de los problemas de salud.</p>	<p>productiva, se concibió la salud como un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida.</p> <p>De acuerdo con la Carta de Ottawa existen prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos, además de lo anterior hoy en día, la dimensión espiritual de la salud goza de un reconocimiento cada vez mayor. (89)</p> <p>Terris citado por Piédrola define la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedades e invalideces” (103)</p>	
--	--	--	--

		<p>Coincidente con estas definiciones se encontró que los jóvenes españoles tienen un amplio concepto de la salud que incluye un componente físico, un componente emocional de gran importancia para ellos y un componente social menos presente en el discurso. Para los más jóvenes, la salud parece estar centrada en la ausencia de enfermedades.</p> <p>Núñez-Rojas (104) con estudiantes universitarios de Manizales concluye que para los jóvenes actuales la salud se constituye en un “lugar de paso y hallazgo temporal, no un fin buscado”, contexto cultural en el cual la exposición al riesgo contribuye a la generación de un entorno propicio para el consumo de drogas y las prácticas sexuales sin mayor</p>	
--	--	--	--

		<p>protección, en aras de la exploración del placer del momento, sin pensar en las repercusiones a corto, mediano o largo plazo.</p> <p>según el diccionario de Moliner (105) es el estado en el que se está bien, con salud, energías, etc;</p> <p>también se encontró que Graafft apunta a que el bienestar es algo en cierto modo identificable como un estado de ánimo y que los elementos del bienestar son estados de conciencia.</p> <p>Pena se refiere al bienestar como el grado de satisfacción de las necesidades de los individuos, necesidades que corresponden con elementos psicológicos y sensaciones humanas. (70)</p>	
	Fue común encontrar que los estudiantes saben cuáles son los hábitos saludables y	El estilo de vida saludable (EVS) es aquel que propicia la adquisición y	

	<p>coincidían al responder que la alimentación, los hábitos de sueño y descanso, las buenas relaciones con las personas que los rodean, actividad física regular, evitar el uso de SPA eran actividades que influían en la salud.</p>	<p>mantenimiento, en la vida diaria, de pautas de conducta que de manera individual y colectiva mejoran la calidad de vida en la cotidianidad. Los EVS incluyen conductas de salud de las personas, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones para mantener, restablecer o mejorar su salud, bienestar y calidad de vida en forma integral. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal.</p> <p>Los estilos de vida saludables se refieren a comportamientos que disminuyen el riesgo de enfermar, como un control y manejo adecuado de las tensiones y emociones negativas, buenos hábitos</p>	
--	---	---	--

		<p>de sueño, de alimentación y actividad física, empleo adecuado del tiempo libre, control y evitación del abuso de alcohol, cafeína, tabaco y sustancias psicoactivas; incluyen la instauración e incremento de actividad física, la sana recreación y manejo del tiempo libre, el sexo seguro, autocuidado en salud y cuidado médico.</p> <p>Igualmente, entre los factores protectores se incluye el tener un sentido de vida, objetivos y metas, buena autoestima, autocontrol, habilidades sociales, emocionales, de afrontamiento y enfrentamiento, preconceptos, valoración de drogas y espiritualidad; además control de los factores de riesgo como los ya mencionados: sedentarismo, tabaquismo,</p>	
--	--	--	--

		<p>alcohol, estrés y algunas otras patologías, entre ellas alteraciones psicológicas, comportamientos perturbadores, maltrato, disfunción familiar y relación con personas (14) (16)(18)</p> <p>Diversos estudios afirman que los jóvenes identifican la vida sana relacionada con la buena alimentación y la actividad física.</p> <p>Cuando se les pregunta por los principales problemas de la juventud dicen que las drogas (70). Por ejemplo, en un estudio de Arrivillaga y Salazar realizado en Colombia con jóvenes universitarios, evaluaron las creencias de salud-enfermedad y encontraron una alta o muy alta presencia de creencias favorables relacionadas con la actividad física y el deporte, como el</p>	
--	--	--	--

		<p>autocuidado y el cuidado médico, los hábitos alimenticios y la abstinencia de alcohol, tabaco y otras drogas; sin embargo, estas creencias no coincidían con la práctica saludable.</p> <p>Meda (45) encontró que los jóvenes tienen la creencia de que es importante hacer ejercicio físico, tener conductas de autocuidado, visitar al médico por lo menos una vez al año, buscar cambios en su cuerpo, evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, y tener una vida sexual sana, además se encontraron creencias de ambigüedad hacia la creencia de consumir verduras, frutas, cereales.</p> <p>Bray (106) encontró en un estudio que el 80% de los estudiantes creían importante hacer ejercicio</p>	
--	--	--	--

		<p>físico sistemáticamente ya que se refleja en la salud; además, que es cardinal tener conductas de autocuidado, como visitar al médico una vez cada año, revisar periódicamente su cuerpo en busca de cambios y otras y creían asimismo que se debe evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.</p> <p>El Estilo de vida es uno de los principales determinantes de la salud; al analizarlo desde la perspectiva de la prevención en salud, éste se constituye en una variable dependiente de la definición de riesgo, es decir, no se define por sí misma, sino en relación con los riesgos subsiguientes, por ejemplo, con los factores de riesgo asociados a ciertos cuadros clínicos.</p>	
--	--	--	--

		<p>Arrivillaga et es significativa la influencia de factores socio-ambientales, familia y amigos, en el desarrollo de pautas de comportamiento y creencias saludables, por ejemplo en cuanto a la recreación y manejo del tiempo libre, hábitos alimenticios o en el desarrollo de creencias desfavorables como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (padres y amigos fumadores y/o consumidores de licor. (23)</p> <p>También Hernán et al, (70) identifico en jóvenes españoles que las opiniones sobre la alimentación se centran en lo que ellos mismos han denominado "comida basura", que resulta barata y rápida, en comparación a la comida de casa.</p>	
--	--	--	--

	<p>La mayoría de los estudiantes tiene una percepción mala de su salud, al preguntarles si eran saludables o no respondieron que no.</p>	<p>En el estudio los participantes tienen la percepción de que su salud es buena (47,4) y muy buena 26,1%, se evidencia que tiene una percepción positiva de su salud, con referencia a esto Hernán et, al, en un estudio con jóvenes españoles encontró que la mayor parte de los jóvenes (90,3%) declararon que su salud es buena o muy buena. (70), concordante con esto en un estudio realizado por Intra (8) los estudiantes universitarios argentinos califican su salud como regular un 13,5%, y como buena o muy buena el 86,8%.</p>	
	<p>Los jóvenes coincidían en que un estilo de vida poco saludable hacía que los jóvenes se enfermaran, y este estilo de vida incluía consumo de sustancias</p>	<p>Meda Lara (45) que en su estudio al realizar el análisis multivariado lineal encontraron asociaciones de las creencias de salud con los estilos de vida, tales</p>	

	<p>psicoactivas, alimentación inadecuada, pocas horas de sueño, falta de ejercicio y estrés.</p>	<p>como hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, valores de vida, estrés y apoyo social, autocuidado y cuidado médico y condición física. En este sentido, los sujetos podían creer que es importante tener conductas protectoras, pero no siempre mantenían estilos de vida saludables, coincidente con lo que afirman los estudiantes en este estudio pues coinciden en remarcar la importancia de una buena alimentación, actividad física, evitar el consumo de sustancias psicoactivas, horas adecuadas de descanso entre otras prácticas de cuidado para mantener la salud, pero también afirman no hacerlo y no practicarlas frecuentemente.</p>	
	<p>Los participantes tienen percepciones de que la salud</p>	<p>También concuerda con lo afirmado por Arrivillaga</p>	

	<p>es lo más valioso que una persona puede tener, y la consideran como lo más importante que una persona tiene para vivir cada día, es lo que les permite desarrollarse diariamente y ser felices.</p>	<p>(23) pues encontró que los jóvenes tienen alta o muy alta presencia de creencias favorables de la salud en las dimensiones sexualidad, consumo de sustancias y alimentación a pesar de ello tienen prácticas poco o nada saludables. En este caso y acorde con lo formulado por el modelo de creencias en salud, la sola percepción individual no determina el comportamiento, al menos en la población evaluada. En otras palabras, los jóvenes pueden tener la creencia de que un determinado problema de salud es importante, efectivamente pueden tener también la creencia de que la acción a tomar produce beneficios para la salud, pero lo que no tienen es la percepción de ser vulnerables a ese problema y por ende posponen el</p>	
--	--	---	--

		<p>costo que supone una acción preventiva. Por tanto, ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento o una acción protectora para la salud. (50)</p>	
	<p>Los estudiantes adujeron frente a la alimentación saludable, la creen costosa, el sabor es menos rico y es menos fácil, alimentarse bien.</p>	<p>Con referencia al estilo de vida según Lema (13) el estilo de vida saludable es el conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud en un sentido amplio, es decir, con todo aquello que provee el bienestar y desarrollo del individuo a nivel biopsicosocial por ejemplo la dieta, sexualidad, tiempo de ocio entre otros.</p> <p>En el estudio de Lema (13) cuyo objetivo fue describir los comportamientos que hacen parte de los estilos de</p>	

		<p>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 <u>drogas</u> ilegales, sueño, <u>sexualidad</u>, <u>relaciones interpersonales</u>, afrontamiento y <u>estado</u> emocional percibido, y su correspondiente grado de satisfacción con dichas prácticas, donde participaron 598 estudiantes (44,7% hombres y 55,3% mujeres) de una universidad privada de <u>Colombia</u>, se encontró 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 <u>el estado</u> general de salud.</p>	
--	--	--	--

	<p>Afirman que en esa adopción de prácticas existe un componente cultural que hace que no se les preste demasiada atención a los problemas de salud, a esto sumado las percepciones de omnipotencia de los jóvenes por el simple hecho de ser jóvenes.</p> <p>Los jóvenes coincidieron en hablar de la poca percepción de las consecuencias de los actos, hace que los jóvenes adopten prácticas perjudiciales para su salud.</p> <p>Algunos estudiantes reconocen la influencia de la sociedad para adquirir hábitos de vida inadecuados, tal es el caso de la tecnología, los amigos y las campañas publicitarias en televisión y demás, especialmente para la</p>	<p>Núñez-Rojas (104) afirman que el contexto cultural en el cual la exposición al riesgo contribuye a la generación de un entorno propicio para el consumo de drogas y las prácticas sexuales sin mayor protección, en aras de la exploración del placer del momento, sin pensar en las repercusiones a corto, mediano o largo plazo.</p> <p>Según otros autores, como Castrillón y Páez Cala (43) (13) esta tendencia a exponerse a riesgos coincide con las características propias del grupo poblacional de estudiantes universitarios en el contexto actual.</p> <p>Duchan y Black, (107) afirman que los estilos de vida no sólo involucran acciones o</p>	

	<p>adquisición de hábitos como el consumo de SPA.</p>	<p>comportamientos individuales, sino además son importantes los factores sociales y culturales como las tradiciones, los valores, las creencias, los hábitos, conductas y comportamientos que determinan en cierta medida las conductas de los grupos.</p>	
	<p>la mayoría de estudiantes, creen que las deben cuidar su salud haciendo ejercicio, alimentándose adecuadamente, durmiendo las horas necesarias, teniendo buenas relaciones con sus compañero y familias, además de evitar el consumo de bebidas y otras sustancias psicoactivas.</p>	<p>Arrivillaga (23) en un estudio sobre estilos de vida y salud en estudiantes de psicología publicado en el 2010, concluyen que para esta población universitaria los mayores riesgos para la salud detectados se relacionan con la salud sexual y reproductiva, el sedentarismo, hábitos alimenticios, consumo de tabaco y alcohol, pero</p>	

		<p>también Lemos y Fidalfo (25) al analizar las actitudes, riesgos de personalidad y conductas de riesgo en estudiantes universitarios en Oviedo encuentran que la mayoría presentan estilos de vida adecuados, pero se identificó un pobre nivel de salud, entre los resultados identifican obesidad global, consumo de alcohol, consumen hasta embriagarse, consumo de tabaco, comportamientos sida-riesgosos, no presentan actividad física adecuada, no comen suficientes frutas y vegetales, no tienen suficiente cobertura de salud, algunos no se han efectuado un examen para SIDA, esto corresponde con lo encontrado por Araya (10) quien identifica en general un nivel nutricional normal,</p>	
--	--	--	--

		<p>sedentarismo en la muestra en general.</p> <p>También Hernán et al, (70) encontró que el consumo de tabaco y de alcohol están bastante extendidos debido a su fácil acceso, pero reconocen que el tabaco perjudica la salud y que la mayoría empieza a fumar por la presión de grupo, también encontraron que el consumo de alcohol es considerado como normal, especialmente los fines de semana y lo asociaron a conductas sociales como reuniones familiares y fiestas con amigos; frente al uso de drogas ilegales, identificaron su consumo con la curiosidad por lo desconocido o con la necesidad de llamar la atención, y su consumo habitual ha sido interpretado como una</p>	
--	--	--	--

		<p>salida rápida a carencias afectivo-emocionales o a problemas esto es coincidentes con lo afirmado por diversos actores en poblaciones de universitarios (2) (23) (28).</p>	
	<p>Frente a los cuidados de la sexualidad los participantes afirmaron que se debe cuidar desde el uso de anticonceptivos, pero no dejan de lado la parte emocional en el cuidado de la sexualidad.</p>	<p>según Hernán et al, la sexualidad se aprende a través de la experiencia propia y de los amigos, los padres intentan hablar de sexualidad, pero no parece conseguirse la conexión entre padres e hijos en este tema, en la escuela, por otra parte, se recibe información fundamentalmente centrada en la prevención del VIH/SIDA, pero del discurso juvenil se deduce una demanda de educación sexual integral que incluya los aspectos emocionales y afectivos de la sexualidad, en esta investigación los estudiantes afirmaron que</p>	

		<p>los universitarios tienen diversas prácticas sexuales que no son saludables y atribuyen estas conductas a la formación que se tuvo en el tema, en la calidad de información que les daban las instituciones académicas pues denuncian la poca idoneidad de las personas que imparten las cátedras de sexualidad, la mitificación de las conductas al hablar con sus padres y afirman además que los amigos tienen una influencia mayor, pues se habla desde la experiencia en cuanto fue negativa o positiva pero no desde lo realmente protector.</p>	
	<p>Los jóvenes coincidieron en que la droga o sustancia psicoactiva más utilizada por ellos, son el cigarrillo, la marihuana y el alcohol en su orden de mayor consumo son las más utilizadas, refieren</p>	<p>Cáceres (18) en un estudio en Cali encontró que la distribución del consumo de drogas fue la siguiente: alcohol (74,5%), tabaco (33,2%), marihuana (7,1%) y cocaína (0,9%), esto</p>	

	<p>que el fácil acceso a los mismos, además de su precio económico, reconocimiento social como legal, características atribuidas al alcohol y cigarrillo por ejemplo por los jóvenes, hace que sean más fácilmente consumidos.</p>	<p>corresponde la lógica de los encontrado en esta investigación en orden de mayor a menor consumo.</p> <p>Lo anteriormente mencionado, coincide con los hallazgos de estudios realizados en los últimos años en Colombia y el mundo siendo Becoña, la OMS y el plan nacional de drogas, además cuando se habla específicamente de los universitarios Fenzel, Higgins y Marcum, Parrott et al, Salazar y Arrivillaga, corroborando la permanencia del riesgo en los países en desarrollo y sus consecuentes efectos negativos en los ámbitos sociales, económicos y de salud (18)</p> <p>Según diversos estudios recogidos por Maddaleno (25) la edad de inicio de consumo de drogas ilícitas se encuentra en los 13 años</p>	
--	--	---	--

		<p>aunque puede encontrarse en países latinoamericanos la menor edad, Cáceres (18) también encontró que la edad del primer consumo estaba entre los 12 y 17 años, en los países de El Caribe, el alcohol es la principal droga de consumo 40% de las adolescentes había consumido alcohol alguna vez en su vida esto concuerda con la investigación en la que el 91,3% había consumido licor alguna vez en su vida.</p> <p>Con relación a la frecuencia de la toma de alcohol se encontró un estudio en el que el 51,7% de los estudiantes consume alcohol de vez en cuando (eventos sociales), el 28,5% una vez a la semana y el 16,2% no toma; con relación al consumo de tabaco, el 61% de los estudiantes no fuma, el</p>	
--	--	---	--

		<p>13,3% una vez al día y el 15,8% varias veces al día.</p> <p>Esto difiere un poco en lo encontrado en esta investigación pues ningún joven admitió tomar alcohol diariamente, además el 69,9% admitió que cuando bebe no lo hace hasta embriagarse.</p> <p>Con relación a lo anterior también encontramos lo que Cáceres observó en una universidad en Cali, donde el alcohol es la sustancia más consumida entre los universitarios.</p> <p>Países como España tienen un alto consumo con porcentajes del 24% en jóvenes hombres y del 32% en jóvenes mujeres frente a porcentajes respectivos en EEUU (18 y 12%) o de Francia (26 y 27%), Suecia (11 y 19%), Italia (22 y 25%) o Portugal (18 y 26%) y para el caso de esta</p>	
--	--	---	--

		<p>investigación se encontró en jóvenes universitario el 39,9% sin diferencias significativas entre hombres y mujeres.(84)</p> <p>Hernán et, al, en su estudio encontraron que el cannabis es la droga ilegal más frecuentemente consumida tanto por adolescentes como por adultos en España, afirman que el 35,2% de los estudiantes de 14 a 18 años lo han probado alguna vez en la vida, el 30,5% lo han consumido en el último año y el 20,1% en los últimos 30 días (70); esto coincide con los resultados de esta investigación pues la marihuana es la droga que más consumen los universitarios, siendo en el 89,7% de las personas que consumen, la sustancia más usada, además el 53,4% refiere que lo ha consumido</p>	
--	--	---	--

		alguna vez en la vida, el 14,9% en el último año y el 31,6% en el último mes.	
	<p>También hablan de su condición cultural, que hace parte de la familia de los grupos de amigos y de las nuevas tendencias para relajarse y sentirse bien. Además, la mayoría de los jóvenes entrevistados hace referencia al doble consumo incitado por el alcohol, pues afirman que una vez se consume alcohol, consumir otras drogas concomitantemente se hace más fácil y es muy común entre los jóvenes.</p> <p>También dicen que el cigarrillo tiene poderes calmantes de ansiedad y de frío, es más fácil que la sociedad lo acepte y es más económico, se ha visto como</p>	<p>Según Ramos-Valverde a pesar de todas las consecuencias negativas del consumo de tabaco, los jóvenes pueden centrarse en los aspectos positivos de dicha conducta, como el control de estados de ánimo negativos y la depresión (relajarse, concentrarse, reducir el estrés o reducir el aburrimiento), la facilidad para contactar y permanecer en un grupo (utilizando el tabaco como un vehículo para entrar en un grupo de amistad deseado, tener contacto con el otro sexi), el control del peso o la identificación con una determinada imagen de madurez y confianza en sí mismo (85), Cáceres et, al</p>	

	<p>algo normal que todo el mundo hace.</p>	<p>(18) también observó que se consume en mayor medida en los eventos sociales: la rumba (42,7%), las reuniones con amigos y compañeros (25,6%) y las celebraciones (22%). Este comportamiento se produce en el 48,6% de los casos en compañía de amigos, aunque, también se realiza en solitario (26,9%) ; esto se diferencia de lo encontrado en el estudio en el cual lo hacen cuando están ansioso, cuando están con amigos o es independiente del momento, al preguntarles además a los estudiantes sobre el consumo de cigarrillo respondieron que las razones para fumar van desde calmar el frío hasta relajarse para un examen.</p>	
--	--	--	--

Anexo 4 Consentimiento informado

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

Título de la investigación: Situación de salud pública y creencias de salud de los jóvenes de la Corporación Universitaria Lasallista 2017.

Ciudad y fecha: _____

Yo, _____ con CC _____

Una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a Diana Maritza García Gutiérrez, Enfermera de la Corporación Universitaria Lasallista para la realización de los siguientes procedimientos:

- Diligenciar un formulario de preguntas acerca de mis hábitos de cuidado y mi situación de salud pública
- Contestar unas preguntas de la entrevista grupal que se diseñó para indagar sobre mis creencias a cerca de la salud.

Adicionalmente se me informó que:

Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.

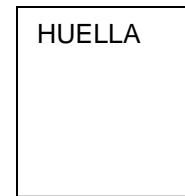
No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan mejorar los procesos de Salud que promueve Bienestar Universitario para toda la comunidad Universitaria de la que hago parte.

Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El

archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales y en la Corporación Universitaria Lasallista, bajo la responsabilidad de los investigadores.

Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.



Firma

Documento de identidad ____ No. _____ de _____

Huella Índice derecho:

Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta No 62 de Febrero de 2017.