



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PRÁCTICAS EN SALUD RELACIONADOS CON LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS  
ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA UPB.**

**EN LA MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
PASICOLOGA**

**MADÉLIN RODRÍGUEZ GONZÁLEZ**

**BUCARAMANGA  
2013**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PRÁCTICAS EN SALUD RELACIONADOS CON LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS  
ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA UPB**

**MADÉLIN RODRÍGUEZ GONZÁLEZ**

**Asesor  
Psic. Mg. PEDRO PABLO OCHOA**

**BUCARAMANGA  
2013**

NOTA DE ACEPTACIÓN: \_\_\_\_\_

PRESIDENTE DEL JURADO: \_\_\_\_\_

JURADO1: \_\_\_\_\_

JURADO2: \_\_\_\_\_

BUCARAMANGA \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMIENTOS**

*A quienes han aportado para que este proyecto llegará a su anhelado puerto.*

*A mis padres, Alix y Evangelista, fuentes infinitas de sabiduría y paciencia.*

*A mis maestros, al Dr. Raul Jaimes, al Dr. Pedro Pablo Ochoa, fuentes infinitas de conocimiento y aliento.*

*A mis compañeros de trabajo, Hna. Ángela Vaquero, Ing. Patricia Beresneigder, fuentes infinitas de confianza en mí.*

*A mis grandes amores, Samuel, fuente infinita de apoyo, perseverancia y lucha día a día, y Manuela, fuente infinita de energía, motivación y alegría.*

*A todos los que me brindaron palabras de aliento para no desfallecer.*

*A todos los que supieron que lo lograría a pesar del tiempo.*

*A todos, mi inmensa gratitud,  
les dedico este trabajo.*

**CONTENIDO**

RESUMEN .....	9
INTRODUCCIÓN .....	11
OBJETIVOS .....	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos .....	16
MARCO TEÓRICO.....	17
Antecedentes Investigativos .....	34
Método .....	45
Tipo de estudio, escenario, población y participantes .....	45
Método de muestreo.....	45
Tamaño de la muestra .....	46
Instrumento .....	47
Procedimiento .....	50
Análisis de resultados .....	50
RESULTADOS .....	52
COMENTARIOS .....	88
REFERENCIAS.....	110
Anexos .....	118

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Población total y número de participantes en la investigación .....	46
Tabla 2: Distribución de los participantes por programa académico y semestre .....	47
Tabla 3: Estructura del cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios (CEVJU-R) .....	49
Tabla 4: Puntuaciones posibles para las prácticas de cada dimensión.....	49
Tabla 5. Distribución por estrato socio-económico .....	52
Tabla 7. Distribución de los estudiantes según las prácticas de los Estilos de vida .....	55
Tabla 8: Prácticas en las dimensiones de los Estilos de vida de los estudiantes según estrato socioeconómico .....	56
Tabla 9: Prácticas de las dimensiones de los Estilos de vida de los estudiantes según estrato .....	57
Tabla 10: Prácticas en las dimensiones de los Estilos de vida de los estudiantes según el sexo .....	58
Tabla 11: Distribución de las prácticas de las dimensiones de los Estilos de vida de los estudiantes .....	59
Tabla 12 : Prácticas en las dimensiones de los Estilos de vida de los estudiantes según se encuentren matriculados en los primeros o últimos cinco semestres académicos .....	60
Tabla 13: Prácticas en las dimensiones de los Estilos de vida de los estudiantes según semestre académico .....	61
Tabla 14: Distribución de las prácticas de las dimensiones de los Estilos de vida de los estudiantes según semestre .....	62
Tabla 15: Prácticas de las dimensiones de los Estilos de vida de los estudiantes según carrera .....	63
Tabla 16: Distribución de las prácticas de las dimensiones de los Estilos de vida de los estudiantes según carrera .....	64
Tabla 17: Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales (marihuana, éxtasis, heroína, otros alucinógenos, etc ) .....	65
Tabla 18: Prácticas de consumo de alcohol en los estudiantes según sexo, semestre y carrera .....	66
Tabla 19: Principal motivo que tienen para hacer la práctica de ejercicio o actividad física .....	71
Tabla 20: Principal motivo que tiene para No hacer ( o dejar hacer) la práctica de ejercicio o actividad física .....	72
Tabla 21: Motivaciones que tienen para hacer cambios en la práctica ejercicio o actividad física .....	73

Tabla 22: Recursos con los que cuentan para hacer la práctica de ejercicio o actividad física .....	74
Tabla 23: Principal motivo que tienen para hacer la práctica de tiempo de ocio .....	75
Tabla 24: Principal motivo que tienen para NO realizar (o dejar de realizar) la práctica de ocio .....	76
Tabla 25: Motivaciones que tienen para hacer cambios en la práctica de Tiempo de ocio .	77
Tabla 26 : Recursos con los que cuentan para hacer la práctica de Tiempo de ocio .....	78
Tabla 27: Principal motivo que tienen para dormir el tiempo que necesitan .....	79
Tabla 28: Principal motivo que tienen para NO dormir el tiempo que necesita o (dejar de hacerlo) .....	80
Tabla 29: Motivaciones que tiene para hacer cambios en práctica de sueño .....	81
Tabla 30: Recursos con los que cuentan para hacer la práctica de sueño .....	82
Tabla 31: Principal motivo que tienen para consumir alcohol .....	83
Tabla 32: Principal motivo que tienen para evitar el consumo de alcohol .....	84
Tabla 33: Motivaciones que tienen para hacer cambios en la práctica de Consumo de alcohol .....	86
Tabla 34: Recursos con los que cuentan quienes quieren consumir alcohol .....	87

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribución de los estudiantes con prácticas del Estilo de vida no saludable.....	55
Figura 2: Frecuencia con la que quienes consumen alcohol por lo menos una vez a la semana, por hacerlo, han dejado de hacer actividades sociales, académicas o laborales. ...	67
Figura 3: Frecuencia con la que quienes consumen alcohol por lo menos una vez a la semana. Por hacerlo, han dejado de ir a la Universidad. ....	68
Figura 4: Principal motivo que tiene la población con práctica de ejercicio o actividad física no saludable para hacer la práctica .....	71
Figura 5: Principal motivo que tiene la población con práctica no saludable de Ejercicio o actividad física para No hacer (o dejar de hacer) la práctica .....	72
Figura 6: Motivaciones que tiene la población con práctica de ejercicio o actividad física no saludable para hacer cambios en la práctica .....	73
Figura 7: Principal motivo que tiene la población con práctica de Tiempo de ocio no saludable para hacer la práctica .....	75
Figura 8: Principal motivo que tiene la población con práctica de tiempo de ocio no saludable para No realizar (o dejar de realizar) la práctica .....	76
Figura 9: Motivaciones que tiene la población con práctica de Tiempo de ocio no saludable para hacer cambios en la práctica .....	77
Figura 10: Principal motivo de quienes tienen una práctica de sueño no saludable para dormir el tiempo que necesitan .....	79
Figura 11: Principal motivo de quienes tienen una práctica de sueño no saludable para no dormir el tiempo que necesitan (o dejar de hacerlo) .....	80
Figura 12: Motivaciones de quienes tienen una práctica de Sueño no saludable para hacer cambios en la práctica .....	81
Figura 13: Principal motivo que tienen quienes consumen alcohol por lo menos una vez a la semana para consumirlo .....	83
Figura 14 : Principal motivo que tienen quienes consumen alcohol por lo menos una vez a la semana para evitar su consumo .....	85
Figura 15: Motivaciones que tienen quienes consumen alcohol por lo menos una vez a la semana para hacer cambios en esta práctica .....	86

## RESUMEN

### TÍTULO TRABAJO DE GRADO: PRÁCTICAS EN SALUD RELACIONADOS CON LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA UPB

**AUTOR MADELIN RODRÍGUEZ GONZÁLEZ**

**FACULTAD Psicología**

**ASESOR Psic. Mg. PEDRO PABLO OCHOA**

## RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud señala el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, cuyos factores de riesgo dependen básicamente de factores comportamentales. El objetivo de este estudio fue evaluar el estilo de vida de los estudiantes de la UPB en relación a sus prácticas, motivaciones y recursos en salud, a través del Cuestionario de estilo de Vida de Jóvenes Universitarios (CEVJU-R). Se empleó un diseño trasversal, con muestreo por cuotas a 358 estudiantes de pregrado de 11 programas académicos en los 10 semestres. Los resultados identificaron que los jóvenes presentan prácticas saludables en siete de ocho dimensiones: Tiempo de ocio, Alimentación, Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, Sueño, Habilidades interpersonales, Afrontamiento y Estado emocional percibido siendo la práctica de actividad física no saludable. El 64,8% de los estudiantes poseen un estilo de vida sedentaria. Entre los principales motivos para la inactividad física están “la pereza” (50%), seguido de que “implica mucho esfuerzo y se cansa fácil” (9,2%). El 23,2% de los jóvenes reconocen que podrían cambiar esta práctica, pero no saben si lo harán. Según el modelo *Transtéorico del Cambio de Comportamiento en Salud* de Prochaska, estos jóvenes se encuentran en la segunda etapa de cambio, referida a la *etapa de Contemplación*.

**Palabras clave:** Estilo de vida, prácticas saludables y no saludables, etapas de cambio, estudiantes universitarios.

## ABSTRACT

**TITLE: HEALTH RELATED PRACTICES IN LIFESTYLES IN UNDERGRADUATE STUDENTS OF UPB**

**AUTHOR MADELIN RODRÍGUEZ GONZÁLEZ**

**FACULTY Psychology**

**ADVISORY Psych. Mg. PEDRO PABLO OCHOA**

## ABSTRACT

The World Health Organization says the increased mortality of chronic non-communicable diseases, whose risk factors basically depends on behavioral factors. The aim of this study was to evaluate the lifestyle UPB students regarding their practices, motivations and resources in health, through style Questionnaire for Young Life College (CEVJU-R). Transversal design was employed with 358 quota sample of 11 undergraduate academic programs in the 10 semesters. The results identified that young people have healthy practices in seven of eight dimensions: leisure time, Food, Alcohol, cigarettes and illegal drugs, sleep, interpersonal skills, coping and perceived emotional state practice being unhealthy physical activity. The 64.8% of students have a sedentary lifestyle. Among the main reasons for physical inactivity are "laziness" (50%), followed by that "involves much effort and gets tired easily" (9.2%). The 23.2% of young people recognize that could change this practice, but do not know if they will. According to the *Transtheoretical Model of Health Behavior Change Prochaska*, these young people are in the second stage of change, based on the *stage of Contemplation*

**KEY WORDS:** Lifestyle, healthy and unhealthy practices, stages of change, college students

## INTRODUCCIÓN

El carácter global del problema de la salud se expresa por los patrones de enfermedad que han cambiado sustancialmente en los últimos años. En el pasado, las enfermedades infecciosas tradicionales constituían la principal causa de muerte en el mundo. Actualmente, las causas más importantes de muertes son, además de las enfermedades transmisibles, las enfermedades crónicas como las cardiovasculares, los ataques fulminantes y el cáncer, cuyos factores de riesgo depende básicamente de factores comportamentales como tabaquismo, alimentación, sedentarismo, sobrepeso, consumo de alcohol y otras drogas. El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2002), indica que los diez principales factores de riesgo para la salud a nivel mundial, en su orden son: insuficiencia ponderal (peso insuficiente), prácticas sexuales de riesgo, hipertensión arterial, consumo de tabaco, consumo de alcohol, agua insoluble, carencia de hierro, humo procedente de combustible sólidos en espacios cerrados, hipercolesterolemia y obesidad.

Otro informe de la OMS (2009), señala que ocho factores de riesgo son responsables por sí solos de más del 75% de los casos de cardiopatía coronaria, la principal causa de muerte a escala mundial, estos son: el consumo de alcohol, la hiperglucemia, el consumo de tabaco, la hipertensión arterial, un índice de masa corporal elevado, la hipercolesterolemia, una baja ingesta de frutas y verduras y la falta de actividad física. La mayoría de esas defunciones se registran en los países en desarrollo.

En un comunicado de la OMS (2012), se indica que las Enfermedades Cardiovasculares (EVC) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Señala el comunicado que cada año mueren más personas por ECV, que por cualquier otra causa. Las causas más importantes a las que se le atribuye la cardiopatía y los Accidentes Vasculares Cerebrales en un 80% son los llamados

"factores de riesgo modificables": dieta malsana, inactividad física y consumo de tabaco.

En cuanto a los jóvenes, la OMS (2011) señala que cada año mueren más de 1,8 millones, con edades comprendidas entre los 15 y 24 años, por causas prevenibles. Entre los riesgos para la salud que los afectan, se presentan, el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia. Estima que los traumatismos causados por el tránsito provocan la muerte de unos mil jóvenes cada día. Una causa fundamental de este traumatismo, es el uso nocivo del alcohol que reduce el autocontrol y aumenta las conductas de riesgo.

Paralelo a lo anterior, la salud y la enfermedad constituyen dos de los aspectos más importantes en los últimos tiempos de la psicología para vincular y estudiar los fenómenos de la salud humana. El concepto de salud-enfermedad también ha evolucionado a través del tiempo; según Cáceres, Salazar, Correa, Varela, Holguín, Arrivillaga y Córdoba. (2006), en este momento es posible hablar que el sujeto debe ser entendido más allá de la noción mente y cuerpo, en cambio debe ser como un organismo integral, indivisible, en donde todos sus sistemas interactúan de manera interdependiente. Desde esta perspectiva la salud, implica tener en cuenta múltiples factores interdependientes, compuestos por una variada y compleja interacción de determinantes que influyen en la salud.

Por lo anterior, el abordaje del proceso salud-enfermedad implica una postura integral que depende de muchos factores; entre otros, el comportamiento humano (Coy 2002), que desempeña un importante papel en la influencia y evolución del estado de salud; la evidencia del peso que ejerce la conducta humana, la cual proviene, en gran medida, de estilos de vida y conductas poco saludables de los sujetos. Así pues, los comportamientos como fumar cigarrillos, consumir alcohol, hacer poco ejercicio físico, comer en exceso o comer dietas inadecuadas, tienen una relación directa con la salud (Oblitas 2008).

De hecho, se han realizado numerosos estudios a nivel nacional para identificar los comportamientos que conllevan a factores de riesgo relacionados con la salud. El Estudio Nacional de Salud Mental realizado por el Ministerio de la Protección Social (2003), ha señalado que la prevalencia de trastorno por uso de sustancias, es del 10,6%; seguido del trastorno por abuso del alcohol, con el 6,7% y el trastorno por dependencia de la nicotina, con el 1,6%; la edad de inicio de estos trastornos, se encuentran entre los 18 y 29 años.

Salazar, Varela y Cáceres (2006), encontraron como factores de riesgo en universitarios, el consumo de drogas como el alcohol y el tabaco en altas proporciones de su población. Identificaron que el 74,5% de los jóvenes consumen alcohol, mientras que el 33,2% consumen tabaco. Teniendo en cuenta el género de los universitarios, encontraron mayor proporción de mujeres consumidoras del alcohol (52%); mientras que entre los hombres, era mayor la proporción de consumidores de tabaco (61,3%).

Asimismo, a nivel regional, el diagnóstico que realizó el Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS, 2006), identificó que los principales factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Bucaramanga eran: el sedentarismo, el sobrepeso, el hábito de fumar, el consumo de alcohol. Al igual, estableció que esta realidad no era ajena a otros municipios de Santander; en 20 de ellos se encontró factores de riesgo en salud como el hábito de fumar, el consumo de alcohol y los hábitos alimenticios.

Ahora bien, para comprender las conductas de salud es necesario analizar los contextos en que estos tienen lugar, los cuales comprenden una relación de factores personales, interpersonales, ambientales e institucionales. Es así, que la Organización Panamericana de Salud (OPS, 1996) ha promovido la formación de entornos saludables por creer que en su medio pueden encontrar expresión concreta los principios y postulados básicos de la promoción de la salud. Aquí se establece la necesidad de promover la salud en los entornos donde transcurre la

vida, por lo que a nivel educativo, la Universidad se constituye en un entorno propicio para la adquisición y el mantenimiento de comportamientos en salud para todos sus miembros; es un escenario importante para el desarrollo de hábitos saludables, es más, y la mejoren (Lange y Vio, 2006). Es por ello que la universidad, mediante la puesta en marcha de estrategias en estilos de vida saludables, puede constituirse en un escenario de ambientes y entornos saludables, mediadora entre los universitarios y su entorno.

En nuestra Universidad la misión del Departamento de Bienestar Universitario es el de generar ambientes propicios que contribuyan a la formación integral de la comunidad universitaria de la UPB, desde este escenario se implementan en el *programa de calidad institucional*, los Círculos Educativos de Prevención Integral (CEPI), que son cursos teóricos prácticos, encaminados hacia la prevención integral y la promoción de estilos de vida saludables en temas de sustancias psicoactivas, ansiedad, depresión, relaciones de pareja, primeros auxilios, proyecto de vida, embarazo, manejo emocional. Los grupos se constituyen a partir de las inscripciones de los estudiantes en los cursos de horas libres, con una intensidad horaria de dos horas semanales, entre 11 y 13 sesiones cada curso durante el semestre (Quintero, 2012). Sin embargo, si bien se han realizado los CEPI como estrategia para prevención y promoción en salud, no se conoce concretamente cuáles son los estilos de vida que poseen los estudiantes para ajustar los programas a las necesidades de la población.

Todo lo anterior hace pensar que para que haya un real impacto en la promoción de estilos de vida saludables, las intervenciones deben estar dirigidas a reducir factores de riesgo y a mantener aquellos factores de protección que poseen los estudiantes. Para ello, se hace necesario implementar mecanismos de detección temprana de los mismos, que permitan intervenir oportunamente. En razón a lo anterior, se hace importante identificar los estilos de vida en los estudiantes universitarios, por cuanto la salud en ellos es clave para el progreso social, económico y político del país; más, si se tiene en cuenta que la mayoría de

causas prematuras de morbilidad y mortalidad son prevenibles y que muchas de ellas están relacionadas con el comportamiento. Abordar tal situación, investigándola desde el área de psicología de la salud, es uno de los componentes de la solución a este fenómeno.

El interés de esta investigación se encuentra dentro del marco que apunta hacia la necesidad de apoyar, fortalecer y promover la formación que facilite el desarrollo de estrategias dirigidas hacia el autocuidado y fundamentalmente la promoción de la salud con programas que la optimicen y la mantengan y configure una Política Institucional, integrándola en el plan de desarrollo como Universidad Saludable.

Los objetivos planteados para esta investigación son los de estudiar las pautas comportamentales que caracterizan los estilos de vida en salud de los estudiantes de pregrado de la UPB; esto, con el fin de conocer las tendencias de dichas conductas y los grupos con factores de riesgo o de protección. El que éste trabajo se efectúe caracterizando a la población y teniendo en cuenta los comportamientos, permite que las intervenciones que se propongan sean más efectivas y de mayor impacto sobre las jóvenes universitarias.

Es por lo anterior que la presente investigación plantea las siguientes preguntas para su desarrollo: ¿Cómo son los estilos de vida relacionados con la salud de los estudiantes de pregrado de la UPB? ¿Cambian estos estilos de vida relacionados con la salud según el género, el programa académico o el semestre en curso? Se espera que las respuestas obtenidas para las preguntas que esta investigación se plantea, aporten elementos que puedan ser empleados en el fortalecimiento de los programas desarrollados en el Departamento de Bienestar Universitario de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Evaluar el estilo de vida en relación a prácticas, motivaciones y recursos en salud a través del Cuestionario de estilo de Vida de Jóvenes Universitarios (CEVJU-R), para identificar los principales estilos de vida saludables y no saludables de los estudiantes de pregrado en la UPB.

### **Objetivos Específicos**

Conocer las prácticas de los estudiantes en ocho dimensiones relacionadas con su salud: Actividad física, Tiempo de ocio, Alimentación, Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, Sueño, Habilidades interpersonales, Afrontamiento y Estado emocional percibido.

Identificar en los estudiantes las variables demográficas que se encuentran relacionadas con las prácticas en las dimensiones de los estilos de vida en salud.

Determinar si existen diferencias en el estilo de vida de los estudiantes en relación a prácticas relacionados con la salud según género, semestre académico y programa académico.

Analizar las motivaciones, el nivel de satisfacción y los recursos relacionados con las prácticas saludables y no saludables que tienen los estudiantes.

## MARCO TEÓRICO

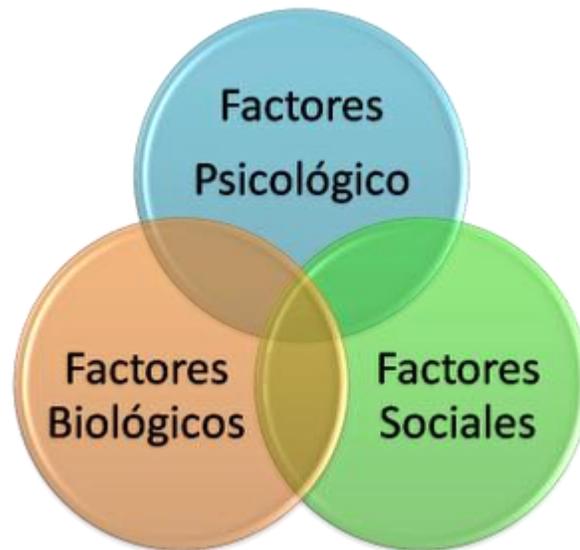
Las proposiciones teóricas generales, las categorías y conceptos que sirven como referencia para los temas concernientes a esta investigación, están enmarcados dentro del campo de la psicología de la salud, entendida tal como la considero Matarazzo (1980, citado en Oblitas 2004):

La suma de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de esta disciplina a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la investigación de la etiología y el diagnóstico de los factores asociados a la salud, la enfermedad u otras disfunciones asociadas, así como el análisis y ayuda al sistema de salud y la formación de la política de salud (p 15).

Al igual que propone Morales (1997): “es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud, poniendo especial énfasis en la identificación de los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la recuperación de la salud, fundamentalmente” (p 57- 58).

Por lo anterior, la Psicología de la salud vista desde una perspectiva sistémica e integradora, en la que se pretende analizar desde este campo éste estudio, diversas concepciones y modelos explicativos del proceso de salud para llegar a describir las diversas prácticas y conductas en salud relacionadas con el estilo de vida de los jóvenes universitarios; así como centrar el interés en los determinantes del estado de salud, en busca de profundizar en las estrategias para el fomento de universidades promotoras de salud, orientadas hacia el logro de una mejor calidad de vida.

Ahora bien, la salud, vista desde la perspectiva Biopsicosocial, como uno de los mayores modelos teóricos de influencia sobre la definición del concepto de salud, toma como referencia la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales como determinantes principales de la salud y la enfermedad (Hernández, Armayones, Boixados, Pousada, Guillamón y Gómez, 2009). Esta concepción holística como lo es el modelo Biopsicosocial, concibe la salud como la define la OMS (1948, citado por OMS, 1998): “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad” (p 10).

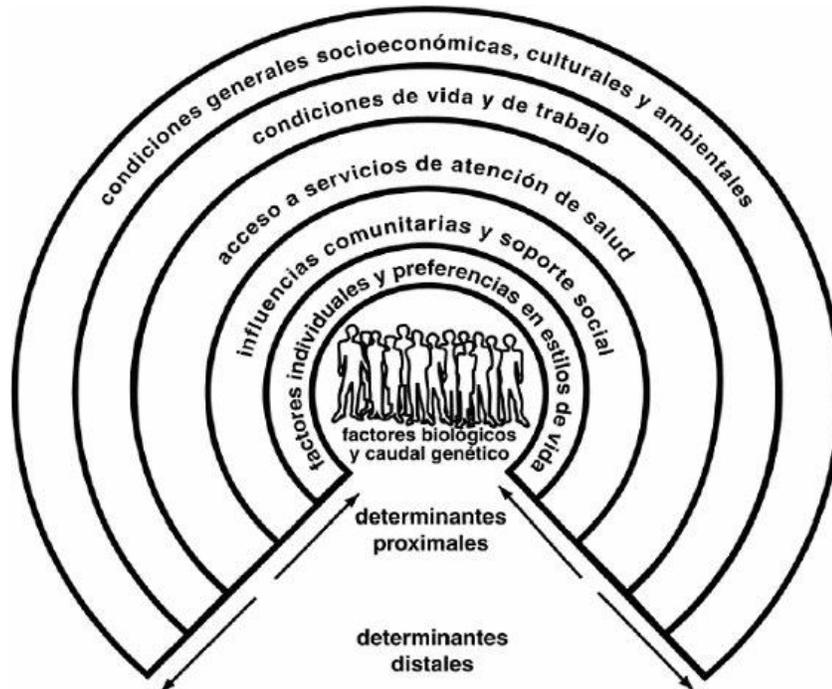


En el modelo biopsicosocial se identifican los factores que ejercen influencia sobre el estado de la salud. Al respecto, la OPS adopta el enfoque ecológico e integral de la salud de Dahlgren y Whitehead (1991, citado por la OPS, 2002), denominado Modelo determinante de la Salud, el cual abarca: “ un amplio rango de factores que incluye, desde los microdeterminantes, asociados a características biológicas y genéticas, hasta los macrodeterminantes, relacionados con variables socioeconómicas, culturales y ambientales” (p.19-20).

Una descripción de las características principales de cada uno de los determinantes de la salud, permite identificar como se configuran los factores

propios del individuo y los del ambiente en sus diferentes modalidades, los cuales tienen efectos potenciales sobre la salud (Dahlgren & Whitehead, 1991 citado por OPS, 2002 p. 21- 22), estas son:

Modelo de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead 1992



Fuente: OPS, 2002.

*Factores Biológicos y causal genético:* El individuo como base del modelo con sus características genéticas y biológicas, entre las que se encuentran el sexo, la nutrición, los procesos de maduración, el envejecimiento, los factores genéticos, entre otros.

*Factores individuales y preferencias en estilos de vida:* La conducta del individuo, sus creencias, valores, actitud frente al riesgo, capacidad de afrontamiento, comunicarse, adaptarse, determinan sus preferencias y estilo de vivir, a su vez estas conductas están condicionadas a los contextos sociales que lo moldean y restringen.

*Influencia comunitaria y soporte social:* La presión de grupo, la cohesión, las redes de soporte social, la integración social, ejercen un papel determinante en problemas y mantenimiento de la salud en el nivel de agregación.

*Acceso a servicios de atención de salud:* Las formas en que se organiza la atención de la salud en una población son determinantes del estado de salud en dicha población.

*Condiciones de vida y de trabajo:* el acceso adecuado a la vivienda, el empleo y la educación son prerequisites básicos para la salud de las poblaciones.

*Condiciones generales socioeconómicas, culturales, y ambientales:* en este nivel operan los grandes macrodeterminantes de la salud, que están asociados a las características estructurales de la sociedad, la economía, el ambiente y por tanto, ligados con las prioridades políticas y las decisiones de gobiernos.

Es así, que desde los determinantes de la salud, el modelo biopsicosocial cobra gran importancia, al derivar que el estado de la salud tiene causas múltiples, así como efectos múltiples. Por lo tanto, desde este modelo se considera que la salud sería el resultado de tener cubiertas las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del individuo. (Amigo, Fernández y Pérez 1998; citado por Hernández, Armayones, Boixados, Pousada, Guillamón, Gómez, 2009).

Ahora bien, para entender por qué los individuos ponen en práctica determinados comportamientos relacionados con la salud, ciertas prácticas socioculturales que propician o altera la salud o cómo comprender la relación que existe entre lo psicológico frente al desarrollo y mantenimiento de la salud y la enfermedad, el modelo biopsicosocial, ha abordado la salud desde una perspectiva interdisciplinaria.

Como se ha expuesto anteriormente los comportamientos individuales o

colectivos en el desarrollo y mantenimiento de la salud, son producto de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, ambientales, lo que indica que diversos factores responden de manera diferente, por lo que los aportes conceptuales de las prácticas que afectan la salud, no son explicables en un único enfoque conceptual, sino que existe una gran cantidad de modelos explicativos para entender los factores que regulan el proceso de salud y enfermedad.

Cabrera, Tascón y Lucumí (2001) señalan que la mayoría de causas prematuras y muerte son prevenibles y que muchas de ellas están relacionadas con el comportamiento y el estilo de vida, por su parte Murphy (2005) indica que las teorías que se centran en las persona reconocen que el comportamiento no tienen lugar en el vacío, sino que está influido por el contexto en el que se desarrolla.

Al existir diversos modelos multicausales para explicar las prácticas que determinan las conductas de salud, y con el propósito de contextualizar los aportes conceptuales que constituyen la base de referencia para este estudio, a continuación se expone en este apartado una breve reseña de aquellos modelos teóricos que explican la incidencia de la dimensión psicológica en la regulación del estado de salud.

Entre las teorías más usadas para predecir cambios en los comportamientos en salud, están el modelo de la creencia de la salud, la teoría de la acción razonada, la teoría del aprendizaje social y el transteórico de etapas de cambio en el comportamiento (MT) (Cabrera y otros 2001).

Según la OPS (2005), las teorías que se concentran en las causas de la conducta son:

El *Modelo de Creencias en la Salud*, (Rosenstock, 1974, citado por OPS, 2005), sostiene que el comportamiento de salud es una función tanto de conocimiento como de actitudes. Enfatiza en cinco premisas: (1) el comportamiento depende de si las personas consideran que son susceptibles a un problema de salud en particular; (2) consideran que se trata de un problema serio; (3) están convencidos de que el tratamiento o las actividades de prevención son eficaces, y (4) al mismo tiempo consideran que éstos no son costosos; y (5) reciben un incentivo para tomar medidas de salud.

La *Teoría de la Acción Razonada* (Fishbein y Ajzen, 1975, citado por la OPS, 2005) sustenta que el comportamiento generalmente sigue a la intención y no ocurrirá sin ésta. Las intenciones de las personas también se encuentran influenciadas por otras actitudes frente al comportamiento.

La *Teoría del Aprendizaje Social* resalta que el comportamiento humano se explica en tres vías recíprocas, en la cual los factores personales, las influencias ambientales y el comportamiento interactúan continuamente. Una premisa básica de esta teoría es que las personas aprenden no solamente por medio de su propia experiencia sino también observando las acciones de otros y los resultados de dichas acciones (Bandura, 1977, Rotter, 1954, citados por OPS 2005).

Para este estudio se opta por incluir el *Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento en Salud* de Prochaska (MT), puesto que los anteriores modelos describen y explican el comportamiento en salud como un evento único más que como un proceso de secuencia por etapas (Cabrera, 2000). Al respecto, Schwarzer y Gutiérrez (2009), expone varias deficiencias en los modelos de continuum; la primera deficiencia que señalan, es que al describir los cambios cognitivos y conductuales en salud en forma lineal, las intervenciones deberán ser diseñadas en igual forma para todos, como un modelo de “talla única”, indistintamente del tipo de persona y del tipo de comportamiento de riesgo de interés, esto conlleva a excluir el interés en el orden en el que se va intervenir la

vulnerabilidad percibida.

Una segunda deficiencia indicada es que los modelos de continuum no explican con claridad qué ocurre en la fase postintencional, cuando las metas definidas se traducen en acciones concretas de acuerdo con Sheeran, (2002 citado por Schwarzer y Gutiérrez, 2009): “el segmento vacío que queda entre las intenciones y el comportamiento ha sido equiparado por algunos autores con una “caja negra”, mientras que otros le han denominado “brecha intención del comportamiento” (p 13).

Sumado a lo señalado anteriormente, se toma este modelo para el estudio, porque, partiendo de la premisa de que el cambio no es un evento aislado, sino un proceso, el proceso de aprendizaje debe respetar las formas naturales de conocer y manejar el entorno del individuo (Álvarez, 2008); además, por ser uno de los modelos de cambio de mayor popularidad actualmente (Schwarzer y Gutiérrez 2009); de igual manera, Cabrera (2000) resalta que el MT es reconocido a nivel mundial como un recurso innovador en el área de educación y promoción de la salud.

Álvarez (2010) hace ver que el modelo transteórico o modelo de etapas de cambio, se clasifica dentro de los modelos de tipo motivacional- individualista, pero según Flórez, (2007, citado por Álvarez 2010) su acercamiento al cambio es más multidimensional, pues comprende etapas y procesos de cambio y variables psicosociales intermediarias.

Con base en las razones mencionadas, se considera que el MT posibilita explicar el problema que interesa a esta investigación: ¿Cómo son las prácticas relacionadas con los estilos de vida en salud?, entendiendo que el cambio de prácticas se da como un proceso motivacional que finaliza con la intención y un proceso volitivo que culmina con el desempeño exitoso de la conducta. (Schwarzer y Gutiérrez 2009), y que el cambio en el comportamiento se da en

distintos procesos, estados o fases.

Los postulados y componentes, así como la operacionalización de las variables del MT se señalan a continuación.

La teoría del MT parte del concepto de cambio, según Prochaska, DiClemente y Norcross (1992; citado por Álvarez, 2008): “ como un proceso, en vez de un evento aislado en el tiempo”) y este proceso de cambio se define como: “cualquier actividad que la persona emprende para ayudarse a modificar sus pensamientos, sentimientos o conductas” (Prochaska, Norcross y Diclemente, 1994 citado por Álvarez, 2010 p.100-101); lo que indica que es un modelo que centra su interés en la toma de decisiones del individuo, de manera que el cambio se hace intencionalmente.

Existen dos principios claves para el MT, estos son: etapas de cambio y procesos de cambio. Las etapas de cambio son una dimensión temporal. Los procesos de cambio son estrategias y técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales (Cabrerá, 2000).

Las *etapas de cambio de comportamiento* hacen referencia a lo temporal, motivacional, y a la constancia del cambio, frente a las cuales las personas tienen diversos niveles de motivación y de intención de cambio. Al respecto Prochaska (2008) define las etapas de cambio como estadios que se despliegan en el tiempo, los cuales progresan a través una serie de seis etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación. A continuación se examina cada una de las etapas:

La *Etapa Precontemplación* es el primer estadio de cambio, es la etapa en la que el individuo no tiene la intención de actuar en el futuro previsible (normalmente medido como los próximos 6 meses); ya sea porque el individuo está desinformado sobre las consecuencias de una conducta determinada o porque ha

tenido intentos previos fracasados de cambiar y ahora está desalentado (Prochaska 2008). De acuerdo con lo anterior, en esta etapa no existe en la persona la intención de adoptar un cambio en el estilo de vida.

La *Etapa de Contemplación* se caracteriza porque en ella la persona potencialmente hará un intento formal de modificar su comportamiento en los próximos seis meses, no obstante, al evaluar las ventajas y desventajas de su conducta problemática frente a la nueva conducta, genera una considerable ambivalencia y resistencia al cambio (Prochaska 2008). Frente a ello Cabrera (2000) señala que en esta etapa las personas contemplan la posibilidad del cambio, aunque no asumen el compromiso específico para actuar en ese sentido. En suma, en este estadio, el individuo tiene la intención de cambiar su comportamiento, pero frente a la duda no actúa.

En la *Etapa de Preparación* al cambio, según Prochaska (2008), el individuo tiene la intención de tomar medidas importantes en relación al cambio en el futuro inmediato (por lo general en los próximos 30 días). En esta etapa, según el autor, el individuo tiene un plan de acción, al igual que plena conciencia sobre los pros de cambiar su comportamiento; puesto que distingue las consecuencias adversas de mantener su conducta problemática actual, al evaluar que pesa más que los beneficios. En general, en esta etapa existe gran potencial en la persona para que intervenga y participe en programas orientados a la acción, lo cual indica que el individuo está preparado para el cambio.

En la *Etapa de la Acción* el individuo ha hecho modificaciones manifiestas en su comportamiento en los últimos 6 meses, y ya que la acción es observable, el cambio de comportamiento a menudo se ha equiparado con la acción, aunque es solo una de las seis etapas de cambio (Prochaska, 2008), esta es la fase en la que ocurre un cambio importante y requiere un compromiso considerable de tiempo y energía (Norcross y Prochaska, 2002). Según Dishman (1988, citado por Álvarez, 2008), el periodo de inicio y los seis meses siguientes se consideran

críticos, ya que es en este momento cuando la persona es más propensa a abandonar las nuevas conductas. En resumen, el individuo en esta etapa modifica su comportamiento.

La *Etapa de Mantenimiento*, que Prochaska (2008) considera como el quinto estadio de cambio, se constituye por el trabajo que hace el individuo para consolidar los avances y evitar la recaída, aunque no necesita aplicar procesos de cambio con tanta frecuencia como lo haría en la etapa de acción. Se ha estimado que el mantenimiento de esta etapa dura, después del cambio observable, de 6 meses a 5 años. Para Cabrera (2000), en esta etapa las personas tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento modificado y aumentan progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio comportamental. En síntesis, el nivel de éxito en esta etapa radica en que el individuo está más seguro de mantener los cambios realizados.

Finalmente, en la *Etapa de Terminación*, los individuos poseen cien por ciento de confianza frente a situaciones que previamente eran tentadoras. No importa a qué situación se enfrentan, están seguros, van a seguir con su comportamiento sano y no recaen en alternativas poco saludables; su comportamiento saludable, se ha convertido en un proceso automático (Prochaska, 2008).

Como se describió anteriormente, las etapas de cambio explican cuándo las personas cambian los comportamientos. Ahora bien, el siguiente principio clave del MT son los *Procesos de Cambio*, ellos especifican cómo cambian los comportamientos; los procesos de cambio son los responsables del avance de una etapa a otra.

Los *Procesos de Cambio* en el MT son estrategias o actividades que se implementan para propiciar el cambio de una etapa a otra. Se han identificado diez procesos de cambio (DiClemente y Prochaska, 1998 citado por OPS 2005); los

cinco primeros hacen referencia a procesos cognitivos y los otros cinco a procesos conductuales.

Marcus y Forsyth (2003, citado por Álvarez, 2008) distingue los *Procesos cognitivos como* estrategias o técnicas cognitivas y de experiencia que propician que la persona logre llegar al estadio esperado, estos son:

1. *Elevación o generación de conciencia*: tiene que ver con los esfuerzos individuales en la búsqueda de información o llegar a la comprensión del problema (Velicer, Prochaska, Fava, Norman, Redding, 1998).

2. *Alivio notable*: contempla los aspectos afectivos del cambio, incluye las experiencias y expresiones de emociones sobre el problema de conducta (Velice y otros 1998)

3. *Evaluación del entorno*: examen por parte del individuo del problema, cómo este incide sobre el ambiente social y físico (Velice y otros 1998).

4. *Liberación social*: aumenta la conciencia, disponibilidad y aceptación por el individuo de alternativas para los problemas de conducta en la sociedad (Velice y otros 1998).

5. *Reevaluación personal*: consiste en evaluarse él mismo frente al problema, cómo se siente consigo mismo y qué piensa (Velice y otros 1998).

Con respecto a los cinco *Procesos conductuales* Marcus y Forsyth (2003 citado en Álvarez 2008), señala que son las estrategias y técnicas comportamentales encaminadas a lograr movilizar a otra etapa de cambio al individuo, las describe así:

6. *Sustitución de conductas*: comprende suplantar comportamientos alternativos al problema (Velice y otros 1998).

7. *Relaciones de ayuda*: señala la utilización de apoyo por otros en el intento de cambio (Velice y otros 1998).

8. *Refuerzo del manejo*: abarca el uso de estímulos positivos y fijación apropiada de metas (Velice y otros 1998).

9. *Control del estímulo*: incluye el control de situaciones y otras causas que inician la conducta no deseada (Velice y otros 1998).

10 *Liberación personal*: adquiere la escogencia y compromiso firme del individuo para cambiar la conducta, incluyendo la idea de que puede cambiar (Velice y otros 1998).

Ahora bien, para pasar de una etapa a otra y lograr el avance en el cambio, las personas requieren de las estrategias señaladas anteriormente como *Procesos de Cambio*. Para Prochaska (2008), además de las estrategias, las personas necesitan de un aumento de conciencia en las ventajas del cambio, las cuales deben ser mayores que los contras de cambiar su comportamiento de riesgo para la salud; el autor lo llama *Balance Decisional*; sin embargo, hace ver que el *Balance Decisional*, aunque necesario, no sería suficiente para el cambio, también requeriría de *Autoeficacia*, que el autor la define como la confianza del individuo en que puede hacer y mantener los cambios en las situaciones de riesgo sin tener que recaer en un comportamiento no saludable.

Prochaska (2008) considera que el MT está constituido sobre los siguientes supuestos:

Las *etapas de cambio* son variables dinámicas que son estables y cambiantes, así como las *iniciativas o motivaciones* de cambio.

Las primeras etapas, como las de *precontemplación* y *contemplación*, y más tarde las etapas, de *mantenimiento* y *terminación*, son las más estables; mientras

que las etapas intermedias, como son la *preparación* y *acción*, son las más cambiantes, en ellas es muy probable que el individuo progrese o retroceda, dependiendo en parte de la ayuda que reciban.

Para Norcross y Prochaska (2002), el patrón de cambio es una espiral en lugar de un círculo, no hace retroceder al individuo todo el camino, y cuando se repiten las etapas, el individuo gestiona el proceso de forma diferente; la próxima vez, comienza a considerar los planes para su siguiente acción, al tratar de aprender de errores y fracasos.

En cuanto a los *Procesos de cambio*, las personas hacen los cambios de conducta en etapas y ellos se mueven en forma secuencial a través de estadios, mientras experimentan diferentes procesos de cambio (DiClemente y otros, 1991 citado por Álvarez, 2008). Por lo tanto, la toma de decisiones eficaces, es un determinante importante de cómo las personas pueden progresar a través de las etapas de cambio en comportamientos saludables (Prochaska, 2008).

Después de revisar el concepto de salud, los determinantes que influyen en ella y el modelo teórico que explica el cambio en los comportamientos en salud; es fundamental delimitar los conceptos de estilo de vida, sus dimensiones y sus prácticas.

Para examinar los estilos de vida puede tomarse la definición que hace Arrivillaga, Salazar y Gómez (2004): “un conglomerado de comportamientos que al adquirirse, realizarse, y mantenerse en un contexto social, familiar, escolar, laboral, de forma recurrente, se transforman en hábitos resistentes al cambio”; o Morales (1997, p. 104): “conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud, o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad”. De otra manera, Sánchez - López (1997, citado por Nieto y otros 2004) especifica que los estilos de vida son el conjunto de

soluciones estratégicas que adopta el individuo para poder cumplir sus planes y objetivos globales.

Con lo visto, podría señalarse que el estilo de vida es un constructo que interactúa con diversos factores sociales, comportamentales y cognitivos, en lo que se entiende como la forma de vivir del individuo con consigo mismo y con el entorno, en prácticas de manera constante, las cuales determinan o mantienen su salud.

Estas prácticas o conductas que determinan la salud en el individuo, comprenden una serie de acciones en el comer, en el trabajo, en el descanso, en el estudio, en la reproducción, en la higiene, en el mantenimiento físico. Lema, Salazar, Varela, Tamayo, Rubio y Botero (2009), señalan que dentro de estos patrones de comportamiento que conforman los estilos de vida, se incluyen prácticas saludables y no saludables que interactúan entre sí.

Las conductas saludables, según McAlister (1981, citado en Becoña, Vázquez y Oblita, 2004), son aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. De la misma manera, una práctica no saludable o de riesgo refiere a la posibilidad de que las conductas o situaciones específicas conduzcan a daños en el desarrollo que pueden afectar tanto el conjunto de sus potencialidades como deteriorar su bienestar y salud (Weinstein, 1992 citado en Krauskopf, 1995).

Por otra parte, a lo largo de la vida de una persona existen múltiples factores que pueden alterar su bienestar físico, social y psicológico; a esto se le denomina Factores de riesgo. Según Munist, Santos, Kotliarenco, Suarez, Infante y Grotbert (1998) los factores de riesgo son todas aquellas circunstancias o características personales y ambientales, que aumentan la probabilidad de que una persona sufra un determinado daño. Asimismo, los mismos autores entienden que los factores

protectores son todos aquellos recursos personales, sociales, institucionales y del ambiente que promueven el desarrollo exitoso del ser humano, o que disminuyen el riesgo de alguna alteración del desarrollo.

Pues bien, como ya se señaló, el estilo de vida abarca un conjunto de conductas que se pueden agrupar en dimensiones. De acuerdo con Lema y otros (2009), las principales dimensiones que se han considerado como relevantes para la salud de los jóvenes son la actividad física, el tiempo de ocio, el cuidado médico, la alimentación, el consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, el sueño, la sexualidad, las habilidades interpersonales, el afrontamiento y el estado emocional percibido.

Para evaluar las prácticas en salud se tienen en cuenta en este estudio, las ocho dimensiones de los estilos de vida que sirven de base al constructo elaborado por Salazar, Varela, Lema, Tamayo, Duarte y Equipo de investigación CEVJU Colombia (2010) sobre estilos de vida en salud en estudiantes universitarios; así como las *Motivaciones* para realizar y para no realizar las prácticas, el tipo de motivaciones para hacer un cambio en ellas y los *Recursos* (personales y externos) con los que cuentan los estudiantes para posibilitar u obstaculizar las conductas de salud.

Las dimensiones y sus definiciones se señalan a continuación:

1. *Actividad física*. Refiere a aquellos movimientos corporales y actividades que requieren consumo energético mayor al que se produce en estado de reposo o al realizar alguna actividad cognitiva y que favorecen la salud (Ramírez-Hoffman, 2002; World Health Organization [WHO], 2008, citado por Lema y otros 2009).

2. *Tiempo de ocio*: Es aquél en el que las personas desarrollan actividades orientadas a satisfacer sus gustos e intereses, al placer, al descanso, al

desarrollo y la integración social; tales actividades son elegidas libremente según las preferencias (Rodríguez y Agulló, 1999, por citado por Lema y otros 2009).

3. *Alimentación*. Representa los aspectos relacionados con la selección e ingestión de los alimentos; por lo tanto, el tipo y la cantidad de alimentos, los horarios y espacios en los que se consumen y algunas prácticas relacionadas con el control del peso (Morell y Cobaleda, 1998, citado por Lema y otros 2009).

4. *Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales*. Hace referencia a la ingestión, aplicación u absorción de dichas sustancias, generando alteraciones en el sistema nervioso central y en el comportamiento (Becoña y Vázquez, 2001; Cadavid y Salazar, 2006; Salazar y Cáceres, 2004; Salazar, Varela, Cáceres y Tovar, 2005, 2006; Varela, Salazar, Cáceres y Tovar, 2007; WHO, 2002, 2005 citado por Lema y otros 2009).

5. *Sueño*. Estado de reposo del organismo durante el cual la persona presenta bajos niveles de actividad fisiológica y no hay respuesta activa a estímulos del ambiente (Caballo, Navarro y Sierra, 1998 citado por Lema y otros 2009).

6. *Relaciones interpersonales*. Incluyen todo tipo de intercambios 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 (Becoña Vázquez y Oblitas, 2004; Caballo, 1997; Salazar, Varela, Cáceres y Tovar, 2006; Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, 2006 citado en Lema y otros 2009)

7. *Afrontamiento*. Describe las estrategias que son llevadas a cabo por una persona para responder a demandas internas o del contexto, que son evaluadas como exigentes o superiores a sus recursos y posibilidades. Estas prácticas se entienden como parte de un proceso psicológico que implica esfuerzos a nivel cognitivo y conductual y que se acompaña de emociones negativas, como la ansiedad, la ira, el miedo, la tristeza, entre otras (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1993 citado por Lema y otros 2009).

8. *Estado emocional percibido*. Definida como la capacidad personal para identificar las condiciones somáticas o fisiológicas y las sensaciones asociadas a las emociones (e.g., ira y hostilidad, culpa, vergüenza, dolor, tristeza, alegría, esperanza, amor, etc.) que se producen en respuesta a una situación concreta, constituida por estímulos externos relevantes para la supervivencia, por el procesamiento de estímulos simbólicos o por la activación de memorias afectivas/emocionales (Lang, 1979; Ventura, 2002, citado por Lema y otros 2009).

Las *Motivaciones*, según Kandel, Schwartz y Jessell, (1997, citado por Lema y otros 2009), integran componentes cognitivos y emocionales y tienen una función activadora, organizadora y directiva de la conducta del individuo con el fin de lograr una meta específica.

De igual manera, se puede entender la *Satisfacción*, como la valoración cognitiva que realiza una persona frente a su vida, sobre sus expectativas y aspiraciones, los objetivos conseguidos, basados en sus propios criterios y que realiza de forma favorable (Clemente, Molero y González, 2000). La importancia de la satisfacción en la vida de las personas radica, según Argyle (1987, citado en Clemente y otros 2000), en la función que puede predecir la distancia que hay entre las condiciones actuales del individuo, en ese momento concreto, y las aspiraciones que el sujeto tiene.

La integración de la *Satisfacción*, la *Motivación* y la *Conducta* ocurre en el modelo transteórico (Prochaska y Norcross, 2001, citado por Lema y otros 2009), aunque los autores no lo propusieran originalmente del modo en que Lema y otros (2009) lo señalan.

Para este estudio, la integración que propone Lema y otros (2009) entre las prácticas de salud, la motivación y la satisfacción, y el modelo transteórico de Prochaska, radica en que con él se busca describir las *prácticas* del estilo de vida de los estudiantes en salud, conocer los principales *motivos* que tienen para realizarlas y el nivel de *satisfacción* que obtienen con ellas y que hace que se mantengan. El identificar con el nivel de satisfacción en qué *Etapa de cambio* están los jóvenes, ayudará a explicar si tienen la intención de cambiar dichos comportamientos y en qué momento del cambio se encuentran. También radica en que busca conocer los recursos personales y externos con los que cuentan los estudiantes para el ejercicio de las prácticas. Ello permite identificar cuáles de estos recursos posibilitan u obstaculizan las conductas en salud; por tanto, ayudará a diseñar nuevas actividades y estrategias que propicien un proceso de cambio en la práctica.

La obtención de estos resultados y su análisis, podrá llevar a la implementación de programas de intervención eficaces, dado que parten de la toma de decisiones de los jóvenes; esto es, que el cambio de práctica se hace desde la intención de estos.

### **Antecedentes Investigativos**

Para investigar en Psicología de la salud, se debe tener en cuenta, primero, que la persona como organismo es integral e indivisible, que todos sus sistemas interactúan de manera interdependiente y está en actividad permanente (Cáceres, y otros 2006); por otra parte, que el reconocimiento del rigor y sistematicidad de la

psicología como ciencia y de los otros campos del conocimiento que intervienen alrededor del fenómeno de la salud, implica realizar investigación desde grupos interdisciplinarios, multidisciplinarios y transdisciplinarios.

Las investigaciones han señalado la relación que existe entre los estilos de vida y la salud de los individuos. Por ello la OMS (2012) indica que las conductas tales como el cese del consumo de tabaco, la reducción de la sal de la dieta, el consumo de frutas y hortalizas, la actividad física regular y la evitación del consumo nocivo de alcohol, reducen el riesgo de Enfermedades Cardiovasculares. También que casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades o comportamientos que comenzaron en su juventud, entre ellas el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia (OMS, 2011). Por ello, realizar intervenciones efectivas se hace más necesario cada día, para que las personas generen cambios en sus prácticas.

En concordancia con lo señalado arriba, el MT propuesto como referencia para esta investigación obtiene su sustento de los resultados empíricos de investigaciones en conductas adictivas. En una revisión de la aplicación del modelo en investigación, se encontraron en los siguientes estudios:

Unos de los estudios hechos por Velicer, Fava, Prochaska, Abrams, Emmons y Pierce, (1995, citado por Velicer, Prochaska, Fava, Norman y Redding, 1998), demostró que la distribución de los fumadores a través de las tres primeras etapas de cambio propuestas en el MT, eran aproximadamente iguales en tres grandes muestras representativas: Aproximadamente el 40% de los fumadores se encontraban en la etapa de precontemplación, el 40% se encontraba en la etapa de contemplación, y el 20% se encontraba en la etapa de preparación.

Un trabajo llevado a cabo por Ashworth (1997, citado por OPS, 2005), en el que se realizaron seis pruebas que compararon las intervenciones basadas en

etapas, con aquellas que no lo estaban, los resultados de estas pruebas sugirieron que las intervenciones basadas en etapas fueron las más efectivas.

El estudio realizado por Woodby, Windsor, Zinder y col. (1999, citado por OPS, 2005), se determinaron variables independientes que ayudaban a dejar de fumar entre una muestra de 435 embarazadas receptoras de Medicaid. En el estudio se buscó establecer si las etapas de cambio comprendidas en el MT predecían cambios en la conducta de fumar durante el embarazo. Los resultados indicaron que las variables que motivaban a no fumar durante el tercer trimestre del embarazo fueron la autoeficacia, la exposición al humo del cigarrillo en el ambiente, la exposición de la paciente a educación y la duración del hábito del tabaco, confirmando así la utilidad de la investigación del Modelo Transteórico

En un estudio realizado por Siqueira, Rolnitzky y Rickert (2001, citado por OPS, 2005) se empleó el MT para examinar la relación de la dependencia a la nicotina con el estrés y los métodos de manejo. El estudio involucró a 354 pacientes clínicos entre 12 y 21 años, todos los cuales informaron haber fumado en el pasado o estar fumando en la actualidad.

En cuanto a estudios epidemiológicos realizados con relación a los comportamientos en salud a nivel mundial, se reseñan los siguientes:

Una investigación en el País Vasco encontró que el 65% de la población vasca mayor de 16 años era sedentaria (69% en el caso de las mujeres y 60% en el caso de los hombres), el 46% tenía exceso de peso (56% en los hombres y 38% en las mujeres), el 26% fumaba habitualmente (el 31% de los hombres y el 21% de las mujeres) y un 10% consumía bebidas alcohólicas en cantidad grande o excesiva (14% entre los hombres y 7% entre las mujeres) (Brown, Thompson, Tod y Jones, 2005, citado por Grandes, Sánchez, Cortada, Josep, Calderón, Balague, Millán, Arrazola, Benavides, Goiria, Mujika, Torcal, Vergara, 2008)

El informe de evaluación del Gobierno Vasco (Grandes, et al 2008) señala que las conductas no saludables no se presentan aisladas, sino conglomeradas en los mismos individuos. El informe estimó que solo el 9% de los españoles entre 18 y 64 años realiza habitualmente actividad física, sigue una dieta equilibrada, no fuma y no bebe en exceso. El 50% combina al menos dos de estas conductas de riesgo, un 18%, al menos tres y un 3%, las cuatro (Falk, Sobal, Bisogni Connors, Devine, 2001. Citado por Grandes y otros, 2008)

En la república Checa, Rosalba, Simón y Sefrna , (1994, citado en Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2004) entrevistaron a 3540 hombres sin señal de enfermedad cardiovascular y se verificó que hay un riesgo mayor de mortalidad general relacionada con la edad, el tabaquismo, la presión arterial sistólica, los niveles de colesterol, el peso corporal y la historia familiar.

En cuanto a la alimentación, Ibáñez (2007) menciona que la Epidemia del Siglo 21 es la obesidad, la cual está asociada con riesgo aumentado de hipertensión, diabetes, hiperlipidemia y enfermedad coronaria, constituyendo un problema que se presenta en forma reciente en todo el mundo. Según el autor, en Europa la prevalencia de obesidad ha aumentado 3 veces en los últimos 2 décadas con cifras cercanas al 50% de sobrepeso en adultos y de un 20% en niños, de los cuales un tercio son obesos. Entre tanto, en los Estados Unidos el porcentaje de adultos que son obesos (IMC >30) subió de 15, 3% en 1995 a 23,9% en 2005 de los cuales el 4,8 % tiene un IMC >40. Mientras que en los países en desarrollo, en los últimos 20 años las cifras de obesidad se han triplicado en la medida en que estos se han “occidentalizado” en su estilo de vida, al aumentar el consumo de comida barata con alto contenido calórico y simultáneamente, haber disminuido su actividad física.

Un estudio transversal con 2,659 estudiantes de la Universidad Autónoma de Tlaxcala, en México evaluó el estilo de vida y el riesgo para desarrollar enfermedades crónicas, adicciones, enfermedades de transmisión sexual,

embarazos no planeados, violencia de pareja y enfermedades ocupacionales. Los resultados encontrados señalaron que el 63% de los estudiantes no realiza ninguna actividad física, cuestión que se encontró asociada con el sobrepeso y la obesidad. Respecto a las adicciones, el 20.1% reportó fumar cotidianamente, 22.6% refirió consumir bebidas alcohólicas frecuentemente y el 1.2% reportó consumir drogas ilícitas de manera frecuente. Respecto a las variables relacionadas con la sexualidad, 72% usa el condón y 17% refirió consumir alcohol y/o drogas al tiempo de tener relaciones sexuales; el 4% de las mujeres se embarazó durante sus estudios y el 12% refirió haber sufrido algún tipo de violencia perpetrada por su pareja (Lumbreras, Guadalupe, Dosamantes, Carrasco, Medina, Cervantes; López; Méndez, 2004)

Otro estudio referido a la nutrición, realizado con estudiantes mujeres en la Universidad Federal de Pernambuco en Brasil, evaluó el estado nutricional a través de medidas antropométricas, nivel socioeconómico, enfermedades más comunes y tipo de actividad física, además del consumo alimentario y el lugar donde son realizadas las comidas. Se encontró que el 67% de las estudiantes eran sedentarias, el 20% practicaban actividad leve y el 13% moderada. En prácticas de alimentación, se pudo identificar que el lugar de realización de las comidas y el desayuno, en su mayoría (76%), era realizado en casa, seguido de la cena (56%); mientras que el almuerzo (41%) y la merienda (34%), era realizado en la Universidad. El análisis del consumo alimentario por tres días reveló ingestión de energía con déficit del 21% en relación a lo recomendado ( $p < 0,001$ ). El estudio concluyó que el estudiantado necesitaba cambiar sus hábitos alimentarios, concienciándose sobre la importancia de una comida equilibrada, así como realizar sistemáticamente actividad física, para prevención de enfermedades y obtención de una mejor calidad de vida. (Martins, de Castro, de Santana y Oliveira, 2008).

En una comunidad de Concepción Chile, se analizó el estilo de vida promotor de salud (EVPS) en las dimensiones de autorrealización, responsabilidad

en salud, ejercicio, nutrición, apoyo interpersonal y manejo del estrés entre 360 personas de 15 a 64 años, libres de enfermedades crónicas. Los datos que se obtuvieron fueron que sólo el 52,2% de la muestra tenía un estilo de vida saludable; que las variables sexo, edad, ocupación, acceso a la atención de la salud, la autoestima, la percepción del estado de salud y la eficacia personal percibida tenían un efecto significativo sobre HLP. Conclusiones: Sólo la mitad de la muestra estudiada tenía un estilo de vida saludable; además, que las variables obtenidas con el modelo de regresión, se debían considerar para crear intervenciones efectivas alentadoras. (Cid, Merino y Stieповich; 2006).

En Colombia a partir del surgimiento de grupos de investigación (COLCIENCIAS, 2000 citado por Flórez, 2006), se ha posibilitado un importante desarrollo de investigaciones en el área de psicología en la salud, en especial, sobre la calidad de vida y estilos de vida. En general, las investigaciones en salud en Colombia, han logrado identificar factores de riesgo y de protección que están presentes en grupos poblacionales. Las siguientes investigaciones que se mencionan están relacionadas con estilos de vida en contextos educativos.

Uno de los primeros estudios en Colombia sobre Creencias en salud, llevado a cabo por Arrivillaga, Salazar y Correa (2003) en 754 jóvenes universitarios, evaluaron las creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección. Los resultados de la investigación dejaron en evidencia alta o muy alta la presencia de creencias favorables en todas las dimensiones, excepto en la dimensión de sueño, e incongruencia entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida. Concluyeron las investigadoras que el factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas en pro de la salud. Las creencias más favorables de los jóvenes que mencionaron en las dimensiones fueron:

En condición, actividad física y deporte, resaltaron que “La actividad física ayuda a mejorar la salud” (98%); también se halló jóvenes en desacuerdo o

totalmente en desacuerdo con la creencia negativa de “El ejercicio puede esperar” (61%). Sobre el manejo del tiempo libre se destacó la creencia “Es importante compartir actividades de recreación con familia y amigos” (95.6%), además se encontró jóvenes en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con la creencia negativa: “La recreación es para los que no tienen mucho trabajo” (75.6%). En el autocuidado y cuidado médico señalaron como creencia positiva: “Cada persona es responsable de su salud” (95.9%). Asimismo, se encontró jóvenes en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con la creencia negativa: “Tener buena salud es asunto de la suerte o del destino” (79.9%). En hábitos alimenticios, la creencia que se destacó es: “El agua es importante para la salud” (91.4%); complementariamente están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con la creencia “Entre más flaco más sano” (77.6%). En cuanto al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas señalaron como positiva la creencia: “El licor es dañino para la salud” (76.8%), en contraparte con la creencia negativa con las que los jóvenes están de acuerdo o totalmente de acuerdo en “Un traguito de vez en cuando no le hace daño a nadie” (78%). (Arrivillaga y otros 2003)

A su vez, Arrivillaga y Salazar (2004) en otro estudio realizado sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de los jóvenes universitarios, encontraron, con relación al consumo de Alcohol, tabaco y otras drogas, que los jóvenes tienen Estilos de Vida Poco Saludable, y que existían diferencias significativas entre quienes tienen prácticas saludables y quienes no las tienen, a pesar de tener creencias favorables en este sentido. Señalan las autoras que las correlaciones mostraron una asociación entre la práctica no saludable de fumar, consumir licor y otras drogas, la presencia de una creencia negativa (una borrachera de vez en cuando no le cae mal a nadie) y algunos factores de contexto (padres fumadores y/o consumidores de licor, y amigos consumidores de drogas). Según las autoras, estos resultados condujeron a la discusión sobre focos y prioridades de intervención con jóvenes universitarios.

En un estudio de Salazar, Varela y Cáceres (2006), en el que participaron 763 estudiantes de una universidad privada, se hace referencia a la detección de

factores de riesgo para el consumo de drogas legales en estos universitarios. Encontraron que el alcohol es consumido por el 75,7% de los estudiantes; en tanto que el tabaco, lo consume el 33,2%. Señalan los autores que el inicio del consumo de alcohol ocurre en la mayoría de los casos a los 14,9 años; en tanto que para el consumo de cigarrillo la edad de inicio es para la mayoría de los casos a los 15,1 años. Actuarían en esta población como mecanismos protectores frente al consumo de alcohol, los comportamientos perturbadores y los preconceptos y la valoración que hacen de las sustancias psicoactivas; mientras que para el consumo de cigarrillo, actuarían como mecanismos protectores, además de los anteriores, las alteraciones psicológicas y las habilidades de afrontamiento. Como factores de vulnerabilidad, señalan que hallaron las habilidades de autocontrol frente al consumo de alcohol y el cigarrillo, y en el caso de consumo de alcohol, la relación con personas consumidoras del mismo.

En otra investigación realizada por Cadavid y Salazar (2006), pudieron identificar conductas saludables y no saludables en los estilos de vida de estudiantes de primer semestre de pregrado de una universidad privada en Cali. Encontraron que el 62,1% de los estudiantes tenían prácticas saludables, 62,1% de los estudiantes tiene prácticas “saludables”, el 33,1% las tiene “medianamente saludables” y el 4,7% “no saludables; siendo las prácticas saludables con un mayor número de estudiantes, en las dimensiones de relaciones interpersonales, autocuidado médico, solución de problemas, prácticas sexuales, minimizadores del estrés, y en consumo de tabaco y otras sustancias psicoactivas. En cuanto a las dimensiones de ocio, alimentación y actividad física y el deporte presentaron prácticas medianamente saludables; siendo la última dimensión en la que presenta un porcentaje considerable de estudiantes en la categoría de “no saludables”.

Más recientemente se han evaluado el comportamiento en salud y la satisfacción con el estilo de vida de los jóvenes universitarios a través de la

CEVJU- R , construido por el grupo de investigación Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana Cali; instrumento validado en población estudiantil universitaria colombiana (Salazar, Varela, Lema, Tamayo, Duarte, 2010).

En la primera fase, el cuestionario inicial [CEVJU] (Salazar, Varela, Lema y Cardona, 2007, citado en Salazar, et al 2010) estaba constituido por 151 ítems que evaluaban 10 dimensiones de los estilos de vida: Actividad física, Tiempo de ocio, Autocuidado y cuidado médico, Alimentación, Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, Sueño, Sexualidad, Habilidades interpersonales, Afrontamiento y Estado emocional Percibido.

Uno de los estudios realizados con el propósito de evaluar el CEVJU-R, fue hecho por Lema y otros (2009), con 598 estudiantes de una universidad privada de Colombia. El estudio describió los comportamientos que hacen parte de los estilos de vida 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. Los resultados obtenidos muestran un predominio de prácticas saludables en todas las dimensiones, con excepción de ejercicio y actividad física y alta satisfacción con el estilo de vida y el estado general de salud. Se concluye la posibilidad de realizar programas de intervención que se orienten a la promoción de un mayor número de conductas positivas para la salud y a la disminución de aquellas que puedan deteriorarla

En la segunda fase de validación del CEVJU-R (Salazar y otros 2010), fue sometido a revisión, obteniéndose una nueva versión que estuvo formada por 103 ítems correspondientes a 11 dimensiones, en las que se incluyó alteraciones alimentarias. Fue aplicado a una muestra de 1811 jóvenes de seis universidades del país, tanto públicas como privadas. Se evaluó la capacidad de discriminación de los ítems, se realizaron análisis factoriales y análisis de consistencia interna de

cada dimensión del cuestionario; dando como resultado la última versión denominada CEVJU-R (Salazar, Varela, Lema, Tamayo y Duarte, 2009). Cuestionario que se detalla en el párrafo de procedimiento.

Unas de las aplicaciones que ha tenido el CEVJU-R ha sido en el estudio realizado por Varela, Duarte, Salazar, Lema y Tamayo (2011), en el que se describen las prácticas de actividad física de 1,811 estudiantes, entre 15 y 24 años, de seis universidades colombianas, e identifica la relación de las prácticas con los motivos para realizarlas y modificarlas, así como con los recursos disponibles para llevarlas a cabo. En la aplicación se encontró que el 22.2% de los jóvenes universitarios realiza Actividad física. Los principales motivos para hacer Actividad Física fueron «beneficiar la salud» (45.8%) y «mejorar la figura» (32%), y para no hacer la práctica, la «pereza» (61.5%). La Actividad Física es mayor en quienes están satisfechos con los cambios logrados en este sentido y que piensan mantenerlos (66%), y entre quienes informan tener a su disposición recursos como implementos deportivos, tiempo, habilidades, cualidades físicas, buen estado de salud, espacios y oferta de actividades físicas y deportivas en la universidad, y conocimientos para la realización adecuada de las prácticas (Varela, y otros 2011).

Ahora bien, en Santander y específicamente en la ciudad de Bucaramanga el panorama de estudios realizados con las conductas en salud y el estilo de vida en jóvenes universitarios ha tenido un desarrollo moderado, debido quizás al impacto que han tenido los estudios mencionados anteriormente.

Díaz, Sánchez y Báez (2006), realizaron el estudio de estilos de vida en salud con estudiantes de la Universidad de Santander seccional Cúcuta (UDES). Sobre una muestra de 682 estudiantes de pregrado, encontraron que, en general, los estudiantes presentan un estilo de vida saludable en todas las dimensiones, excepto en las dimensiones de recreación y manejo del tiempo libre, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

En Bucaramanga, Díaz, Díaz, Pérez y Zuluaga (2005), replicaron el estudio de las creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en estudiantes de la UNAB. Encontraron que estos estudiantes presentan un estilo de vida saludable en lo referente a las dimensiones de recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Las dimensiones de riesgo que presentaban esos estudiantes se daban en hábitos alimenticios, actividad física y deporte, y sueño.

Al igual, Díaz (2006), participó en el estudio de la primera fase de validación empírica y evaluación psicométrica del CEVJU, cuestionario que se aplicó a estudiantes de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Así mismo, el grupo semillero de investigación de Psicología de la Salud, de la Facultad de Psicología UPB, seccional Bucaramanga (2009) adelantó un estudio a 378 estudiantes del área de salud de la ciudad de Bucaramanga, correspondientes a los programas académicos de auxiliares de enfermería, medicina, Psicología, Odontología, Enfermería, Optometría, Bacteriología, Fonoaudiología, Fisioterapia, Nutrición y Dietética, Salud Ocupacional, Higienista Oral, Laboratorio Dental. Estudiaron cuatro dimensiones analíticas: ejercicio y actividad física, consumo de alcohol, consumo de cigarrillo y sustancias psicoactivas, y la sexualidad, empleando el CEVJU. Los resultados encontrados fueron: las prácticas saludables de los estudiantes del área de la salud de Bucaramanga se encuentran en puntuaciones promedio. No obstante, es de indicar lo observado en las dimensiones de Ejercicio y Actividad Física, Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales y Sexualidad, que presentan un porcentaje importante de jóvenes que puntuaron bajo, (21.6%; 16.6% y 12.2%, respectivamente), en comparación con quienes puntuaron alto, siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $p \leq 0.05$ ), lo que indica comportamientos poco saludables. (Agudelo, Arguello, Bautista, Carvajal, De Castro, Díaz, Escobar, Gómez, Morales, Pinto, Rincón, Rueda, Serrano, Suárez, Toloza, 2009)

## MÉTODO

### **Tipo de estudio, escenario, población y participantes**

La presente Investigación es un estudio de tipo cuantitativo descriptivo no experimental, de diseño trasversal.

Se desarrolló en la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, institución de educación superior, cuyo funcionamiento se encuentra autorizado por el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior ICFES, por acuerdo N° 083 de Julio 12 de 1990.

Contó con una población, determinada con base en la información aportada por la oficina de registro y control de la UPB, de 4.969 estudiantes, matriculados en los diferentes programas académicos que ofreció la Universidad durante el primer semestre de 2.011. De la población registrada se extrajeron 11 grupos, con base en los distintos programas académicos que ofrece la UPB. En la tabla 1 se puede observar el número total de participantes.

### **Método de muestreo**

Para seleccionar al número de estudiantes requeridos, se empleó el método de muestreo por cuotas. Este es un método similar al muestreo aleatorio estratificado pero que no tiene el carácter de aleatoriedad. Con este método la población se fracciona en subpoblaciones y de cada población se fija una cuota, que consiste en un número de individuos que reúnen determinadas condiciones. Estas cuotas pueden ser proporcionales, que corresponde al a este caso, o iguales. Una vez determinada la cuota, se eligen los primeros individuos que se encuentren y que cumplan las condiciones establecidas.

**Tabla 1: Población total y número de participantes en la investigación**

Programa académico	Población	Muestra
Administración de Empresas	252	18
Administración de Negocios Internacionales	463	34
Ingeniería Ambiental	386	26
Ingeniería Civil	798	56
Ingeniería Electrónica	252	19
Ingeniería Industrial	1108	81
Ingeniería Informática	89	8
Ingeniería Mecánica	380	27
Comunicación Social	420	30
Psicología	462	33
Derecho	359	26
<b>Total</b>	<b>4969</b>	<b>358</b>

### Tamaño de la muestra

Sobre un total de 4.969 estudiantes inscritos en la UPB para el primer semestre de 2011, se constituyeron 11 subgrupos correspondientes con 11 programas académicos que ofrece la institución educativa. Asumiendo un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, se usó la siguiente expresión para determinar el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{N * q * p * z^2}{e^2 N + z^2 * q * p}$$

$$n = \frac{4969 * 0.50 * 0.50 * 1.96^2}{0.05^2 * 4969 + 1.96^2 * 0.50 * 0.50} = 358$$

En donde:

n = tamaño de la muestra que se quiso obtener

$N$  = tamaño de la población (número total de estudiantes)

$p = 0,50$

$q = 1-p=0,50$

$Z = 1,96$ , valor que corresponde a la distribución de Gauss

$e = 0,05$ , valor que corresponde a la variabilidad propia de las muestras extraídas de la población.

El valor obtenido con la expresión (358), se hicieron proporciones para identificar la muestra en cuanto a número de estudiantes por programa académico y semestre.

Una vez obtenida la muestra por programa académico y semestre, se procedió a escoger los participantes. La tabla 2 indica la distribución de los participantes por programa académico y semestre.

**Tabla 2: Distribución de los participantes por programa académico y semestre**

Programa académico	Semestre										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ing. ambiental	5	7	2	2	2	2	1	2	2	1	26
Ing. industrial	11	13	6	8	7	11	5	5	6	9	81
Admón. de empresas	2	3	2	2	2	2	2	1	2	0	18
Ing. mecánica	5	4	2	5	1	3	2	2	1	2	27
Comunicación social	4	4	3	3	3	2	2	4	2	3	30
Negocios interna/les	8	8	3	6	4	3	1	1	0	0	34
Ing. civil	12	13	5	6	5	4	3	4	2	2	56
Psicología	6	6	3	4	2	2	2	3	2	3	33
Derecho	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	26
Ing. informática	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	8
Ing. Electrónica	2	2	2	2	1	2	2	2	3	1	19
Total	59	64	31	41	29	35	24	28	24	23	358

## Instrumento

La recogida de datos se realizó a través del Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios CEVJU-R, Salazar, Varela, Lema, Tamayo y Duarte

(2009). La obtención del permiso de uso del instrumento se dio por contacto directo entre asesor del estudio y sus autoras.

El instrumento está compuesto por:

- Un apartado de datos sociodemográficos.
- Ocho dimensiones de los estilos de vida: Actividad física, Tiempo de ocio, Alimentación, Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, Sueño, Habilidades interpersonales, Afrontamiento y Estado emocional percibido.
- Tres aspectos relacionados con cada dimensión del estilo de vida: las prácticas específicas que conforman cada dimensión, las motivaciones (para realizar y para no realizar dichas prácticas, así como las motivaciones para hacer un cambio en ellas) y los recursos (personales y externos) que posibilitan/dificultan las prácticas. En lo correspondiente a la dimensión del estado emocional sólo se evalúan las prácticas.

En total, el cuestionario consta de 68 ítems con opción de respuesta cerrada. Las preguntas pueden tener diferentes formas de respuesta:

- Escala tipo Likert, “Siempre”, “Frecuentemente”, “Pocas veces”, “Nunca” (preguntas de prácticas).
- Múltiple opción de respuesta (preguntas de recursos).
- Única opción de respuesta (preguntas de motivaciones).

En la tabla 3 se presenta la estructura del cuestionario.

**Tabla 3: Estructura del cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios (CEVJU-R)**

Aspectos	Prácticas		Motivaciones		Recursos	
	Ítems	Nº	Ítems	Nº	Ítems	Nº
Ejercicio y actividad física	1-3	3	4-6	3	7	1
Tiempo de ocio	8-10	3	11-13	3	14	1
Alimentación	15-21	7	22-24	3	25	1
Consumo alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	26-30	5	31-33	3	34	1
Sueño	35-37	3	38-40	3	41	1
Habilidades interpersonales	42-46	5	47-49	3	50	1
Afrontamiento	51-58	8	59-61	3	62	1
Estado emocional	63-68	6				
Total ítems = 68		40		21		7

Para calcular la puntuación de las prácticas de cada dimensión se suman los valores obtenidos en las preguntas que conforman la práctica de la dimensión, según lo muestra la tabla 3; posteriormente se compara la puntuación obtenida con el punto medio, tal como se puede observar en la tabla 4, que es asumido como punto de corte para definir si las prácticas en cada dimensión son saludables o no. Las puntuaciones obtenidas por debajo del punto medio indican prácticas saludables, en tanto que las obtenidas por encima, indican prácticas no saludables.

**Tabla 4: puntuaciones posibles para las prácticas de cada dimensión**

Dimensión	Puntuación posible	Punto medio
Ejercicio y actividad física	3 a 12	7,5
Tiempo de ocio	3 a 12	7,5
Alimentación	7 a 28	17,5
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	5 a 23	14
Sueño	3 a 12	7,5
Habilidades interpersonales	5 a 20	12,5
Afrontamiento	8 a 32	20
Estado emocional percibido	6 a 24	15

Para los demás aspectos (motivaciones, satisfacción y recursos), estos se describen mediante porcentajes de selección de cada motivación, satisfacción y recurso.

Con respecto a la Confiabilidad del instrumento, Salazar y otros (2010) presentaron para todas las dimensiones un alfa de Cronbach entre 0,6 y 0,7; lo cual indicaría moderada consistencia interna.

## **Procedimiento**

La aplicación del instrumento se realizó en las instalaciones de la UPB con autorización previa de la Facultad de Psicología y apoyo del Departamento de Bienestar Universitario. Se diligenció en medio físico de manera grupal e individual y autoaplicada, con un tiempo promedio de 30 minutos por aplicación. Anterior al inicio de la aplicación, se le entregó al estudiante el consentimiento informado, al igual que las instrucciones para diligenciar el instrumento.

## **Análisis de resultados**

La totalidad de los 358 estudiantes contestaron el cuestionario. Con la información obtenida con el cuestionario se constituyó una base de datos que se utilizaron para los análisis estadísticos. Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico spss versión 21 para Linux.

Inicialmente se caracterizó la muestra a partir de estadísticos descriptivos. Empleando la media ( $M =$  prueba t para una muestra), se analizaron las puntuaciones totales obtenidas en las prácticas; así como las obtenidas por sexo, primeros (1 a 5) y últimos (6 a 10) semestres académicos, semestre académico y carrera, y se observó si existían diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas y el punto medio asumido como punto de corte para definir si las prácticas en cada dimensión eran saludables o no (prueba t para una muestra,  $\text{sig} \leq 0,05$ ).

Las motivaciones, la satisfacción y los recursos se describieron mediante porcentajes de selección de cada motivación para llevar a cabo las prácticas, no llevar a cabo las prácticas, realizar cambios en las prácticas y recursos para llevar a cabo las prácticas.

## RESULTADOS

En la presentación de los resultados obtenidos con base en los objetivos planteados para el estudio, inicialmente se caracteriza a la población participante del estudio, posteriormente se describen sus prácticas en salud relacionadas con los estilos de vida y, finalmente, teniendo en cuenta la población representativa en cuanto a prácticas no saludables, se muestran las motivaciones que tienen (para realizar y para no realizar dichas prácticas, así como las motivaciones para hacer un cambio en ellas) y los recursos (personales y externos) que posibilitan/dificultan las prácticas.

Los participantes estuvieron representados por hombres (39,9%) y mujeres (60,1%). Su edad promedio estaba entre los 16 y 37 años (Media = 19,5 años; DT = 2,5). Según el estrato socioeconómico, la mayoría se ubicaba en estrato medio (48,9%), seguido en menor proporción por el estrato medio-bajo (25,0%) y medio-alto (15,1%). Ver tabla 5.

**Tabla 5. Distribución por estrato socio-económico**

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
1	8	2,3
2	19	5,4
3	88	25,0
4	172	48,9
5	53	15,1
6	12	3,4
Total	352	100,0
NR	6	
Total	358	

Hubo representación de los distintos programas académicos, procediendo en mayor medida los participantes de la Escuela de Ingenierías (60,5%), seguida

por la Escuela de Ciencias Sociales (17,6%), Ciencias Estratégicas (14,5%) y Derecho (7,3%) distribución que corresponde con la cantidad de estudiantes por programa académico de la Universidad.

Según el semestre académico, hubo un mayor número de estudiantes de los semestres 1 al 5 (62,6%), frente a los semestres 6 al 10 (37,4%). Mayoritariamente es una población sin vinculación laboral (86,3%), de estado civil soltero (95,3%), sin hijos (98,0%), con dependencia de los padres/tutores (96,9%), que conviven con los padres (74,3%) y otros (14,8%), de una estatura entre 1,50 y 1,98 metros (Media = 1,70 mts; DT = 9,1). La mayoría de los participantes consideraron que presentaban un estado de salud adecuado (95,0%).

Las puntuaciones medias generales obtenidas en las prácticas de cada una de las dimensiones de los estilos de vida, sus desviaciones típicas y los puntos medios que determinan si las prácticas son saludables o no, se presentan en la tabla 6. En la tabla, las puntuaciones medias por debajo del punto medio se interpretan como prácticas saludables; en tanto que las medias por encima del punto medio, como prácticas no saludables.

Las puntuaciones obtenidas indican, como tendencia general, que los participantes llevan a cabo prácticas saludables en siete de las ocho dimensiones de los estilos de vida, exceptuándose la de Ejercicio y actividad física, cuyo promedio de calificación es superior ( $M = 8,1$ ) y significativamente distinto ( $\text{sig} \leq 0,05$ ) al punto medio de la dimensión (7,5).

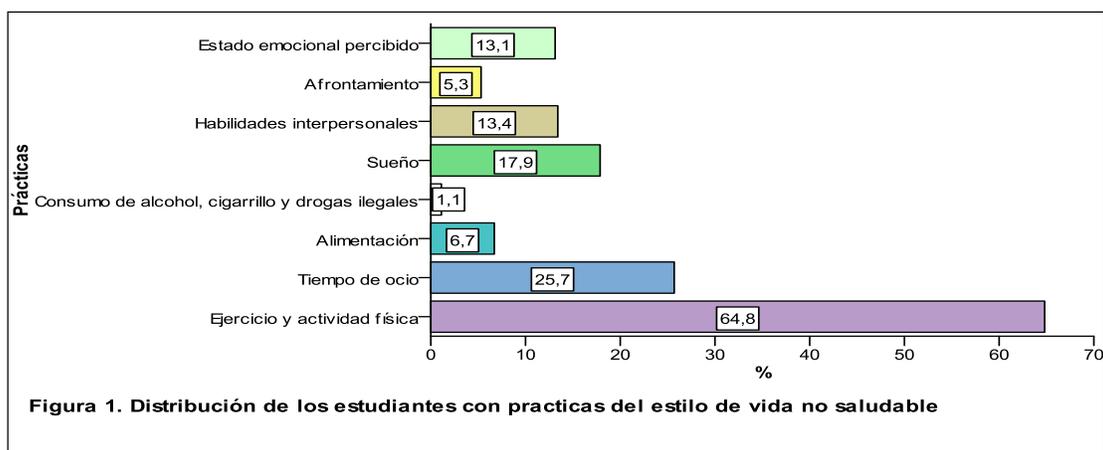
<b>Tabla 6: Prácticas en las Dimensiones de los Estilos de vida de los estudiantes</b>				
Prácticas	Punto medio	N	Media	D. típ.
Ejercicio y actividad física	7,5	358	<b>8,1**</b>	2,2
Tiempo de ocio	7,5	358	6,3	1,7
Alimentación	17,5	358	13	2,7
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	14	358	9,8	1,5
Sueño	7,5	354	5,9	1,8
Habilidades interpersonales	12,5	358	9,8	2,4
Afrontamiento	20	358	15,4	6,3
Estado emocional percibido	15	358	12,6	2,5
** Práctica no saludable (sig 0,05)				

La distribución de las estudiantes según lleven a cabo prácticas saludables o no saludables, puede verse en la tabla 7 y figura 1.

Al observar la distribución de los estudiantes por sus prácticas en los estilos de vida relacionados con la salud, se puede señalar que, aun cuando no sean estadísticamente significativas, dada la frecuencia de casos que representan, también se presentan prácticas no saludables en las siete dimensiones distintas a Ejercicio o actividad física, siendo las más representativas, por la proporción de casos que representan, Tiempo de ocio (25,7%), Sueño (17,9%) y Habilidades interpersonales (13,4%).

**Tabla 7: Distribución de los estudiantes según las prácticas de los estilos de vida**

Prácticas	Casos	%
Ejercicio y actividad física	Saludable	126 35.2
	No saludable	232 64.8
	Total	358 100.0
Tiempo de ocio	Saludable	266 74.3
	No saludable	92 25.7
	Total	358 100.0
Alimentación	Saludable	334 93.3
	No saludable	24 6.7
	Total	358 100.0
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	Saludable	354 98.9
	No saludable	4 1.1
	Total	358 100.0
Sueño	Saludable	294 82.1
	No saludable	64 17.9
	Total	358 100.0
Habilidades interpersonales	Saludable	310 86.6
	No saludable	48 13.4
	Total	358 100.0
Afrontamiento	Saludable	339 94.7
	No saludable	19 5.3
	Total	358 100.0
Estado emocional percibido	Saludable	311 86.9
	No saludable	47 13.1
	Total	358 100.0



En la tabla 8, se presentan las puntuaciones medias obtenidas en las prácticas de las dimensiones de los estilos de vida, sus desviaciones típicas y los

puntos medios que determinan si las prácticas son saludables o no, según estrato socioeconómico de los estudiantes.

**Tabla 8: Prácticas en las Dimensiones de los Estilos de vida de los estudiantes según Estrato socioeconómico**

Semestre		1-2			3			4			5-6			NR
Práctica	Punto medio	N	Media	D. típ.	N	Media	D. típ.	N	Media	D. típ.	N	Media	D. típ.	N
Ejercicio y actividad física	7,5	27	8,1	2,5	88	8,3**	2,3	172	8,3**	2,1	65	8,0	2,3	6
Tiempo de ocio	7,5	27	6,7	2,1	88	6,3	1,8	172	6,3	1,6	65	6,0	1,8	6
Sueño	7,5	27	6,1	2,2	88	5,8	1,8	172	5,9	1,7	65	5,9	2,0	6
Alimentación	17,5	27	13,3	2,6	88	13,1	2,8	172	12,8	2,6	65	13,2	2,7	6
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	14	27	9,6	1,2	88	9,6	1,4	172	9,8	1,6	65	9,8	1,3	6
Habilidades interpersonales	12,5	27	9,4	2,5	88	9,5	2,4	172	9,9	2,4	65	10,0	2,3	6
Afrontamiento	20	27	14,6	3,0	88	15,0	3,2	172	15,0	3,2	65	15,6	3,6	6
Estado emocional percibido	15	27	11,7	2,6	88	12,5	2,5	172	12,9	2,4	65	12,5	2,6	6

\*\* Práctica no saludable (sig 0,05)

Se observa que los estudiantes, vistos en todos los estratos, presentan prácticas no saludables en ejercicio o actividad física debido a que la media fue superior al punto de corte ( $M=7,5$ ); además, son los estudiantes de los estratos socioeconómicos 3 ( $M=8,3$ ; sig ,003) y 4 ( $M=8,3$ ; sig ,000), los que presentan diferencias estadísticamente significativa con los estudiantes de los estratos 1-2 ( $M=8,1$ ; sig  $>,05$ ) y 5-6 ( $M=8,0$ ; sig  $>,05$ ) en las puntuaciones de ejercicio y actividad física. En general existe diferencia por estratos en las prácticas de ejercicio y actividad física en los estudiantes.

La distribución por Estrato socioeconómico de los estudiantes según lleven a cabo prácticas saludables o no saludables, puede verse en la tabla 9.

Práctica		Estrato socio-económico							
		4		3		5-6		1-2	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Ejercicio y actividad física	Saludable	60	34,9	30	34,1	25	38,5	8	29,6
	No saludable	112	65,1	58	65,9	40	61,5	19	70,4
	Total	172	100,0	88	100,0	65	100,0	27	100,0
Tiempo de ocio	Saludable	133	77,3	64	72,7	49	75,4	16	59,3
	No saludable	39	22,7	24	27,3	16	24,6	11	40,7
	Total	172	100,0	88	100,0	65	100,0	27	100,0
Alimentación	Saludable	162	94,2	80	90,9	60	92,3	26	96,3
	No saludable	10	5,8	8	9,1	5	7,7	1	3,7
	Total	172	100,0	88	100,0	65	100,0	27	100,0
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	Saludable	171	99,4	87	98,9	63	96,9	27	100,0
	No saludable	1	0,6	1	1,1	2	3,1	0	0,0
	Total	172	100,0	88	100,0	65	100,0	27	100,0
Sueño	Saludable	145	84,3	74	84,1	49	75,4	21	77,8
	No saludable	27	15,7	14	15,9	16	24,6	6	22,2
	Total	172	100,0	88	100,0	65	100,0	27	100,0
Habilidades interpersonales	Saludable	146	84,9	79	89,8	57	87,7	24	88,9
	No saludable	26	15,1	9	10,2	8	12,3	3	11,1
	Total	172	100,0	88	100,0	65	100,0	27	100,0
Afrontamiento	Saludable	165	95,9	82	93,2	60	92,3	26	96,3
	No saludable	7	4,1	6	6,8	5	7,7	1	3,7
	Total	172	100,0	88	100,0	65	100,0	27	100,0
Estado emocional percibido	Saludable	146	84,9	78	88,6	56	86,2	25	92,6
	No saludable	26	15,1	10	11,4	9	13,8	2	7,4
	Total	172	100,0	88	100,0	65	100,0	27	100,0

Al observar la distribución de las prácticas de las dimensiones de los estilos de vida por Estrato socioeconómico, en ejercicio o actividad física, en todos los estratos socioeconómicos la población de estudiantes con prácticas no saludables constituyen entre el 61,5% y el 70,4% de los casos. Otras prácticas no saludables con población representativa, aun cuando no estadísticamente significativa, se presentan en Tiempo de ocio (estrato 1-2: 40,7%), Sueño (estrato 5-6: 24,6%), Habilidades interpersonales (estrato 4: 15,1%) y Estado emocional percibido (estrato 4: 15,1%).

En la tabla 10, se presentan las puntuaciones medias obtenidas en las prácticas de las dimensiones de los estilos de vida, sus desviaciones típicas y los puntos medios que determinan si las prácticas son saludables o no organizadas

por sexo de los estudiantes.

**Tabla 10: Prácticas en las Dimensiones de los Estilos de vida de los estudiantes según sexo**

Prácticas	Punto medio	Sexo	N	Media	D. tip.
Ejercicio y actividad física	7,5	Hombre	143	7,3	2,3
		Mujer	215	8,6**	2,1
Tiempo de ocio	7,5	Hombre	143	6,3	1,7
		Mujer	215	6,3	1,7
Sueño	7,5	Hombre	143	5,9	1,9
		Mujer	215	5,9	1,8
Alimentación	17,5	Hombre	143	13,1	2,7
		Mujer	215	12,9	2,6
Consumo alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	14,0	Hombre	143	10,2	1,6
		Mujer	215	9,5	1,3
Habilidades interpersonales	12,5	Hombre	143	9,7	2,7
		Mujer	215	9,8	2,2
Afrontamiento	20,0	Hombre	143	15,0	3,3
		Mujer	215	15,7	7,7
Estado emocional percibido	15,0	Hombre	143	12,4	2,3
		Mujer	215	12,8	2,6

\*\* Práctica no saludable (sig 0,05)

Son las mujeres, quienes no desarrollan prácticas saludables de ejercicio y actividad física debido a que la media fue superior al punto de corte ( $M=7,5$ ); también es de señalar que las mujeres presentan diferencias estadísticamente significativa ( $M=8,6$ ; sig ,000) con respecto a los hombres ( $M=7,3$ ; sig>,365) en llevar unas prácticas no saludables.

La distribución por sexo de los estudiantes según lleven a cabo prácticas saludables o no saludables, puede verse en la tabla 11.

**Tabla 11: Distribución de las prácticas de las dimensiones de los estilos de vida de los estudiantes**

Prácticas		Sexo					
		Mujer		Hombre		Total	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
Ejercicio y actividad física	Saludable	53	24,7	73	51,0	126	35,2
	No saludable	162	75,3	70	49,0	232	64,8
	Total	215	100,0	143	100,0	358	100,0
Tiempo de ocio	Saludable	163	75,8	103	72,0	266	74,3
	No saludable	52	24,2	40	28,0	92	25,7
	Total	215	100,0	143	100,0	358	100,0
Alimentación	Saludable	201	93,5	133	93,0	334	93,3
	No saludable	14	6,5	10	7,0	24	6,7
	Total	215	100,0	143	100,0	358	100,0
Consumo de alcohol, cigarrillo y	Saludable	213	99,1	141	98,6	354	98,9
	No saludable	2	,9	2	1,4	4	1,1
	Total	215	100,0	143	100,0	358	100,0
Sueño	Saludable	179	83,3	115	80,4	294	82,1
	No saludable	36	16,7	28	19,6	64	17,9
	Total	215	100,0	143	100,0	358	100,0
Habilidades interpersonales	Saludable	190	88,4	120	83,9	310	86,6
	No saludable	25	11,6	23	16,1	48	13,4
	Total	215	100,0	143	100,0	358	100,0
Afrontamiento	Saludable	201	93,5	138	96,5	339	94,7
	No saludable	14	6,5	5	3,5	19	5,3
	Total	215	100,0	143	100,0	358	100,0
Estado emocional percibido	Saludable	184	85,6	127	88,8	311	86,9
	No saludable	31	14,4	16	11,2	47	13,1
	Total	215	100,0	143	100,0	358	100,0

Al observar la distribución de las prácticas de las dimensiones de los estilos de vida por sexo de los estudiantes, en ejercicio o actividad física, tres cuartas partes de las mujeres (75,3%) presentan práctica no saludable; en tanto que en hombres, la proporción entre práctica saludable (51,0%) y no saludable (49,0%) es similar. Otras prácticas no saludables con población representativa, aun cuando no estadísticamente significativa, se presentan en Tiempo de ocio (mujeres: 24,2%; hombres: 28,0%), Sueño (mujeres: 16,7%; hombres: 19,6%), Habilidades interpersonales (mujeres: 11,6%; hombres: 16,1%) y Estado emocional percibido (mujeres: 14,4%; hombres: 11,2%). A diferencia de la práctica de Ejercicio o actividad física, en las prácticas señaladas arriba, la proporción de casos no saludables es similar entre hombres y mujeres.

En la tabla 12 se identifican las prácticas que llevan los estudiantes según estén matriculados en los primeros o últimos cinco semestres académicos.

**Tabla 12: Prácticas en las Dimensiones de los Estilos de vida de los estudiantes según se encuentren matriculados en los primeros o últimos cinco semestres académicos**

Prácticas	Punto medio	Semestres	N	Media	D. tip.
Ejercicio y actividad física	7,5	1 a 5	224	7,9**	2,2
		6 a 10	134	8,5**	2,2
Tiempo de ocio	7,5	1 a 5	224	6,2	1,7
		6 a 10	134	6,5	1,7
Sueño	7,5	1 a 5	224	5,8	1,7
		6 a 10	134	6,2	1,9
Alimentación	17,5	1 a 5	224	12,7	2,7
		6 a 10	134	13,2	2,7
Consumo alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	14,0	1 a 5	224	9,7	1,6
		6 a 10	134	9,8	1,2
Habilidades interpersonales	12,5	1 a 5	224	9,6	2,4
		6 a 10	134	10,0	2,4
Afrontamiento	20,0	1 a 5	224	15,0	3,7
		6 a 10	134	16,1	9,1
Estado emocional percibido	15,0	1 a 5	224	12,6	2,6
		6 a 10	134	12,6	2,3

\*\* Práctica no saludable (sig 0,05)

Tanto en el grupo constituido por los estudiantes de los primeros cinco semestres académicos (M=7,9; sig ,012), como en el constituido por los últimos cinco semestres académicos (M=8,5; sig ,005), las prácticas de ejercicio y actividad física desarrolladas por estos se presentan como no saludables.

En la tabla 13 se pueden observar las prácticas de las dimensiones de los estilos de vida de los estudiantes por semestre académico.

**Tabla 13: Prácticas en las Dimensiones de los Estilos de vida de los estudiantes según semestre académico**

Semestre		1			2			3			4			5		
Práctica	Punto medio	N	Media	D. típ.												
Ejercicio y actividad física	7,5	59	7,2	2,3	64	7,8	2,3	31	8,4**	2,2	41	8,3**	2,0	29	8,2	2,3
Tiempo de ocio	7,5	59	6,3	1,7	64	6,2	2,2	31	6,1	1,7	41	5,9	1,4	29	6,1	2,2
Sueño	7,5	59	5,6	1,7	64	5,7	1,9	31	5,7	2,0	41	6,2	1,6	29	5,9	1,9
Alimentación	17,5	59	12,4	2,5	64	13,1	3,2	31	12,8	2,4	41	12,7	2,5	29	13,4	3,2
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	14	59	9,7	1,3	64	9,8	0,8	31	9,5	1,7	41	10,1	1,8	29	9,3	0,8
Habilidades interpersonales	12,5	59	9,7	2,3	64	9,5	2,3	31	9,5	2,4	41	9,8	2,5	29	9,5	2,3
Afrontamiento	20	59	14,6	3,0	64	14,7	4,2	31	16,1	4,7	41	15,3	2,7	29	15,3	4,2
Estado emocional percibido	15	59	12,3	2,5	64	12,6	2,8	31	13,0	2,4	41	12,8	2,6	29	12,5	2,8
Semestre		6			7			8			9			10		
Práctica	Punto medio	N	Media	D. típ.												
Ejercicio y actividad física	7,5	35	8,9**	1,6	24	8,8**	2,1	28	9,1**	1,9	24	7,6	2,8	23	7,9	2,1
Tiempo de ocio	7,5	35	6,6	1,6	24	6,6	1,8	28	6,8	1,4	24	6,1	1,7	23	6,1	1,9
Sueño	7,5	35	6,0	1,9	24	6,8	2,3	28	6,3	1,7	24	5,9	1,7	23	5,3	1,7
Alimentación	17,5	35	12,7	2,4	24	13,7	2,7	28	13,9	2,6	24	13,1	2,6	23	12,7	2,9
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	14	35	9,6	0,9	24	9,5	1,1	28	10,4	1,5	24	9,7	1,0	23	10,0	1,6
Habilidades interpersonales	12,5	35	10,3	2,6	24	10,3	2,3	28	10,0	2,3	24	9,3	2,6	23	10,0	2,2
Afrontamiento	20	35	14,9	3,8	24	16,1	3,1	28	16,6	3,3	24	18,5	2,4	23	14,9	3,1
Estado emocional percibido	15	35	12,6	2,2	24	13,2	2,1	28	12,8	2,1	24	12,1	2,7	23	12,5	2,6

\*\* Práctica no saludable (sig 0,05)

Son los estudiantes de los semestres tres (M=8,4; sig ,029); cuatro (M=8,3; sig ,014); seis (M=8,9; sig ,000); siete (M=8,8; sig ,007) y ocho (M=9,1; sig ,000), quienes presentan prácticas no saludables de ejercicio y actividad física estadísticamente significativas. Los datos de los restantes semestres en las puntuaciones de ejercicio y actividad física permite inferir que la población está clínicamente no saludable debido a que la media fue superior al punto de corte; En general existen diferencias con respecto al punto de corte entre semestres en cuanto al ejercicio y actividad física; excepto el primer semestre que muestra prácticas saludables.

En la tabla 14 puede verse la distribución de las prácticas de las dimensiones de los estilos de vida de los estudiantes según el semestre académico que cursen.

Tabla 14: Distribución de las prácticas de las dimensiones de los estilos de vida de los estudiantes según semestre

Prácticas		Semestre										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ejercicio y actividad física	Saludable	Casos	30	27	8	16	11	5	5	5	12	7
		%	50.8	42.2	25.8	39.0	37.9	14.3	20.8	17.9	50.0	30.4
	No saludable	Casos	29	37	23	25	18	30	19	23	12	16
		%	49.2	57.8	74.2	61.0	62.1	85.7	79.2	82.1	50.0	69.6
Tiempo de ocio	Saludable	Casos	43	48	23	36	20	25	17	18	18	18
		%	72.9	75.0	74.2	87.8	69.0	71.4	70.8	64.3	75.0	78.3
	No saludable	Casos	16	16	8	5	9	10	7	10	6	5
		%	27.1	25.0	25.8	12.2	31.0	28.6	29.2	35.7	25.0	21.7
Alimentación	Saludable	Casos	57	59	30	37	25	34	22	26	22	22
		%	96.6	92.2	96.8	90.2	86.2	97.1	91.7	92.9	91.7	95.7
	No saludable	Casos	2	5	1	4	4	1	2	2	2	1
		%	3.4	7.8	3.2	9.8	13.8	2.9	8.3	7.1	8.3	4.3
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	Saludable	Casos	58	62	31	40	29	35	24	28	24	23
		%	98.3	96.9	100.0	97.6	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	No saludable	Casos	1	2		1						
		%	1.7	3.1		2.4						
Sueño	Saludable	Casos	52	55	26	33	23	28	15	21	20	21
		%	88.1	85.9	83.9	80.5	79.3	80.0	62.5	75.0	83.3	91.3
	No saludable	Casos	7	9	5	8	6	7	9	7	4	2
		%	11.9	14.1	16.1	19.5	20.7	20.0	37.5	25.0	16.7	8.7
Habilidades interpersonales	Saludable	Casos	51	58	28	34	25	27	20	25	22	20
		%	86.4	90.6	90.3	82.9	86.2	77.1	83.3	89.3	91.7	87.0
	No saludable	Casos	8	6	3	7	4	8	4	3	2	3
		%	13.6	9.4	9.7	17.1	13.8	22.9	16.7	10.7	8.3	13.0
Afrontamiento	Saludable	Casos	57	60	30	40	27	34	23	24	21	23
		%	96.6	93.8	96.8	97.6	93.1	97.1	95.8	85.7	87.5	100.0
	No saludable	Casos	2	4	1	1	2	1	1	4	3	
		%	3.4	6.3	3.2	2.4	6.9	2.9	4.2	14.3	12.5	
Estado emocional percibido	Saludable	Casos	52	54	26	36	24	31	20	26	22	20
		%	88.1	84.4	83.9	87.8	82.8	88.6	83.3	92.9	91.7	87.0
	No saludable	Casos	7	10	5	5	5	4	4	2	2	3
		%	11.9	15.6	16.1	12.2	17.2	11.4	16.7	7.1	8.3	13.0

En los semestres académicos tercero (74,2%), quinto (85,7%), séptimo (79,2%) y octavo (82,1%), tres cuartas partes o más de los estudiantes presentan prácticas de ejercicio o actividad física no saludable. Otras prácticas no saludables con población representativa, aun cuando no estadísticamente significativa, son Tiempo de ocio, Sueño, Habilidades interpersonales y Estado emocional percibido; siendo los semestres quinto (31,0%) y octavo (35,7%), en prácticas de ocio y séptimo (37,5%), en práctica de sueño, quienes presentan una mayor proporción de casos.

Las prácticas de las dimensiones de los estilos de vida de los estudiantes según el programa académico que se encuentren cursando se pueden ver en la tabla 15.

**Tabla 15: Prácticas de las Dimensiones de los Estilos de vida de los estudiantes según carrera**

Carrera		Ing. ambiental			Ing. industrial			Admon de			Ing. mecánica			Comunicación			Negocios		
Práctica	Punto medio	N	Media	D típ.	N	Media	D típ.	N	Media	D típ.	N	Media	D típ.	N	Media	D típ.	N	Media	D típ.
Ejercicio y actividad física	7,5	26	7,8	2,5	81	8,3**	2,1	18	8,5**	2,0	27	7,8	2,2	30	8,8**	2,1	34	8,1	2,3
Tiempo de ocio	7,5	26	5,9	1,7	81	6*	1,8	18	6,7	1,5	27	7,0	1,6	30	5,7	1,5	34	6,2	1,8
Sueño	7,5	26	5,8	1,9	81	5,7	1,9	18	5,8	1,5	27	6,1	1,7	30	5,5	1,4	34	6,1	1,6
Alimentación	17,5	26	12,6	2,5	81	13,1	2,6	18	13,1	2,7	27	13,5	3,1	30	12,5	3,0	34	13,5	2,8
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	14,0	26	9,9	1,8	81	9,6	1,2	18	9,9	1,1	27	10,0	1,8	30	9,8	2,3	34	9,3	0,9
Habilidades interpersonales	12,0	26	10,0	2,0	81	9,7	2,3	18	12,0	2,1	27	10,4	2,7	30	8,9	2,6	34	9,2	2,5
Afrontamiento	20,0	26	15,1	3,2	81	16,3	11,4	18	17,6	4,3	27	15,2	3,4	30	14,8	3,6	34	16,1	5,8
Estado emocional percibido	15,0	26	13,1	2,9	81	12,2	2,4	18	12,6	2,9	27	13,2	2,6	30	12,5	2,4	34	12,5	2,3
Carrera		Ing. civil			Psicología			Derecho			Ing. informática			Ing. Electrónica					
Práctica	Punto medio	N	Media	D típ.	N	Media	D típ.	N	Media	D típ.	N	Media	D típ.	N	Media	D típ.			
Ejercicio y actividad física	7,5	56	7,6	2,4	33	7,6	2,4	26	8,4**	2,1	8	8,9	1,8	19	8,5	2,3			
Tiempo de ocio	7,5	56	6,1	1,7	33	6,9	1,9	26	6,7	1,6	8	6,5	1,9	19	6,0	1,4			
Sueño	7,5	56	5,7	2,0	33	5,7	1,6	26	6,5	1,9	8	5,5	1,4	19	6,5	2,4			
Alimentación	17,5	56	12,6	2,4	33	12,5	2,5	26	14,4	3,1	8	12,0	2,3	19	12,9	2,1			
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	14,0	56	9,8	1,5	33	9,8	1,2	26	10,1	1,6	8	9,4	0,5	19	10,2	1,9			
Habilidades interpersonales	12,0	56	9,8	2,5	33	9,4	2,0	26	9,9	2,6	8	9,3	1,8	19	9,1	2,4			
Afrontamiento	20,0	56	14,8	3,1	33	14,4	2,3	26	14,4	3,3	8	17,1	2,1	19	14,7	2,9			
Estado emocional percibido	15,0	56	12,7	2,4	33	12,2	2,4	26	13,0	2,4	8	11,9	2,6	19	13,1	2,7			

\*\* Práctica no saludable (sig 0,05)

Al observar las prácticas de los estilos de vida de los estudiantes por programa académico, éstas se presentan como no saludables estadísticamente significativa en Ejercicio o actividad física en los programas de Ingeniería Industrial (M=8,3; sig ,001); Derecho (M=8,4;sig ,033) Administración de Empresas (M=8,5; sig ,050) y Comunicación Social (M=8,8; sig ,001); en los restantes programas académicos para esta práctica, en las puntuaciones, permite inferir que la población está clínicamente no saludable debido a que la media fue superior al punto de corte. En general existen diferencias entre carreras en prácticas de activa física y ejercicio.

La tabla 16 contiene la distribución de las prácticas de las dimensiones de los estilos de vida de los estudiantes según el programa académico que cursen.

Tabla 16: Distribución de las prácticas de las dimensiones de los estilos de vida de los estudiantes según carrera

Prácticas			Carrera										
			Ing. ambiental	Ing. industrial	Admon de empresas	Ing. mecánica	Com. social	Negocios interna/les	Psicología	Derecho	Ing. informática	Ing. Electrónica	
Ejercicio y actividad física	Saludable	Casos	10	25	6	10	8	11	26	15	7	2	6
		%	38.5	30.9	33.3	37.0	26.7	32.4	46.4	45.5	26.9	25.0	31.6
	No saludable	Casos	16	56	12	17	22	23	30	18	19	6	13
		%	61.5	69.1	66.7	63.0	73.3	67.6	53.6	54.5	73.1	75.0	68.4
Tiempo de ocio	Saludable	Casos	21	63	13	18	26	26	42	18	17	6	16
		%	80.8	77.8	72.2	66.7	86.7	76.5	75.0	54.5	65.4	75.0	84.2
	No saludable	Casos	5	18	5	9	4	8	14	15	9	2	3
		%	19.2	22.2	27.8	33.3	13.3	23.5	25.0	45.5	34.6	25.0	15.8
Alimentación	Saludable	Casos	25	76	17	24	27	31	55	32	21	8	18
		%	96.2	93.8	94.4	88.9	90.0	91.2	98.2	97.0	80.8	100.0	94.7
	No saludable	Casos	1	5	1	3	3	3	1	1	5		1
		%	3.8	6.2	5.6	11.1	10.0	8.8	1.8	3.0	19.2		5.3
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	Saludable	Casos	25	81	18	26	30	34	55	33	26	8	18
		%	96.2	100.0	100.0	96.3	100.0	100.0	98.2	100.0	100.0	100.0	94.7
	No saludable	Casos	1			1			1				1
		%	3.8			3.7			1.8				5.3
Sueño	Saludable	Casos	23	66	14	21	28	28	48	27	17	8	14
		%	88.5	81.5	77.8	77.8	93.3	82.4	85.7	81.8	65.4	100.0	73.7
	No saludable	Casos	3	15	4	6	2	6	8	6	9		5
		%	11.5	18.5	22.2	22.2	6.7	17.6	14.3	18.2	34.6		26.3
Habilidades interpersonales	Saludable	Casos	23	74	10	21	28	30	47	31	21	8	17
		%	88.5	91.4	55.6	77.8	93.3	88.2	83.9	93.9	80.8	100.0	89.5
	No saludable	Casos	3	7	8	6	2	4	9	2	5		2
		%	11.5	8.6	44.4	22.2	6.7	11.8	16.1	6.1	19.2		10.5
Afrontamiento	Saludable	Casos	25	76	14	26	30	30	54	33	25	8	18
		%	96.2	93.8	77.8	96.3	100.0	88.2	96.4	100.0	96.2	100.0	94.7
	No saludable	Casos	1	5	4	1		4	2	0	1		1
		%	3.8	6.2	22.2	3.7		11.8	3.6	.0	3.8		5.3
Estado emocional percibido	Saludable	Casos	21	74	16	19	26	31	49	30	21	8	16
		%	80.8	91.4	88.9	70.4	86.7	91.2	87.5	90.9	80.8	100.0	84.2
	No saludable	Casos	5	7	2	8	4	3	7	3	5		3
		%	19.2	8.6	11.1	29.6	13.3	8.8	12.5	9.1	19.2		15.8

Comunicación Social (73,3%), Derecho (73,1%), e Ingeniería Informática (75,0%), son los programas académicos que presentan una mayor proporción de estudiantes con prácticas no saludables de ejercicio o actividad física. Otras prácticas no saludables con población representativa, son Tiempo de ocio, Sueño, Habilidades interpersonales y Estado emocional percibido; siendo los programas académicos Psicología (45,5%), Ingeniería Mecánica (33,3%) y Derecho (34,6%), en prácticas de ocio; Derecho (34,6%), en Sueño; Administración de Empresas

(44,4%), en Habilidades interpersonales; e Ingeniería Mecánica (29,6%), en Estado emocional percibido, quienes presentan una mayor proporción de casos con prácticas no saludables.

Como ha podido observarse, la evaluación de las prácticas en salud de los estudiantes, exceptuando Ejercicio o actividad física, se presentan saludables. En el caso de la práctica de consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, las puntuaciones encontradas dejan ver, en general, un escaso número de estudiantes con esta práctica como no saludable. En la tabla 17 puede verse la distribución de los casos de consumo por cada una de las sustancias que se evalúan de la práctica.

**Tabla 17: Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales (marihuana, éxtasis, heroína, otros alucinógenos, etc)**

Consumo	Si		No		NR		Total	
	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc
Alcohol	296	82,7	62	17,3			358	100,0
Cigarrillo	75	21,0	281	78,5	2	0,5	358	100,0
Drogas ilegales	18	5,0	338	94,5	2	0,5	358	100,0

La evaluación de la práctica de consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales mediante el cuestionario CEVJU-R, se hace identificando la frecuencia del consumo de cada una de estas sustancias (“varias veces al día”, “una vez al día”, “por lo menos una vez a la semana”, “de vez en cuando en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales, “no consumo”). Dada la posibilidad de evaluar por separado la frecuencia del consumo de cada una de ellas y en razón a las alteraciones que se relacionan con efectos agudos de consumo de alcohol, se consideró pertinente profundizar sobre este aspecto de la dimensión.

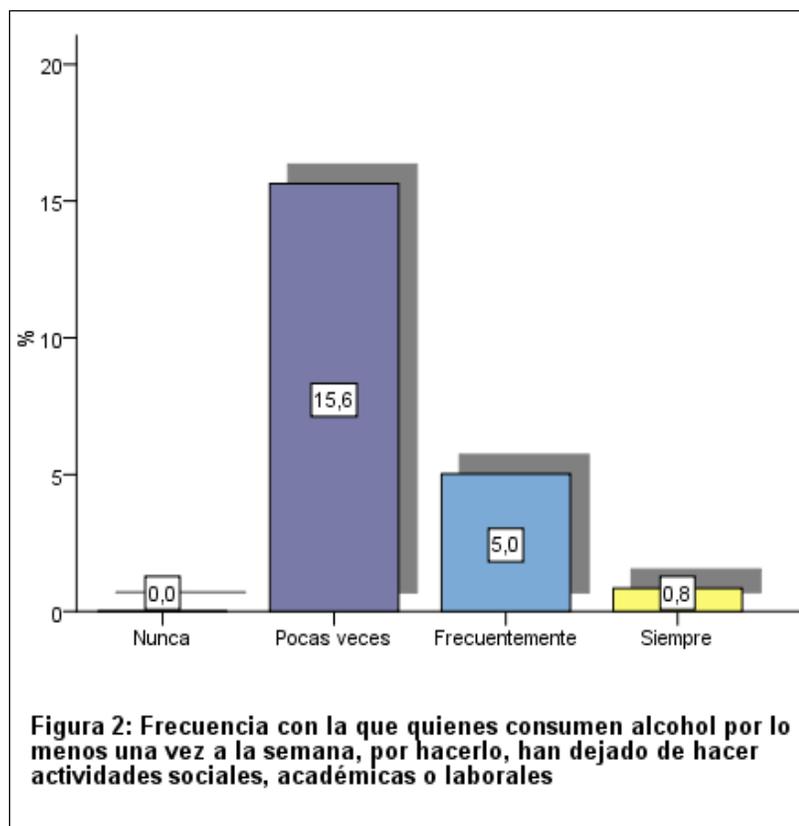
La tabla 18 indica la frecuencia de consumo de alcohol en estudiantes según sexo, semestre y carrera que cursen; en donde el consumo “como mínimo una vez a la semana” se genera por la sumatoria del número de casos con tres de los consumos más frecuentes: “varias veces al día”, “una vez al día” y “por lo menos una vez a la semana”.

Un poco más de la quinta parte de los estudiantes consumen alcohol “como mínimo una vez a la semana” (21,5%). Entre los hombres, casi un tercio de ellos consume alcohol por lo menos una vez a la semana (32,2%). Los estudiantes hombres consumidores duplican en frecuencia relativa a la población de mujeres consumidoras (14,4%). Son más frecuentes los casos de consumidores de alcohol por lo menos una vez a la semana en los semestres intermedios, exceptuando sexto y en los programas académicos de Ingeniería Mecánica (37,0%), Ingeniería Electrónica (31,6%), Comunicación Social (30,0%) y Administración de empresas (27,8%).

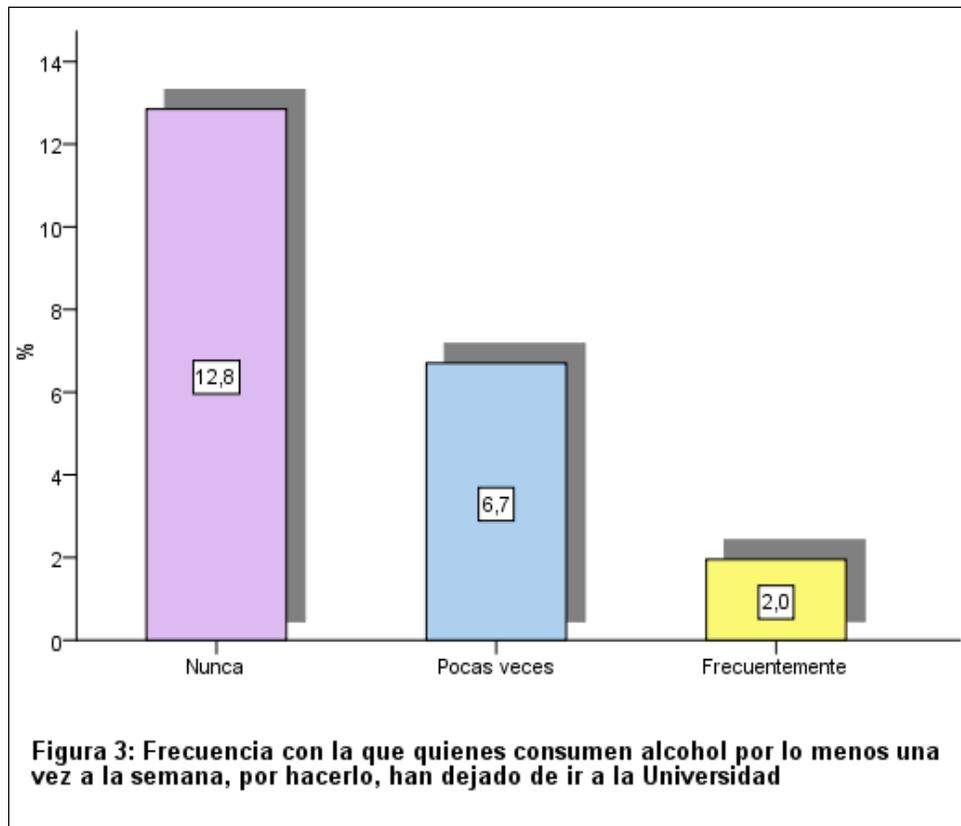
**Tabla 18: Prácticas de consumo de alcohol en los estudiantes según sexo, semestre y carrera**

		Consumo de alcohol								
		No consume		De vez en cuando		Como mínimo una vez a la semana		Total		
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
Sexo	Hombre	21	14.7	76	53.1	46	32.2	143	100.0	
	Mujer	41	19.1	143	66.5	31	14.4	215	100.0	
	Total	62	17.3	219	61.2	77	21.5	358	100.0	
Semestre	1	14	23.7	37	62.7	8	13.6	59	100.0	
	2	12	18.8	35	54.7	17	26.6	64	100.0	
	3	4	12.9	21	67.7	6	19.4	31	100.0	
	4	4	9.8	27	65.9	10	24.4	41	100.0	
	5	6	20.7	15	51.7	8	27.6	29	100.0	
	6	8	22.9	23	65.7	4	11.4	35	100.0	
	7	2	8.3	15	62.5	7	29.2	24	100.0	
	8	5	17.9	15	53.6	8	28.6	28	100.0	
	9	4	16.7	15	62.5	5	20.8	24	100.0	
	10	3	13.0	16	69.6	4	17.4	23	100.0	
	Total	62	17.3	219	61.2	77	21.5	358	100.0	
Carrera	Ing. ambiental	3	11.5	19	73.1	4	15.4	26	100.0	
	Ing. industrial	17	21.0	48	59.3	16	19.8	81	100.0	
	Admon de empresas	6	33.3	7	38.9	5	27.8	18	100.0	
	Ing. mecánica	1	3.7	16	59.3	10	37.0	27	100.0	
	Comunicación social	6	20.0	15	50.0	9	30.0	30	100.0	
	Negocios internacionales	2	5.9	26	76.5	6	17.6	34	100.0	
	Ing. civil	13	23.2	32	57.1	11	19.6	56	100.0	
	Psicología	6	18.2	23	69.7	4	12.1	33	100.0	
	Derecho	2	7.7	19	73.1	5	19.2	26	100.0	
	Ing. informática	2	25.0	5	62.5	1	12.5	8	100.0	
	Ing. Electrónica	4	21.1	9	47.4	6	31.6	19	100.0	
		Total	62	17.3	219	61.2	77	21.5	358	100.0

En referencia a otras prácticas asociadas al consumo de alcohol, los estudiantes que lo consumen por lo menos una vez a la semana, pocas veces (15,6%) o frecuentemente (5,0%) han dejado de hacer actividades sociales, académicas o laborales. Ver figura 2.



También pudo identificarse que los estudiantes que consumen alcohol por lo menos una vez a la semana, nunca (12,8%) o pocas veces (6,7%) han dejado de ir a la Universidad después de tomar bebidas alcohólicas. Ver figura 3.



En las tablas anexas 1 y 2, se detallan las puntuaciones para cada uno de los ítems determinantes de las ocho prácticas de las dimensiones de los estilos de vida relacionados con la salud de los estudiantes. Al respecto se describe las principales prácticas en cada dimensión:

En la evaluación de las prácticas en actividad física se identificó que el 59,8% de los estudiantes pocas veces o nunca camina o monta en bicicleta en lugar de utilizar otro medio de transporte si debe desplazarse a un sitio cercano. Además el 71,5% de los estudiantes pocas veces o nunca practica algún deporte con fines competitivos y el 48,3% de los estudiantes pocas veces o nunca hace algún ejercicio o una práctica corporal durante al menos 30 minutos tres veces a la semana.

Las prácticas evaluadas en la dimensión de tiempo de ocio se observó que

el 46,1% de los estudiantes realiza alguna actividad para descansar y relajarse. También, señala el 37,2% de los estudiantes que algunos días o ningún día comparte tiempo o actividades con familia, amigos o pareja y el 50,5% de los estudiantes exponen que algunos días o ningún día realiza alguna actividad de diversión o entretenimiento, cultural o artística (ir a centros comerciales, ir a cine, manualidades, tocar un instrumento, etc.).

Las prácticas en alimentación evaluadas indicaron que el 61,5% de los estudiantes consumen algunos días comidas rápidas, fritos, mecatos o dulces; el 42,2% de los estudiantes consumen algunos días gaseosa y bebidas artificiales; el 22,3% de los estudiantes algunos días desayuna, almuerza, y come en horarios habituales; el 46,9% de los estudiantes en algunos días omite alguna de las comidas principales; el 31,8% de los estudiantes deja de comer algunos días aunque tenga hambre, contrario al 36% de los estudiantes come en exceso aunque no tenga hambre y el 3,6% de los estudiantes algunos días vomita o toma laxantes después de comer.

Al evaluar las prácticas en sueño se encontró que el 48,4% de los estudiantes señala que algunos días o ningún día tiene una hora habitual para acostarse y levantarse. Además el 41,3% de los estudiantes algunos días se despiertan en la madrugada y tienen dificultad para dormirse nuevamente. Al igual el 34,6% de la población algunos días se despiertan varias veces en la noche.

En la evaluación en las prácticas de relaciones interpersonales se halló que el 29,1% de los estudiantes expresa de manera adecuada su disgusto o desacuerdo a algunas personas. Mientras que el 21,8% de los estudiantes expresa sus opiniones adecuadamente sus opiniones a algunas personas. El 10% de los estudiantes expresa que escucha y respeta la opinión de otras personas en algunas personas. El 40,2% de los estudiantes expresa a algunas personas cercanas el afecto mediante palabras o contacto físico (caricias, besos, abrazos) y

que el 35,8% de los estudiantes señala que acepta las expresiones de afecto de algunas personas.

La dimensión de las prácticas de afrontamiento evaluadas indicaron que el 25,1% de los estudiantes pocas veces reaccionan adecuadamente ante la expresión de molestias de otras personas; el 18,4% de los estudiantes pocas veces admiten ante los demás cuando se equivoca; el 12,6% de los estudiantes pocas veces dicen “no” cuando le hacen peticiones que considera poco razonables; el 11,2% de los estudiantes pocas veces se esfuerzan por comprender en qué consiste el problema antes de intentar solucionar; el 11,5% pocas veces evalúan si pueden hacer algo para cambiarla; el 31,6% de los estudiantes pocas veces buscan ayuda o apoyo por parte de otras personas; El 6,1% de los estudiantes pocas veces resuelven si esta tiene solución y el 26% de los estudiantes pocas veces acepta y se ajusta a aquellas situaciones que consideran que no pueden solucionar.

En cuanto a la evaluación de las prácticas del estado emocional percibido se encontró que el 34,4% de los estudiantes señalan que con frecuencia sienten tristeza, decaimiento o aburrimiento; el 29,1% de los estudiantes indican que con frecuencia sienten enojo, ira, hostilidad; el 12,6% de los estudiantes pocas veces sienten alegría o felicidad; el 17,3% de los estudiantes frecuentemente experimentan soledad; el 17,3% de los estudiantes pocas veces sienten optimismo y esperanza y el 38,3% de los estudiantes señalan sentir angustia, angustia, estrés o nerviosismo.

La descripción de las prácticas dejó ver la presencia de población representativa en cuanto a prácticas no saludables en las dimensiones Ejercicio o actividad física, Tiempo de ocio, Sueño, y en la subdimensión consumo de alcohol.

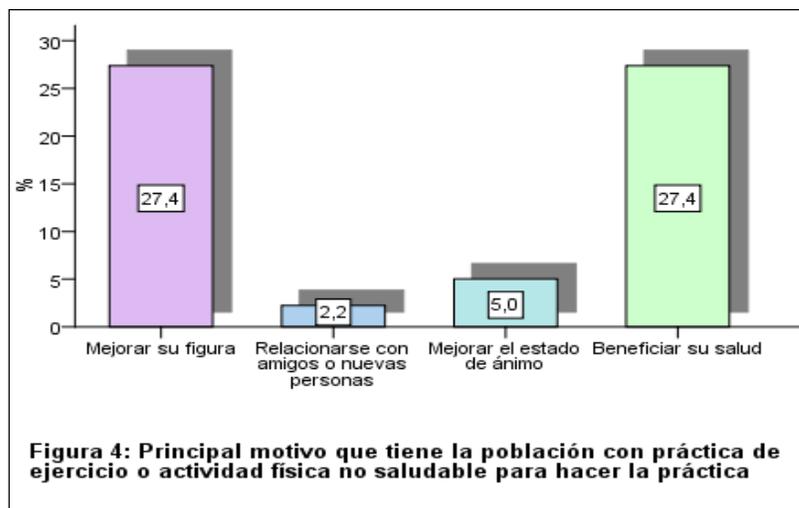
Las siguientes, son las motivaciones que tiene dicha población (para realizar y para no realizar dichas prácticas, así como las motivaciones para hacer

un cambio en ellas) y los recursos (personales y externos) que posibilitan y/o dificultan las prácticas.

Los estudiantes de la UPB con práctica de ejercicio o actividad física no saludable, presentan con mayor frecuencia como motivos para llevar a cabo esta práctica, el querer mejorar su figura (27,4%) y beneficiar su salud (27,4%). Ver tabla 19 y figura 4.

**Tabla 19: Principal motivo que tienen para hacer la práctica de Ejercicio o actividad física**

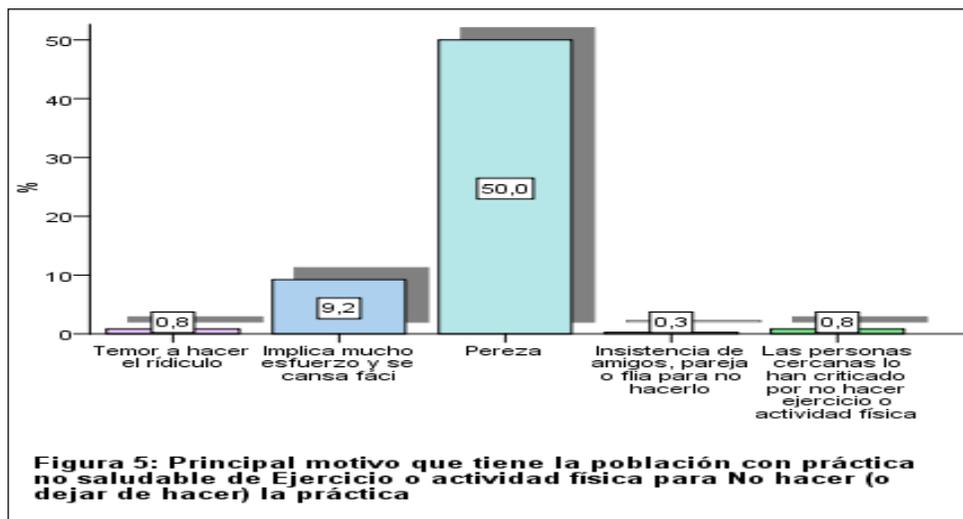
Principal motivo		Ejercicio o actividad física		Total
		Saludable	No saludable	
Mejorar su figura	Casos	57	98	155
	% del total	15,9	27,4	43,3
Relacionarse con amigos o nuevas personas	Casos	5	8	13
	% del total	1,4	2,2	3,6
Mejorar el estado de ánimo	Casos	9	18	27
	% del total	2,5	5,0	7,5
Beneficiar su salud	Casos	45	98	143
	% del total	12,6	27,4	39,9
Hace parte del estilo de vida de sus padres/hnos	Casos	3	0	3
	% del total	,8	,0	,8
Hace parte del estilo de vida de su pareja/amigos cercanos	Casos	2	1	3
	% del total	,6	,3	,8
Otro	Casos	5	9	14
	% del total	1,4	2,5	3,9
Total	Casos	126	232	358
	% del total	35,2	64,8	100,0



Los motivos que en mayor proporción destacan los estudiantes con práctica de ejercicio o actividad física no saludable para No hacer (o dejar de hacer) la práctica son pereza (50,0%) e implica mucho esfuerzo y se cansa fácil (9,2 %). ver tabla 20 y figura 5.

**Tabla 20: Principal motivo que tienen para NO hacer (o dejar de hacer) la práctica de Ejercicio o actividad física**

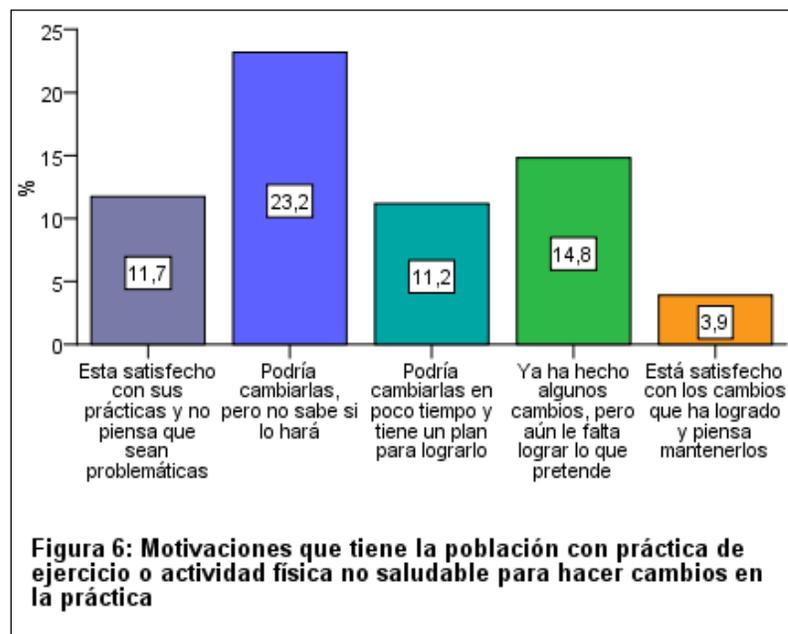
Principal motivo		Ejercicio o actividad física		Total
		Saludable	No saludable	
Temor a hacer el ridículo	Casos	0	3	3
	% del total	,0	,8	,8
Implica mucho esfuerzo y se cansa fácil	Casos	9	33	42
	% del total	2,5	9,2	11,7
Pereza	Casos	105	179	284
	% del total	29,3	50,0	79,3
Insistencia de amigos, pareja o flia para no hacerlo	Casos	4	1	5
	% del total	1,1	,3	1,4
Las personas cercanas lo han criticado por no hacer ejercicio o actividad física	Casos	2	3	5
	% del total	,6	,8	1,4
Otro	Casos	3	9	12
	% del total	,8	2,5	3,4
NR	Casos	3	4	7
	% del total	,8	1,1	2,0
Total	Casos	126	232	358
	% del total	35,2	64,8	100,0



Los estudiantes con práctica de ejercicio o actividad física no saludable que se encuentra satisfecha con esta práctica y que piensa no es problemática (11,7%) es inferior a aquellos que en conjunto, muestran insatisfacción con ella: Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará (23,2%), ya ha hecho algunos cambios pero aún le falta lograr lo que pretende (14,8%) y podría cambiarlas en poco tiempo y tiene un plan para lograrlo (11,2%). Ver tabla 21 y figura 6.

**Tabla 21: Motivaciones que tienen para hacer cambios en la práctica Ejercicio o actividad física**

Motivaciones		Ejercicio y actividad física		Total
		Saludable	No saludable	
Esta satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas	Casos	51	42	93
	% del total	14,2	11,7	26,0
Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará	Casos	7	83	90
	% del total	2,0	23,2	25,1
Podría cambiarlas en poco tiempo y tiene un plan para lograrlo	Casos	8	40	48
	% del total	2,2	11,2	13,4
Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende	Casos	23	53	76
	% del total	6,4	14,8	21,2
Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos	Casos	37	14	51
	% del total	10,3	3,9	14,2
Total	Casos	126	232	358
	% del total	35,2	64,8	100,0



Frente a los recursos con que cuentan quienes presentan una práctica de ejercicio o actividad física no saludable si quieren realizar la práctica, se destacan, por la mayor proporción de respuestas que representan, el contar con implementos deportivos (19,3%), habilidades y cualidades físicas (14,5%) y buen estado de salud (15,0%). Ver tabla 22.

**Tabla 22: Recursos con los que cuentan para hacer la práctica de Ejercicio o actividad física**

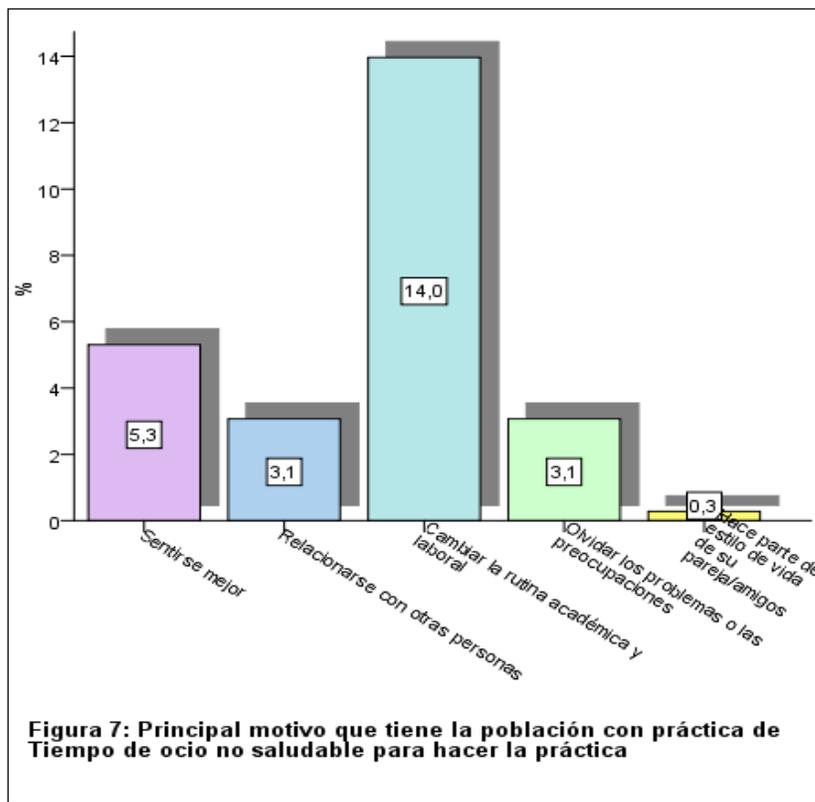
Recursos		Ejercicio y actividad física		Total
		Saludable	No saludable	
Implementos deportivos	Respuestas	97	159	256
	% del total	7,0	11,5	18,5
Dinero	Respuestas	66	112	178
	% del total	4,8	8,1	12,8
Tiempo para realizarlo	Respuestas	78	94	172
	% del total	5,6	6,8	12,4
Personas con quién realizarlo	Respuestas	53	82	135
	% del total	3,8	5,9	9,7
Habilidades y cualidades físicas	Respuestas	89	119	208
	% del total	6,4	8,6	15,0
Buen estado de salud	Respuestas	80	123	203
	% del total	5,8	8,9	14,6
Conocimiento de la realización adecuada de las prácticas	Respuestas	62	71	133
	% del total	4,5	5,1	9,6
Espacio y oferta de actividades físicas y deportivas	Respuestas	37	60	97
	% del total	2,7	4,3	7,0
Otro	Respuestas	2	2	4
	% del total	,1	,1	,3
Total	Respuestas	564	822	1386
	% del total	40,7	59,3	100,0

Los porcentajes y los totales se basan en las respuestas.

En la dimensión Tiempo de ocio (actividades culturales, sociales, artísticas, de descanso o diversión), los estudiantes con práctica no saludable presentan como principales motivos para realizarla el cambiar la rutina académica y laboral (14,0%) y sentirse mejor. Ver tabla 23 y figura 7.

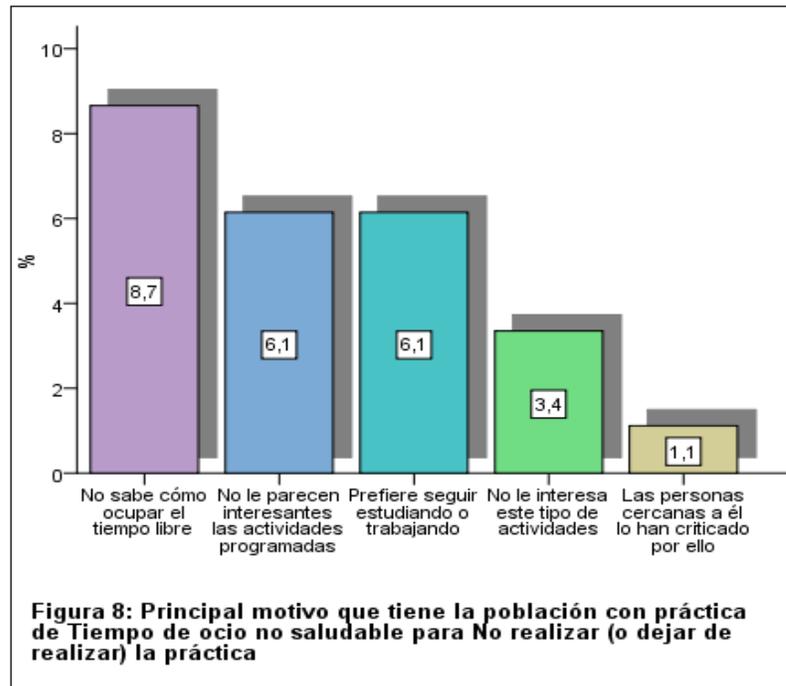
Tabla 23: Principal motivo que tienen para hacer la práctica de Tiempo de ocio

Principal motivo		Tiempo de ocio		Total
		Saludable	No saludable	
Sentirse mejor	Casos	59	19	78
	% del total	16,5	5,3	21,8
Relacionarse con otras personas	Casos	18	11	29
	% del total	5,0	3,1	8,1
Cambiar la rutina académica y laboral	Casos	146	50	196
	% del total	40,8	14,0	54,7
Olvidar los problemas o las preocupaciones	Casos	38	11	49
	% del total	10,6	3,1	13,7
Hace parte del estilo de vida de sus padres/hnos	Casos	1	0	1
	% del total	,3	,0	,3
Hace parte del estilo de vida de su pareja/amigos	Casos	1	1	2
	% del total	,3	,3	,6
Otro	Casos	3	0	3
	% del total	,8	,0	,8
Total	Casos	266	92	358
	% del total	74,3	25,7	100,0



Los motivos que en mayor medida presentan los estudiantes con práctica de Tiempo de ocio no saludable, para no realizar (o dejar de realizar) la práctica son el no saber cómo ocupar el tiempo libre (8,7%), no le parecen interesantes las actividades programadas (6,1%) y el preferir seguir estudiando o trabajando (6,1%). Ver tabla 24 y figura 8.

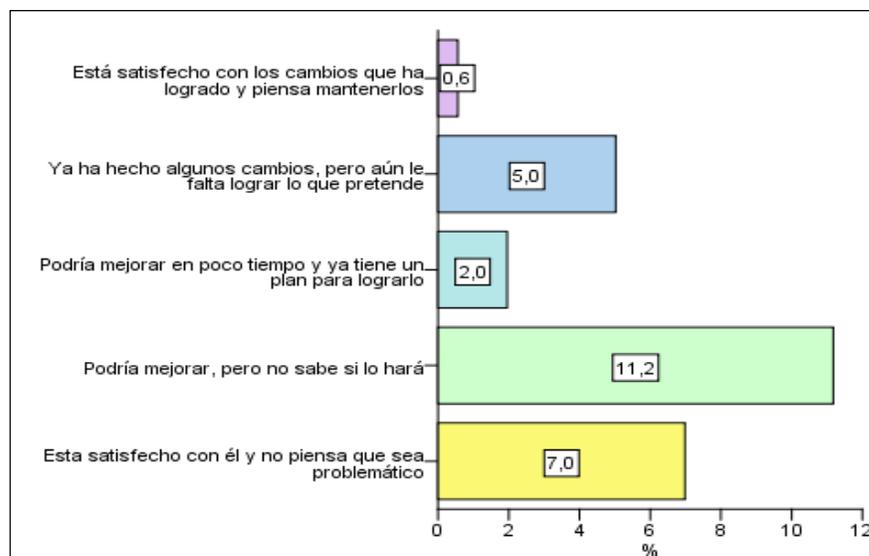
Principal motivo		Tiempo de ocio		Total
		Saludable	No saludable	
No sabe cómo ocupar el tiempo libre	Casos	94	31	125
	% del total	26,3	8,7	34,9
No le parecen interesantes las actividades programadas	Casos	62	22	84
	% del total	17,3	6,1	23,5
Prefiere seguir estudiando o trabajando	Casos	38	22	60
	% del total	10,6	6,1	16,8
No le interesa este tipo de actividades	Casos	36	12	48
	% del total	10,1	3,4	13,4
Las personas cercanas a él lo han criticado por ello	Casos	15	4	19
	% del total	4,2	1,1	5,3
Otro	Casos	8	1	9
	% del total	2,2	,3	2,5
NR	Casos	13	0	13
	% del total	3,6	0,0	3,6
Total	Casos	266	92	358
	% del total	74,3	25,7	100,0



La población de estudiantes con práctica de Tiempo de ocio no saludable que se encuentra satisfecha con esta práctica y piensa que no es problemática (7,0%) es inferior a aquella que en conjunto, muestra insatisfacción con ella: Podría mejorar, pero no sabe si lo hará (11,2%), ya ha hecho algunos cambios pero aún le falta lograr lo que pretende (5,0%) y podría cambiarlas en poco tiempo y tiene un plan para lograrlo (2,0%) y tiene un plan para lograrlo (2,0%). Ver tabla 25 y figura 9.

**Tabla 25: Motivaciones que tienen para hacer cambios en la práctica de Tiempo de ocio**

Motivaciones		Tiempo de ocio		Total
		Saludable	No saludable	
Esta satisfecho con él y no piensa que sea problemático	Casos	129	25	154
	% del total	36,0	7,0	43,0
Podría mejorar, pero no sabe si lo hará	Casos	64	40	104
	% del total	17,9	11,2	29,1
Podría mejorar en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo	Casos	12	7	19
	% del total	3,4	2,0	5,3
Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende	Casos	40	18	58
	% del total	11,2	5,0	16,2
Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos	Casos	21	2	23
	% del total	5,9	,6	6,4
Total	Casos	266	92	358
	% del total	74,3	25,7	100,0



**Figura 9: Motivaciones que tiene la población con práctica de Tiempo de ocio no saludable para hacer cambios en la práctica**

Frente a los recursos con que cuentan quienes realizan una práctica de Tiempo de ocio no saludable, una mayor proporción de casos destaca el tener personas con quien realizarla en caso de querer hacerla (28,3%), siendo también representativos recursos materiales o dinero (26,9%), tiempo para realizarla (16,1%) y espacio y oferta de actividades de ocio en la ciudad (19,7%). Ver tabla 26.

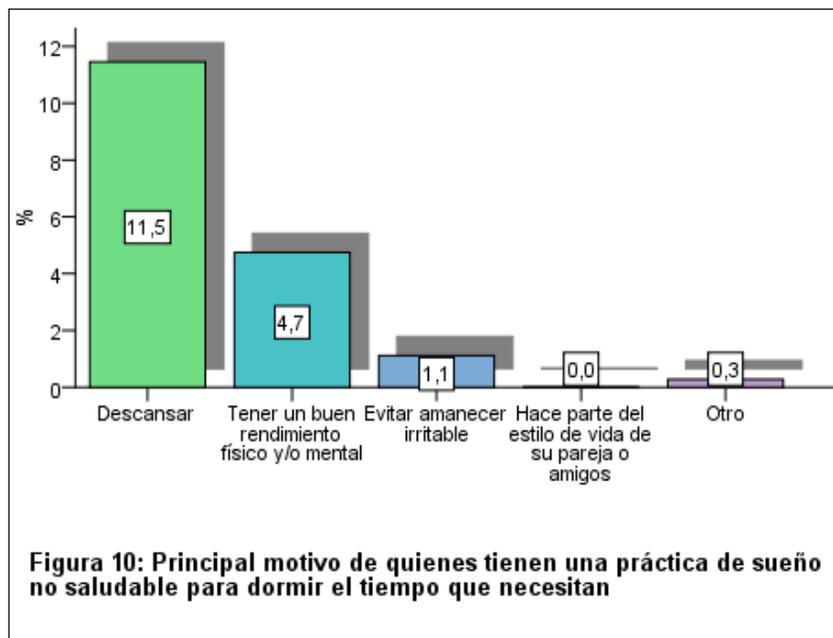
**Tabla 26: Recursos con los que cuentan para hacer la práctica de Tiempo de ocio**

Recursos		Tiempo de ocio		Total
		Saludable	No saludable	
Recursos materiales o dinero	Respuestas	168	60	228
	% del Total	22,6	26,9	
Tiempo para realizarlos	Respuestas	156	36	192
	% del Total	21,0	16,1	
Personas con quien realizarlas en caso de querer compañía	Respuestas	181	63	244
	% del Total	24,4	28,3	
Espacios y oferta de actividades de ocio en la U	Respuestas	98	19	117
	% del Total	13,2	8,5	
Espacios y oferta de actividades de ocio en la ciudad	Respuestas	127	44	171
	% del Total	17,1	19,7	
Otro	Respuestas	12	1	13
	% del Total	1,6	,4	
Total	Respuestas	742	223	965

Nota: Los porcentajes y los totales se basan en las respuestas.

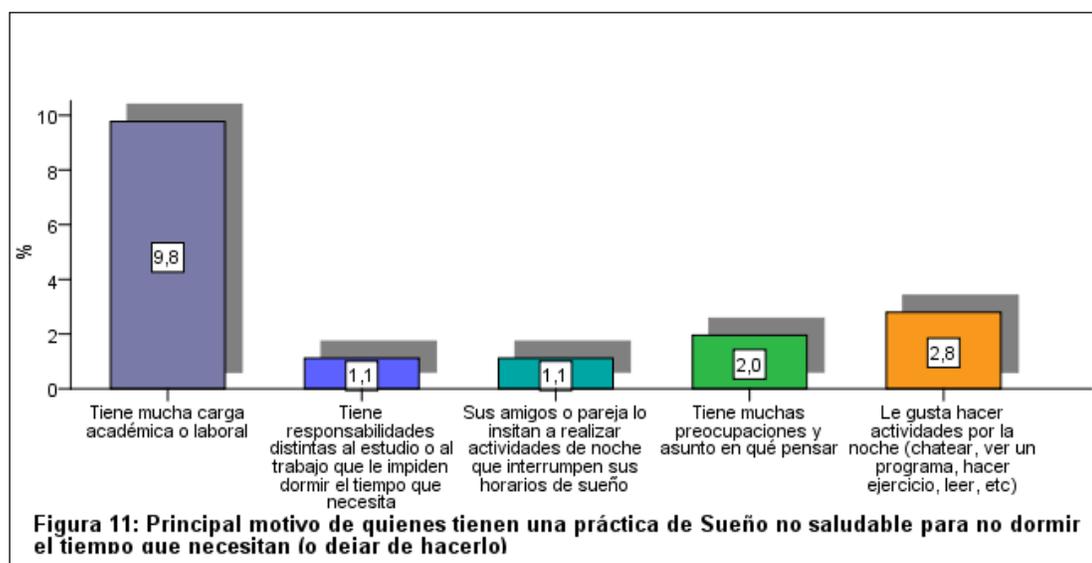
En la dimensión sueño, los estudiantes con esta práctica no saludable tienen, primordialmente, como motivos para dormir el descansar (11,5%) y tener un buen rendimiento físico y/o mental (4,7%). Ver tabla 27 y figura 10.

Principal motivo		Sueño		Total
		Saludable	No saludable	
Descansar	Casos	206	41	247
	% del total	57,5	11,5	69,0
Tener un buen rendimiento físico y/o mental	Casos	72	17	89
	% del total	20,1	4,7	24,9
Evitar amanecer irritable	Casos	10	4	14
	% del total	2,8	1,1	3,9
Hace parte del estilo de vida de sus padre o hermanos	Casos	3	1	4
	% del total	,8	,3	1,1
Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos	Casos	3	0	3
	% del total	,8	0,0	,8
Otro	Casos	0	1	1
	% del total	0,0	,3	,3
Total	Casos	294	64	358
	% del total	82,1	17,9	100,0



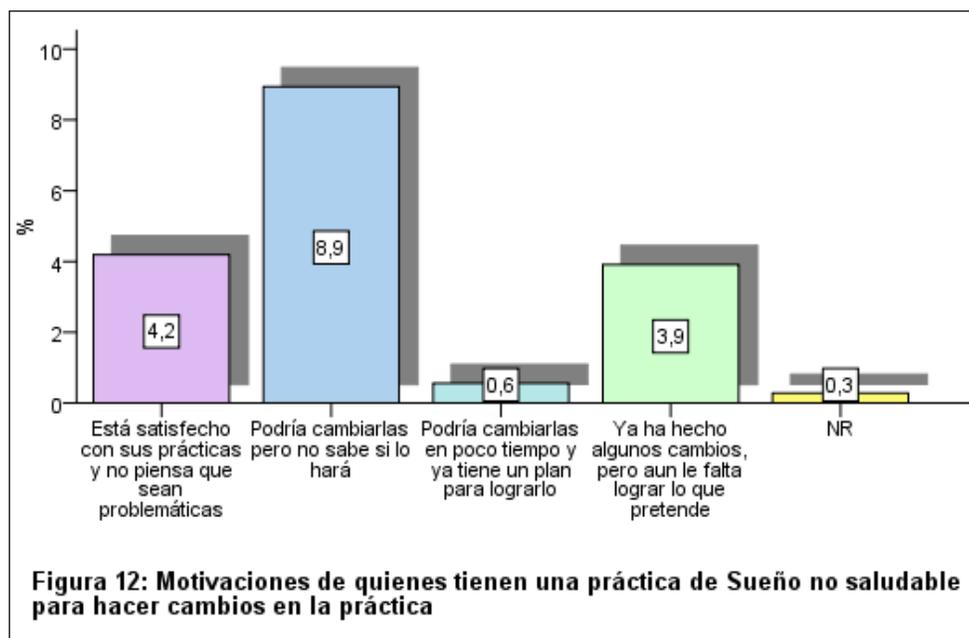
Exponen los estudiantes con práctica no saludable como motivos para no dormir el tiempo que necesitan, el que tienen mucha carga académica o laboral (9,8%) y les gusta hacer actividades por la noche (chatear, ver un programa, hacer ejercicio, leer, etc.) (2,8%). Ver tabla 28 y figura 11.

Principal motivo		Sueño		Total
		Saludable	No saludable	
Tiene mucha carga académica o laboral	Casos	186	35	221
	% del total	52,0	9,8	61,7
Tiene responsabilidades distintas al estudio o al trabajo que le impiden dormir el tiempo que	Casos	13	4	17
	% del total	3,6	1,1	4,7
Sus amigos o pareja lo insitan a realizar actividades de noche que interrumpen sus horarios de sueño	Casos	15	4	19
	% del total	4,2	1,1	5,3
Tiene muchas preocupaciones y asunto en qué pensar	Casos	16	7	23
	% del total	4,5	2,0	6,4
Le gusta hacer actividades por la noche (chatear, ver un programa, hacer ejercicio, leer, etc)	Casos	37	10	47
	% del total	10,3	2,8	13,1
Alguien o algo suele despertarlo	Casos	4	2	6
	% del total	1,1	,6	1,7
Las personas cercanas a usted lo han criticado por dormir más del tiempo que necesita	Casos	7	1	8
	% del total	2,0	,3	2,2
Otro	Casos	2	1	3
	% del total	,6	,3	,8
NR	Casos	14	0	14
	% del total	3,9	0,0	3,9
Total	Casos	294	64	358
	% del total	82,1	17,9	100,0



Con respecto a las motivaciones de quienes tienen una práctica de sueño no saludable para hacer cambios en ella, es menor el número de estudiantes que se muestran satisfechos con ellas: está satisfechos con las prácticas y no piensan que sean problemáticas (4,2%); frente a quienes las consideran modificables: podría cambiarlas pero no sabe si lo hará (8,9%) y ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende (3,9%). Ver tabla 29 y figura 12.

Motivaciones		Sueño		Total
		Saludable	No saludable	
Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas	Casos	143	15	158
	% del total	39,9	4,2	44,1
Podría cambiarlas pero no sabe si lo hará	Casos	83	32	115
	% del total	23,2	8,9	32,1
Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo	Casos	21	2	23
	% del total	5,9	,6	6,4
Ya ha hecho algunos cambios, pero aun le falta lograr lo que pretende	Casos	31	14	45
	% del total	8,7	3,9	12,6
Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos	Casos	12	0	12
	% del total	3,4	0,0	3,4
NR	Casos	4	1	5
	% del total	1,1	,3	1,4
Total	Casos	294	64	358
	% del total	82,1	17,9	100,0



Destacan, quienes tienen una práctica de sueño no saludable, como recursos con los que cuentan para desarrollarla, el contar con un lugar cómodo y agradable para dormir (6,4%), dinero necesario para adecuar el lugar en el que duermen (3,7%) y tiempo para dormir lo que necesitan (2,8%). Ver tabla 30.

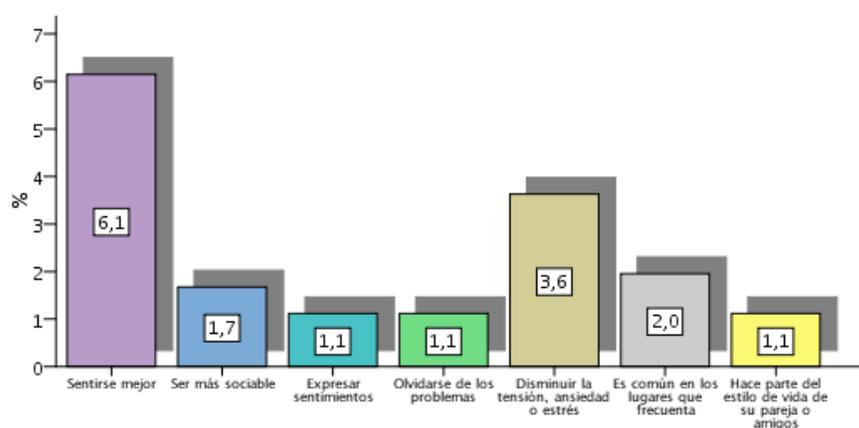
**Tabla 30: Recursos con los que cuentan para hacer la práctica de Sueño**

Recursos		Sueño		Total
		Saludable	No saludable	
Lugar cómodo y agradable para dormir	Respuestas	268	54	322
	% del total	31,8	6,4	38,2
Dinero necesario para adecuar el lugar en el que duerme	Respuestas	127	31	158
	% del total	15,1	3,7	18,7
Tiempo para dormir lo que necesita	Respuestas	143	24	167
	% del total	17,0	2,8	19,8
Conocimiento sobre las condiciones necesarias para tener un sueño óptimo	Respuestas	107	12	119
	% del total	12,7	1,4	14,1
Estrategias para controlar los pensamientos y emociones que podrían interferir con su sueño	Respuestas	60	11	71
	% del total	7,1	1,3	8,4
Otro	Respuestas	6	0	6
	% del total	,7	0,0	,7
Total	Respuestas	711	132	843
	% del total	84,3	15,7	100,0

Nota: Los porcentajes y los totales se basan en las respuestas.

Los principales motivos por los cuales los estudiantes consumen alcohol, pueden verse en la tabla 31 y figura 13.

Principal motivo		Consumo de alcohol			Total
		No consume	De vez en cuando	Por lo menos una vez a la semana	
Sentirse mejor	Casos	6	31	22	59
	% del total	1,7	8,7	6,1	16,5
Ser más sociable	Casos	2	22	6	30
	% del total	,6	6,1	1,7	8,4
Expresar sentimientos	Casos	1	8	4	13
	% del total	,3	2,2	1,1	3,6
Experimentar nuevas sensaciones	Casos	0	4	0	4
	% del total	0,0	1,1	0,0	1,1
Olvidarse de los problemas	Casos	1	16	4	21
	% del total	,3	4,5	1,1	5,9
Disminuir la tensión, ansiedad o estrés	Casos	0	39	13	52
	% del total	0,0	10,9	3,6	14,5
Insistencia de amigos, pareja o familia	Casos	3	19	1	23
	% del total	,8	5,3	,3	6,4
Es común en los lugares que frecuenta	Casos	2	26	7	35
	% del total	,6	7,3	2,0	9,8
Ser aceptado	Casos	0	1	0	1
	% del total	0,0	,3	0,0	,3
Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos	Casos	0	9	4	13
	% del total	0,0	2,5	1,1	3,6
Otro	Casos	1	15	9	25
	% del total	,3	4,2	2,5	7,0
NR	Casos	46	29	7	82
	% del total	12,8	8,1	2,0	22,9
Total	Casos	62	219	77	358
	% del total	17,3	61,2	21,5	100,0

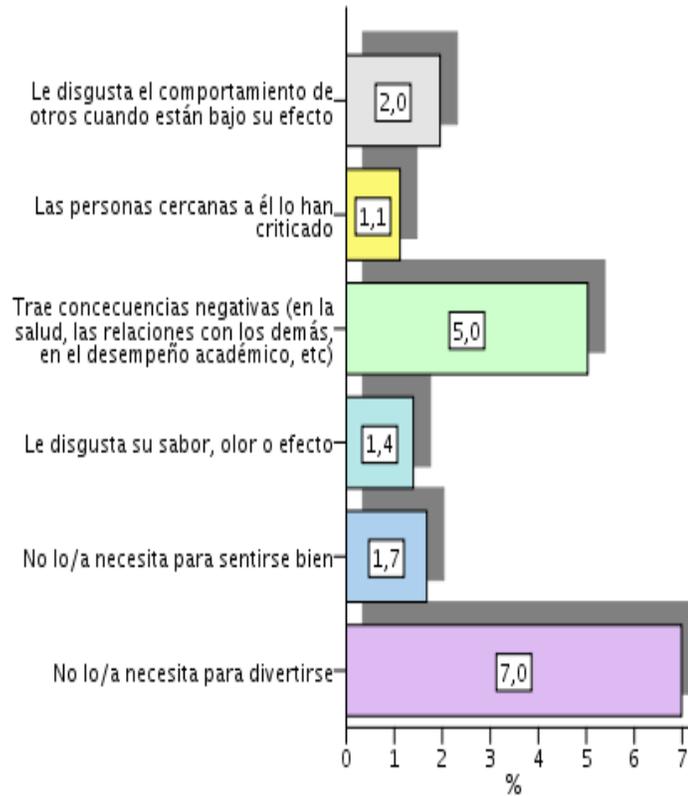


**Figura 13. Principal motivo que tienen quienes consumen alcohol por lo menos una vez a la semana para consumirlo**

Los estudiantes que consumen alcohol por lo menos una vez a la semana, destacan que consumirlo los hace sentir mejor (6,1%), les permite disminuir la tensión, ansiedad o estrés (3,6%) o es común en los lugares que frecuentan (2,0%).

Los principales motivos que destacan los estudiantes para no consumir alcohol, pueden verse en la tabla 30 y figura 14.

Principal motivo		Consumo de alcohol			Total
		No consume	De vez en cuando	Por lo menos una vez a la semana	
No lo/a necesita para divertirse	Casos	36	66	25	127
	% del total	10,1	18,4	7,0	35,5
No lo/a necesita para sentirse bien	Casos	7	27	6	40
	% del total	2,0	7,5	1,7	11,2
Le disgusta su sabor, olor o efecto	Casos	3	16	5	24
	% del total	,8	4,5	1,4	6,7
Trae consecuencias negativas (en la salud, las relaciones con los demás, en el desempeño)	Casos	6	47	18	71
	% del total	1,7	13,1	5,0	19,8
Las personas cercanas a él lo han criticado	Casos	0	6	4	10
	% del total	0,0	1,7	1,1	2,8
Las personas cercanas a él no consumen	Casos	0	1	0	1
	% del total	0,0	,3	0,0	,3
Le disgusta el comportamiento de otros cuando están bajo su efecto	Casos	0	22	7	29
	% del total	0,0	6,1	2,0	8,1
Otro	Casos	1	4	2	7
	% del total	,3	1,1	,6	2,0
NR	Casos	9	30	10	49
	% del total	2,5	8,4	2,8	13,7
Total	Casos	62	219	77	358
	% del total	17,3	61,2	21,5	100,0



**Figura 14: Principal motivo que tienen quienes consumen alcohol por lo menos una vez a la semana para evitar su consumo**

Quienes consumen alcohol por lo menos una vez a la semana destacan para no consumirlo el no necesitarlo para divertirse (7,0%) y el que trae consecuencias negativas (en la salud, las relaciones con los demás, en el desempeño académico, etc.) (5,0%).

En referencia a las motivaciones que tienen para llevar a cabo cambios en las prácticas de consumo de alcohol, puede verse la tabla 33 y figura 15.

Motivaciones		Consumo de alcohol			Total
		No consume	De vez en cuando	Por lo menos una vez a la semana	
Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas	Casos	18	108	20	146
	% del total	5,0	30,2	5,6	40,8
Podría cambiarlas pero no sabe si lo hará	Casos	1	26	28	55
	% del total	,3	7,3	7,8	15,4
Podría cambiar las en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo	Casos	0	13	5	18
	% del total	0,0	3,6	1,4	5,0
Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende	Casos	4	15	17	36
	% del total	1,1	4,2	4,7	10,1
Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos	Casos	7	36	3	46
	% del total	2,0	10,1	,8	12,8
NR	Casos	32	21	4	57
	% del total	8,9	5,9	1,1	15,9
Total	Casos	62	219	77	358
	% del total	17,3	61,2	21,5	100,0

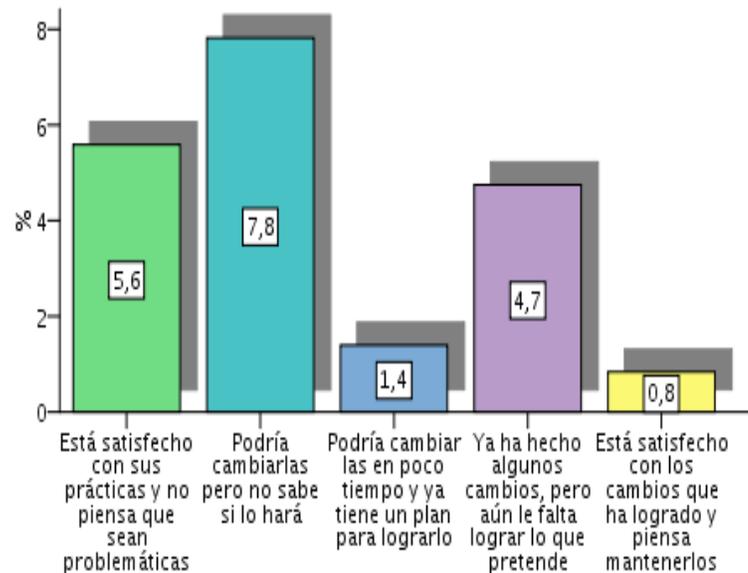


Figura 15: Motivaciones que tienen quienes consumen alcohol por lo menos una vez a la semana para hacer cambios en esta práctica

Entre los estudiantes que consumen alcohol por los menos una vez a la semana, es menor el número de ellos que se muestran satisfechos con esta práctica: están satisfechos con la práctica y no piensan que sean problemáticas (5,6%); frente a quienes la consideran modificable: podría cambiarlas pero no sabe si lo hará (7,8%); ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende (4,7%) y podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para

lograrlo (1,4%).

Los recursos con los que cuentan quienes quieren consumir alcohol pueden verse en la tabla 32.

**Tabla 34: Recursos con los que cuentan quienes quieren consumir alcohol**

Recursos		Consumo de alcohol			Total
		No consume	De vez en cuando	Por lo menos una vez a la semana	
Dinero para comprarlos	Respuestas	19	118	56	193
	% del total	3,0	18,5	8,8	30,3
Habilidad para negarse a consumir aunque otras personas insistan	Respuestas	22	128	28	178
	% del total	3,5	20,1	4,4	27,9
Venta de alcohol en la U	Respuestas	2	6	5	13
	% del total	,3	,9	,8	2,0
Existencia de sitios cercanos a la U en donde vendan spa	Respuestas	9	85	34	128
	% del total	1,4	13,3	5,3	20,1
Sitio que frecuenta en los cuales venden spa	Respuestas	4	70	36	110
	% del total	,6	11,0	5,7	17,3
Otro	Respuestas	3	10	2	15
	% del total	,5	1,6	,3	2,4
Total	Respuestas	59	417	161	637
	% del total	9,3	65,5	25,3	100,0

Nota: Los porcentajes y los totales se basan en las respuestas.

Quienes consumen alcohol por lo menos una vez a la semana, cuentan con recursos como dinero para comprar el alcohol (8,8%), frecuentan sitios en los cuales se vende alcohol (5,7%) y existencia de sitios cercanos a la U en donde venden alcohol (5,3%).

## COMENTARIOS

Este estudio buscó evaluar el estilo de vida en relación a las prácticas en salud de los estudiantes de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, para identificar si son saludables o no, según sexo, carrera y semestre; además, conocer los principales motivos y recursos que tienen para realizarlas, el nivel de satisfacción que obtienen con ellas y que hacen que éstas prácticas se mantengan.

El estudio, para evaluar el estilo de vida en relación a las prácticas en salud de los estudiantes, tuvo en cuenta ocho dimensiones relacionadas con la salud: Actividad física, Tiempo de ocio, Alimentación, Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, Sueño, Habilidades interpersonales, Afrontamiento y Estado emocional percibido.

Al observar los resultados hallados con el estudio, pudo identificarse que los estudiantes presentan prácticas saludables en siete de las ocho dimensiones, siendo la no saludable actividad física ( $M=8,1$ ; sig ,000). Lo anterior devela que los estudiantes presentan un compendio de conductas en salud en el cual convergen hábitos saludables y no saludables al mismo tiempo; lo referido, conlleva a estar de acuerdo con Kirscht (1983; citado en Becoña y otros, 2004), quien señala el que un sujeto realice una determinada conducta de salud no garantiza que lleve a cabo otros comportamientos saludables.

De acuerdo con los datos reunidos, se encontró que el 64,8%, de estos universitarios tienen prácticas no saludables en actividad física, proporción similar a la que se encontró en el estudio que realizó Valera y otros (2011), quienes al

describir las prácticas de actividad física de 1,811 estudiantes universitarios de Colombia (Cali, Bogotá, Manizales y Tuluá), identificaron que el 77,8 %, de ellos no realizaban actividad física. También coinciden los datos hallados, con los encontrados en un estudio hecho por Páez y Castaño (2010) a estudiantes de Psicología de la Universidad de Manizales, en donde el 60,6% de los jóvenes afirmaron no tener una actividad extracurricular relacionada con la práctica deportiva; así como los encontrados por Agudelo y otros (2009), quienes evaluaron los estilos de vida de 378 estudiantes pertenecientes al área de la salud en Bucaramanga, hallando que el 21,6% de éstos tienen un estilo de vida no saludable en la práctica de actividad física.

Los hallazgos anteriores son similares a los que se exponen en algunos estudios a nivel mundial, que demuestran la baja actividad física de los universitarios. Es el caso del estudio transversal realizado por Lumbreras y otros (2004) a 2,659 universitarios mexicanos, en el que hallaron que el 63% de éstos no realizan ninguna actividad física. De igual manera, así lo señala el estudio realizado por Intra, Roales y Moreno (2011) a estudiantes Argentinos, a quienes se les compararon las conductas de riesgo y de salud del primer y último año de universidad, hallándose que tanto el primer grupo 62,2%, como el segundo grupo 54,2% de los estudiantes, no hacen ningún deporte. También en el estudio hecho por Martins y otros (2008) a estudiantes de nutrición en Brasil; los autores indicaron, con relación a la actividad física, que el 67% de las estudiantes tenían baja actividad, seguido del 20% que mantenían una actividad leve y del 13% que mantenía una moderada.

Explorando la práctica no saludable en actividad física en los jóvenes universitarios, ésta varía de acuerdo al estrato, el sexo, la carrera y el semestre. Los resultados hallados permitieron determinar que existen diferencias en las prácticas al realizar las comparaciones según el estrato. Los estudiantes que mayormente no realizan actividad física, se encuentran en los estratos socioeconómicos 3 (M=8,3; sig ,003) y 4 (M=8,3; sig ,000), frente a los estudiantes

de los estratos 1-2 ( $M=8,1$ ;  $sig>,05$ ) y 5-6 ( $M=8,0$ ;  $sig>,05$ ). Al comparar los datos encontrados en este estudio con los de otras investigaciones, se encontró, como en el caso de un estudio realizado por Montealegre (2009) a estudiantes de pregrado en La ciudad de Barranquilla, que en esta población no existía relación entre el nivel de actividad física y el estrato socioeconómico. Respecto a estudios internacionales, aunque con diversa población, se encontraron similitudes en los resultados con los hallados en este estudio. En un estudio transversal realizado por Correia, Teixeira, Carvalho, De Oliveira, Tapioca, Lemos, Menezes, Gouvêa, Guerrero, De Seixas, (2008) en Brasil, en el que se tomaron dos muestras formada por individuos de ambos sexos de alto y bajo nivel socioeconómico, los resultados hallados mostraron que los individuos de alto nivel socioeconómico son más inactivos que los individuos de bajo nivel socioeconómico, debido a que los individuos de estrato bajo están más involucrados en actividades laborales y domésticas de mayor gasto energético, mientras que los individuos de mayor condición económica, generalmente estaban implicados en actividades laborales de baja actividad física. En esta línea, podría pensarse también en la existencia de asociación entre inactividad física en los jóvenes y acceso a avances tecnológicos de entretenimiento que no requiere de esfuerzo físico (como videos, chat, celulares, redes virtuales, etc.) y en la manera como los emplean unos y otros en los diversos estratos sociales.

En cuanto a determinar si la baja práctica de actividad física varía de acuerdo al sexo, los resultados del estudio mostraron que son las mujeres ( $M=8,6$ ;  $sig ,000$ ), las que no realizan prácticas saludables de ejercicio y actividad física frente a los hombres ( $M=7,3$ ;  $sig ,365$ ). En Colombia, son numerosos los estudios que han señalado estos mismo resultados (Lema, Salazar, Varela, Tamayo, Rubio y Botero, 2009; Varela, Duarte, Salazar, Lema y Tamayo, 2011, Páez y Castaño, 2010;), en ellos, son las mujeres las que presentan menores puntuaciones en las prácticas de actividad física frente a los hombres; resultados que coinciden con los obtenidos por estudios hechos en España, Perú y Brasil, que señalan que es el hombre el que tiene mayor actividad física (Grandes, Sánchez, Cortada, Josep,

Calderón, Balague, Millán, Arrazola, Benavides, Goiria, Mujika, Torcal, Vergara, 2008; Grimaldo, 2012; Correia, Teixeira, Carvalho, De Oliveira, Tapioca, Lemos, Menezes, Gouvêa, Guerrero, De Seixas, 2008). Estos hallazgos refuerzan la idea que son las mujeres quienes muestran mayor riesgo en presentar baja inactividad física; fenómeno que podría estar influenciado por el contexto cultural en el que se desarrolla tanto el hombre como la mujer. Para Varela y otros (2011) la diferencia en las prácticas de ejercicio y actividad física entre hombres y mujeres, radica en la formación de roles de género que la cultura occidental ha instaurado y que le asigna al hombre un rol competitivo (fuerza, resistencia y poderío) en la práctica de ejercicio y actividad física, mientras que en las mujeres el rol ha estado asociado a tareas del hogar. También Cockburn (2000, 2002; citado en Moreno, y Pavo 2004) expone que la diferencia entre hombres y mujeres frente a desarrollar ejercicio físico, puede deberse a la creencia de que la exposición de la mujer al deporte acarrea un riesgo de pérdida de su feminidad. Estas apreciaciones conllevan a suponer que la cultura ejerce influencia en el trabajo físico que realiza la mujer, pues se le enseña a realizar tareas que implique poco esfuerzo físico y por ende, puede no desarrollar resistencia y fuerza física en las actividades que las requieran.

Continuando con el análisis de la baja actividad física en los estudiantes, se encontraron prácticas no saludables, tanto en los primeros cinco semestres ( $M=7,9$ ; sig ,012), como en los últimos cinco semestres ( $M=8,5$ ; sig ,005) de la carrera. Ahondando por semestres, se observó que son los niveles intermedios (tercer semestre " $M=8,4$ ; sig ,029"; cuarto " $M=8,3$ ; sig ,014"; sexto " $M=8,9$ ; sig ,000"; séptimo " $M=8,8$ ; sig ,007" y octavo semestre " $M=9,1$ ; sig ,000"), en los que predominan prácticas no saludables; resultados que sugieren que existe una variabilidad en la actividad de ejercicio físico realizado por los estudiantes, en especial si se observa una disminución en la actividad física y de ejercicio de estos estudiantes en la medida en que aumenta el curso de la carrera. Estos resultados coinciden con las afirmaciones de Montealegre (2009), quien señala que los estudiantes en etapas iniciales, ya sea ingresando a la universidad a

primer semestre o recién salidos del bachillerato, presentan niveles más altos de actividad física, que estudiantes de cuarto año o de semestres avanzados. De la misma forma López, González y Rodríguez (2006), después de observar la prevalencia, características y tendencia de la actividad física en universitarios, concluyen que la actividad física individual y la colectiva, disminuyen progresivamente conforme el individuo avanza en los niveles educativos. El aspecto que pudiera explicar la baja actividad física de los estudiantes en niveles educativos avanzados, estaría en la asociación inversa entre aumento de la edad y la disminución de la actividad física; línea identificada por Mantilla (2004) en habitantes de una localidad de Bogotá, con edades comprendidas entre los 15 y 49 años de edad, en quienes identificó, indagando sus características de actividad física, una mayor inactividad física en la medida en que aumentaba la edad de la población estudiada.

Con relación a los programas académicos, se identificaron cuatro carreras con prácticas no saludables de actividad física, ellas son: Ingeniería Industrial (M=8,3; sig ,001); Derecho (M=8,4; sig ,033) Administración de Empresas (M=8,5; sig ,050) y Comunicación Social (M=8,8; sig ,001), lo que indica que en esta población existe mayor inactividad física; situación que podría estar relacionada con la carga académica de estos programas, aspecto sobre el que podría profundizarse en futuras investigaciones. No se encontraron estudios que expliquen la relación entre carreras y actividad física.

Como pudo verse anteriormente, las variables sociodemográficas (estrato, sexo, carrera y semestre) fueron factores determinantes en gran medida del estilo de vida poco saludable en lo que respecta a las prácticas de actividad física de los jóvenes; Arrivillaga y Salazar (2005) señalan que los nichos sociales, las presiones laborales y económicas, entre otros aspectos, han determinado en gran medida la adopción de estilos de vida que no son saludables. En este sentido para Elizondo, Guillé y Aguinaga (2005), los factores sociodemográficos como sexo, edad, estudios, profesión y estado civil parecen ser determinantes del estilo de

vida sedentario.

Así mismo, el que los universitarios resalten en este estudio como conductas la nula o las pocas veces que hacen algún deporte con fines competitivos (71,5%), el caminar o montar en bicicleta poco para desplazarse a otro sitio (59,8%), o el no realizar algún ejercicio corporal durante al menos 30 minutos mínimo tres veces a la semana (48,3%); dejan ver que poseen hábitos inadecuados en lo que respecta a actividad física, resultados que coinciden con los encontrados por Valera y otros (2011), que evidencian que los jóvenes universitarios tienen poca o baja actividad física y que el no tener actividad física regular, se traduce en un estilo de vida sedentario; sedentarismo que es definido por la ausencia de actividad física regular, que según OMS (2013), es la ausencia de movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

El sedentarismo en la actualidad se considera como uno de los principales factores de riesgo para la salud pública; según Jacoby, Bull y Neiman (2003) éste aumenta el riesgo de sufrir enfermedades no transmisibles (ENT) como las cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, cáncer de colon y cáncer de mama. La OMS (2010) resalta que la baja actividad física aumenta los factores de riesgo para la hipertensión, el exceso de glucosa en la sangre o el sobrepeso, al igual que aumenta la mortalidad prematura. Actualmente la OMS (2013), considera que el sedentarismo es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo); además, señala que la inactividad física es la causa principal de un 21% y 25% respectivamente de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y el 30% de la carga de cardiopatía isquémica.

Del mismo modo que se ha demostrado que un estilo de vida sedentario tiene un efecto negativo sobre la salud mental, Amigo, Fernández y Pérez (2010), señalan que el sedentarismo está presente como causa de malestar emocional; de

igual manera, lo refiere Valera y otros (2011), al señalar que la vida sedentaria tiene un impacto emocional, dado que una persona sedentaria tiene mayor probabilidad de padecer insomnio, depresión, ansiedad, estrés, entre otros. En el estudio realizado por Vigoya (2012) se encontró una relación directa entre sedentarismo en poblaciones universitarias, niveles altos de ansiedad, estrés y depresión.

Asociando lo señalado por los autores anteriores con las prácticas de actividad física de los estudiantes que fueron identificados como poco saludables en esta investigación, conlleva a sugerir que existe un grupo de estudiantes (232) que se ubica como población de alto riesgo y potencialmente vulnerable de padecer algunas de las enfermedades señaladas. Además, la falta de actividad física, no sólo está relacionada con los problemas de salud, sino que además, tiene un alto costo económico para el país, puesto que los estudiantes universitarios son población económicamente activa y si enferman, a futuro podría disminuir su productividad laboral, también incrementarse la carga económica por tratamiento de enfermedades de alto costo. A este respecto señala Álvarez (2008), que un estilo de vida sedentario es un factor de riesgo para una gran cantidad de enfermedades que se convierten más prevalentes con la edad, en ambos sexos.

Conocer las motivaciones y recursos que conllevan a crear un estilo de vida sedentario, es el primer recurso para intervenir en el cambio de dicha práctica, por ello, con este estudio, se buscó identificar los principales motivos por los cuales los estudiantes no hacen actividad física. Entre los principales motivos encontrados está la “pereza” (50%), seguido de que “implica mucho esfuerzo y se cansa fácil” (9,2%); a su vez, los estudiantes reconocen que llevarían a cabo esta práctica por el beneficio de la salud (27,4%) y el deseo de mejorar su figura (27,4%).

Igualmente se buscó identificar las motivaciones que tiene los jóvenes para

hacer cambios en prácticas de inactividad física; con las respuestas se pueden constituir dos grandes grupos de estudiantes: un primer grupo (23,2%) que reconoce que podría cambiarlas, pero no sabe si los hará, y el segundo grupo (14,8%), quien señala que ya ha hecho algunos cambios en estas prácticas, pero aún le falta lograr lo que pretende. Extrapolando estos datos con el modelo *Transtórico del Cambio de Comportamiento en Salud* de Prochaska, puede señalarse que los estudiantes se encuentran en diferentes etapas de cambio para modificar estas conductas sedentarias.

El primer grupo se encuentra en la segunda etapa de cambio, referida a la *etapa de Contemplación*; en ella, los estudiantes contemplan la posibilidad del cambio; no obstante, al evaluar las ventajas y desventajas de su conducta problemática frente a la nueva conducta, genera una considerable ambivalencia y resistencia al cambio (Prochaska 2008). Lo que lleva a inferir que en este grupo, los jóvenes tienen la intención de cambiar su comportamiento, pero frente a la duda no actúan. Se sugiere intervenir en este grupo para que propicie el cambio hacia la etapa de *Preparación*, implementando técnicas cognitivas en estrategias y actividades, para que los estudiantes conozcan sobre los riesgos de la vida sedentaria y evalúen cómo ésta incide sobre su salud y el ambiente social en el que están inmersos, y técnicas conductuales que ayude a aumentar la conciencia, disponibilidad y aceptación en buscar alternativas de un estilo de vida más saludable.

Es interesante observar que en el segundo grupo encontramos estudiantes en la cuarta etapa de la *Acción*, en la que éstos ya han hecho modificaciones en su comportamiento sedentario; etapa que implica que en los estudiantes se ha producido un cambio importante, el cual requiere de un compromiso considerable de tiempo y energía (Prochaska, 2008; Norcross y Prochaska, 2002). Se sugiere intervenir en este grupo, ya que es en este momento cuando los jóvenes tienden a ser más propensos a abandonar las nuevas conductas, porque requieren de mayor esfuerzo y constancia para lograr alcanzar la siguiente etapa de

*Mantenimiento* de la práctica saludable. Se sugiere que se establezcan estrategias sociales de apoyo en el entorno, con técnicas conductuales con el fin de aumentar la motivación y realizar ajustes a la rutina de la actividad física.

Es muy importante también resaltar que existe otro grupo de estudiantes con prácticas sedentarias (11,7%), que se encuentran en la primera etapa de cambio llamada de *Precontemplación*; etapa en la que según Prochaska (2008), los jóvenes no tienen la intención de actuar en un futuro inmediato. Lo que indica que no existe en estos estudiantes la mínima intención de adoptar un cambio en el estilo de vida sedentario, pues no lo consideran como una conducta problema. Por lo que se hace urgente intervenir este grupo con estrategias cognitivas y que generen conciencia y comprensión del problema de una vida sedentaria y las ventajas de llevar un estilo de vida activa; a su vez, implementar estrategias conductuales que disminuya la resistencia al cambio.

Finalmente, al examinar los recursos con que los estudiantes señalan contar para desarrollar las prácticas de actividad física, reconocen que cuentan con implementos deportivos (11,5%) y buen estado de salud (8,9%); ello deja ver una fortaleza, al momento de implementar estrategias de intervención para el cambio de la conducta sedentaria. Igualmente, es importante resaltar que una proporción de estudiantes (9,3%) indica que cuenta con espacios y oferta de actividad física y deportiva; de lo que se podría deducir, que al tener mayor espacio y ofertas de actividades físicas dentro la Universidad, se podría ampliar el número de estudiantes realizando ejercicio físico, y en consecuencia, disminuyendo su sedentarismo; en resumen, estos recursos posibilitarían el aumento en las conductas en salud en los jóvenes.

Con respecto a los estilos de vida relacionados con la salud en las dimensiones distintas a ejercicio y actividad física, cabe resaltar un conjunto de conductas relevantes para la salud encontradas con el estudio, que aun cuando se enmarcan en una tendencia general de prácticas saludables, no hay garantía que

en un futuro esta tendencia pueda convertirse en negativa para los jóvenes universitarios, en razón a la presencia ya de comportamiento no saludables. Algunas de las conductas no saludables identificadas, se señalan a continuación.

Los estudiantes (50,5%) pocas veces hacen actividades de ocio (entretenimiento cultural, artístico). El principal motivo que tienen los jóvenes con prácticas no saludables en tiempo de ocio para realizar esta práctica es “cambiar la rutina académica” (14%), y para no realizarla, el que “no saben cómo ocupar el tiempo libre”. (8,7%). Además señalan estos jóvenes como principal motivo para generar un cambio en ésta práctica es que “podrían mejorar, pero no sabe si lo harán” (11,2%). Conocer estas motivaciones permite identificar en qué etapa se encuentran los jóvenes para generar un cambio en dicho comportamiento. De acuerdo con el modelo de Prochaska (2008), el grupo de estudiantes con prácticas no saludables, se encuentra en la *Etapas de Contemplación*, momento en el que los jóvenes perciben la importancia de modificar dicha práctica, no obstante al examinar la conducta problemática, ésta genera dudas frente aún posible cambio. En esta etapa es importante realizar la intervención asociada con la práctica saludable de actividad física. En el contexto de la Universidad, podría intervenir sobre el cambio, realizando actividades lúdicas con aumento de actividad física, desde el área de Deportes de la Universidad.

En las prácticas de sueño, se encontró que los estudiantes (48,4%), en algunos días, no tienen un horario habitual de sueño; situación que se constituye en un factor de riesgo para padecer insomnio; el cual tiene una serie de consecuencias en la vida del individuo como son síntomas de irritabilidad, falta de energía, depresión. (Oblitas, 2008). El principal motivo que tienen los jóvenes con práctica de sueño no saludable para no dormir el tiempo que necesita, es que “tienen mucha carga académica” (9,8 %), y el motivo que tienen para dormir el tiempo que necesitan, es “descansar” (11,5%). A su vez, estos jóvenes consideran que “podrían cambiar las prácticas pero no saben si lo harán” (8,9%), aspecto que se constituye en el principal motivo para hacer un cambio en este

comportamiento. Según el modelo de Prochaska (2008), este grupo de jóvenes se encuentra en la *Etapa de Contemplación* de cambio; el cual indica, que los universitarios perciben que su práctica es no saludable, pero no están seguros de cambiar dicha práctica cuando la evalúan. La intervención en esta etapa podría estar dirigida en asociación con las anteriores prácticas, hacia el manejo del tiempo, la actividad física y como se puede interferir en la consecución del sueño.

En cuanto al manejo de la alimentación, los estudiantes (61,5%) consumen algunos días comidas rápidas, fritos, mecatos o dulces; de igual manera, algunos días omiten algunas de las comidas principales (46,9%). Estos hábitos insanos están relacionados directamente con la aparición de la obesidad, o indirectamente con enfermedades cerebro-vascular, cardiopatías isquémica, diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoporosis (Amigo y otros, 2010). Una forma en la cual la Universidad puede intervenir para cambiar dicha práctica, es aumentando su oferta de alimentos con alto valor nutricional, balanceados, y que estén al alcance de toda la población estudiantil.

Con respecto a las prácticas de afrontamiento, se observó que los estudiantes pocas veces reaccionan adecuadamente ante la expresión de molestia de otras personas (25,1%), también pocas veces buscan ayuda o apoyo (31,6%); lo que puede indicar que estos jóvenes poseen poca habilidad para desarrollar estrategias en solución de conflictos; situación que les puede generar estrés, el cual está relacionado con alteraciones emocionales, tales como la ansiedad y la depresión (Amigo y otros, 2010).

Frente a su estado emocional, los estudiantes perciben frecuentemente tristeza, decaimiento o aburrimiento (34,4%), además de manifestar frecuentemente enojo, ira y hostilidad (29,1%), situaciones que se les han presentado en los últimos seis meses. Frente a ello, podría considerarse evaluar con mayor profundidad estos casos, para determinar si se constituyen en clínicos relacionados con ansiedad y depresión, que requerirían intervención inmediata, la

cual podría estar encaminada a desarrollar estrategias de manejo y control de emociones.

Otra dimensión que se convierte en variable importante al momento de evaluar las prácticas en salud, es el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), dado el papel que desempeña en el deterioro de la salud de las personas. Los resultados encontrados en este estudio, con relación a las prácticas de consumo, fueron saludables, si se tiene en cuenta el conjunto de sustancias evaluadas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales); este dato llama la atención, en razón a que se encontró una práctica saludable en la mayor parte de la población, en torno al empleo de sustancias psicoactivas (98,9%); sin embargo, al analizar las prácticas por cada sustancia, se pudo observar lo siguiente:

Existe un porcentaje bajo de población (5,0%) con Consumo de Sustancias Ilegales (marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, popper), situación que aunque favorable como tendencia para la salud en general de la población, no permite ignorar la población consumidora, puesto que ella requiere intervención especial, dados los efectos nocivos que estas sustancias causan al sistema neurológico, como bien lo señala Higashida (2008); además del impacto social que puede generar esta conducta, en razón a que las drogas enunciadas, no sólo tienen una implicación en el deterioro de la salud, sino que afectan los ámbitos personales, sociales, políticos y económicos, tal como lo señalan Salazar y Arrivillaga (2004). La situación de consumo de SPA entre estudiantes requiere, además de seguir fortaleciendo el CEPI SPA desde el Departamento de Bienestar Universitario para seguir previniendo e incrementando la promoción en comportamientos saludables, establecer un programa interinstitucional que permita remitir a instituciones apropiadas, casos que requieran rehabilitación, además de realizarles seguimiento con apoyo social, encaminado al fortalecimiento familiar.

En cuanto Cigarrillo, la proporción de consumidores es relativamente baja (21%) si se compara con otros estudios. En un estudio realizado por Lema y otros

(2009), con relación al consumo de cigarrillo en estudiantes, encontraron que el 39% fuma. Páez y Castaño (2010) hallaron en otro estudio con estudiantes, una proporción del 29,7% entre fumadores esporádicos y habituales. El que exista un menor consumo en la UPB, podría pensarse que pueda estar asociado con la política Institucional aplicada desde hace unos años, de un establecimiento educativo con un “espacio libre de humo”; política que pudo haber influido en la disminución del consumo en los jóvenes, lo que a su vez pudo haber generado el que se mantenga la práctica al no hacer parte de las rutinas que acompañan el proceso de socialización en la Universidad. No obstante, se requiere seguir manteniendo esta política y fortalecerla con campañas de prevención del consumo.

Este estudio encontró que existe Consumo de Alcohol en los jóvenes universitarios (82,7%), de éstos, con relación a su frecuencia, un grupo manifestó que consume alcohol una vez a la semana (21, 4%). Los consumos más frecuentes de alcohol identificados, permiten pensar que estos jóvenes se encuentran en riesgo de alterar su salud mental, llegando a poderse constituir en casos clínicos, en razón a que el consumo excesivo es un factor determinante en algunos trastornos neuropsiquiátricos, como lo son los trastornos por consumo de alcohol y la epilepsia (OMS, 2011).

En general, las cifras encontradas frente al consumo de alcohol revelan que estos jóvenes están incurriendo en prácticas de riesgo, si se tiene en cuenta las múltiples consecuencias que ello genera, tanto en la salud física individual, como de impacto al ambiente social. De acuerdo con OMS, (2011) el consumo de alcohol ocupa a nivel mundial el tercer lugar entre los factores de riesgo de morbilidad; señala además que:

Su consumo excesivo es un factor determinante para aumentar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática y diversos cánceres. Además, está asociado con varias enfermedades infecciosas como el VIH/sida, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, debido a la alteración al

sistema inmunitario por efecto del alcohol y por otro lado a que la embriaguez trastorna la adherencia de los pacientes al tratamiento con antirretrovíricos (OMS, 2011).

A lo anterior habría que agregarle que el consumo de alcohol también genera problemas de tipo familiar (como la violencia doméstica), laboral y social, y es el responsable de una parte importante de los accidentes, principalmente de tránsito (Sistema Sanitario Público Vasco, 2010). De igual manera, causa efectos en el ámbito sexual, debido a la interrupción o cambio en los niveles de neurotransmisores, especialmente serotonina, norepinefrina y dopamina, que directa o indirectamente afectan el funcionamiento de varias hormonas asociadas con la activación sexual y los mecanismos fisiológicos de los órganos sexuales. (Peugh y Belenko , 2001; citado en Salazar y Arivillaga, 2004).

Dada la importancia de atender la realidad de consumo de alcohol en la Universidad, se hace necesario identificar cómo es este consumo en los estudiantes, en especial, en quienes lo hacen como mínimo una vez a la semana (21,4%), puesto que se puede considerar un grupo de alto riesgo. La práctica de ingerir alcohol es mayor en hombres (32,2%), que en mujeres (14,4), resultados similares a los encontrados en otros estudios (Salazar y Arrivillaga, (2004); Páez y Castaño (2010)). La mayor proporción de consumidores se presenta en séptimo semestre (29,2%). Los programas académicos en los que mayor proporción de estudiantes consumen son Ingeniería Mecánica (37,0%), Ingeniería Electrónica (31,6%), Comunicación Social (30,0%) y Administración de Empresas (27,8%). Este último programa académico coincide en su práctica no saludable de consumo de alcohol, con el estudio realizado de Salazar y Arrivillaga (2004), en la cual los estudiantes de Ciencias Económicas y Administrativas exhibieron Prácticas No Saludables o Poco Saludables en el consumo de alcohol (62,1%).

Pudo identificarse también con este estudio, que el consumo de alcohol en los estudiantes se presenta acompañado de algunas prácticas negativas, que si

bien no están presentes en una gran cantidad de población, por sus repercusiones en los jóvenes, no pueden pasar desapercibidas. Se encontró que los jóvenes que consumen alcohol una vez a la semana, manifiestan que frecuentemente o siempre han dejado de hacer actividades sociales, laborales o académicas por el consumo (5,8%); de igual manera, que pocas veces han dejado de ir a la universidad después de ingerir alcohol (6,7%). La relevancia de esas conductas radica en que abre la posibilidad de alteraciones en el funcionamiento de la vida social y académica de los jóvenes, comportamientos señalados como indicadores clínicos en el DMS IV, los cuales pueden incrementar el riesgo de padecer dependencia de sustancias.

La indagación sobre las motivaciones principales por las cuales se mantiene el consumo de alcohol entre los jóvenes, puede dar indicios para conocer qué componentes cognitivos, sociales y emocionales lo dirigen. El principal motivo de consumo entre los jóvenes que lo hacen por lo menos una vez al mes, es sentirse mejor (6,1%); mientras entre los que consumen de vez en cuando, es disminuir la tensión, ansiedad o estrés (10,9%). Estos resultados sugieren que las motivaciones destacadas que conducen al consumo de alcohol entre estos jóvenes son de tipo interno, más que externo; es decir, lo que influye posiblemente en activar el consumo en ellos, es el factor emocional, más que la influencia social. Por otra parte, ambos grupos resaltan como principal motivo para evitar o dejar de consumir alcohol el que “no lo necesitan para divertirse” (7%). Este motivo, constituye un importante componente cognitivo, que es fundamental al momento de intervenir en la orientación de la conducta de no consumir alcohol con el manejo de esquemas racionales; que aun cuando no es determinante en evitar el consumo, si se hace necesario al momento de diseñar un programa; así lo hace ver Arrivillaga y otros (2003), quienes señalan que el factor cognitivo forma parte de la estructuración de un estilo de vida saludable, aunque no necesariamente lo determine.

En cuanto al cambio de la práctica de consumo de alcohol, los jóvenes que consumen por lo menos una vez a la semana, destacan que “podrían cambiarla pero no saben si lo harán” (7,8%), hecho que indica que los jóvenes se encuentra en la que la etapa *Etapa de Contemplación*, de acuerdo al modelo de Prochaska. Según el modelo, estos jóvenes han contemplado la posibilidad de modificar la práctica del consumo de alcohol, sin embargo al evaluar dicho comportamiento les genera ambivalencia y frente a la duda de lograrlo, no actúan (Prochaska, 2008). Los recursos con los que cuentan los jóvenes que consumen alcohol por lo menos una vez a la semana, son “Dinero” (8,8%); mientras que los que consumen de vez en cuando, es “la habilidad para negarse a consumir aunque otras personas insistan” (20,1%). Los hallazgos frente al consumo de alcohol, sugieren intervención en dicha problemática con base en nuevos estudios que identifiquen con mayor precisión la intensidad del consumo, síntomas físicos, así como alteraciones del ambiente ocupacional, familiar y social. A su vez requiere diseñar programas con estrategias y técnicas cognitivas, conductuales y emocionales, para dirigir el cambio en el consumo de alcohol entre los jóvenes que lo hacen por lo menos una vez a la semana.

Finalizando con el análisis de las prácticas evaluadas, cabe resaltar que entre la población estudiada, sólo los estudiantes del primer semestre presentaron prácticas saludables en todas las dimensiones. Actividad física (M=72; Pm=7,5), Tiempo de ocio (M=6,3; Pm=7,5), Sueño (M=5,6; Pm=7,5), Alimentación (M=12,4; Pm=17,5), Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales (M=9,7; Pm=14), Habilidades interpersonales (M=9,7; Pm=12,5), Afrontamiento (M=14,6; Pm=20) y Estado emocional percibido (M=12,3; Pm=15); hecho que puede indicar que los jóvenes bachilleres ingresan a la universidad con prácticas saludables, siendo en el contexto universitario en donde disminuye dichas prácticas y se desarrolla estilos de vida pocos saludables. Una de las razones con las cuales se intenta explicar este fenómeno, es la edad en que se encuentra la mayoría de los estudiantes universitarios. Para Bannassar (2012), los estudiantes universitarios están en la etapa de la juventud, en donde se consolida la toma de decisiones y la

independencia, configurando una etapa de la vida de gran impacto para el mantenimiento de la salud; por ello la Universidad puede y debe desempeñar un papel fundamental para la promoción de estilos de vida saludables, puesto que un estilo de vida saludable en la etapa adulta, de acuerdo con Lee & Loke, (2005, citado en Bannassar, 2012), se consigue con los hábitos adquiridos a edades tempranas, sobre todo durante la adolescencia.

Del análisis hecho a las prácticas en salud relacionadas con los estilos de vida en los estudiantes de pregrado, surge el interés por identificar: ¿Qué estrategias debería implementar la Universidad, que faciliten a la población estudiantil la preferencia por las conductas saludables?

El ambiente en el que se adquiere el estilo de vida a favor o en contra de la salud, genera variables que de alguna manera se puede controlar (Arrivillaga y Salazar 2005); por ello la Universidad Pontificia Bolivariana, como espacio de formación, con una educación integral y de calidad que brinda a sus educandos, requiere establecer como primer objetivo de educación humanística, que la persona tome conciencia de la realidad consigo mismo y la de sus semejantes; una educación humanística fomenta el espíritu crítico y de un ideal de vida para formar individuos autónomos y capaces de participar en su comunidad (Higashida, 2008); por consiguiente, en el contexto educativo, La Universidad Pontificia Bolivariana puede coayudar en ese propósito *Educando para la Salud*, mediante el fortalecimiento en el Plan de Desarrollo Institucional del Programa de Universidad Saludable; lo cual la pondría en el camino de la carta de Ottawa sobre la creación de ambientes saludables para promocionar la salud (OMS, 1986).

Los ambientes saludables, son escenarios definidos como lugares y contextos sociales, donde las personas desarrollan actividades diarias y sobre los cuales intervienen factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar de los que allí viven, trabajan, aprenden (Red Española de Universidades Saludables, 2011) .

En cuanto ambientes saludables, la Universidad es el entorno ideal para fomentar la salud, pues por un lado, es un entorno educativo donde se forman los jóvenes como futuros profesionales, aquellos que impulsaran el crecimiento y desarrollo del país; y por otro lado, es un entorno donde se desarrollan investigaciones que cobran relevancia, por cuanto generan y transforman el conocimiento a favor de la salud. Además, es un entorno laboral, en donde converge un capital humano, encaminado a desarrollar el bienestar integral de todos los miembros que lo integran. Una Universidad Saludable es aquella que incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de quienes allí estudian o trabajan (Lange y Vio, 2006).

Para lograr implementar una cultura que fomente bienestar y calidad de vida a todos sus miembros, la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga requiere integrar el concepto ***Educación para la Salud*** desde su ***Misión, visión y política*** Institucional, que puede constituirse en el marco inicial para promover una educación con calidad en la formación de conductas saludables. Este valor agregado hacia la Salud, podría aumentar la satisfacción de la comunidad educativa, y a su vez, podría generar aumento en la cobertura, disminución en ausentismo, fracaso y deserción escolar.

Una vez articulado al horizonte institucional, requiere ser plasmado en el desarrollo del **Plan Estratégico Institucional**. Ello implica seguir fortaleciendo las políticas institucionales, la transversalidad en el Currículo, el mejoramiento en su entorno físico, en la cual buscará sistematizar las acciones hacia la promoción de la salud.

Educar a las personas de llevar un estilo de vida saludable, requiere proporcionarle elementos que permitan formar actitudes positivas hacia el cuidado del propio cuerpo y hacia la comunidad (Higashida, 2008). Por ello este estudio

brindó una aproximación al conocimiento del estilo de vida en las prácticas en salud en los jóvenes de pregrado de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, en donde se concluye que el principal problema es el sedentarismo; cuya importancia radica en ser el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo (OMS, 2010)

Por lo anterior se requiere implementar acciones para adoptar un estilo de vida activa como estrategia de fomento de vida saludable. Existe evidencia científica que ha demostrado que la participación regular en actividad física provee importantes aportes en la salud; entre los beneficios físicos, psicológicos, sociales se encuentran, prevención de los problemas cardiovasculares, ayuda a controlar el peso; reduce los sentimientos de estrés y ansiedad; contribuye a la estabilidad emocional, fruto de la reducción de la ansiedad, la depresión y la tensión; mejora las actitudes y actividad laboral; contribuye a la mejora del autoconcepto de la persona; mejora en procesos cognitivos e intelectuales en atención, control inhibitorio y memoria de trabajo (Alvares, 2008; Ramírez, 2002; Becoña y otros, 2004; Ramírez, Vinaccia y Suarez, 2004).

La OMS (2010) recomienda a nivel mundial el aumento de la actividad física para la salud en tres grandes grupos de edades de 5 a 17 años, de 18 a 64 años, y de 65 en adelante. Para cada grupo de edad se indican diferencias en cuanto al tipo de actividad, duración, frecuencia e intensidad. Para tenerlo en cuenta en futuras intervenciones, frente al grupo de edad con mayor representatividad entre la población universitaria señala:

1. Los adultos de 18 a 64 años deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien un mínimo de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
2. La actividad aeróbica se realizará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
3. Para obtener mayores beneficios, los adultos deberían incrementar esos niveles hasta 300 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, o bien 150 minutos

de actividad aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.

4. Deberían realizar ejercicios de fortalecimiento muscular de los grandes grupos musculares dos o más días a la semana.

Por lo anterior, se sugiere promocionar la actividad física como *política de salud institucional*, por cuanto la comunidad educativa tiene el Derecho a proteger su salud y el deber de participar activamente en actividades físicas para el beneficio propio y la comunidad (Higashida, (2008). Ello requiere transversalidad en el currículo, en el cual se debe cumplir con 20 horas de deporte por semestre, continuas, con el fin de que sea una práctica permanente durante los cinco años en que el estudiante se esté formando.

A su vez, se sugiere implementar los espacios físicos en la universidad para incrementar el acceso y la motivación al ejercicio físico. Un espacio propicio para el desarrollo de la actividad física, es la creación de pasillos viales, para el manejo de ciclo rutas, en la cual las personas tengan la facilidad de acceder a una cicla en su tiempo libre y de descanso en el contexto universitario.

Cabe resaltar que desde el Departamento de Bienestar, se requiere seguir implementado el diseño, intervención y evaluación permanente en programas que fomente las conductas saludables. Se entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico, psicológico y en su longevidad. (McAlister, 1981; citado por Becoña y otros, 2004).

Como se ha expuesto, con este estudio se identificaron conductas de riesgo asociadas a la salud, tales como poca actividad física, consumo de alcohol, alteración en el horario de sueño, manejo de tiempo libre y de ocio en una población específica; el analizar las motivaciones y el nivel de satisfacción relacionadas con estas prácticas no saludables, favorece el posterior diseño de

programas que fomenten comportamientos saludables. Igualmente, se identificaron las etapas específicas de cambio en las cuales se encuentra la población estudiada.

El aporte de este estudio, radica en que se precisa de la información hallada para realizar futuras intervenciones efectivas, según las etapas propias de cada grupo con prácticas no saludables. Dentro de la información hallada cabe resaltar que conductas tales como el sedentarismo, el consumo de alcohol por lo menos una vez a la semana, las pocas veces que hacen actividades de ocio y algunos días no tener un horario habitual de sueño, se presentan en una mayoría de grupos de jóvenes que se encuentran en una *Etapas de Contemplación* de cambio; esto quiere decir, que los jóvenes conocen la importancia de la práctica no saludable en salud, pero ello no es suficiente para generar el cambio de conducta; puesto que no están seguros de cambiar dicha práctica, generando resistencia al cambio, al pensar que no son capaces de lograrlo (Prochaska, 2008). De ahí que en las técnicas de intervención psicológica para el cambio de conducta tienen aquí un papel esencial para jugar el Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento en Salud, que abre la posibilidad que los estudiantes tengan un cambio en este comportamiento, basado en la toma de decisiones; de manera que, el cambio se haga intencionalmente.

A manera de cierre, cabe advertir aquí que en lo que respecta a ejercicio y actividad física la población joven inactiva representará en el futuro la población adulta sedentaria, si no hay una oportuna intervención en ella.

Una limitación que se encontró en el estudio está relacionada con el tipo de muestreo adelantado, puesto que por razones de tiempo y recursos no se adelantó un muestreo probabilístico. Esto implica una limitación en la generalización de los resultados encontrados.

Si en futuras investigaciones se adelanta una réplica de este estudio, se requeriría un grupo de investigación más amplio.

Despertar el interés en futuros estudios sobre el estilo de vida en salud a través de diseños longitudinales, demostraría con mayor precisión si la edad y el contexto universitario es determinante en el comportamiento de la salud.

Se sugiere evaluar periódicamente el estilo de vida de la comunidad educativa, para conocer los riesgos y ampliar la intervención en prácticas saludables.

Mantener la política de los Espacios Libres de Humo de Tabaco con miras de aumentar la práctica de no consumo de tabaco.

Ampliar el equipo profesional del Bienestar Universitario, entre las cuales se encuentre un asesor nutricional para mejorar los hábitos alimenticios de la población universitaria.

Ampliar el estudio a otras prácticas determinantes en la salud, como el manejo de la sexualidad en los jóvenes.

## REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los Riesgos y Promover Una vida sana*. [En línea] Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/2002flerESP.pdf>. [Último acceso 11/01/13].
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Controlar los factores de Riesgo para la Salud podría Prevenir Millones de Muertes*. [En línea] Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/health\\_risks\\_report\\_20091027/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/health_risks_report_20091027/es/index.html). [Último acceso 11/01/13].
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Enfermedades Cardiovasculares*. [En línea] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>. [Último acceso 11/01/13].
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Riesgos para la Salud de los Jóvenes*. [En línea] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>. [Último acceso 11/01/13].
- Cáceres, D; Salazar, I; Correa, D; Varela, M; Holguín, L; Arrivillaga, M; y Córdoba; L., (2006). *Perspectiva de Investigación en el Campo de la Salud. Avances y perspectivas en Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. 1 (Seminario de investigación en psicología de salud), pp.4-5
- Coy, M. (2002). con el apoyo de OPS (Oficina Sanitaria Panamericana)/OMS (Organización Mundial de la Salud)/Centro de Salud de Chamelco/PROYECTO ASDI del Gobierno de Suecia Personal Distrito de Salud de San Juan Chamelco. *Manual de Salud Mental*. [En línea] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/41955261/Manual-de-Salud-Mental>. [Último acceso 11/01/13].
- Oblitas, L. (2008). *Panorama de la Psicología de la Salud*. [En línea] Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/psicologia-de-la-salud-panorama/>. [Último acceso 11/01/13].
- Ministerio de la Protección Social, República de Colombia (12/2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. [En línea] Disponible en:

- [http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030\\_EstudioNacionalSM2003.pdf](http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf). [Último acceso 11/01/13].
- Salazar, I; Varela, M, Cáceres, D; (2006). Detección de factores de riesgo para el consumo de drogas legales en Universitarios. *Avances y Perspectivas en Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. 1 (Seminario de Investigación de la salud, Santiago de Cali Colombia), pp.28
- Observatorio de Salud en Santander, (2006). Factores de Riesgo Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Diagnóstico de Salud en Santander*. Año 2, Número 2 (Edición especial de la Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander), pp.35-36
- Organización Panamericana de la Salud (1996). *Gente sana en Entornos Saludables: Informe anual del Director 1996*. [En línea] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dbi/ops96/ops96ia.pdf>. [Último acceso 12/01/13].
- Lange, I; Vio, F; (2006) *Guía para Universidades Saludables y otras instituciones de Educación Superior*. [En línea] Disponible en: [http://www.eligevivirsano.cl/wp-content/uploads/2012/01/Guia-Universidades-Saludables\\_INTAOPS.pdf](http://www.eligevivirsano.cl/wp-content/uploads/2012/01/Guia-Universidades-Saludables_INTAOPS.pdf). [Último acceso 11/01/13].
- Oblitas, L., (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. 1ª ed. México: Thomsom. pp.15
- Morales, F., (1997). "Hacia el Concepto de Psicología de la Salud". En: Corral (ed.), *Introducción al Estudio de la Psicología de la Salud*. 1ª ed. México: Unison y Secretaría General Administrativa de la Universidad de Sonora. pp.55,104.
- Hernández, E; Armayones, M; Boixados, M; Pousada, M; Guillamón, N; Gómez, B; (2009). "Modelos de Salud. Variables y Agentes ". En: Hernández, et, al, (ed.),. *Salud y red*. 1ª ed. Barcelona: UOC. pp.17-18.
- Organización Mundial de La Salud, (1998) "Glosario de Promoción de la Salud". En: *Promoción de la Salud Glosario*. (ed) Don Nutbeam del Centro Colaborador de Promoción de la Salud, Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria, Universidad de Sydney, Australia 2ª ed. Ginebra: OMS. pp.10.
- Organización Panamericana de la Salud, (2002). 'Presentación y marco conceptual Unidad 1'. En: OPS (ed), *Módulos de Principios de epidemiología Para El control de Enfermedades de enfermedades*. 2ªed. Washington, DC: PALTEX. pp.19-20.
- Cabrera, G; Tascón, J; Lucumí, D;, (2001). Creencias en Salud: Historia, constructos y Aportes del Modelo. *Revista Salud Pública*. 1 (Uso y Aportes del MCS), pp.3,10

- Murphy, E., (2005). "Entender a la gente e influir sobre ella ". *En: Population Reference Bureau (ed.), La Promoción de comportamientos Saludables. Boletín de Salud. . 2<sup>a</sup> ed.* Washington, DC: pp.6
- OPS (2005). *Teorías de Cambio de Comportamiento* . [En línea] Disponible en: [http://www.bvsde.paho.org/cursoa\\_edusan/modulo16.htm](http://www.bvsde.paho.org/cursoa_edusan/modulo16.htm) [Último acceso 12/01/13].
- Cabrera, G, (2000). El Modelo transteórico del Comportamiento en Salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* .Vol. 18, n<sup>o</sup> 002 (129 - 138), pp.131.
- Schwarzer, R; Gutiérrez, B, (2009). Modelando El Cambio en el Comportamiento de Salud: Como predecir y Modificar la adopción y el Mantenimiento de comportamientos de Salud. *Revista Costarricense de Psicología* . Vol. 28 (11-39), pp.13
- Álvarez, C, (2008). Teoría Transteorética de Cambio de Conducta: Herramienta Importante en la adopción de Estilos de Vida Activos. *Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud. Universidad Nacional de Costa Rica* . Vol. 5, N<sup>o</sup> 1 (1-12), pp.3
- Álvarez, L, (2010). Modelos Psicológicos del Cambio: de los Modelos centrados en el Individuo a los Modelos psicosociales en Psicología de la Salud. *Revista Psicología y Salud* . Vol. 20, No. 1 (97-102), pp.100- 101
- Prochaska, J (2008). *Decision Making in the Transtheoretical Model of Behavior Change* . [En línea] Disponible en: <http://mdm.sagepub.com/content/28/6/845.full.pdf+html>. [Último acceso 12/01/13].
- Norcross, J; Prochaska, J; (2002). Using the Stages of Change. *Harvard Mental Health Letter*. 18 (11), páginas 5-7
- OPS, (2005). *Modelo de Consejería Orientada a los Jóvenes*. 1<sup>a</sup> ed. Washington, DC: OPS, ASDI, NORAD.
- Arrivillaga, M; Salazar, I; Gómez, I. (2004). Prácticas, Creencias y factores del Contexto relacionados con Estilos de Vida en Jóvenes y Adultos. *Documento Grupo de Investigación, Psicología, Salud y Calidad de vida. Pontificia Universidad Javeriana*. 1 (1-42), pp.12
- Nieto, M; Abad, M; Esteban, M, Tejerina, (2004) "La dimensión social ". *En: McGraw-Hill (ed), Psicología Ciencias de la Salud*. 1<sup>a</sup> ed. Madrid: por ejemplo, Houghton Mifflin. pp.61-79.
- Lema, L; Salazar, I; Varela, M; Tamayo, J; Rubio, A; Botero, A. (2009). Comportamiento y Salud de los Jóvenes Universitarios: Satisfacción con el Estilo de Vida. *Pensamiento Psicológico*. 5 (1), pp.71-88

Becoña, E; Vásquez, F; Oblitas, L; (2004) Promoción de los Estilos de Vida Saludables. *ALAPSA. Bogotá* . 5 (1-40), pp.10

Krauskopf, D. (1995). *Las Conductas de Riesgo en la Fase juvenil* . [En línea] Disponible en: 208y9\_UT\_1.pdf [http://iin.oea.org/Cursos\\_a\\_distancia/Lecturas%](http://iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lecturas%). [Último acceso 13/01/13].

Munist, M.; Santos, H.; Kotliarenco, M.; Suarez, E.; Infante, F.; Grotbert, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. [En línea] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/hpf/adol/Resilman.pdf>. [Último acceso 13/01/13].

Salazar, I; Varela, M; Lema, L; Tamayo, J; Duarte, C (2010). *Manual del Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios (CEVJU-R)*. Documento sin publicar, Pontificia Universidad Javeriana Cali.

Salazar, I; Varela, M; Lema, L; Tamayo, J; Duarte, C; Equipo de investigación CEVJU Colombia (2010). Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios *Rev. Salud Pública*. 12 (4), pp.599-611

Clemente, A; Molero, R; González, M, (2000). Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas. *Anales de Psicología*. 16 (2), pp.189-198

Velicer, W; Prochaska, J; Fava, J; Norman, G; Redding, C (1998) *para dejar de fumar y manejo del estrés: Aplicaciones del modelo transteórico del cambio de comportamiento*. . [En línea] Disponible en: <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>. [Último acceso 13/01/13].

Grandes, G; Sánchez, A; Cortada, P; Josep, M; Calderón, C; Balague, L; Millán, E; Arrazola, A; Benavides, R; Goiria, B; Mujika, J; Torcal, J; Vergara, I; (2008). *Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en Atención Primaria de Salud*. 1ª ed. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Ibáñez, L; (2007) El Problema de Obesidad en América Latina. *Revista Chilena de Cirugía* . 59 (6), pp.399-400

Lumbreras, I; Guadalupe, M; Dosamantes, L; Carrasco, D; Medina, M, Cervantes, M; López, M; Méndez, P, (2004). Estilo de Vida y Riesgos para la Salud en Estudiantes Universitarios:. Hallazgos para la prevención *Revista Digital Universitaria* . Vol. 10 n ° 2 (1-13), pp.2

Martins, F, de Castro, M; de Santana, G; Oliveira, L (2008). Estado nutricional, Medidas

- antropométricas, Nivel socioeconómico, y Actividad física en Universitarios Brasileños. *Nutrición Hospitalaria* 23 (3), pp.234-241.
- Cid, P; Merino, J; Stieповich, J, (por ejemplo, 1975). Factores Biológicos y psicosociales predictores del Estilo de Vida promotor de Salud. *Revista Médica de Chile* . 1 (134), pp.1491-1499
- Flórez, L (2006) *La Psicología de la salud en Colombia*. [En línea] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64750320.pdf>. [Último acceso 13/01/13].
- Cadavid, L; Salazar, I; (2006). Practicas que caracterizan los estilos de vida en salud de estudiantes universitarios. *Avances y Perspectivas en Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. (Seminario de Investigación de la salud, Santiago de Cali Colombia), pp. 28.
- Salazar, I; Arrivillaga, M, (2004). El consumo de alcohol, tabaco y Otras Drogas, Como Parte del Estilo de Vida de Jóvenes Universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*. 1 (13), pp.74-89.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. y Correa, D; (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Revista Colombia Medica*, 34, 186-195
- Varela, M; Duarte, C; Salazar, I; Lema, M; Tamayo, J, (2011). Actividad Física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia. *Revista Colombia Médica*. 42 (3), pp.269-277
- Salazar, I; Varela, M; Lema, M Tamayo, J; Duarte, C (2009). *Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios (CEVJU-R)* 2ª ed. Equipo de investigación CEVJU. Universidad Pontificia. Cali, Colombia. Documento autorizado por las autoras.
- Díaz, P.; Díaz, A.; Pérez, E; Zuluaga, C; (2005), *Prácticas, Creencias y Factores del Contexto relacionados con Estilos de Vida Saludables en Jóvenes de la Universidad Autónoma de Bucaramanga*. Tesis de posgrado Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia
- Díaz, P; Sánchez, A; y Báez, D; (2006) *Prácticas, Creencias y Factores del Contexto relacionados con Estilos de Vida Saludables en Jóvenes de la Universidad de Santander de Cúcuta*. Tesis de posgrado Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia
- Agudelo, D Arguello, M; Bautista, Y; Carvajal, J; De Castro, K; Díaz, D; Escobar, M; Gómez, L; Morales, M; Pinto, C; Rincón, L; Rueda, P; Serrano, J; Suárez, P y Toloza, Z. (2009) Estilos de Vida en Estudiantes del área de la Salud de Bucaramanga. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*. 1 (1), pp.19-41

- Quintero, L. (2012) *Informe de Gestión 2012* Unidad de Psicología Departamento Bienestar Universitario. Documento Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga.
- Intra, M; Roales, J; Moreno, E, (20011). Cambio en las Conductas de Riesgo y Salud en Estudiantes Universitarios argentinos a lo largo del Periodo Educativo. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica* . 11 (1), pp.139 – 147
- Páez, M; Castaño, J, (2010). Estilos de Vida y Salud en Estudiantes de Una Facultad de Psicología. *Psicología desde el Caribe*. No 25 (1), pp.155-178
- Correia, H; Teixeira, A; Carvalho, E; De Oliveira, F; Tapioca, L; Lemos, L; Menezes, M; Gouvêa, R; Guerrero, V; De Seixas, M; (2008) *Prevalencia y variables asociadas a la inactividad física en individuos de alto y bajo nivel socioeconómico* [En línea] Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v92n3/es\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v92n3/es_07.pdf). [Último acceso 01/02/13].
- Montealegre, L; (2009). *Nivel de Actividad Física según las variables sociodemográfica en Estudiantes de pregrado de 16 a 27 Años de la Universidad Libre Seccional Barranquilla*. Tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública [En línea] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4190/1/lesliepiedadmontealegreesmeral.2011.pdf>. Último acceso 01/02/13].
- Grimaldo, M, (2012). Estilo de vida Saludable en Estudiantes de Posgrado de Ciencias de la Salud. *Psicología y Salud*. 22 (1), pp.75-87
- Moreno, J; Pavón A, (2004). *Motivaciones e intereses de los Universitarios Murcianos Hacia la Práctica Físico deportiva*. Tesis Doctoral en Psicología Facultad de Educación Universidad de Murcia España.
- Mantilla, S (2004) *Actividad física en habitantes de 15 a 49 años de una localidad de Bogotá, Colombia, 2004*. *Revista de Salud Pública* [en línea] 2006, 8 (diciembre) : [fecha de consulta: 20 de febrero de 2013] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=42209906>> ISSN 0124-0064
- López, J; González, M; Rodríguez, M, (2006). Actividad física en estudiantes universitarios: prevalencia, características y tendencia. *Medicina Interna de México*. Vol.22. No.3 (22), pp.189-196
- Elizondo, J; Guillén, F;. Aguinaga, I (2005) *Prevalencia de Actividad Física y Su Relación variables de estafadores sociodemográficos y Estilos de Vida en la Población de 18 a 65 Años de pamplona*. [En línea] Disponible en:

- <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n5/original4.pdf>. [Último acceso 11/02/13].
- Bannassar, M, (2012). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios*. 1st ed. Universitat de les Illes Balears: Tesis doctoral para optar al grado de Doctor por la Universitat de les Illes Balears. [En línea] Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/84136>. [Último acceso 11/02/13].
- Arrivillaga, M; Salazar, I, (2005). Creencias Relacionadas con el Estilo de Vida de Jóvenes Latinoamericanos. *Psicología Conductual*. Vol. 13 (1), pp.19-36
- OMS (2013). *Estrategia Mundial Sobre Régimen alimentario, actividad física y Salud*. [En línea] Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html>. [Último acceso 17/03/13].
- Jacoby, E; Bull, F; Neiman, A, (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la región de las Américas. *Revista Panamericana Salud Publica*. 14 (4), pp.223-225
- Organización Mundial de la Salud, (2010). *Recomendaciones Mundiales Sobre Actividad Física para la Salud*. 1ª ed. Ginebra, Suiza: Ediciones Organización Mundial de la salud.
- Organización Mundial de la Salud, (2011). *Alcohol*. [En línea] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>. [Consultada el 7 de abril de 2013].
- Vigoya, D, (2012). Una Aproximación Psicológica a la actividad física y el sedentarismo en el Estudiantes y Docentes de la Universidad INCCA de Colombia. *Revista Vanguardia Psicológica*. 3 (1), pp.60-79
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la Salud: Una Ciencia del Bienestar y la Felicidad *Av. psicol.* 16 (1), pp.9-38
- Amigo, I; Fernández, C; Pérez, M; (2010). *Manual de Psicología de la Salud*. 4ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Higashida, B, (2008). 'Salud y Bienestar individuo y social ". *En: McGraw-Hill (ed.), Educación para la Salud*. 3ª ed. México: Programas Educativos SA pp.191-219.
- Sistema Sanitario Público Vasco (2010). *Plan de Salud* [En línea] Disponible en: <http://www.planificacionsanitaria.com/planes/paisvasco/Euskadi-2002-2010.pdf>. [Último acceso 15/04/13].
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la salud*. [En línea] Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>. [Último acceso 14/04/2013].

Red Española de Universidades Saludables (2011). *Principios, Objetivos y Estructura de la Red*. [En línea] Disponible en: [Último acceso 14/04/2013].

Ramírez, W; Vinaccia, S; Suárez G, (2004). El impacto de la Actividad Física y el Deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: Una revisión teórica. *Revista de estudios sociales* N° 18 (1), pp.67-75

Páez, M, Castaño, J, (2010). Estilos de Vida y Salud en Estudiantes de Una Facultad de Psicología. *Psicología desde el Caribe*. No 25 (1), pp. 155-178

## Anexos

Tabla anexa 1.

Tabla anexa 1: ítems determinantes de las prácticas en las dimensiones Actividad física, Tiempo de ocio, Alimentación, Sueño y Relaciones interpersonales									
Ítems determinantes de la práctica Actividad física									
Ítems	Siempre		Frecuente		Pocas veces		Nunca		Total
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	
Caminar o montar en bicicleta en lugar de utilizar otro medio de transporte si debe desplazarse a un sitio cercano	36	10,1	308	30,2	151	42,2	63	17,6	358
Practica algún deporte con fines competitivos	40	11,2	62	17,3	92	25,7	164	45,8	358
Hacer algún ejercicio o una práctica corporal durante al menos 30 minutos tres veces a la semana	103	28,8	82	22,9	107	29,9	66	18,4	358
Ítems determinantes de la práctica Tiempo de ocio									
	Todos los días		La mayoría de los días		Algunos días		Ningún día		Total
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	
Realiza alguna actividad para descansar y relajarse	165	46,1	106	29,6	86	24,0	1	0,3	358
Comparte tiempo o actividades con familia, amigos o pareja	81	22,6	144	40,2	126	35,2	7	2	358
	Todas las semanas		La mayoría de las semanas		Algunas semanas		Ninguna semana		Total
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	
Realiza alguna actividad de diversión o entretenimiento, cultural o artística (ir al centros comerciales, ir a cine, manualidades, tocar un instrumento, etc.)	67	18,7	110	30,7	172	48,0	9	2,5	358
Ítems determinantes de la práctica Alimentación									
	Todos los días		La mayoría de los días		Algunos días		Ningún día		Total
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	
Consumir comidas rápidas, fritos, mecato o dulces	31	8,7	93	26	220	61,5	14	3,9	358
Consumir gaseosas o bebidas artificiales	56	15,6	114	31,8	151	42,2	37	10,3	358
Desayunar, almorzar y comer en horarios habituales	115	32,1	148	41,3	80	22,3	15	4,2	358
Omitir alguna de las comidas principales	32	8,9	51	14,2	168	46,9	107	29,9	358
Dejar de comer aunque tenga hambre	5	1,4	17	4,7	114	31,8	222	62,0	358
Comer en exceso aunque no tenga hambre	3	0,8	26	7,3	129	36	200	55,9	358
Vomitir o tomar laxantes después de comer en exceso	1	0,3	5	1,4	13	3,6	339	94,7	358
Ítems determinantes de la práctica Sueño									
	Todos los días		La mayoría de los días		Algunos días		Ningún día		Total
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	
Tener una hora habitual para acostarse y levantarse	73	20,4	112	31,3	123	34,4	50	14	358
Despertarse en la madrugada y tener dificultad para dormirse nuevamente	20	5,6	30	8,4	148	41,3	160	44,7	358
Despertarse varias veces en la noche	26	7,3	29	8,1	124	34,6	179	50	358
Ítems determinantes de la práctica Relaciones interpersonales									
	A todas las personas		A la mayoría de personas		Algunas personas		Ninguna persona		Total
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	
Expresa de manera adecuada su disgusto o desacuerdo	90	25,1	158	44,1	104	29,1	6	1,7	358
Expresa sus opiniones adecuadamente	103	28,8	177	49,4	78	21,8			358
Escucha y respeta la opinión de otras personas	188	52,5	133	37,2	37	10,4			358
Expresa a personas cercanas el afecto mediante palabras o contacto físico (caricias, besos, abrazos)	100	27,9	110	30,7	144	40,2	4	1,1	358
Acepta las expresiones de afecto de los demás	120	33,5	107	29,9	128	35,8	3	0,8	358

**Tabla anexa 2: ítems determinantes de las prácticas en las dimensiones Afrontamiento, Estado emocional percibido y Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales (marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, otros)**

Ítems determinantes de la práctica Afrontamiento										
	Siempre		Frecuente		Pocas veces		Nunca		Total	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.		
Reacciona adecuadamente ante la expresión de molestia de otras personas	80	22,3	184	51,4	90	25,1	4	1,1	358	
Admite ante los demás cuando se equivoca	97	27,1	190	53,1	66	18,4	5	1,4	358	
Dice "no" cuando le hacen peticiones que considera poco razonables	163	45,5	144	40,2	45	12,6	6	1,7	358	
Se esfuerza por comprender en qué consiste antes de intentar solucionarla	116	32,4	198	55,3	40	11,2	4	1,1	358	
Evalúa si puede hacer algo para cambiarla	129	36,0	187	52,2	41	11,5	1	0,3	358	
Busca ayuda o apoyo por parte de otras personas	79	22,1	154	43,0	113	31,6	12	3,4	358	
La resuelve si esta tiene solución	191	53,4	144	40,2	22	6,1	1	0,3	358	
Acepta y se ajusta a aquellas situaciones que considera que Usted no puede solucionar	81	22,6	172	48,0	93	26,0	12	3,4	358	
Ítems determinantes de la práctica Estado emocional percibido										
	Siempre		Frecuente		Pocas veces		Nunca		Total	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.		
Tristeza, decaimiento o aburrimiento	11	3,1	123	34,4	200	55,9	24	6,7	358	
Enojo, ira u hostilidad	6	1,7	104	29,1	211	58,9	37	10,3	358	
Alegría o felicidad	94	26,3	215	60,1	45	12,6	4	1,1	358	
Soledad	11	3,1	62	17,3	154	43,0	131	36,6	358	
Optimismo y esperanza	124	34,6	162	45,3	62	17,3	10	2,8	358	
Angustia, estrés o nerviosismo	22	6,1	137	38,3	164	45,8	35	9,8	358	
Ítems determinantes de la práctica Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales (marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, otros)										
Bebidas alcohólicas			Cigarrillo							
	Frec.	Porc.		Frec.	Porc.	Frec.	Porc.			
Tomo bebidas alcohólicas varias veces al día	3	0,8	Fumo varias veces al día			26	7,3			
Tomo bebidas alcohólicas una vez al día	3	0,8	Fumo una vez al día			6	1,7			
Tomo bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana	71	19,8	Fumo por lo menos una vez a la semana			9	2,5			
Tomo bebidas alcohólicas de vez en cuando	219	61,2	Fumo de vez en cuando (celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)			34	9,5			
No tomo bebidas alcohólicas	62	17,3	No fumo			283	79,1			
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>			<b>358</b>	<b>100,0</b>			
Drogas ilegales										
	Frec.	Porc.		Frec.	Porc.					
Consumo drogas ilegales varias veces en el día	3	0,8								
Consumo drogas ilegales una vez al día	1	0,3								
Consumo drogas ilegales por lo menos una vez a la semana	1	0,3								
Consumo drogas ilegales de vez en cuando (celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)	13	3,6								
No consumo drogas ilegales	340	95,0								
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>100,0</b>								
Frecuencia con la que ha dejado de hacer las siguientes actividades durante los últimos 6 meses										
Actividad	Siempre		Frecuente		Pocas veces		Nunca		Total	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.		
Dejar de hacer actividades sociales, académicas o laborales por tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales	3	0,8	24	6,7	328	91,6	3	0,8	358	
Ir a la universidad después de tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales			9	2,5	58	16,2	291	81,3	358	