

2009

Estilos de vida y salud en estudiantes de las facultades de Medicina y Psicología de la Universidad de Manizales



Martha Luz Paez Cala, Psic, MSc.
José Jaime Castaño Castrillón, Fis,
MSc.

Universidad de Manizales

23/09/2009

Tabla de Contenido

PRESENTACIÓN	1
PROGRAMA DE TUTORÍAS	2
FORMACIÓN DE CIUDADANOS LIDERES	2
JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL:	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	8
REFERENTE CONCEPTUAL	9
ESTILO DE VIDA	9
ESTILOS DE VIDA Y SALUD	12
ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	14
MATERIALES Y MÉTODOS	23
TIPO DE ESTUDIO	23
POBLACIÓN Y MUESTRA	23
VARIABLES	23
METODOLOGÍA	25
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	27
CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
PRUEBA PILOTO	28
RESULTADOS MEDICINA	30
RELACIONES ENTRE VARIABLES MEDICINA	42
RELACIONES CON GÉNERO	42
RELACIONES CON SEMESTRE	45
RELACIÓN ENTRE RENDIMIENTO ACADÉMICO Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE MANIZALES.	49
RELACIONES CON ACTIVIDAD FÍSICA	51
RELACIONES CON PROCEDENCIA	51
DISCUSIÓN RESULTADOS MEDICINA	53
RESULTADOS PSICOLOGÍA	61
RELACIONES ENTRE VARIABLES PSICOLOGÍA	72
RELACIONES CON GÉNERO	72
RELACIONES CON SEMESTRE	76
RELACIÓN ENTRE RENDIMIENTO ACADÉMICO Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE MANIZALES.	78

RELACIONES CON ACTIVIDAD FÍSICA	81
RELACIONES CON PROCEDENCIA	81
DISCUSIÓN PSICOLOGÍA	84
DISCUSIÓN COMPARATIVA ENTRE LOS RESULTADOS DE LAS FACULTADES DE MEDICINA Y DE PSICOLOGÍA	92
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	100
LITERATURA CITADA	104

Estilos de vida y salud en estudiantes de las facultades de Medicina y Psicología de la Universidad de Manizales

Martha Luz Páez Cala Psic M.Sc♥, José Jaime Castaño Castrillón Fis M.Sc♥♥..

Presentación

El compromiso de la universidad no se relaciona únicamente con la formación académica y social, sino que implica además el acompañamiento formativo integral, la promoción de contextos saludables y el fomento del auto cuidado de la salud, al promover hábitos de vida saludables que prevengan la aparición de enfermedades, en pro de una cualificación de la calidad de vida y como aporte a la salud pública ^{1,2}.

La promoción de la salud es el conjunto de procesos que favorecen que la persona y su grupo social mejoren su salud, y esta mediada por tres mecanismos: - *Autocuidado*, o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud; - *Ayuda mutua*, o acciones que las personas realizan para colaborar entre sí, y - *Entornos sanos*, o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud ³.

Las facultades de Psicología y de Medicina de la universidad de Manizales, a las cuales pertenecen los autores de este proyecto investigativo, han comprendido este compromiso formativo y realizan acciones en pro de cualificarlo.

La Facultad de Medicina con su proyecto de tutorías, implementado desde el inicio de la facultad, que consiste en asignar un docente tutor a cada estudiante que así lo requiera, para que realice el acompañamiento y remisión pertinentes; desde el último año ha vinculado a sus docentes psicólogos para que realicen una tutoría psicológica que permita identificar con

♥ Profesora Asociada, facultades de Psicología y Medicina, Universidad de Manizales, correo: marthapaez315@yahoo.es

♥♥ Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales, Director Centro de Investigaciones Facultad de Medicina, correo: jcast@umanizales.edu.co

mayor profundidad las necesidades personales, familiares y sociales, quienes además establecen el puente necesario en caso de requerir remisión a un proceso psicoterapéutico, bien sea en el Centro de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología o a un terapeuta externo. Igualmente tiene convenio establecido con el Instituto Psicopedagógico de la Facultad de Educación, a donde remite estudiantes con bajo rendimiento académico.

Dentro del compromiso con la formación integral que se ha propuesto la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales, como se evidencia en el proyecto educativo institucional y en la construcción curricular, se han planteado diversos programas de acompañamiento desde el mismo proceso de selección, que posibilita identificar en forma oportuna potencialidades personales y académicas, para asesorar en los procesos académicos, emocionales, sociales y culturales, como ejes del proceso formativo.

Entre estos programas se encuentran:

Formación Humana, cuya misión es contribuir a fortalecer la identidad personal, disciplinar y socio-cultural de los estudiantes de la Facultad de Psicología, constituyendo actores sociales comprometidos con el desarrollo humano y social, en su quehacer profesional y personal; se trata de un proceso de construcción complejo y permanente que nunca termina, que se da en diversos escenarios y en el que intervienen múltiples factores.

Comité de acompañamiento y formación de estudiantes – CAFÉ - que se constituye en un proyecto evaluativo y de seguimiento a los estudiantes que por diversas circunstancias requieren de un acompañamiento cercano en su proceso formativo, que se articula con el programa de formación humana, con el de tutorías y el de formación de ciudadanos líderes.

Programa de tutorías

Formación de ciudadanos líderes

Desde esta perspectiva formativa integral, cobra relevancia identificar algunos rasgos relevantes de los estilos de vida de los estudiantes de la Facultad de Psicología y de Medicina, en relación con las actitudes saludables, la concordancia entre sus creencias y conductas de

auto cuidado en salud, sus hábitos cotidianos, la presencia de factores protectores o de riesgo para su salud integral actual y futura; las interrelación entre estos factores y las redes de apoyo a nivel familiar, social, académica y de programas que brinda específicamente cada facultad, como insumos básicos para realizar los ajustes pertinentes a los diversos programas mencionados, de manera que se responda a las características y necesidades prioritarias detectadas y de esta manera promover un mayor bienestar y calidad de vida de estas comunidades estudiantiles.

Para responder a la anterior expectativa, los resultados se analizaron discriminando por facultad y entregando a cada una lo pertinente, de manera que a su interior puedan realizarse los ajustes requeridos para que se retroalimenten con los hallazgos y contribuir a sus procesos de mejoramiento continuo y cualificación permanente.

En el caso de la facultad de Medicina se constituye además en un documento valioso para el logro de la acreditación, que desde ya se viene preparando en esta facultad.

Justificación

En el año 2007 Eaton et al,⁴ publicaron un artículo en el cual examinaban la frecuencia de indicadores de salud, comportamientos riesgosos para la salud, y comportamientos saludables entre la población de adultos jóvenes entre 18 y 24 años, de los Estados Unidos. En total 16925 adultos jóvenes participaron en el estudio, que mostró una obesidad global del 39,1%, un consumo de alcohol del 61,3%, 31,3% hasta embriagarse, 29,3% de consumo de tabaco, 10% de la población estudiada presentan comportamientos sida-riesgosos, 36% no presentan actividad física adecuada, 78% no comen suficientes frutas y vegetales, 68% están tratando de perder peso, 30% no tienen suficiente cobertura de salud, 58% nunca se han efectuado un examen para SIDA, 56% nunca se han medido su nivel de colesterol, etc. Toda esta información indica un pobre nivel de salud en adolescentes y adultos jóvenes en los Estados Unidos. El autor dice que, parcialmente, estos resultados pueden ser explicados por la debilidad de las conexiones de los adolescentes y adultos jóvenes con instituciones de apoyo, como podrían ser la familia, el colegio, etc.

Análogamente en un artículo publicado en el 2008, por Ellis et al⁵, sobre tabaquismo en jóvenes adultos de la ciudad de Nueva York, se establece un 24% de prevalencia de tabaquismo en jóvenes adultos hombres, mientras que se encuentra una disminución en la prevalencia de tabaquismo entre mujeres del 23,2% al 13,2%. En general, diversas investigaciones reportan altos niveles de consumo en el medio universitario^{6,7,8}, a la vez que evidencian los efectos nocivos sobre la salud.

Con datos más cercanos a nuestra población y entorno, en un estudio realizado en la Universidad Santiago de Cali (USC), para establecer la prevalencia y características del hábito de fumar entre sus docentes, personal administrativo y estudiantes matriculados en el primer semestre⁹, se encontró una prevalencia de fumadores del 14,8%, más acentuada en el género masculino, y ex fumadores del 13%; la menor proporción de fumadores se encuentra en los menores de 17 años, especialmente entre los recién ingresados a los programas de la Facultad

de Salud, y la mayor proporción en el grupo de 30 a 34 años; en general, las mayores prevalencias se encuentran en los grupos que no pertenecen a la Facultad de Salud ¹⁰. En otro estudio semejante, centrado en estudiantes de primeros semestres del área de la salud de la Universidad del Valle, se encuentre una alta frecuencia de tabaquismo (13% fumadores activos, 11% fumadores pasivos y 4% ex-fumadores), junto con un desconocimiento acerca de las enfermedades asociadas. El 65% de los fumadores se iniciaron en este hábito antes de los 17 años, y el 26% incrementaron el hábito en la universidad.

Recientes trabajos de investigación efectuados en la población de jóvenes universitarios de la Universidad de Manizales, han arrojado igualmente resultados alarmantes con prevalencia de consumo de tabaco del 41% ¹¹, consumos de alcohol del 40,9%, somnolencia ligera 58,1%, 65,4% de actividad física moderada, 40,2% de alimentación inadecuada, estrés medio 16,3% ¹², factor de riesgo para trastorno de la alimentación de 12,7%, 57,3% de ansiedad subclínica, 21,4% depresión leve, 9,5% de disfunción familiar severa ¹³. En otro estudio sobre ideación suicida y factores de riesgo en esta misma población se encontró riesgo suicida en el 12,8%, antecedentes familiares de intento suicida en el 19,9%, el 16,6% presentan ansiedad y el 2,9% depresión; el 39,2% son dependientes del alcohol y solo el 31,6% tenían buena función familiar ¹⁴. Los anteriores resultados obtenidos en trabajos de investigación efectuados en la Universidad de Manizales, en Cali e igualmente con la población joven de los Estados Unidos, muestran una misma tendencia. La población de adultos jóvenes parece encaminarse hacia la adopción generalizada de conductas de riesgo.

Igualmente desde la misma Universidad de Manizales se han adelantado procesos investigativos de tipo cualitativo para evaluar el concepto de salud, autocuidado en salud y creencias sobre riesgo en esta comunidad académica en particular y en la juventud actual en general ¹⁵. Allí se concluye que para los jóvenes actuales la salud se constituye en un “lugar de paso y hallazgo temporal, no un fin buscado”, contexto cultural en el cual la exposición al riesgo contribuye a la generación de un entorno propicio para el consumo de drogas y las

prácticas sexuales sin mayor protección, en aras de la exploración del placer del momento, sin pensar en las repercusiones a corto, mediano o largo plazo.

A su vez existen factores protectores, que podrían prevenir en los jóvenes adultos la adopción de conductas peligrosas. Brook y Paul¹⁶ señalan, por ejemplo, que componentes múltiples de la identidad racial y étnica, y aspectos de una orientación afrocéntrica pueden servir, en jóvenes afroamericanos, como factores protectores contra el empleo de drogas. Day y Paul¹⁷ afirman que los jóvenes son diferentes a los adultos, no han establecido aún patrones de comportamiento, lo cual ofrece una oportunidad de intervenir antes de que la crisis se presente. Afirman que el empleo de drogas y alcohol es sintomático de otros problemas que deben enfrentar, para los cuales se les debe ofrecer soporte.

Cáceres¹⁸ et al en el año 2006, en un estudio realizado sobre una muestra probabilística de 601 estudiantes de una universidad privada de Cali, Colombia, de estratos medio y alto, trataron de relacionar el consumo de drogas con la presencia de factores de riesgo y protección en esta población. Como es común en este tipo de estudios en épocas recientes, los resultados fueron escandalosos, encontrando un 74,5% de consumo de alcohol, tabaco 33,2%, marihuana 7,5%, etc. Entre los factores de riesgo y protectores estudiados por los autores se encuentran como factores *protectores*: una buena autoestima, autocontrol, habilidades sociales, habilidades emocionales, habilidades de afrontamiento y enfrentamiento, preconcepciones y valoración de drogas, espiritualidad, y relaciones personales; entre los factores *de riesgo*: Alteraciones psicológicas, comportamientos perturbadores, maltrato, disfunción familiar, y relación con personas consumidoras.

En vista de los hechos enunciados, y de que según estudios anteriores existe alta frecuencia de conductas de riesgo en la comunidad estudiantil de las diversas facultades de la Universidad de Manizales, se trata de plantear la presente investigación específicamente sobre los estilos de vida de los estudiantes de la facultad de Psicología y de Medicina de la misma universidad, para identificar y analizar los factores protectores y los factores de riesgo para la salud física y mental, la correlación entre ellos y con la calidad de redes de apoyo familiares,

sociales, académicas e institucionales, en especial las que brinda cada Facultad, para que a su vez los resultados sirvan de insumo para retroalimentar y cualificar estas propuestas de formación integral que se vienen implementando.

Objetivos

Objetivo General:

- Analizar los estilos de vida de los estudiantes de la Facultad de Psicología y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, junto con sus redes sociales, familiares y académicas más relevantes

Objetivos específicos:

- Estudiar algunos componentes de los estilos de vida, como son el empleo del tiempo libre, la actividad física y deporte, algunos hábitos de sueño y alimentación, el consumo de alcohol, cigarrillo.
- Determinar la prevalencia de factores depresivos, ansiosos y el estrés en este grupo poblacional.
- Identificar los factores protectores y los factores de riesgo para la salud física y mental.
- Establecer las principales redes de apoyo a nivel familiar, social, académico e institucional.
- Determinar si existe asociación entre los factores protectores, de riesgo, las redes de apoyo identificadas y el rendimiento académico de los estudiantes.
- Sugerir planes de mejoramiento en promoción de la salud y prevención de enfermedades a corto y mediano plazo.
- Aportar al incremento del entorno universitario saludable como componente básico de la formación integral.

Referente conceptual

Estilo de vida

Rodríguez y Agulló plantean que el estilo de vida (EV) se define como un conjunto de patrones que estructuran la organización temporal, el sistema social de relaciones y las pautas de consumo y/o actividades (culturales y de ocio) de las personas ¹⁹. Es decir, aquellos patrones de conducta, individuales y colectivos, que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza ^{20, 21}.

El concepto EV se ha asumido desde diversas perspectivas. Comas y colaboradores²², en una valiosa publicación producto de un proceso investigativo detallado sobre EV y riesgos en jóvenes urbanos españoles de 15 a 24 años, analiza las fuentes que aportan a la conceptualización de estilos de vida, básicamente desde disciplinas del área social:

Estos autores analizan como a partir de la Sociología, en los años 50 RK Merton define el término como los diversos modos de adaptación del individuo a la cultura. Por su parte, la Sociología estructuralista inglesa se focaliza en las diversas formas culturales de vida en las que inciden factores como la clase social, el tamaño del hábitat y los marcos de referencia culturales. Estructuralistas europeos como Bordieu analizó como la posición de la estructura social no produce grupos uniformes, los grupos de estatus y clase social se diferencian de los otros a través de patrones de consumo que generan efectos en el comportamiento social. Resaltan los patrones de consumo que diferencian los EV, en función de las estructuras de clase; el énfasis investigativo se centra en como los grupos sociales construyen diferencias sociales y responden a las estructuras objetivas, modificando con sus prácticas las estructuras subjetivas.

Estos autores sintetizan en cuatro categorías las conceptualizaciones sobre EV:

1. Una concepción autónoma: los EV conforman lo social
2. Una determinista: los EV son el reflejo de lo social

3. Otra de cambio: incorpora los dos elementos anteriores, dependiendo del momento histórico particular de cambio que vive una sociedad. Los modelos de cambio, bien sea de la unidad a la pluralidad o viceversa, reflejan las transformaciones en el plano estructural.
4. Perfeccionamiento metodológico para establecer el concepto y definir los diferentes EV.

La primera perspectiva presupone cierta autonomía de los EV, de manera que a partir del estudio de los mismos se pasa a indagar por la vida social. Los EV se asumen como expresión de las características generales de un contexto social en determinado momento histórico; el énfasis investigativo se centra en identificar esos patrones y sus características generales, como procedimiento para profundizar en el conocimiento de una sociedad en particular²³.

La segunda versión retoma conceptos de Marx, Weber, Bourdieu, para conceptualizar los EV como el reflejo simbólico de las estructuras económicas y sociales. A diferencia de la anterior, se parte de lo general, de lo que fundamenta una sociedad, para identificar los EV que están determinados por esa sociedad²³.

La tercera perspectiva, de cambio, asume los EV como plurales, multidimensionales, difícilmente perceptibles, casi individuales y en constante cambio, constituyendo modos o géneros de vida cuya dinámica no obedece a lógicas sociales, económicas o de política externa, sino que incluso puede llegar a transformarla²⁴. Desde esta perspectiva, EV alude a la pluralidad de estilos de comportamiento que surgen tras el quiebre de un modelo unificado de actitudes. Frente a este tercer modelo histórico, de cambio social, surge una contraparte que afirma que desde una sociedad con pluralidad de EV se ha pasado a una sociedad con un EV único, centrado en el yo y resultado de la política emancipadora²⁵.

La cuarta visión asume la descripción de los EV como resultantes del perfeccionamiento metodológico y técnicas de recolección de datos, que posibilite construir una tipología de los comportamientos y actitudes como definitorios de diversos EV. Se parte entonces de un proceso empírico que identifique comprensivamente la pluralidad de EV, como paso previo al análisis de los elementos que conforman categorías generales o colectivas, los elementos que reflejan la pluralidad y los vínculos con los factores estructurales y sus transformaciones con el tiempo.

Si se analiza la influencia de la globalización en los EV, según la concepción autónoma ya descrita en primer lugar, el impacto de la globalización es menos relevante que los procesos de socialización adquiridos en la infancia y pre adolescencia, en el contexto familiar y escolar. Según la perspectiva determinista el proceso de globalización condiciona de manera importante la vida cotidiana, y por ende los EV. La perspectiva de cambio social afirma que la globalización es un proceso permanente que se contraponen a las tradiciones culturales y a la socialización en las etapas tempranas del ciclo vital, que genera resistencias expresadas en EV alternativos que conforman subculturas urbanas y emergencias nacionalistas; así, los EV neo locales se contraponen a la globalización y están muy vinculados a las identidades particulares.

Desde una perspectiva eco sistémica, que se asume en la presente investigación, y siguiendo a Bronfenbrenner^{26, 27} el EV representa una conjunción de niveles, micro y macro sociales, constituyendo un sistema cultural plural integrado por tres niveles complementarios:

El primer nivel alude a la conciencia colectiva que define los elementos comunes del EV propios de una sociedad, el cual permite explicar y comprender el funcionamiento de dicha sociedad (semejante a la versión autónoma).

El segundo nivel es el de los hábitos y acciones que integran los comportamientos que se expresan en los diferentes EV de una sociedad. Son diferencias relacionadas con elementos estructurales, con roles y estatus, que condicionan estos comportamientos (semejante a la visión determinista).

Entre estos niveles se ubicaría el mecanismo esencial que posibilita la coexistencia de la unidad y la pluralidad, además de la causalidad circular: el EV de una sociedad permite comprender su estructura, y a su vez la estructura social permite explicar los diferentes EV. Este nivel intermedio está representado por las ideologías, mentalidades y valores que se reflejan en las actitudes.

Estilos de vida y salud

Hacia los años 50 surgen en EEUU las primeras escuelas de Medicina Preventiva y sus determinantes, que asume la salud como un proceso complejo, multifactorial y dinámico²⁸; hacia 1974 Marc Lalonde propone un modelo explicativo actualizado de los determinantes de salud, que incluye el EV, el ambiente, la biología y la organización de servicios de salud.

En el EV se reflejan las condiciones socioeconómicas particulares y las tradiciones de un grupo social, es decir la forma como se manifiesta o comporta un grupo social, una comunidad, una familia o un individuo²⁸. Los EV están influenciados por diversos factores que son aprendidos y por tanto modificables durante el curso de vida, por ejemplo las costumbres, hábitos, modas y valores existentes en un contexto y época determinada²⁹. Entre los componentes de los EV se identifican aspectos materiales (hábitos alimenticios por ejemplo), sociales (redes familiares y sociales) e ideológicos (valores y creencias). La adolescencia y juventud se consideran etapas decisivas en la adquisición y consolidación de los EV, por lo cual es prioritario estimular patrones maduros de funcionamiento y el desarrollo de una identidad personal y social claramente definida³⁰.

El EV alude a la forma de vivir de las personas y se interrelaciona estrechamente con los componentes motivacionales y conductuales. Es decir, hace referencia a la forma personal en que el ser humano se realiza como ser social, en condiciones específicas y particulares. Se refiere a aquellos patrones cognitivo afectivos y comportamentales que muestran cierta consistencia en el tiempo y que según su naturaleza pueden constituirse en factores de riesgo o de seguridad. Los EV están influenciados por costumbres, hábitos, modas y valores existentes en un determinado momento y contexto. Factores que son aprendidos, y por lo tanto modificables, durante el curso de vida.

Los estilos de comportamiento a nivel sexual, manejo del tiempo en general y del tiempo libre en particular, conforman un sistema protector o de riesgo para la salud, a corto, mediano o largo plazo. Igualmente, estos estilos de comportamiento están muy relacionados con las redes de apoyo familiar, con las instituciones educativas e influenciadas por su

desempeño y exigencia académica, en una relación de causalidad circular que puede llevar a la intensificación del riesgo en un determinado caso.

Estilo de vida saludable es aquel que propicia la adquisición y mantenimiento en la vida diaria, de pautas de conducta que de manera individual y colectiva mejoran la calidad de vida en la cotidianidad ²⁹. Los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud, bienestar y calidad de vida en forma integral. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal ³¹

Los EV saludables se refieren a comportamientos que disminuyen el riesgo de enfermar, como un control y manejo adecuado de las tensiones y emociones negativas, buenos hábitos de sueño, de alimentación y actividad física, empleo adecuado del tiempo libre, control y evitación del abuso de alcohol, cafeína, tabaco y sustancias psicoactivas; incluyen la instauración e incremento de actividad física, la sana recreación y manejo del tiempo libre, el sexo seguro, auto cuidado en salud y cuidado médico. Igualmente, entre los factores protectores se incluye el tener un sentido de vida, objetivos y metas, además del control de los factores de riesgo, como los ya mencionados: sedentarismo, tabaquismo, alcohol, estrés y algunas otras patologías ³²

El estilo de vida de riesgo alude a patrones conductuales o conductas activas y pasivas, que suponen una amenaza para el bienestar físico y psíquico y que generan consecuencias negativas para la salud y el sano desarrollo de la persona³³. Si bien sería difícil encontrar conductas humanas que no tuvieran algún tipo de influencia sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida, existe una serie de repertorios de conducta que se encuentran entre los más importantes factores de riesgo actuales para la salud, entre ellos se destaca: no participar en programas de promoción de la salud, incumplir las instrucciones médicas, utilizar de forma inadecuada los servicios de salud; las deficientes redes de apoyo, la falta de solidaridad, la cultura de la violencia, la agresividad, la competitividad insana; igualmente las conductas

sexuales de riesgo, el sedentarismo, no practicar ejercicio físico, el tabaquismo, el uso de drogas, abuso del alcohol, deficientes hábitos de sueño y el desequilibrio dietético en la alimentación ^{29,34}. Orduna y López encuentran déficit en la alimentación balanceada de la población universitaria, ya sea por moda, el poco tiempo libre o el escaso dinero disponible ³⁵.

Los EV son uno de los principales determinantes de la salud, al analizarlos desde la perspectiva de la prevención y la salud, este se constituye en una variable dependiente de la definición de riesgo, es decir, no se define por sí misma, sino en relación con los riesgos subsiguientes, por ejemplo con los factores de riesgo asociados a ciertos cuadros clínicos. El éxito obtenido no se relaciona con cambios en los EV, sino solo con la modificación de algunos aspectos instrumentales.

Antecedentes investigativos

Jadue y Berrios ³⁶ ubican entre las Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Adulto (ECNTA) el sedentarismo (menos de 2 sesiones de ejercicio físico de 20 minutos de duración por semana), la obesidad (IMC \geq 27,3 en mujeres), la dieta inadecuada, el consumo de tabaco (fumador diario u ocasional), alcohol, estrés, factores genéticos, edad, género y raza. El tabaquismo y el consumo de alcohol son más frecuentes en las mujeres más jóvenes, pero todos los demás se incrementan con la edad²³; si se analiza la condición socioeconómica, también el tabaquismo y el consumo de alcohol prevalecen en la clase alta, mientras que los otros se incrementan en la clase baja.

La actividad física es esencial para una buena salud y para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles³⁷, a nivel mundial es preocupante el incremento de hábitos sedentarios. Estudios sobre el sedentarismo en Brasil, Chile, México y Perú, encuentran que cerca del 70% de la población no practican el grado de actividad física benéfica para la salud ³⁸. Esta característica se acentúa en las mujeres de los tres países suramericanos estudiados, y se incrementa al avanzar la edad, situación que coincide con los hallazgos en otros países. Se

encuentra además diferencias según el estatus económico, las personas de mayores ingresos tienden a practicar más actividad física. Esto lleva a incluir la inactividad física como uno de los principales problemas sanitarios del mundo, más preocupante aun si se analizan los estilos de vida de niños y jóvenes ¹⁹.

Lemos y colaboradores³⁹ analizaron las actitudes, riesgos de personalidad y conductas de riesgo en estudiantes universitarios en Oviedo, hacia los años /91-92, encontrando que la mayoría presentaban estilos de vida adecuados, aunque con diferencias significativas según la carrera: los estudiantes de letras (filologías, geografía e historia) evidenciaron estilos de vida menos saludables, seguidos por los de Ciencias Sociales, sin diferencias significativas entre si. Igualmente encuentran un escaso valor predictivo de los rasgos de personalidad sobre las conductas y actitudes en salud y un predominio de locus de control interno en los varones. En la población estudiada un mayor número de varones realizan actividad física, las mujeres presentan mayor preocupación por la dieta, hábitos más saludables y regímenes para bajar de peso; identifican además un menor número de fumadores varones en relación con las mujeres, quienes presentan mayor historia previa de consumo de tabaco. En este estudio los alumnos de Medicina se preocupaban más por su alimentación que el resto de estudiantes.

Una investigación reciente sobre factores de riesgo para la salud en jóvenes universitarios de 19 a 24 años, de las áreas humanistas y de la salud, reportan Araya y colaboradores⁴⁰. Identifican un nivel nutricional normal en el 71% de la muestra general, y en el 74% de las mujeres y el 52% de los varones del área de la salud. Identifican un 81% de sedentarismo en la muestra en general, con porcentajes significativamente mayores en áreas humanistas, 87%, que en salud, 76%, con diferencias significativas según género. En estudiantes del área de la salud el porcentaje de mujeres sin estrés, 87%, es significativamente mayor que el de los hombres, 57%; el estrés leve es significativamente mayor en hombres, 43%, que en mujeres, 13%. En el área de salud no se encontraron alumnos con estrés moderado ni severo ⁴⁰.

En Bucaramanga, Colombia, se realizó un estudio con estudiantes de 15 a 19 años de educación media vocacional, para comprobar las conclusiones halladas en otras

investigaciones, sobre la asociación significativa entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol, el cual se constituye en síntoma de un trastorno depresivo no identificado⁴¹. Se encontró una asociación significativa entre síntomas depresivos, percepción de bajo rendimiento académico y el consumo de cigarrillo y alcohol. De esta manera nuevamente se comprueba la asociación importante entre síntomas depresivos de importancia clínica y el consumo de alcohol, por lo cual los autores enfatizan la importancia de identificarlas en forma temprana en jóvenes, lo cual se constituye en un problema de Salud Pública⁴⁰.

Ribeiro Rodriguez y colaboradores⁴² analizaron el nivel de actividad física en estudiantes universitarios y su asociación con el hábito de fumar, encontrando que el sedentarismo se presenta en fumadores y no fumadores en la misma proporción, sin que exista asociación entre estos dos factores. Las bajas tasas de tabaquismo y de sedentarismo, esta última de 29,9%, inferior a las prevalencias nacionales e internacionales, pueden estar relacionadas con la atención de programas nacionales, educativos y preventivos, que requieren continuidad en el largo plazo. A nivel mundial el tabaquismo y el sedentarismo presentan altas prevalencias, constituyéndose en factores de riesgo para el incremento de la morbid-mortalidad y el incremento de costos para la salud. Algunos estudios reportan que los adolescentes fumadores que practican deportes fuman menos que los sedentarios. En este estudio, los individuos mayores de 25 años presentan mayores tasas de sedentarismo y tabaquismo.

Chiang y colaboradores²⁹, con una muestra de 301 estudiantes chilenos entre 18 y 25 años, encontraron alta prevalencia de sedentarismo y tabaquismo, con cifras del 60,8% y del 46,1% respectivamente, que se constituyen en factores de riesgo cardiovascular para la vida adulta. Igualmente reportan un mayor consumo de tabaco en mujeres, 49,8% en comparación con un 42,3% en varones; 47,8% de inactividad física en varones y 73,7% en mujeres, a la vez que confirman que el sedentarismo se incrementa con el tiempo.

Sin embargo, en una investigación realizada con estudiantes de Medicina de la Universidad de Valparaíso, para estudiar los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles como inactividad física, sobrepeso y obesidad, tabaquismo e hipertensión arterial

⁴³, no se encontraron diferencias de género ni entre los cursos estudiados, en cuanto a la inactividad física, factor de riesgo de mayor prevalencia, 88%, seguido del sobrepeso y obesidad, con 31,8% de prevalencia, ésta última si mayor para hombres que para mujeres, pero como se anotó, sin diferencias entre los cursos. Le sigue en frecuencia el tabaquismo, con prevalencia del 23,6%, mayor para mujeres que para hombres, pero con intensidad mayor en hombres, también sin variaciones del hábito tabáquico entre los diferentes cursos. La de menor prevalencia, 4,6%, fue la presión arterial alta, mayor para hombres que para mujeres. Los investigadores concluyen que dada la alta prevalencia de los factores de riesgo estudiados, es importante implementar acciones preventivas.

Como se anotó, desde una perspectiva de género las prevalencias de sedentarismo y obesidad en mujeres son especialmente altas si se comparan con los varones ^{29, 36}. En cuanto a la práctica de educación física, Molina García⁴⁴ trabajaron con estudiantes de la Universidad de Valencia con una edad promedio de 20,5 años, encontrando que los hombres presentan mayor actividad física que las mujeres. En el grupo de hombres el porcentaje más bajo se presentó entre quienes nunca practican ninguna actividad deportiva, lo contrario de sus congéneres, dado que en el grupo de mujeres el mayor porcentaje representa a quienes nunca practican actividad deportiva.

Estos mismos autores reportan una investigación sobre práctica deportiva en universitarios y bienestar psicológico⁴⁵, la cual evidenció que los hombres practican más deporte y muestran mayor autoestima que las mujeres; igualmente solo se encontró en el grupo de varones relación entre estar o no físicamente activo y la satisfacción con la vida. No se encontraron diferencias significativas por género en el nivel de autoestima y en la vitalidad subjetiva entre quienes estaban o no físicamente activos.

Los universitarios con estilos de vida activos presentan beneficios psicológicos⁴⁶, bienestar general y previenen diversas enfermedades⁴⁷. Sin embargo los escenarios universitarios al parecer no promueven la práctica deportiva, dados los resultados de Velásquez y col ⁴⁸,

quienes encontraron que a medida que se incrementa el tiempo de permanencia de los estudiantes en la universidad, disminuye la práctica de actividad física y sus estilos de vida se tornan sedentarios, a pesar de tener una alta conciencia sobre los beneficios de un estilo de vida activo y los riesgos del sedentarismo para la salud. En general se han encontrado altos niveles de sedentarismo en la población universitaria, con repercusión en el estado emocional y físico.⁴⁹

Específicamente en relación con la obesidad, en Sao Paulo se realizó un estudio para indagar sobre los estilos alimentarios y la calidad de vida de mujeres con obesidad mórbida, pacientes de consulta externa en una unidad de trastornos de la alimentación, en comparación con mujeres de peso normal⁵⁰. Se encontró diferencias significativas en cuanto a los estilos de alimentación, estos últimos evaluados en tres grupos: uno en el cual la ingesta se relaciona con el contenido nutricional, frecuente en las mujeres con peso normal, otro estilo asociado al estado emocional de la persona, muy frecuente en las pacientes obesas y un tercer grupo en el cual la ingesta se asocia con el aroma, el sabor de los alimentos y las situaciones sociales, en el cual no se encontró diferencias entre los grupos estudiados.

En el grupo de obesas se encontró comprometida su calidad de vida, con prejuicios e impacto negativo sobre su condición de salud, a nivel físico y psicosocial, y el impacto en sus actividades cotidianas. Las pacientes obesas presentaron síntomas depresivo-ansiosos en mayor frecuencia que las de peso normal, con diferencia significativa entre los dos grupos. La investigación concluye además que los estilos alimenticios, por si solos, no explican la obesidad o el control de la conducta alimentaria, dado que intervienen muchos otros factores.

Analizar la incidencia de las redes familiares en la adopción de los estilos de vida en adolescentes y jóvenes también cobra relevancia. Zaborskis y colaboradores realizaron un estudio trasnacional con 17.761 jóvenes de secundaria, entre 13 y 15 años, de seis países europeos: Finlandia, Lituania, República Checa, Ucrania, Groenlandia y España. El objetivo fue estudiar la asociación entre el desarrollo de comportamientos saludables y las actividades

de integración familiar, centradas en ocho aspectos: Ver televisión o videos, compartir juegos en el hogar, compartir durante las comidas, ir a caminar, a visitar sitios, visitar amigos, juegos deportivos y el dialogo familiar sobre diversos temas ⁵¹. Se encontró que aunque las actividades conjuntas de integración padres - hijos declinan durante esta edad, son un factor importante en el desarrollo de estilos de vida saludables, encontrándose una mayor tendencia a compartir con su familia por parte de los niños, en comparación con las niñas; los estudiantes de España y Ucrania reportaron compartir con su familia la mayor parte del tiempo, mientras que los de Finlandia y Groenlandia reportaron el menor tiempo.

Los autores encontraron diferencias y semejanzas en los patrones de integración padres-hijos en estos seis países: desde una perspectiva transnacional, las diferencias en el tiempo compartido en familia son relativamente pequeñas, en comparación con las variables relacionadas con la edad de los menores y el género, en toda la población estudiada; a nivel nacional, se encuentra una diferencia significativa en la distribución de las actividades familiares compartidas, según la estructura familiar y el estatus socioeconómico. Los hallazgos relieván el papel de la estructura familiar y el estatus económico en la distribución de actividades compartidas en familia, lo cual debe tenerse cuenta por parte de los promotores de salud.

Igualmente, Rodrigo y col.²² analizaron los estilos de vida de 1.417 adolescentes de nivel socioeconómico bajo y su relación con la calidad de las relaciones padres hijos, encontrando que la comunicación y apoyo de los padres se constituyen en factores de protección asociados a los estilos de vida saludables en todas las edades estudiadas, aunque se evidenció diferencias según el grupo etario; al inicio de la adolescencia los estilos de vida son sanos, con incremento de los factores de riesgo hacia los 15 y 16 años.

Igualmente, para Arrivillaga et al⁵², quienes realizaron una investigación con 754 jóvenes universitarios de Cali, es significativa la influencia de factores socio-ambientales, familia y amigos, en el desarrollo de pautas de comportamiento y creencias saludables, por ejemplo en cuanto a la recreación y manejo del tiempo libre, hábitos alimenticios o en el desarrollo de

creencias desfavorables como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (padres y amigos fumadores y/o consumidores de licor). Otros factores importantes en las creencias sobre el estilo de vida son la edad, el género y el estrato socioeconómico. Los jóvenes no perciben el riesgo como cercano, o se perciben como invulnerables y por tanto presentan conductas insanas que afectan la salud a mediano o largo plazo.

Igualmente encontraron que el factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas pro salud, dada la incongruencia entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida estudiadas, por ejemplo en actividad física y deporte, auto cuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; variables en las cuales se encontró alta presencia de creencias saludables, que contrastaban con prácticas poco favorables, situación inversa a la presentada en creencias sobre el sueño. En la única dimensión donde coinciden creencias y prácticas es en recreación y manejo del tiempo libre.

Los hábitos de sueño son otra variable investigada en los estilos de vida de los jóvenes: en el 2004 se efectuó en Taiwán un estudio con jóvenes de secundaria de ambos géneros, entre 13 y 18 años, para analizar sus hábitos de sueño e identificar los factores relacionados con la promoción de conductas saludables⁵³. Los resultados evidencian que un sueño adecuado (entre 6 a 8 horas diarias en promedio) se relaciona con una buena salud y la adopción de conductas saludables. Por el contrario, un sueño inadecuado puede constituirse en indicador de un estilo de vida poco saludable y un deficiente estado de salud. Se encontró una relación negativa entre el sueño inadecuado y algunas conductas relacionadas con la salud como valoración de la vida, asumir con responsabilidad comportamientos saludables, adoptar hábitos alimenticios adecuados, un buen manejo de estrés y el ejercicio regular. Igualmente unos hábitos de sueño adecuados se asocian con una baja frecuencia de obesidad y el control de factores asociados a la misma. En general se encontraron buenos hábitos de sueño en esta población de jóvenes, y se descartó en este estudio una asociación significativa entre los

trastornos del sueño y variables como el género, la estructura familiar, el sitio de vivienda y la frecuencia de tiempo dedicada a la televisión o al computador.

Sin embargo, Portuondo y col., en un estudio realizado con jóvenes en Nicaragua, encuentran trastornos del sueño en la mayoría de la población, 66%, especialmente en cuanto al sueño no reparador y el despertar varias veces en la noche⁵⁴; los trastornos en los hábitos de sueño generan una sensación de cansancio permanente, que presiona al consumo de sustancias estimulantes del sistema nervioso central, como la cafeína y el alcohol, para conservar la vigilia y mantenerse alerta.

Si se analizan otras variables de los EV las diferencias de género varían, como concluye Navarro⁵⁵, quien afirma que a pesar de los cambios y resignificaciones en los roles e identidad de hombres y mujeres, son los jóvenes, en mayor proporción que las jóvenes, quienes presentan la mayoría de conductas de riesgo. Incluso estudios españoles concluyen que son los jóvenes, en mayor porcentaje que las mujeres, quienes presentan fracaso escolar⁵⁶

Los estilos de comportamiento a nivel sexual, y el manejo del tiempo conforman un sistema protector o de riesgo para la salud, a corto, mediano y largo plazo. Igualmente estos estilos de comportamiento están muy relacionados con las redes de apoyo familiares, académicas e influenciadas por su desempeño y exigencia académica, en una relación circular que puede llevar a la intensificación del riesgo en un determinado caso²².

La adopción generalizada de un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%, dado que en el origen de muchas de las causas de morbilidad y mortalidad se encuentran conductas de riesgo, como el consumo abusivo de sustancias tóxicas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales), dietas nutricionales incorrectas, además del sedentarismo⁵⁷.

Otros autores señalan como en la edad comprendida entre los 15 y 24 años existe una mayor predisposición a la exposición a riesgos, lo que coincide con las características propias de este grupo etario en nuestra cultura^{58, 59}.

Por todo lo anterior descrito cobran relevancia los esfuerzos por potenciar los centros educativos como escenarios y contextos saludables, puesto que se constituyen en un mesosistema vinculante entre el familiar, el escolar o académico y el grupo de pares y amigos^{26,27}.

Es importante fomentar el deporte como estrategia de empleo del tiempo libre, la conciencia ecológica y el cuidado del medio ambiente, fortalecer los grupos juveniles y su participación activa en la comunidad, hábitos culturales y deportivos como empleo del tiempo libre, potenciar las conductas positivas y las redes de apoyo social. Promover hábitos saludables en los jóvenes se constituye en un valioso aporte a la esperanza y calidad de vida de una población.

Materiales y Métodos

Tipo de Estudio

Estudio de corte transversal con la población de estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, durante el segundo semestre del 2008.

Población y muestra

Del total de estudiantes regulares de pregrado, de la carrera de Medicina (616 en el 2° Semestre del 2008) y de la d Psicología (311 en el 2° Semestre del 2008) se tomará una muestra seleccionada por muestreo probabilístico estratificado por género. El número de sujetos a encuestar por facultad se calculó empleando la utilidad Statcalc del programa Epiinfo 3.3 (CDC, Centers for disease control and prevention), la sección correspondiente a Sample size and power, population survey. Los parámetros de muestreo entregados al programa, para la carrera de Medicina son los siguientes: tamaño de la población de la cual se extractará la muestra: 616, frecuencia esperada de los factores a estudiar: 50% 4,5,6 si 50% es la frecuencia real de los factores estudiados, la peor frecuencia aceptable en el presente estudio se fijó en 45%. Con los anteriores parámetros, y un nivel de confianza del 95%, el programa arrojó una magnitud de muestra de 235 alumnos para la carrera de Medicina. Con parámetros análogos para la carrera de Psicología (excepto que para la carrera de Psicología el total de estudiantes es de 311) el procedimiento empleado arrojó una cantidad de muestra de 172 alumnos.

Variables

Teniendo en cuenta los objetivos enunciados anteriormente, y el referente conceptual se seleccionó en el presente estudio las siguientes variables, en la población seleccionada.

Tabla 1. Variables a considerar en el estudio sobre estilos de vida en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales

VARIABLE	TIPO	CATEGORIAS
Edad	Razón	Años

Género	Nominal	Masculino-femenino
Semestre	Ordinal	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Ciudad de Procedencia	Nominal	Municipio
Promedio Académico de la Carrera	Razón	
Estado Civil	Nominal	Soltero, casado, separado, viudo, vive con la pareja
Con quién vive	Nominal	Familia Nuclear, parientes, casa de familia, grupo de amigos, pareja, solo
Actividad extracurricular	Nominal	No, si, cuáles.
Horas semanales dedicadas	Razón	Número de horas
Funcionalidad Familiar ⁶⁰	Ordinal	Apgar Familiar: Buena Función. Disfunción Leve, Disfunción Moderada, Disfunción Severa.
Empleo del Tiempo Libre	Nominal	Actividades de relación social y diversión, actividades de ocio pasivo, actividades de ocio activo, actividades Físico-deportivas
Redes Sociales. Medida mediante el Ecomapa ⁶¹	Ordinal	Relación conflictiva, relación distante, no hay relación, buena relación, relación estrecha
Impulsividad. Medida según la escala de Impulsividad de Plutchik. ^{62, 63}	Ordinal	Baja, alta
Riesgo suicida. Medida según la escala de Riesgo Suicida de Plutchik. ^{64, 65}	Ordinal	Alto, Sin riesgo
Trastornos de la alimentación. Medidos según Cuestionario Scoff. ^{66, 67, 68}	Nominal	Positivo, Negativo
Consumo de alcohol	Nominal	Sí o no
Dependencia alcohólica. Medida según cuestionario Cage para consumo de alcohol ^{69, 70}	Ordinal	No hay problemas, Inicio de problemas, Dependencia alcohólica
Tabaquismo.	Nominal	Si, no
Tipo de Fumador. Según clasificación de la OMS ¹¹ .	Nominal	Habitual, Esporádico, Exfumador, No fumador.
Actividad física. Medida según el cuestionario internacional de actividad física ⁷¹	Ordinal	Sedentario, Insuficientemente Activo, Activo, Muy Activo
Hábitos alimenticios ³⁵	Nominal	Hábitos Adecuados, necesita cambios,

		necesita cambios urgentes, necesita cambio total.
Hábitos de sueño. Medidos según la escala de somnolencia de Epworth ^{72, 73}	Nominal	No tiene somnolencia diurna, ligera somnolencia diurna, moderada somnolencia diurna, grave somnolencia diurna.
Ansiedad. Medida según la escala hospitalaria de ansiedad y depresión. ^{74 75}	Nominal	Normal, caso probable de ansiedad, caso de ansiedad
Depresión. Medida según la escala hospitalaria de ansiedad y depresión. ^{74 75}	Nominal	Normal, caso probable de depresión, caso de depresión
Estrés. Estrés, medido mediante el cuestionario “conociendo mi nivel de estrés” del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social del programa de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosociales. ⁷⁶	Nominal	Bajo, medio, alto

Metodología

Escala de Impulsividad de Plutchik. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Puede oscilar entre 0 y 45. Se propone un corte de 20 para la versión española.

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Establece que el riesgo suicida es alto cuando el sujeto tiene 7 preguntas o más con respuestas positivas.

Cuestionario Cage para consumo de alcohol.

- 0: No hay problemas relacionados con el alcohol.
- 1: Inicio de problemas relacionados con el alcohol.
- 2-4: Dependencia alcohólica

Tipo de Fumador: Según clasificación de la OMS. Habitual: quien fuma 5 o más cigarrillos por semana. Esporádico: quien fuma 4 o menos cigarrillos por semana. Exfumador: quien no ha fumado ningún cigarrillo durante el último año, No fumador.

Actividad física. Medida según el cuestionario internacional de actividad física.

Sedentario: No realiza ninguna actividad física por lo menos 10 minutos continuos durante la semana.

Insuficientemente activo: Realiza actividad física por lo menos 10 minutos por semana, pero insuficiente para ser clasificado como activo. Puede ser dividido en dos grupos:

A) Alcanza por lo menos uno de los criterios de la recomendación

Frecuencia: 5 días /semana O Duración: 150 min. / Semana.

B) No alcanzó ninguno de los criterios de la recomendación

Observación: Para realizar esa clasificación se suma la frecuencia y la duración de los diferentes tipos de actividad (CAMINATA + MODERADA + VIGOROSA).

Activo: Cumple las recomendaciones

a) VIGOROSA: ≥ 3 días / semana y ≥ 20 minutos por sesión

b) MODERADA O CAMINATA: ≥ 5 días / semana y ≥ 30 minutos por sesión

c) Cualquier actividad sumada: ≥ 5 días / semana y ≥ 150 minutos / semana (CAMINATA + MODERADA + VIGOROSA).

Muy activo: Cumple las recomendaciones y:

a) VIGOROSA: ≥ 5 días / semana y ≥ 30 minutos por sesión O

b) VIGOROSA: ≥ 3 días / semana e ≥ 20 minutos por sesión + MODERADA y / o

CAMINATA: ≥ 5 dias/semana y ≥ 30 minutos por sesión

Hábitos alimenticios. 2 (Hábitos Adecuados), 3-5 (Necesita Cambios), 6-9 (Necesita Cambios Urgentes), 10-12 (Necesita Cambio Total).

Hábitos de sueño. Escala de somnolencia de Epworth.

- Entre 0 y 6: no tiene somnolencia diurna
- Entre 7 y 13: tiene ligera somnolencia diurna.
- Entre 14 y 19: tiene moderada somnolencia diurna.
- Entre 20 y 24: su somnolencia diurna es grave.

Escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Para cada subescala la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los numerales que la conforman. Los numerales impares conforman la escala de ansiedad, y los pares la de depresión. En ambas subescalas la puntuación obtenida se interpreta de acuerdo a los siguientes criterios: 0-7, rango de normalidad; 8-10, caso probable; 11-21, caso de ansiedad o depresión.

Escala conociendo mi nivel de estrés. Consta de 31 preguntas, se categoriza de la siguiente forma: estrés alto, 18 a 56, estrés medio, 5 a 17; estrés bajo, 0 a 4.

La información se recolectó mediante un cuestionario auto-aplicado, previamente diseñado. Sobre el 5% de la población elegida se aplicó una prueba piloto para la valoración del contenido de la encuesta, que permitió realizar los ajustes pertinentes previos a la aplicación definitiva.

Análisis Estadísticos

La descripción de las variables cualitativas se efectuaron mediante tablas de frecuencia, histogramas y gráficas de barra. Las variables cuantitativas se describieron mediante medidas de tendencia central (promedios) medidas de dispersión (desviaciones estándar y coeficientes de variación) y límites de confianza al 95%. La relación entre variables cualitativas se determinó mediante la prueba de χ^2 , y entre variables cuantitativas y cualitativas mediante pruebas t para grupos independientes, o análisis de varianza, según el caso. También se efectuaron diversos tipos de análisis multivariado como análisis de correspondencias múltiples y análisis de clasificación. Todos los análisis se efectuaron con una significancia $\alpha=0,05$. Las bases de datos se realizaron empleando el programa Excel 2007 (Microsoft corporation), y se analizaron empleando el programa estadístico SPSS versión 16 (SPSS Inc.), el tamaño de muestra se calculó mediante el programa Epiinfo versión 3.3.

Consideraciones Éticas

Cada cuestionario estuvo acompañado de un consentimiento informado, la identidad de las personas se mantuvo totalmente anónima, y no se recolectó ninguna información que permita su identificación. Los resultados solo se emplearán para propósitos de investigación, y se cumplieron todas las normas éticas de ley para este tipo de trabajos de investigación en el campo de las Ciencias de la Salud. La población participante en el estudio se beneficiará por

posibles campañas de Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud, derivadas de los posibles resultados que tendrán al finalizar la presente investigación.

Prueba Piloto

La prueba piloto se realizó con 8 estudiantes de la Facultad de Psicología, y con 12 estudiantes de la Facultad de Medicina, correspondientes al 5% de la muestra total. La prueba piloto se efectuó para poner a punto el instrumento empleado y detectar posibles errores en el instrumento diseñado para la investigación, claridad en los enunciados de las preguntas, tiempo de respuesta del cuestionario, etc. y para poner a punto los diferentes programas elaborados para la calificación de las diferentes componentes del instrumento (empleando el programa SPSS v. 16, como ya se mencionó). Los 20 estudiantes correspondientes a la prueba piloto se escogieron en igual proporción hombres y mujeres, y uniformemente distribuidos en todos los semestres de ambas facultades.

Dentro de los cambios que se vio necesario efectuar en el instrumento, a raíz del análisis de la prueba piloto, se encuentra:

1. No preguntar por el promedio académico de la carrera, pues la mayoría lo ha olvidado o no lo conoce, más bien se optó por preguntar por el promedio académico del último semestre.
2. Las preguntas claves gruesas se resaltaron en negrilla, a fin de prevenir que alguien pase por alto ese dato y no lo responda, por ejemplo la pregunta sobre el número de personas con quienes vive, en la misma casilla de con quien vive, que algunas personas de la prueba piloto la omitieron.
3. Se agregó la pregunta acerca de si pertenece a alguna religión o grupo espiritual, místico, y si es practicante activo, con el fin de analizar además el tema de la espiritualidad, el cual enfatizan los trabajos que abordan la promoción de la resiliencia.
4. En el aparte que indaga sobre las redes de apoyo, se enfatizó en las posibles que promueve la universidad, como por ejemplo Bienestar estudiantil, Gimnasio o deportes, Extensión Cultural, Servicio médico y finalmente Iglesia o grupo espiritual. Lo anterior dado que interesa básicamente evaluar que tanto los programas de la universidad se constituyen o no en buenas redes de apoyo para los estudiantes.
5. Se anexó un ítem que indagara preguntas relacionadas con la vida sexual, básicamente en relación al uso o no de doble protección, para Sida, ITS y prevención de embarazos,

puesto que el Sida se constituye en un grave problema de salud pública y muchos jóvenes, independiente de su nivel educativo, pasan por alto esta prevención.

6. Se organizo mejor la escala que indaga por las actividades en las que ocupan su tiempo libre, según las dificultades al responder que se presentaron en la prueba piloto.
7. La escala de somnolencia de Epworth se actualizó, una vez revisado nuevamente el artículo ⁵⁷ que se constituye en una validación de la escala para la población colombiana y que se establece ligeros cambios en relación con la que se había optado inicialmente.
8. Igualmente se mejoró la presentación del Cuestionario Internacional de Actividad Física, tanto en su presentación, como en su ordenamiento lógico con el fin de evitar varios errores comentados por los colaboradores en la prueba piloto.
9. Por sugerencia de algunos participantes de la prueba piloto, se homologó el orden de respuesta No, Si, dado que a veces se iniciaba con el No, otras con el Si, lo que podría prestarse a alguna confusión en la lógica al responder.
10. Se anexó al Cuestionario Cage sobre consumo de alcohol una pregunta que indague sobre el promedio de consumo de alcohol, pues a veces es muy ocasional, de manera que se pregunta número de veces por año, o número de veces por mes o por semana.

Resultados Medicina

Como se mencionó en el capítulo de Materiales y Métodos, en total participaron 235 estudiantes de la Facultad de Medicina, escogidos mediante un muestreo probabilístico estratificado por género. La Tabla 1 presenta las variables demográficas correspondientes. Allí se observa la distribución por género que corresponde a la real de la población y

que muestra un 60% del género femenino. La Ilustración 1 muestra la distribución por edad, la

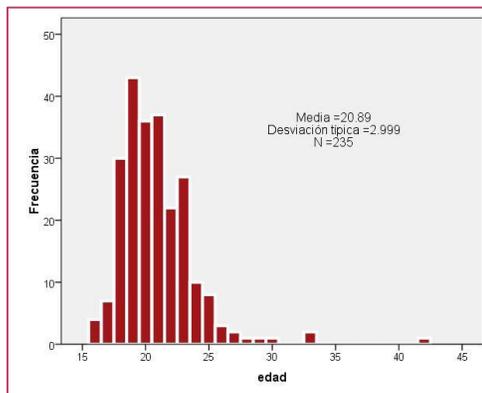


Ilustración 1. Histograma de edad de la población de estudiantes de Medicina de la Universidad de Manizales, participantes en el estudio.

cual presenta un promedio de 20,89 años, mínimo 16 años, máximo 42, con una nota promedio durante la carrera de 3,74 mínimo 3,00 y máximo 4,80. En la Tabla 1 Igualmente se muestra la distribución por semestre la cual no fue estratificada por la dificultad que representa clasificar los estudiantes por semestre. La mayor parte de los estudiantes provienen de Municipios fuera de Manizales, en un 65,2%; si se analiza por ciudades, cerca de un tercio, el mayor porcentaje, provienen de Manizales, le sigue en frecuencia Armenia con 10,8%; solo se listan las procedencias más frecuentes, en total aparecen 47 procedencias diferentes. Viven en promedio con 3 personas.

Como era de esperarse en un 91,9% son solteros, 38,9% viven con familia nuclear, en concordancia con la proporción de estudiantes procedentes de Manizales, en casa de familia viven el 25,6%. Según el Apgar Familiar⁶⁰ el 68,7% presenta buena función familiar, con un 2,6% de disfunción severa, el puntaje de medida de función familiar muestra un promedio de 17,54, en la frontera entre disfunción leve y buena función.

Solo el 31,2% de los estudiantes manifiestan tener una actividad diferente al estudio, a la cual dedican en promedio 8,13 horas semanales; en el 52,9% de los casos esta actividad es el deporte. Del grupo de estudiantes que dice tener otra actividad, únicamente el 5,9% se dedica

a los idiomas, lo que muestra que realmente es poco lo que la universidad está haciendo para suplir la falencia manifestada en diversas oportunidades, sobre la falta de dominio de un segundo idioma entre los estudiantes y docentes de la universidad. Es llamativo que el 60,8% de los estudiantes expresan no tener ninguna religión, y entre los que manifiestan tenerla el 56% la practican; la religión más frecuente es la católica (85,6%) pero también existen otras religiones como mormones y budistas, por ejemplo.

Tabla 1. Variables demográficas de la población de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, participantes en el estudio.

Variable	N	%
Género		
Femenino	141	60
Masculino	94	40
Semestre		
1	25	10,6
2	27	11,5
3	27	11,5
4	26	11,1
5	23	9,8
6	27	11,5
7	21	8,9
8	19	8,1
9	23	9,8
10	17	7,2
Procedencia		
Manizales	81	34,8
Armenia	24	10,3
Ibagué	23	9,9
Pereira	13	5,6

Bogotá	9	3,9
Pasto	8	3,4
Cartago	6	2,6
Neiva	6	2,6
Santa Rosa de Cabal	6	2,6
Chinchiná	4	1,7
La Dorada	4	1,7
Cali	3	1,3
Florencia	3	1,3
Ipiales	3	1,3
Medellín	3	1,3
Tumaco	3	1,3
Otros	34	14,4
Sin dato	2	
Estado Civil		
Soltero	216	91,9
Convive con pareja	11	4,7
Casado	7	3,0
Separado	1	0,4
Vive con		
Familia Nuclear	91	38,9
Casa Familia	60	25,6
Amigos	38	15,4
Parientes	20	8,5
Solo	19	8,1
Pareja	8	3,4
Sin Dato	1	
Funcionalidad Familiar		
Buena Función	149	63,7
Disfunción Leve	63	26,8
Disfunción Moderada	16	6,8

Disfunción Severa	6	2,6
Sin Dato	1	
Otra Actividad		
No	159	68,8
Si	72	31,2
Sin Dato	4	
Qué Actividad		
Deportes	36	52,9
Trabajo	10	14,7
Música-Arte	6	8,8
Idiomas	4	5,9
Otras	17	28,1
Religión		
No	140	60,3
Si	92	39,7
Sin Dato	3	
Qué Religión		
Católica	77	85,6
Cristiana	6	6,7
Evangélica	3	3,3
Adventista	2	2,2
Budista	1	1,1
Mormón	1	1,1
Total	90	
Practicante		
Si	47	56
No	37	44
Total	84	

La Tabla 2 muestra las frecuencias de consumo de tabaco y alcohol reportados por la población en estudio, allí se observa una proporción de no fumadores del 68,1%, y un 26% entre fumadores esporádicos y habituales (según clasificación de la OMS); el promedio de cigarrillos consumidos por semana por los fumadores es de 12,8 cigarrillos con un mínimo de 1 y máximo de 140. Resalta la frecuencia de ex fumadores del 6%, con relación a estudios anteriores efectuados en la misma población¹¹ que muestran frecuencias de consumo mayores, y muy baja frecuencia de ex fumadores, en promedio han dejado de consumir tabaco hace 2,36 años. En relación al consumo de alcohol la Tabla muestra un no consumo de 30,6%. Según el cuestionario de Cage^{69,70} aplicado se reporta un 34,1% de problemas con el alcohol (entre indica problemas, y dependencia alcohólica); los consumidores de alcohol lo consumen en promedio 39 veces al año, con máximo de 208 veces y mínimo de 2.

En lo referente a Vida Sexual el 47,2% califica como ocasionales sus relaciones sexuales, y un 18,7% rara vez o nunca. El 80,7% manifiestan protegerse contra ETS, y el 94,9% contra embarazo. Contra ETS el 93,8% de los que dicen protegerse lo hacen con Métodos de barrera, y contra embarazo el 46,3% emplean métodos de barrera, y el 31,4% métodos hormonales. El 64,8% de los que se protegen contra ETS lo hacen siempre, y 82% contra embarazo. Entre los anticonceptivos de barrera empleados está el condón y dispositivos intrauterinos, entre los métodos hormonales se mencionan los anticonceptivos orales, inyecciones, y entre los productos empleados está el ciclofem, jasmin, norplan, diferentes tipos de píldoras del día después, etc. No se reportan métodos anticonceptivos naturales ni quirúrgicos.

Tabla 2. Consumo de tabaco, alcohol y vida sexual en la población de estudiantes de Medicina participantes en la investigación.

Variable	N	%
Tabaquismo		
No fumador	160	68,1
Fumador Habitual	39	16,6
Fumador Esporádico	22	9,4

Exfumador	14	6,0
Consumo de Alcohol		
No	72	30,6
No dependiente	83	35,3
Indica problemas	29	12,3
Dependencia Alcohólica	51	21,7
Vida Sexual		
Ocasional	111	47,2
Frecuente	80	34,0
Rara Vez o Nunca	44	18,7
Protección contra ETS		
Si	171	80,7
No	41	19,3
Sin Dato	23	
Frecuencia de Protección		
Siempre	103	64,8
A Veces	52	32,7
Rara Vez	2	1,3
Nunca	2	1,3
Sin Dato	76	
Tipo de protección contra ETS		
Métodos de Barrera	150	93,8
Métodos de Barrera, pareja estable	3	1,9
Métodos de Barrera y Hormonales	2	1,2
Otros	5	3,1
Sin Dato	75	
Protección contra embarazo		
Si	203	94,9
No	11	5,1
Sin Dato	21	
Frecuencia de protección contra embarazo		

Siempre	146	82,0
A Veces	28	15,7
Rara Vez	3	1,7
Nunca	1	0,6
Sin Dato	57	
Tipo de protección contra embarazo		
Métodos de Barrera	88	46,3
Métodos Hormonales	60	31,6
Métodos de Barrera y Hormonales	33	17,4
Sin Especificar	6	3,2
Dispositivo Intrauterino	2	1,1
Pareja Estable	1	0,5
Sin Dato	45	

La Tabla 3 muestra como son las relaciones de los estudiantes de Medicina con su entorno medidas con el Ecomapa ⁶¹, en la cual se muestra que tienen relación en su mayoría muy estrecha solo con la Familia, buena en su mayoría con amigos, compañeros de la universidad, y docentes. Distante en la mayoría de los casos con las tutorías de la facultad, bienestar estudiantil, la sección de gimnasia y deportes, la sección de extensión cultural, servicio médico e iglesia. Las relaciones conflictivas en general son poco frecuentes, y la que se presenta con mayor frecuencia es con la iglesia (4,8%) y el servicio médico (4,8%).

Tabla 3. Relaciones con su entorno de los estudiantes de Medicina participantes en la investigación.

Variable	N	%
Familia		
Muy Estrecha	159	67,7
Buena	64	27,2
Distante	12	5,1
Amigos		
Buena	154	66,1

Muy Estrecha	62	26,6
Distante	16	6,9
Conflictiva	1	0,4
Sin Dato	2	
Compañeros Universidad		
Buena	166	71,2
Distante	42	18
Muy Estrecha	23	9,9
Conflictiva	2	0,9
Sin Dato	2	
Docentes		
Buena	133	57,3
Distante	95	40,9
Muy Estrecha	3	1,3
Conflictiva	1	0,4
Tutorías		
Distante	180	77,3
Buena	44	18,9
Conflictiva	6	2,6
Muy Estrecha	3	1,3
Sin Dato	2	0,9
Bienestar Estudiantil		
Distante	188	81,0
Buena	39	16,8
Conflictiva	5	2,2
Sin Dato	3	
Gimnasia y Deportes		
Distante	162	69,2
Buena	55	23,5
Muy Estrecha	10	4,3
Conflictiva	7	3,0

Sin Dato	1	
Extensión Cultural		
Distante	163	69,7
Buena	62	26,5
Conflictiva	6	2,6
Muy Estrecha	3	1,3
Servicio Médico		
Distante	115	49,1
Buena	107	45,7
Conflictiva	10	4,3
Muy Estrecha	2	0,9
Sin Dato	1	
Iglesia		
Distante	129	55,4
Buena	77	33,0
Muy Estrecha	17	7,3
Conflictiva	10	4,3
Sin Dato	2	

La tabla 4 despliega el empleo del tiempo libre reportado por los estudiantes de la Facultad de Medicina; allí resalta que en día laboral se emplea el tiempo libre en su mayoría (68,7%) en actividades de ocio pasivo (ver televisión y/o video, escribir, escuchar radio, música, leer libros, periódicos, utilizar el computador, etc.) en cambio los fines de semana la mayor parte (70,4%) se dedican a actividades de relación social y diversión (estar con la familia, con amigos/as, salir con la pareja, salir a tomar algo, ir a bailar, ir al cine, teatro, etc.). En puente igualmente la mayoría se dedican a actividades de relación social y diversión, aunque en menor proporción (50,4%); el 22,2% se dedican a actividades de ocio activo (fotografía, trabajos manuales, ir de tiendas, etc.). En vacaciones el empleo del tiempo libre es muy semejante al mostrado en puentes en cuanto a actividades de relación social y de ocio

activo, pero la proporción de estudiantes que tienen actividades físico-deportivas (práctica de algún deporte, pasear, salir al campo, ir a la playa, etc.) aumenta a 17,4%.

Tabla 4. Empleo del tiempo libre de los estudiantes de Medicina de la Universidad de Manizales participantes en el estudio.

Variable	N	%
Día Laboral		
Actividades de ocio pasivo	156	68,7
Actividades de relación social y diversión	51	22,5
Actividades físico-deportivas	16	7,0
Actividades de ocio activo	4	1,8
Sin Dato	2	
Fin de Semana		
Actividades de relación social y diversión	162	70,4
Actividades de ocio pasivo	45	19,6
Actividades físico-deportivas	18	7,8
Actividades de ocio activo	5	2,2
Sin Dato	5	
Puente		
Actividades de relación social y diversión	116	50,4
Actividades de ocio activo	51	22,2
Actividades de ocio pasivo	45	19,6
Actividades físico-deportivas	18	7,8
Sin Dato	5	
Vacaciones		
Actividades de relación social y diversión	110	47,8
Actividades de ocio activo	43	18,7
Actividades físico-deportivas	40	17,4
Actividades de ocio pasivo	37	16,1
Sin Dato	5	

La Tabla 5 muestra la actividad física mostrada por la población de estudiantes de la Facultad de Medicina de la UM, y medidas según el cuestionario internacional de actividad física⁷¹ que muestra una proporción de estudiantes activos del 53%, entre inactivos y sedentarios 39,1%. En cuanto a hábitos alimenticios³⁵ medidos un 15,4% de los estudiantes presenta una alimentación adecuada, el resto se divide entre las categorías necesita cambio, cambio urgente y cambio total. Referente a trastornos de la alimentación medidos con el cuestionario SCOFF^{66,67,68} presentan factor de riesgo positivo el 27,7%, mayor que el medido en trabajo anterior¹³ que fue del 10,3%, aunque efectuado con otro instrumento de medida. La somnolencia es un aspecto importante en esta población debido a la circunstancia ya conocida de excesiva carga académica en estudiantes de las facultades de Medicina, la somnolencia fue medida con el cuestionario de Epworth^{72,73}, y presenta un 14,4% de estudiantes sin somnolencia, y un 60,7% de estudiantes con somnolencia ligera. La impulsividad medida con el cuestionario de Plutchik^{62,63} muestra un 31,4% con factor de riesgo positivo para impulsividad. El cuestionario de estrés⁷⁶ muestra un 86,8% de estudiantes con estrés bajo, y no hay ninguno con estrés alto según este instrumento, resultado diferente al presentado en trabajo anterior efectuado sobre la misma población⁷⁷ que mostraba unos niveles de estrés moderado en aproximadamente el 50% de la población, aunque efectuado con otro instrumento. En lo referente a ansiedad y depresión medidos con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión^{74,75} la tabla muestra a aproximadamente la mitad de la población con problemas de ansiedad, ya sea como caso probable de ansiedad (32,2%) o como caso de ansiedad (18%); para depresión el resultado varía y en ese caso son caso probable de depresión el 10,3% y caso de depresión el 3%. El riesgo suicida se midió según la escala de riesgo suicida de Plutchik^{64,65}, la cual presenta un positivo para riesgo suicida de 11,8%.

Tabla 5. Rasgos de personalidad determinados en la población de estudiantes de la Facultad de Medicina de la UM participantes en la investigación.

Variable	N	%
Actividad Física		
Activo	122	53

Insuficientemente activo	69	30
Sedentario	21	9,1
Muy Activo	18	7,8
Sin Dato	5	
Hábitos Alimenticios		
Cambio Urgente	92	39,3
Necesita Cambio	92	39,3
Adecuado	36	15,4
Cambio Total	14	6
Sin Dato	1	
Trastornos de la Alimentación		
Negativo	170	72,3
Positivo	65	27,7
Somnolencia		
Ligera	139	60,7
Moderada	53	23,1
No Tiene	33	14,4
Grave	4	1,7
Sin Dato	6	
Impulsividad		
Negativo	153	68,6
Positivo	70	31,4
Sin Dato	12	
Estrés		
Bajo	177	86,8
Medio	27	13,2
Sin Dato	31	
Ansiedad		
Normal	116	49,8
Caso probable Ansiedad	75	32,2
Caso Ansiedad	42	18

Sin Dato	2	
Depresión		
Normal	201	86,6
Caso Probable Depresión	24	10,3
Caso Depresión	7	3,0
Sin Dato	3	
Riesgo Suicida		
Negativo	153	68,6
Positivo	27	11,8
Sin Dato	6	

Relaciones entre variables Medicina

Relaciones con Género

Mediante la prueba de χ^2 se trató de determinar la relación entre las diferentes variables en estudio y género. No se encontró relación significativa con práctica y creencias religiosas, protección contra ETS y embarazo, funcionalidad familiar. En cuanto a relaciones con su medio no se encontró relación entre género y familia, compañeros de universidad, docentes, extensión cultural, servicio médico. En cuanto a las actividades en tiempo libre no se encontró dependencia entre género y actividades en vacaciones. Tampoco se encontró dependencia entre género y hábitos alimenticios, ansiedad, depresión, estrés, impulsividad, y riesgo suicida.

El género mostró relación significativa al nivel $p < 0,05$ con otra actividad ($p = 0,000$) (Ilustración 2). Igualmente mostró relación significativa con consumo de cigarrillo ($p = 0,023$) (Ilustración 3), vida sexual ($p = 0,002$, el género femenino muestra una mayor proporción de actividad sexual rara vez o nunca, (25,5%), clasificación de anticonceptivos empleados

($p=0,001$). En cuanto a relaciones con el medio resultaron significativas al nivel $p<0,05$ las relaciones entre género y tutorías ($p=0,021$), bienestar ($p=0,008$), gimnasia y deportes ($p=0,031$), iglesia ($p=0,016$, Ilustración 4), en todas las anteriores el género femenino presenta menos proporción de relación conflictiva. En lo referente a actividades en tiempo libre resultaron significativas las relaciones entre género y actividades en tiempo libre en día laboral ($p=0,007$, el hombre tiene mayor proporción de actividades físico deportivas, 12%-4%, y menos actividades de ocio pasivo, 58,7%-75,6%). Igualmente resultó significativa la relación entre género y consumo de licor ($p=0,009$) y dependencia alcohólica ($p=0,024$, ilustración 5), mayores en hombres que en mujeres; en cuanto a género y trastornos de la conducta alimentaria ($p=0,001$, Ilustración 6), es mayor en mujeres.

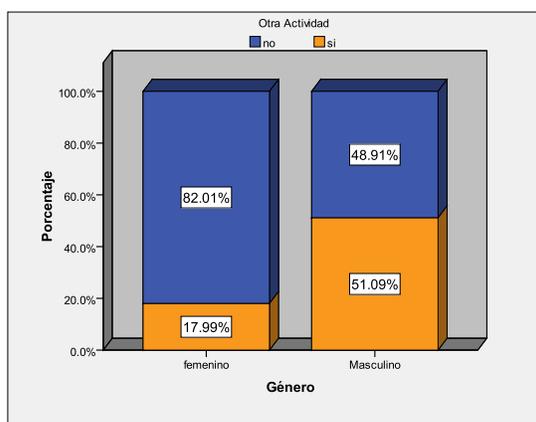


Ilustración 2. Asociación entre género y otra actividad en la población de estudiantes de la Facultad de Medicina participantes en el estudio

La Ilustración 3, despliega la dependencia entre género y tabaquismo. Es notorio en esta figura que el género femenino presenta mayor porcentaje de no-fumadores (72,34%), y menor porcentaje de fumadores habituales (11,35%) en comparación al género

La Ilustración 2 muestra la dependencia entre género y otra actividad. Esta Figura muestra que los estudiantes de género masculino muestran un mayor porcentaje de actividad extracurricular (51,09%) con relación al género femenino.

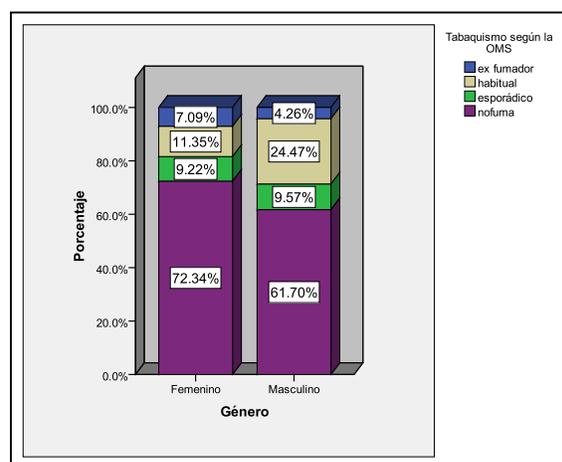


Ilustración 3. Asociación entre consumo de tabaco y género en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales participantes en el estudio

masculino.

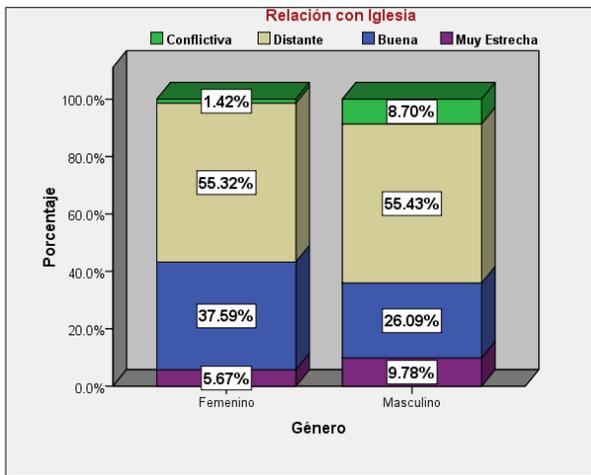


Ilustración 4. Asociación entre género, y relación con Iglesia en estudiantes de la Facultad de Medicina participantes en el estudio sobre estilos de vida

La asociación encontrada entre relación con la iglesia y género en los estudiantes de la Facultad de Medicina, se despliega en la ilustración 4. Esta asociación consiste en menor porcentaje de relación conflictiva en mujeres, y mayor porcentaje de buena relación.

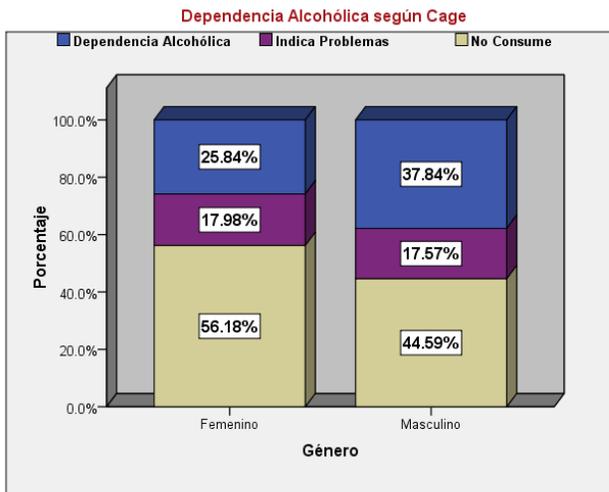


Ilustración 5. Asociación entre dependencia alcohólica según Cage, y género para los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales.

La asociación entre dependencia alcohólica según el cuestionario de Cage, y género se encuentra relacionada en la Ilustración 5. Esta asociación consiste en que el género femenino muestra una mayor proporción de no consumo (56,18%-44,59%) y menores proporciones de dependencia alcohólica entre los consumidores (25,84-37,84%).

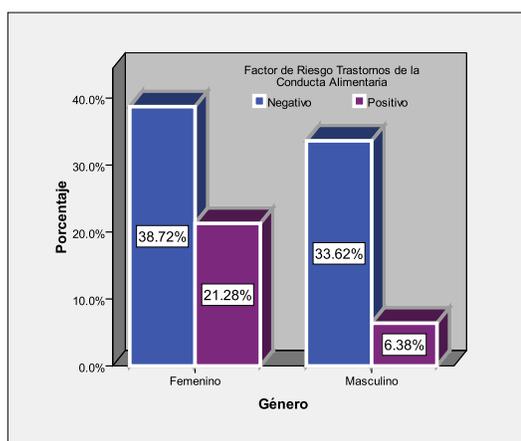


Ilustración 6. Factor de Riesgo para Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, discriminado por género.

La ilustración 6 presenta el factor de riesgo para trastornos de la Conducta Alimentaria, según el cuestionario de Scoff. Se destaca en esta figura que el género Femenino presenta un 21,28%, mayor que el del género Masculino (6,38%), como era de esperarse.

Las siguientes variables con relación a Género presentan probabilidad $< 0,1$, aunque no suficientes para ser consideradas significativas en el presente estudio, si presentan alguna dependencia: Protección contra el SIDA ($p=0,066$, 86,5% para el género Masculino contra 76,4% para el género Femenino); Tabaquismo según la OMS ($p=0,056$, el género femenino presenta un 72,3% de no fumadores, frente a un 61,7% del género Masculino); relación con amigos ($p=0,082$); actividades de fin de semana ($p=0,089$); actividades en puente ($p=0,055$); Somnolencia ($p=0,091$, el género Femenino presenta mayor proporción de somnolencia moderada, 27,7%-16,3%); actividad física ($p=0,072$; en general el género Masculino presenta mayor proporción de actividad física).

Relaciones con Semestre

Las relaciones con semestres cursados son muy importantes puesto que muestran la dinámica de las variables con relación al tiempo transcurrido de estudio. No presentaron relación con semestre otra actividad, creencias religiosas, vida sexual, protección contra el SIDA, protección contra embarazo, clasificación de productos anti ETS empleados, funcionalidad familiar, relaciones con la familia, con amigos, con compañeros universitarios, con docentes, con bienestar, con servicio médico, con iglesia, empleo del tiempo libre en día

laboral, en fin de semana, en puente, en vacaciones, consumo de licor, dependencia alcohólica según Cage, factor de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria según el cuestionario de Scoff, somnolencia, actividad física, ansiedad y depresión, nivel de estrés, impulsividad según Plutchik, riesgo suicida según Plutchik.

Presentaron una influencia al nivel de significancia $p < 0,05$, exigido por el presente estudio Tabaquismo ($p = 0,009$, Ilustración 7)

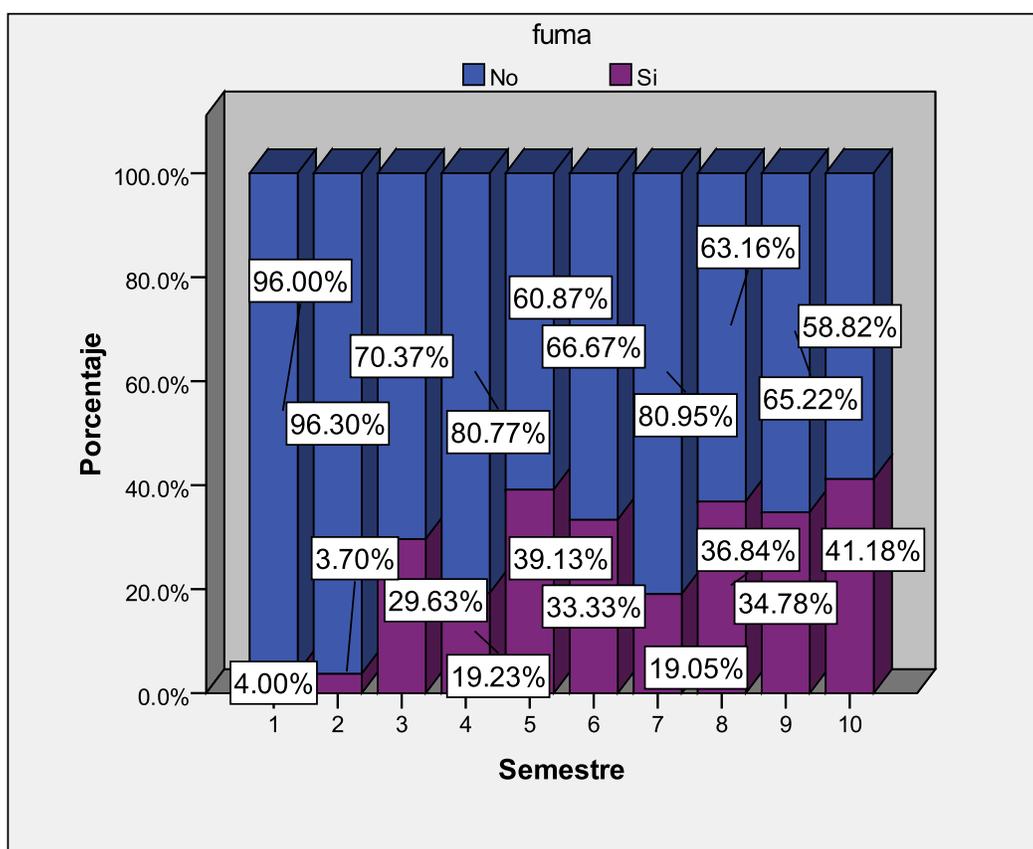


Ilustración 7. Asociación entre tabaquismo y semestre para la población de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales.

La Ilustración 7 despliega la asociación entre tabaquismo y semestre para los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, allí se observa un aumento progresivo del consumo de tabaco desde 4% para el primer semestre hasta 41,18% para el 10° Semestre.

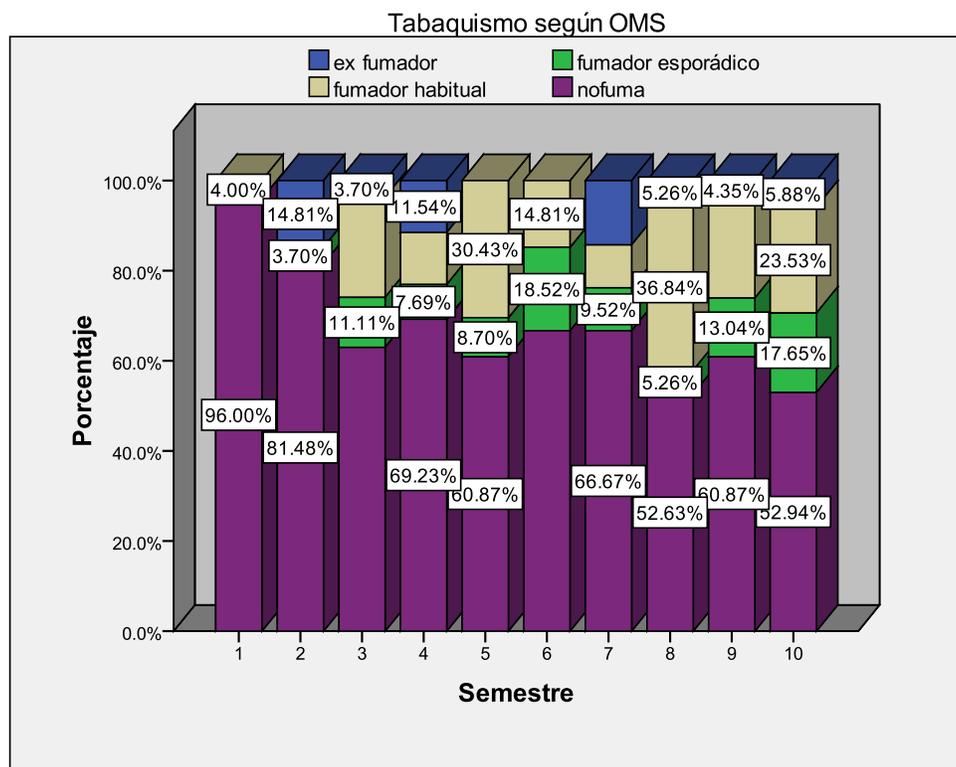


Ilustración 8. Dependencia de Tabaquismo según la OMS con semestre para los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales

En concordancia con lo expuesto anteriormente el Tabaquismo según OMS igualmente presenta una dependencia significativa con semestre ($p=0,034$), la cual se muestra en la Ilustración 8 en donde nuevamente se despliega la disminución de los no-fumadores con relación al aumento del semestre. También se observa un máximo de fumadores habituales en 8° semestre, 36,8%, que tiende a disminuir entre 9° y 10° semestre, a costa del aumento del porcentaje de fumadores esporádicos.

En su relación con tutorías igualmente los estudiantes de la Facultad de Medicina presentan una relación con semestre como se observa en la ilustración 9 ($p=0,004$). En general esta relación tiende a ser en una gran proporción distante en todos los semestres, pero presenta alguna tendencia a ser buena y muy estrecha en los primeros y últimos semestres. Con extensión cultural también se presenta una relación significativa con semestre ($p=0,014$), la cual tiende a ser buena en los primeros semestres, 64%, y paulatinamente esta relación buena disminuye hasta ser 17,6% en los últimos semestres. En estos semestres predomina la relación distante (69,6% - 76,5%).

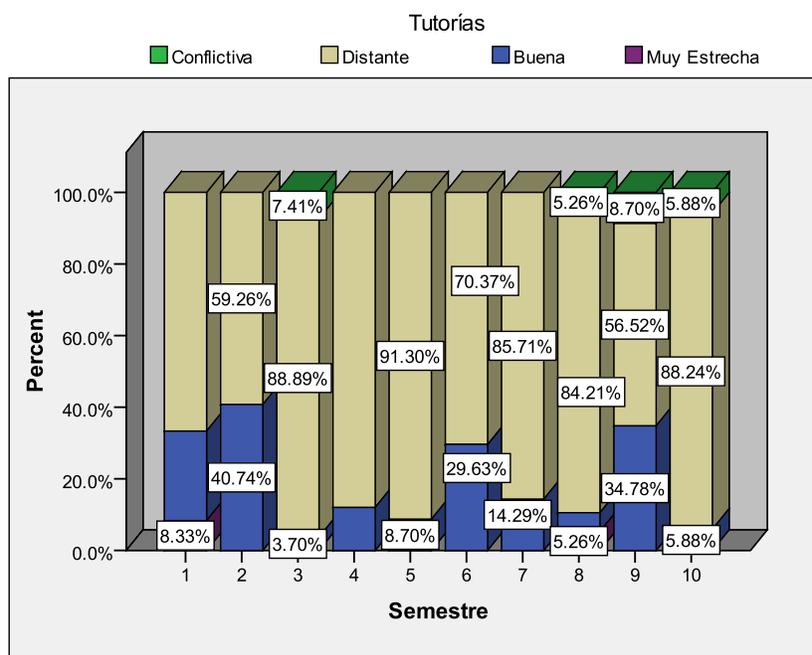


Ilustración 9. Dependencia de relación con tutorías con relación a Semestre en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales.

Con relación a semestre, en la facultad de Medicina no se presentaron más relaciones significativas, aunque existen varias variables que presentan una significancia $p < 0,1$, no suficiente para ser consideradas significativas en el presente estudio, pero que si pueden mostrar alguna dependencia. Estas son: práctica religiosa ($p=0,059$), en el sentido de que entre los que dicen tener alguna creencia religiosa la práctica de esta tiende a ser mayor en los semestres intermedios de 6° y 7° semestre, y a equilibrarse 50%-50% en los semestres

extremos. Relación con Gimnasia y deporte ($p=0,080$) la cual tiende a ser distante, en mayor proporción en la mayoría de los semestres excepto en los primeros en que es buena (52%-25,9% en 1° y 2° Semestre). Aparece una proporción de muy estrecha a partir de los semestres intermedios y termina en 9,1% y 4,3% en 9° y 10° Semestre. Los hábitos alimenticios ($p=0,098$) se despliegan en la Ilustración 9, en la cual es notoria la baja proporción de alimentación adecuada en todos los semestres, la cual disminuye a medida que aumenta el semestre, desde 32% a 11,76%.

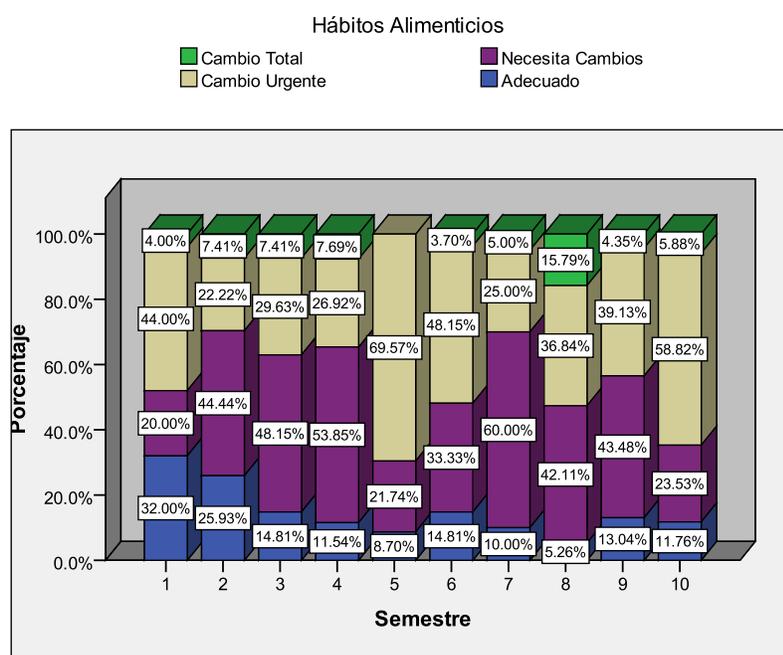


Ilustración 10. Evolución de los Hábitos Alimenticios con relación a semestre en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales.

Relación entre rendimiento académico y características de personalidad en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales.

Tabla 6. Coeficiente de correlación de Pearson entre Promedio de notas de la carrera hasta el momento y las variables de personalidad medidas en Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, consumo cigarrillo, alcohol, y hábitos alimenticios

		Promedio notas semestre anterior	Número cigarrillos por semana	Funcionalidad familiar (Apgar)	Puntaje dependencia alcohólica (Cage)	Puntaje hábitos alimenticios	Puntaje trastornos de la alimentación (Scoff)	Puntaje somnolencia (Epworth)	Puntaje ansiedad (escala hospitalaria)	Puntaje depresión (escala hospitalaria)	Puntaje estrés	Puntaje impulsividad (Plutchik)	Puntaje riesgo suicida (Plutchik)
Promedio Notas Semestre anterior	ccp	1	.155	.165*	-.074	-.037	-.043	-.071	-.108	-.110	-.132	-.061	-.105
	probabilidad		.267	.020	.299	.604	.548	.320	.129	.124	.085	.403	.144
	N	201	53	200	201	201	201	198	199	198	172	190	195
Número cigarrillos por semana	ccp	.155	1	.043	-.121	.101	.026	-.158	.059	.038	.169	.012	.174
	probabilidad	.267		.750	.371	.455	.849	.244	.664	.782	.251	.934	.204
	N	53	57	57	57	57	57	56	56	56	48	54	55
Puntaje funcionalidad familiar (apgar)	ccp	.165*	.043	1	-.106	-.157*	-.103	-.060	-.219**	-.384**	-.354**	-.247**	-.370**
	probabilidad	.020	.750		.105	.016	.115	.367	.001	.000	.000	.000	.000
	N	200	57	234	234	234	234	228	232	231	203	222	228
Puntaje dependencia alcohólica según Cage	ccp	-.074	-.121	-.106	1	.091	.043	.151*	-.017	.044	.081	.073	.109
	probabilidad	.299	.371	.105		.165	.510	.023	.796	.501	.252	.280	.101
	N	201	57	234	235	235	235	229	233	232	204	223	229
Puntaje hábitos alimenticios	ccp	-.037	.101	-.157*	.091	1	.134*	.153*	.253**	.167*	.260**	.393**	.243**
	probabilidad	.604	.455	.016	.165		.040	.021	.000	.011	.000	.000	.000
	N	201	57	234	235	235	235	229	233	232	204	223	229
Puntaje trastornos de la alimentación (scoff)	ccp	-.043	.026	-.103	.043	.134*	1	.038	.261**	.132*	.306**	.121	.283**
	probabilidad	.548	.849	.115	.510	.040		.568	.000	.044	.000	.070	.000
	N	201	57	234	235	235	235	229	233	232	204	223	229
Puntaje somnolencia	ccp	-.071	-.158	-.060	.151*	.153*	.038	1	.241**	.159*	.294**	.306**	.083
	probabilidad	.320	.244	.367	.023	.021	.568		.000	.017	.000	.000	.215
	N	198	56	228	229	229	229	229	227	226	198	217	223
Puntaje ansiedad (escala hospitalaria)	ccp	-.108	.059	-.219**	-.017	.253**	.261**	.241**	1	.492**	.662**	.424**	.430**
	probabilidad	.129	.664	.001	.796	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	199	56	232	233	233	233	227	233	232	203	221	228
Puntaje depresión (escala hospitalaria)	ccp	-.110	.038	-.384**	.044	.167*	.132*	.159*	.492**	1	.657**	.383**	.575**
	probabilidad	.124	.782	.000	.501	.011	.044	.017	.000		.000	.000	.000
	N	198	56	231	232	232	232	226	232	232	203	220	227
Puntaje estrés	ccp	-.132	.169	-.354**	.081	.260**	.306**	.294**	.662**	.657**	1	.530**	.713**
	probabilidad	.085	.251	.000	.252	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	172	48	203	204	204	204	198	203	203	204	196	199
Puntaje impulsividad (Plutchik)	ccp	-.061	.012	-.247**	.073	.393**	.121	.306**	.424**	.383**	.530**	1	.401**
	probabilidad	.403	.934	.000	.280	.000	.070	.000	.000	.000	.000		.000
	N	190	54	222	223	223	223	217	221	220	196	223	219
Puntaje riesgo suicida (Plutchik)	ccp	-.105	.174	-.370**	.109	.243**	.283**	.083	.430**	.575**	.713**	.401**	1
	probabilidad	.144	.204	.000	.101	.000	.000	.215	.000	.000	.000	.000	
	N	195	55	228	229	229	229	229	228	227	199	219	229

*. Correlación significativa al nivel 0,05 (2-colas)

** Correlación significativa al nivel 0,01 (2-colas)

CCP: Coeficiente de correlación de Pearson

La Tabla 6 muestra las correlaciones de Pearson para las variables de personalidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol, hábitos alimenticios, trastornos de la alimentación y rendimiento académico del semestre anterior, reportado por los estudiantes participantes en el estudio.

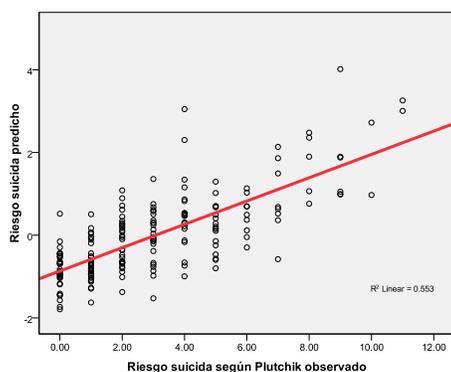


Ilustración 11. Valor de riesgo suicida predicho, contra observado para los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de

En la primera línea de la Tabla 6 se observa el coeficiente de correlación para promedio de nota con relación a las demás variables. Se evidencia que la variable funcionalidad familiar ($p=0,02$) muestra una significancia al nivel $p<0,05$, y la variable Puntaje estrés al nivel $p<0,1$

El resto de las variables no presentan significancia con relación al promedio de notas

obtenido por el estudiante en el semestre anterior.

En la Tabla 6 se observa en general una gran correlación entre las variables de personalidad. Por ejemplo el puntaje de riesgo suicida según Plutchik correlaciona al nivel $p<0,01$ con funcionalidad familiar ($p=0,000$), hábitos alimenticios ($p=0,000$), trastornos de la alimentación ($p=0,000$), ansiedad ($p=0,000$), depresión ($p=0,000$) estrés ($p=0,000$), impulsividad ($p=0,000$). El modelo de regresión lineal intentado entre el riesgo suicida y las variables mencionadas presenta una significancia $p=0,000$, $R^2=0,553$ y se despliega en la Ilustración 11.

En lo referente a la variable somnolencia esta presenta relación significativa al nivel $p<0,01$ con ansiedad ($p=0,000$), estrés ($p=0,000$), impulsividad según Plutchik ($p=0,000$) y al nivel $p<0,05$ con costumbres alimenticias ($p=0,021$) y depresión ($p=0,017$). La regresión lineal efectuada presenta una significancia $p=0,000$ y un $R^2=0,136$.

Relaciones con actividad física

No se encontraron relaciones significativas entre actividad física y consumo de alcohol o tabaco, y tampoco con las demás variables de personalidad.

Relaciones con procedencia

Debido a que la procedencia de los estudiantes de la Facultad de Medicina es en su mayor parte de fuera de Manizales (65,2%), cabe preguntar si este hecho está influyendo en el

comportamiento de los estudiantes. En lo referente a la Facultad de Medicina, solo se encontró influencia significativa con somnolencia ($p=0,008$) al nivel $p<0,01$ en el sentido de que los procedentes de Manizales muestran mayor somnolencia grave (4,9%-0%), mayor de 'no-tiene' (18,5%-12,3%) menor somnolencia ligera (49,4%-66,4%) y menor somnolencia moderada (22%-31%).

Discusión Resultados Medicina

Para esta población estudiada, la mejor red de apoyo es la familia, la única red con la cual la mayoría afirma tener relación muy estrecha, además cerca del 70% presentan buena función familiar. Le siguen los amigos, compañeros de universidad y docentes, con quienes en general dicen tener buena relación. Llama la atención que la mayoría califican como distante su relación con las tutorías de la facultad, bienestar estudiantil, la sección de gimnasia y deportes, la sección de extensión cultural, servicio médico e iglesia o grupo espiritual. Es decir, programas creados para que se constituyan en posibles redes de apoyo, por alguna circunstancia no están generando este efecto; sería interesante a futuro indagar las motivaciones para ello, con el fin de cualificar estos programas tan importantes dentro del proceso formativo integral.

Las únicas relaciones, aunque no frecuentes, que califican como conflictivas es con la iglesia o grupo espiritual (4,8%) y con el servicio médico (4,8%). Queda la sensación de que la iglesia católica está perdiendo seguidores entre los jóvenes, cerca de un tercio de la población pertenecen a esta religión y sólo la mitad de ellos la practican.

Los altos indicadores de factores de riesgo para la salud en esta población, en cuanto a salud sexual y reproductiva, sedentarismo, hábitos alimenticios, consumo de tabaco, alcohol, parecen confirmar lo descrito en otras investigaciones, con la misma población, acerca de que los jóvenes no perciben el riesgo como cercano, o se perciben como invulnerables y por tanto presentan conductas insanas que afectan la salud a mediano o largo plazo^{15, 42}; igualmente con autores que señalan que en el grupo etario entre los 15 y 24 años existe una mayor predisposición a la exposición a riesgos, lo que coincide con las características propias de este grupo poblacional^{58, 59}.

En esta situación podría incidir además la alta exigencia académica, que disminuye su tiempo para una práctica deportiva y un estilo de vida no sedentario, además de generar

niveles de ansiedad y estrés que en forma errónea tratarían de mitigar con cigarrillo y alcohol, situación que podría analizarse en futuras investigaciones.

Lo anterior por la inquietud acerca de hasta qué punto, en su afán por formar médicos competentes, con un alto desempeño académico, se esté afectando la salud física y mental, y de manera paradójica se esté contribuyendo a la formación de profesionales de la salud con estilos de vida poco saludables y con altos niveles de riesgo. Una reciente investigación sobre consumo de anfetaminas en la población de la Universidad de Manizales evidencio un consumo alarmante en la facultad de Medicina, 42,3%, con el propósito de incrementar el rendimiento académico ⁷⁸ Varias investigaciones confirman como los profesionales de la salud incurren en más prácticas nocivas o por lo menos no anticipatorias para la salud, en comparación con profesionales de otras áreas, y como la formación formal brindada influye de manera decisiva en el auto cuidado que se prodigan ⁷⁹; otros investigadores concluyen que los médicos no emplean sus habilidades y conocimientos en salud para reducir las tasas en mortalidad y riesgos ocupacionales a los que están expuestos y presentan mayores porcentajes de tabaquismo y de suicidio ^{80, 81}, al igual que altos indicadores de agotamiento emocional ⁸².

Si se analiza la salud sexual y reproductiva, sobresale que a pesar de ser estudiantes de Medicina, con mayor conocimiento sobre riesgos y protección, cerca de una quinta parte de la población no se protegen; sumado a ello, sólo un poco menos de la mitad de la población que lo hacen practican esta protección siempre, en todas las situaciones. En relación con el embarazo un alto porcentaje se protegen, 94,9%, pero de ellos cerca de una quinta parte no se protegen siempre. En cuanto a ETS se protegen el 80,7% y sólo el 64,8% lo hacen siempre. Lo anterior recuerda las incongruencias encontradas por Arrivillaga y colaboradores ⁵², entre creencias saludables que contrastan con prácticas poco saludables, en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida. Desde una perspectiva de género, fue significativamente mayor la proporción de mujeres que refieren tener vida sexual rara vez o nunca.

En cuanto al sedentarismo, únicamente un 15% afirman tener una actividad extracurricular relacionada con la práctica deportiva, en vacaciones se incrementa un poco el empleo del tiempo libre en actividades físico-deportivas. En general, en el tiempo libre se dedican mayormente a actividades de ocio pasivo (ver televisión y/o video, escribir, escuchar radio, música, leer libros, periódicos, utilizar el computador, etc.). Esta información contrasta con la reportada por el cuestionario internacional de actividad física⁷¹, que evidencia una proporción de estudiantes activos del 53%, entre inactivos y sedentarios 39,1%. A pesar de ello, y para una población joven universitaria, esta cifra de sedentarismo continúa siendo significativa.

Lo anterior concuerda con diversos hallazgos sobre altos niveles de sedentarismo en la población universitaria, con repercusión en el estado emocional y físico⁴⁹. Araya y colaboradores⁴⁰ al realizar un paralelo entre estudiantes de tercer año de carreras de la salud y humanistas, identifican un 81% de sedentarismo en toda la muestra, con porcentajes mayores, 87%, en las áreas humanistas, y 76% en salud; igualmente con diferencias significativas según género. Estudios sobre el sedentarismo en Brasil, Chile, México y Perú, encuentran que cerca del 70% de la población no practican el grado de actividad física benéfica para la salud³⁸, característica que se acentúa en las mujeres de los tres países suramericanos estudiados y se incrementa al avanzar la edad, situación que coincide con los hallazgos en otros países.

Los universitarios con estilos de vida activos presentan beneficios psicológicos⁴⁶, bienestar general y previenen diversas enfermedades⁴⁷. Múltiples investigaciones recalcan la importancia de fomentar la actividad física, lo cual debe iniciarse desde temprana edad y continuar en contextos formativos de educación superior, sin embargo los escenarios universitarios al parecer no promueven la práctica deportiva, como lo sugieren Velásquez y col⁴⁸.

La somnolencia es un aspecto importante en esta población debido a la excesiva carga académica en estudiantes de las facultades de Medicina. En el presente estudio, el 60,7% de

estudiantes presenta somnolencia ligera, sin somnolencia solo el 14,4%, resultados semejantes a los arrojados en un estudio con jóvenes en Nicaragua, que refiere 66% de la población con trastornos del sueño⁵⁴. En el presente estudio es llamativa la asociación entre procedencia y somnolencia, los estudiantes de Manizales se ubican en los extremos, es decir muestran o mayor somnolencia grave o ausencia de la misma, y por ende menor somnolencia ligera y moderada.

Estudios evidencian que un sueño adecuado (entre 6 a 8 horas diarias en promedio) se relaciona con una buena salud y la adopción de conductas saludables⁵³, mientras que hábitos de sueño inadecuados pueden indicar un estilo de vida poco saludable y deficiente estado de salud. Los trastornos en los hábitos de sueño generan una sensación de cansancio permanente, que presiona al consumo de sustancias estimulantes del sistema nervioso central para conservar la vigilia y mantenerse alerta, como la cafeína y el alcohol⁵⁴; además existe una relación negativa entre el sueño inadecuado y algunas conductas relacionadas con la salud, como valoración de la vida, asumir con responsabilidad comportamientos saludables, adoptar hábitos alimenticios adecuados, un buen manejo de estrés y el ejercicio regular. Hábitos de sueño adecuados se asocian además con baja frecuencia de obesidad y control de factores asociados a ella.

La impulsividad medida con el cuestionario de Plutchik^{62,63} muestra un 31,4% con factor de riesgo positivo para impulsividad, muy alto para una población de estudiantes de Medicina, quienes en su desempeño profesional tendrán que afrontar diversas situaciones de crisis y de riesgo psicosocial, para lo cual se requiere ecuanimidad y una reflexividad ágil y serena.

El cuestionario de estrés⁷⁶ muestra un 86,8% de estudiantes con estrés bajo, ninguno con estrés alto según este instrumento, resultado diferente al presentado en un trabajo anterior efectuado sobre la misma población¹², que mostraba unos niveles de estrés moderado en cerca de la mitad de la población, aunque efectuado con otro instrumento. Es

posible que el instrumento empleado no sea el más adecuado para esta población, y que resulte más sensible un instrumento de estrés académico, por ejemplo.

Araya y colaboradores⁴⁰ no identifican alumnos con estrés moderado ni severo en el área de salud, población en la cual ellos encuentran un 87% de mujeres sin estrés, significativamente mayor que el de los hombres, 57%; mientras que el estrés leve es significativamente mayor en hombres, 43%, que en mujeres, 13%. En el presente estudio no se encontró asociación significativa entre las variables género y estrés.

En lo referente a ansiedad y depresión medidos con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión^{74,75} la mitad de la población presenta problemas de ansiedad, para depresión el resultado disminuye hasta el 13%, nivel semejante al identificado para riesgo suicida, este último se evidencia alto y de riesgo. Esta cifra de depresión es notablemente inferior a la prevalencia global del 53,2% reportada para la población de estudiantes de Medicina de la Universidad Nueva Granada de Bogotá, aunque en este último estudio se empleo la escala de depresión de Zung⁸³.

Sobresale también que cerca de un tercio de la población consume tabaco, cifra un poco inferior al 40% reportado en un estudio anterior con toda la población de estudiantes de la universidad de Manizales¹¹, menor al 46,1% en estudiantes chilenos²⁹, mayor a la cuarta parte de población de adultos de Nueva York que revela un artículo de publicación reciente⁵, muy semejante a la reportada en otro estudio de Cali, también con estudiantes universitarios¹⁸ y marcadamente mayor al cerca del 15% encontrado en estudiantes de primer semestre de salud en una universidad de Cali¹⁰. Sin embargo, con relación a esta última investigación con estudiantes de primer semestre, en el presente estudio se observa como durante la permanencia en la universidad se incrementa notablemente el tabaquismo. Un poco más de un tercio presenta problemas con el alcohol, alto indicador; el no consumo es un poco inferior a esta cifra.

En línea con el sesgo cultural patriarcal, que socializa diferencialmente a hombres y a mujeres, resaltando en ellas características como la suavidad, ternura, el cuidado del hogar, de

los otros, y en ellos la competitividad, los juegos de poder, la negación del afecto y la recreación y esparcimiento⁸⁴, en el presente estudio el género femenino muestra menor proporción de relaciones conflictivas con las redes de apoyo brindadas por la universidad, por ejemplo con la iglesia, y mayor porcentaje de buena relación. Igualmente, los estudiantes de género masculino tienen mayor proporción de actividades físicas deportivas, extra curriculares y menos actividades de ocio pasivo.

En el género femenino se encuentra disminución de factores de riesgo para la salud en comparación con el masculino: ellas presentan menor proporción de relaciones conflictivas, menor porcentaje de fumadores habituales y mayor porcentaje de no-fumadores, mayor proporción de no consumo de alcohol y menores proporciones de dependencia alcohólica entre los consumidores. Lo anterior no coincide con los hallazgos de Chiang y colaboradores²⁹ quienes reportan un mayor consumo de tabaco en mujeres, 49,8% en comparación con el 42,3% de varones.

De lo expresando anteriormente se exceptúa el riesgo para trastornos de la conducta alimentaria, mayor en mujeres que en hombres. Lo anterior coincide con otros estudios que confirman mayor preocupación por la dieta, hábitos más saludables y regímenes para bajar de peso en mujeres de una población universitaria en general³⁹, y en el área de la salud en particular un nivel nutricional normal en el 74% de las mujeres y el 52% de los varones⁴⁰. En el presente estudio solo el 15,4% de la población presenta una alimentación adecuada, el resto se divide entre las categorías necesita cambio, cambio urgente y cambio total. Adicional a lo anterior, presentan factor de riesgo positivo para TCA el 27,7%, mayor que el medido en un trabajo anterior¹³ que fue del 10,3%, aunque efectuado con otro instrumento de medida.

Ellos tienden a protegerse un poco más contra el Sida, presentan menor proporción de somnolencia moderada, menor actividad de ocio pasivo y mayor proporción de actividades físico deportivas y extra curriculares; estas dos últimas diferencias de género se han confirmado en otras investigaciones, que avalan mayor sedentarismo en mujeres^{29, 36.} y mayor actividad física en varones^{29, 36, 39, 45, 48, 49.}

Navarro ⁵⁵ afirma que a pesar de los cambios y resignificaciones en los roles e identidad de género, son los jóvenes, en mayor proporción que las jóvenes, quienes presentan la mayoría de conductas de riesgo. Incluso estudios españoles concluyen que son los jóvenes, en mayor porcentaje que las mujeres, quienes presentan fracaso escolar ⁵⁶.

En cuanto al incremento de factores de riesgo para la salud a medida que se asciende en el semestre y por ende en la permanencia en la universidad, se observa un aumento progresivo del consumo de tabaco de primero a décimo semestre, con un pico máximo de fumadores en 8º semestre; el vínculo con las redes de apoyo que ofrece la universidad decrece al incrementarse el semestre y en especial con extensión cultural y tutorías, aunque con esta última mejora en los últimos semestres.

La gran correlación positiva entre algunas variables de personalidad, como ansiedad, depresión, estrés, impulsividad y costumbres alimentarias confirma otros hallazgos de diversas investigaciones ¹⁹, aunque llamativamente no se encontró relaciones significativas entre actividad física y consumo de alcohol o tabaco, y tampoco con las otras variables de personalidad.

Según Arrivillaga et al ⁵² es significativa la influencia de factores socio-ambientales, familia y amigos, en el desarrollo de pautas de comportamiento y creencias saludables, lo cual se confirma en estos hallazgos, donde se encontró asociación entre funcionalidad familiar, riesgos suicida, hábitos alimenticios y trastornos de la conducta alimentaria. Igualmente Comas ²², en un estudio con población española, afirma que los estilos de comportamiento están muy relacionados con las redes de apoyo familiares, en una relación circular que puede llevar a la intensificación del riesgo en un determinado caso.

Este autor reliva la importancia de fomentar hábitos culturales y deportivos como empleo del tiempo libre, implementar espacios para pausas laborales activas, la conciencia ecológica y el cuidado del medio ambiente; fortalecer los grupos juveniles y su participación activa, potenciar las conductas positivas y las redes de apoyo social, dado que como se ha

comprobado ampliamente, promover hábitos saludables en los jóvenes se constituye en un valioso aporte a la esperanza y calidad de vida de una población.

Igualmente incluir asignaturas relacionadas con los buenos hábitos de vida, interés por la iluminación de los ambientes y el aislamiento del ruido en las aulas de clase. Otros autores plantean iniciativas como el control de la sobrecarga académica que pueda incidir en un incremento del consumo de tabaco, alcohol y drogas. Se requiere intervención mediante actividades de promoción, prevención e identificación de situaciones y casos de riesgo.

Como afirman Day y Paul ¹⁷ los jóvenes son diferentes a los adultos, aún no han establecido patrones de comportamiento, lo cual se constituye en una oportunidad de intervenir antes de que la crisis se presente. El abuso del alcohol, drogas y tabaquismo es sintomático de otras problemáticas, para los cuales los centros educativos, en su misión formativa integral, debe ofrecerles soporte a la vez que aunar esfuerzos para potenciar los centros educativos como escenarios y contextos saludables, en un meso sistema vinculante con las demás redes de apoyo, como sería la familia, y el grupo de pares y amigos ^{26,27}.

Resultados Psicología

Como se mencionó en el capítulo de Materiales y Métodos, en total participaron 172 estudiantes de la Facultad de Psicología, escogidos mediante un muestreo probabilístico estratificado por género. La Tabla 6 presenta las variables demográficas correspondientes. Allí se observa la distribución por género que corresponde a la real de la población y que muestra un 82% del género femenino. La Ilustración 2 muestra la distribución por edad, la

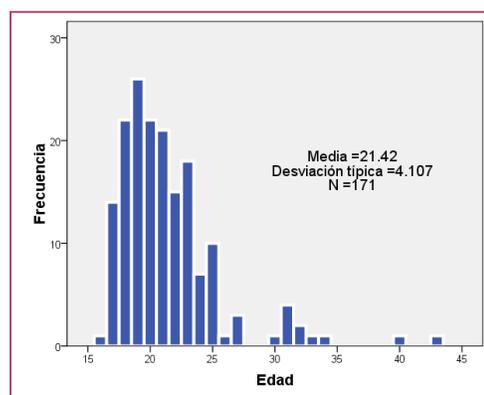


Ilustración 2. Histograma de edad de la población de estudiantes de Psicología de la Universidad de Manizales, participantes en el estudio.

cual presenta un promedio de 21,42 años, mínimo 16 años, máximo 43, con una nota promedio durante la carrera de 4,08 mínimo 3,00 y máximo 4,85. En la Tabla 6 Igualmente se muestra la distribución por semestre, la cual no fue estratificada por la dificultad que representa clasificar los estudiantes por semestre, dada la flexibilidad curricular en esta carrera.

La mayor parte de los estudiantes provienen de Manizales en un 64,7%, viven en promedio con 3 personas. Aparte de Manizales le sigue en frecuencia Armenia con 4,1%, solo se listan las procedencias más frecuentes, en total aparecen 32 procedencias diferentes, entre las cuales están prácticamente todos los municipios de Caldas. Como era de esperarse en un 85,4% son solteros, 63,9% viven con familia nuclear, en concordancia con la proporción de estudiantes procedentes de Manizales, con parientes viven 11,8%. Según el Apgar Familiar ⁶⁰ el 37,1% presentan buena función familiar, con un 62,9% de disfunción entre leve y severa, el puntaje de medida de función familiar muestra un promedio de 15,27 correspondiente a disfunción leve.

El 39,4% de los estudiantes manifiestan tener una actividad diferente al estudio, a la cual le dedican en promedio 10,24 horas semanales, siendo el deporte esta actividad, al igual que

trabajo en la misma proporción. De este grupo que manifiestan tener otra actividad, solo el 3,1% se dedica a los idiomas, lo que muestra que realmente es poco lo que se está haciendo para suplir la falencia manifestada en diversas oportunidades, sobre la falta de dominio de un segundo idioma que hay entre los estudiantes y docentes de la universidad. Es llamativo que el 62,7% de los estudiantes manifiestan no tener ninguna religión, y entre los que manifiestan tener religión el 55,9% la practican; la religión más frecuente es la católica (87,1%) pero también existen otras religiones como Cristiana, Fe Baha, y Mormones, por ejemplo.

Tabla 6. Variables demográficas de la población de estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales, participantes en el estudio.		
Variable	N	%
Género		
Femenino	141	82
Masculino	31	18
Semestre		
1	18	10,5
2	28	16,3
3	17	9,9
4	17	9,9
5	5	2,9
6	18	10,5
7	14	8,1
8	23	13,4
9	17	9,9
10	15	8,7
Procedencia		
Manizales	110	64,7
Armenia	7	4,1
Cali	7	4,1
Chinchiná	5	2,9

Pereira	4	2,3
Cartago	3	1,7
La Dorada	3	1,7
Filadelfia	2	1,2
Ibagué	2	1,2
Marquetalia	2	1,2
Paleatina	2	1,2
Popayán	2	1,2
Villamaría	2	1,2
Aranzazu	1	0,6
Arboleda	1	0,6
Belalcazar	1	0,6
Otros	16	9,5
Sin dato	2	
Estado Civil		
Soltero	146	85,4
Casado	12	7,0
Convive con pareja	11	6,4
Separado	2	1,2
Sin Dato	1	
Vive con		
Familia Nuclear	108	63,9
Parientes	20	11,8
Pareja	12	7,1
Solo	12	7,1
Casa Familia	11	6,5
Amigo	6	3,6
Sin Dato	3	
Funcionalidad Familiar		
Buena Función	63	37,1
Disfunción Leve	59	34,7

Disfunción Moderada	29	17,1
Disfunción Severa	19	11,2
Sin Dato	2	
Otra Actividad		
No	103	60,6
Si	67	39,4
Sin Dato	2	
Qué Actividad		
Deportes	24	36,9
Trabajo	24	36,9
Música-Arte	5	7,7
Idiomas	2	3,1
Otras	10	15,4
Religión		
No	106	62,7
Si	63	37,3
Sin Dato	3	
Qué Religión		
Católica	54	87,1
Cristiana	6	9,7
Fe Baha	1	1,6
Mormones	1	1,6
Total	62	
Practicante		
Si	33	55,9
No	26	44,1
Total	59	

La Tabla 7 muestra las frecuencias de consumo de tabaco y alcohol reportados por la población en estudio, allí se observa una proporción de no fumadores del 65,1%, y un 29,7%

entre fumadores esporádicos y habituales ¹¹ (según clasificación de la OMS); el promedio de cigarrillos consumidos por semana por los fumadores es de 16,49 cigarrillos, con un mínimo de 1 y máximo de 80. Resalta la frecuencia de ex fumadores del 5,2%, con relación a estudios anteriores efectuados en la misma población¹¹ que muestran frecuencias de consumo mayores, y muy baja frecuencia de ex fumadores; en promedio han dejado de consumir tabaco hace 2,89 años. En lo referente al consumo de alcohol la Tabla muestra un no consumo de 26,9%. Según el cuestionario de CAGE ^{69,70} aplicado se reporta un 34,6% de problemas con el alcohol (entre indica problemas en el 13,5%, y dependencia alcohólica en el 21,1%); los consumidores de alcohol lo consumen en promedio 42,92 veces al año con máximo de 260 veces y mínimo de 2.

En cuanto a Vida Sexual el 41,5% califica como ocasionales sus relaciones sexuales, y un 17,5% rara vez o nunca. El 65% manifiestan protegerse contra ETS, y el 87,2% contra embarazo. Contra ETS el 92% de los que dicen protegerse lo hacen con Métodos de barrera, y contra embarazo el 40,8% emplean métodos hormonales, y el 33,8% métodos de barrera. El 59,8% de los que se protegen contra ETS lo hacen siempre, y 79,5% contra embarazo. Entre los anticonceptivos de barrera empleados está el condón, entre los métodos hormonales se mencionan los anticonceptivos orales, inyecciones, y entre los productos empleados está el ciclofem, microginon, Diane35, nofertil, diferentes tipos de píldoras del día después, etc.

Tabla 7. Consumo de tabaco, alcohol y vida sexual en la población de estudiantes de Psicología participantes en la investigación.

Variable	N	%
Tabaquismo		
No fumador	112	65,1
Fumador Habitual	34	19,8
Fumador Esporádico	17	9,9
Exfumador	9	5,2
Consumo de Alcohol		

No	46	26,9
No dependiente	66	38,6
Indica problemas	23	13,5
Dependencia Alcohólica	36	21,1
Sin Dato	1	
Vida Sexual		
Ocasional	71	41,5
Frecuente	70	40,9
Rara Vez o Nunca	30	17,5
Sin Dato	1	
Protección contra ETS		
Si	102	65,0
No	55	35
Sin Dato	15	
Frecuencia de Protección		
Siempre	58	59,8
A Veces	31	32,0
Rara Vez	6	6,2
Nunca	2	2,1
Sin Dato	75	
Tipo de protección contra ETS		
Métodos de Barrera	92	92,0
Métodos de Barerra, examen	3	3,0
Pareja Estable	2	2
Otros	3	3,0
Sin Dato	72	
Protección contra embarazo		
Si	136	87,2
No	20	12,8
Sin Dato	16	
Frecuencia de protección contra embarazo		

Siempre	101	79,5
A Veces	22	17,3
Rara Vez	2	1,6
Nunca	2	1,6
Sin Dato	57	
Tipo de protección contra embarazo		
Métodos Hormonales	53	40,8
Métodos de Barrera	43	33,1
Métodos de Barrera y Hormonales	25	19,2
Sin Especificar	5	3,8
Métodos Quirúrgicos	2	1,5
Métodos Naturales	1	0,8
Dispositivo Intrauterino	1	0,8
Sin Dato	42	

La Tabla 8 muestra como son las relaciones de los estudiantes de Psicología con su entorno medidas con el Ecomapa ⁶¹, en la cual se evidencia que tienen relación en su mayoría muy estrecha solo con la Familia, buena en su mayoría con amigos, compañeros de la universidad, docentes, y formación humana. Distante en la mayoría de los casos con las tutorías de la facultad, bienestar estudiantil, la sección de gimnasia y deportes, la sección de extensión cultural, servicio médico e iglesia. Las relaciones conflictivas en general son poco frecuentes, y la que se presenta con mayor frecuencia es con la iglesia (9,4%).

Tabla 8. Relaciones con su entorno de los estudiantes de Psicología de la Universidad de Manizales		
Variable	N	%
Familia		
Muy Estrecha	92	53,8
Buena	59	34,5
Distante	15	8,8
Conflictiva	5	2,9
Sin Dato	1	
Amigos		

Buena	98	57,6
Muy Estrecha	52	30,6
Distante	20	11,8
Sin Dato	2	
Compañeros Universidad		
Buena	112	65,1
Distante	41	23,8
Muy Estrecha	18	10,5
Conflictiva	1	0,6
Docentes		
Buena	114	66,7
Distante	53	31,0
Muy Estrecha	4	2,4
Sin Dato	1	
Formación Humana		
Buena	91	53,2
Distante	76	44,4
Muy Estrecha	3	1,8
Conflictiva	1	0,6
Sin Dato	1	
Tutorías		
Distante	105	62,1
Buena	61	36,1
Muy Estrecha	3	2,6
Sin Dato	3	
Bienestar Estudiantil		
Distante	140	81,9
Buena	29	17,0
Muy Estrecha	2	1,2
Sin Dato	1	
Gimnasia y Deportes		
Distante	142	83,0
Buena	18	10,5
Muy Estrecha	8	4,7
Conflictiva	3	1,8
Sin Dato	1	
Extensión Cultural		
Distante	132	77,2
Buena	30	17,5
Muy Estrecha	9	5,3
Sin Dato	1	1,3
Servicio Médico		

Distante	97	56,7
Buena	69	40,4
Conflictiva	3	1,8
Muy Estrecha	2	1,2
Sin Dato	1	
Iglesia		
Distante	94	55,0
Buena	50	29,2
Conflictiva	16	9,4
Muy Estrecha	11	6,4
Sin Dato	1	

La tabla 9 despliega el empleo del tiempo libre reportado por los estudiantes de la Facultad de Psicología; allí resalta que en día laboral se emplea el tiempo libre en su mayoría (61,6%) en actividades de ocio pasivo (ver televisión y/o video, escribir, escuchar radio, música, leer libros, periódicos, utilizar el computador, etc.), en cambio los fines de semana la mayor parte (71,7%) se dedican a actividades de relación social y diversión (estar con la familia, con amigos/as, salir con la pareja, salir a tomar algo, ir a bailar, ir al cine, teatro, etc.). En puente igualmente la mayoría se dedican a actividades de relación social y diversión, aunque en menor proporción (47,3%), a actividades de ocio activo (fotografía, trabajos manuales, ir de tiendas, etc.) se dedican el 21,3%. En vacaciones el empleo del tiempo libre es sigue mostrando una mayor proporción de actividades de relación social, pero la proporción de estudiantes que tienen actividades de ocio activo aumenta (32,3%) y disminuye la proporción de la población que efectúa actividades de ocio pasivo. La proporción de estudiantes que efectúan actividades Físico-deportivas (práctica de algún deporte, pasear, salir ampo, ir a la playa, etc.) prácticamente permanece constante.

Variable	N	%
Día Laboral		
Actividades de ocio pasivo	101	61,6
Actividades de relación social y diversión	45	27,4
Actividades físico-deportivas	11	6,7
Actividades de ocio activo	7	4,3

Sin Dato	2	
Fin de Semana		
Actividades de relación social y diversión	119	71,7
Actividades de ocio pasivo	45	18,7
Actividades fisico-deportivas	11	6,6
Actividades de ocio activo	5	3,0
Sin Dato	6	
Puente		
Actividades de relación social y diversión	80	47,3
Actividades de ocio activo	36	21,3
Actividades de ocio pasivo	28	16,6
Actividades fisico-deportivas	25	14,8
Sin Dato	3	
Vacaciones		
Actividades de relación social y diversión	71	42,5
Actividades de ocio activo	54	32,3
Actividades fisico-deportivas	24	14,4
Actividades de ocio pasivo	18	10,8
Sin Dato	5	

La Tabla 10 muestra la actividad física encontrada para la población de estudiantes de la Facultad de Psicología de la UM, y medidas según el cuestionario internacional de actividad física ⁷¹ que muestra una proporción de estudiantes activos del 49,4%, entre insuficientemente activos y sedentarios 36,6%. En cuanto a hábitos alimenticios ³⁵ un 13,6% de los estudiantes presenta una alimentación adecuada, el resto se divide entre las categorías necesita cambio, cambio urgente y cambio total. Referente a trastornos de la alimentación medidos con el cuestionario SCOFF ^{66,67,68} presentan factor de riesgo positivo el 28,7%, mayor que el medido en trabajo anterior ¹³ que fue del 10% aproximadamente, aunque efectuado con otro instrumento de medida. La somnolencia fue medida con el cuestionario de Epworth ^{72,73}, y presenta un 17,74% de estudiantes sin somnolencia, y un 65,2% de estudiantes con somnolencia ligera. La impulsividad medida con el cuestionario de Plutchik ^{62,63} muestra un 24,7% con factor de riesgo positivo para impulsividad. El cuestionario de estrés ⁷⁶ muestra un 82,5% de estudiantes con estrés bajo, y no hay ninguno con estrés alto según este instrumento. En lo referente a ansiedad y depresión medidos con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión ^{74,75} la tabla muestra a aproximadamente un 40% de la población con

problemas de ansiedad, ya sea como caso probable de ansiedad (25,4%) o como caso de ansiedad (14,8%), para depresión el resultado varía y en ese caso son caso probable de depresión el 7,7% y caso de depresión el 1,8%. El riesgo suicida se midió según la escala de riesgo suicida de Plutchik^{64,65}, la cual presenta un positivo para riesgo suicida de 14,8%.

Tabla 10. Rasgos de personalidad determinados en la población de estudiantes de la Facultad de Psicología de la UM participantes en la investigación.

Variable	N	%
Actividad Física		
Activo	81	49,4
Insuficientemente activo	54	32,9
Muy Activo	23	14,0
Sedentario	6	3,7
Sin Dato	8	
Hábitos Alimenticios		
Necesita Cambio	69	40,8
Cambio Urgente	65	38,5
Adecuado	23	13,6
Cambio Total	12	7,1
Sin Dato	3	
Trastornos de la Alimentación		
Negativo	122	71,3
Positivo	49	28,7
Somnolencia		
Ligera	107	65,2
No Tiene	29	17,7
Moderada	27	16,5
Grave	1	0,6
Sin Dato	8	
Impulsividad		
Negativo	122	75,3
Positivo	40	24,7
Sin Dato	10	
Estrés		
Bajo	118	82,5
Medio	25	17,5
Sin Dato	29	
Ansiedad		

Normal	101	59,8
Caso probable Ansiedad	43	25,4
Caso Ansiedad	25	14,8
Sin Dato	2	
Depresión		
Normal	153	90,5
Caso Probable Depresión	13	7,7
Caso Depresión	3	1,8
Sin Dato	3	
Riesgo Suicida		
Negativo	144	85,2
Positivo	25	14,8
Sin Dato	3	

Relaciones entre variables Psicología

Relaciones con género

Mediante la prueba de χ^2 se trató de determinar la relación entre las diferentes variables en estudio y género. No se encontró relación significativa con práctica y creencias religiosas, protección contra ETS y embarazo, funcionalidad familiar. En cuanto a relaciones con su medio no se encontró relación entre género y familia, amigos, compañeros de universidad, docentes, formación humana, tutorías, bienestar estudiantil, gimnasia y deportes, extensión cultural, servicio médico. Tampoco se encontró dependencia entre género y consumo licor, ansiedad, depresión, estrés, impulsividad, y riesgo suicida.

El género mostró relación significativa al nivel $p < 0,05$ con otra actividad ($p = 0,000$) (Ilustración 12). Igualmente mostró relación significativa con consumo de cigarrillo ($p = 0,026$) (Ilustración 13), clasificación de anticonceptivos empleados ($p = 0,002$). En cuanto a relaciones con el medio resultó significativa al nivel $p < 0,05$ la relación entre género e iglesia ($p = 0,01$, Ilustración 14). En lo referente a actividades en tiempo libre resultaron significativas las relaciones entre género y actividades en tiempo libre en día laboral ($p = 0,004$, el hombre tiene mayor proporción de actividades físico deportivas, 19,4%-3,8%, y menos actividades de ocio pasivo, 48,4%-64,7%), actividades de fin de semana ($p = 0,014$); en el mismo sentido que

actividades en tiempo libre en día laboral, en puente ($p=0,021$), en vacaciones ($p=0,047$). Igualmente resultó significativa la relación entre género y dependencia alcohólica según Cage ($p=0,036$, ilustración 15), trastornos de la conducta alimentaria ($p=0,01$, Ilustración 16). La actividad física también mostró dependencia significativa con género ($p=0,001$, Ilustración 17).

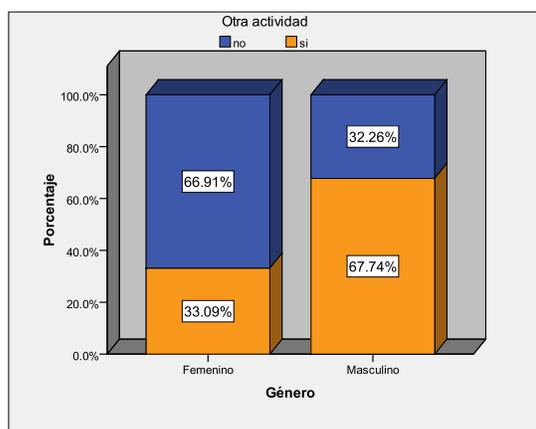


Ilustración 12. Asociación entre género y otra actividad en la población de estudiantes de la Facultad de Psicología participantes en el estudio.

La Ilustración 13, despliega la dependencia entre género y tabaquismo. Es notorio en esta figura que el género femenino presenta mayor porcentaje de no-fumadores (69,5%), y menor porcentaje de fumadores habituales (11,6%) en comparación al género masculino.

La Ilustración 12 muestra la dependencia entre género y otra actividad para la facultad de Psicología. Esta Figura muestra que los estudiantes de género masculino presentan un mayor porcentaje de actividad extracurricular (57,74%) con relación al género femenino.

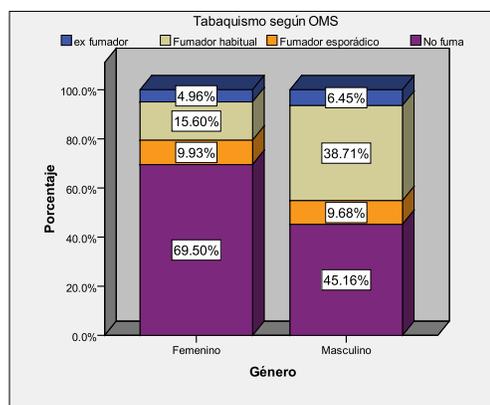


Ilustración 13. Asociación entre consumo de tabaco y género en estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales participantes en el estudio

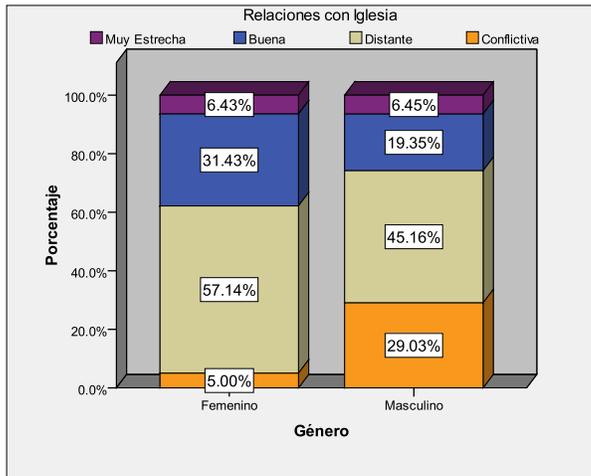


Ilustración 14. Asociación entre género, y relación con Iglesia en estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales participantes en el estudio sobre estilos de vida

La asociación encontrada entre relación con la iglesia y género en los estudiantes de la Facultad de Psicología se despliega en la ilustración 14. Esta asociación consiste en menor porcentaje de relación conflictiva en mujeres, y mayor porcentaje de buena relación.

La asociación entre dependencia alcohólica según el cuestionario de Cage y género se encuentra relacionada en la Ilustración 15. Esta asociación consiste en que el género femenino muestra una mayor proporción de no consumo (57,58%-34,62%) y menores proporciones de dependencia alcohólica entre los consumidores (24,24-46,15%).

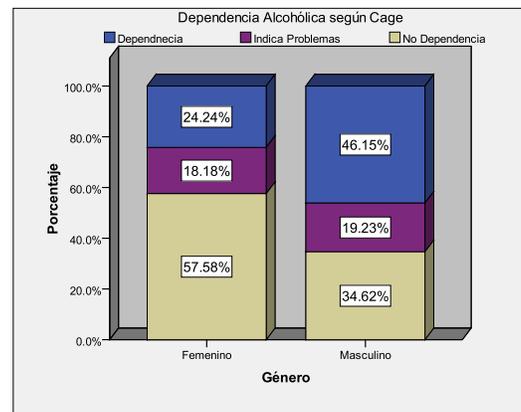


Ilustración 15. Asociación entre dependencia alcohólica según Cage, y género para los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales.

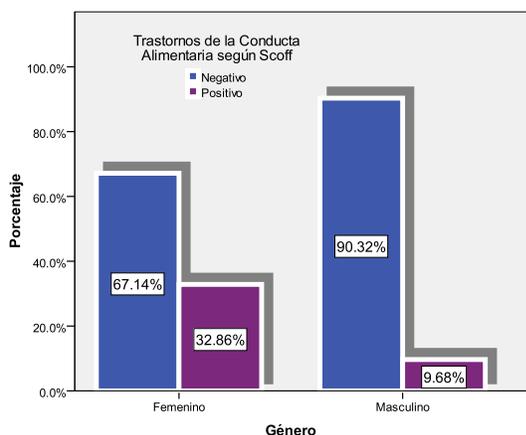


Ilustración 16. Factor de Riesgo para Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales, discriminado por género.

La relación entre Género y Actividad física se encuentra detallada en la Ilustración 17, para la facultad de Psicología. Esta ilustración muestra que el género femenino presenta una mayor proporción de la categoría activo (52,59%) frente a 33,48% del género masculino, pero a su vez la proporción de Muy Activo en el género masculino es de 37,93% frente a 8,89% del género femenino.

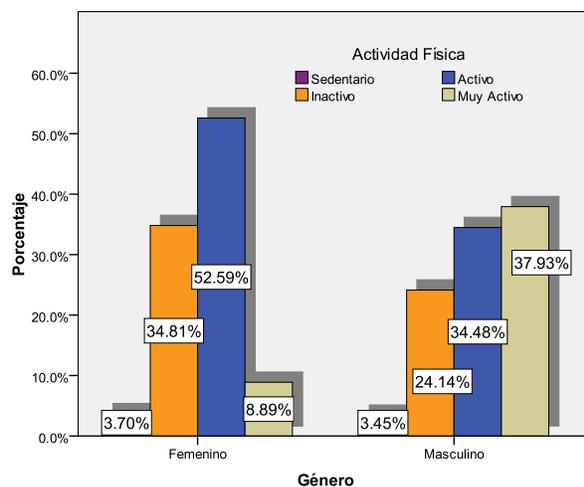


Ilustración 17. Relación entre actividad física y Género en los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales

Las siguientes variables con relación a Género presentan probabilidad $< 0,1$, aunque no suficientes para ser consideradas significativas en el presente estudio, si presentan alguna dependencia: Vida sexual ($p=0,068$, el género femenino muestra una proporción de vida

sexual rara vez o nunca del 20,7% frente a 3,2% del género masculino) Protección contra el SIDA ($p=0,055$, 80% para el género Masculino contra 61,4% para el género Femenino).

Relaciones con semestre

Las relaciones con semestres cursados son muy importantes puesto que muestran la dinámica de las variables con relación al tiempo transcurrido de estudio. No presentaron relación con semestre, práctica religiosa, protección contra el SIDA, protección contra embarazo, clasificación de productos anti ETS empleados, funcionalidad familiar, relaciones con la familia, con amigos, con formación humana, con la sección de gimnasia y deportes, con extensión cultural, con bienestar, con servicio médico, con iglesia, empleo del tiempo libre en día laboral, en puente, en vacaciones, hábitos alimenticios, factor de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria según el cuestionario de Scoff, somnolencia, actividad física, ansiedad y depresión, nivel de estrés, impulsividad según Plutchik, riesgo suicida según Plutchik.

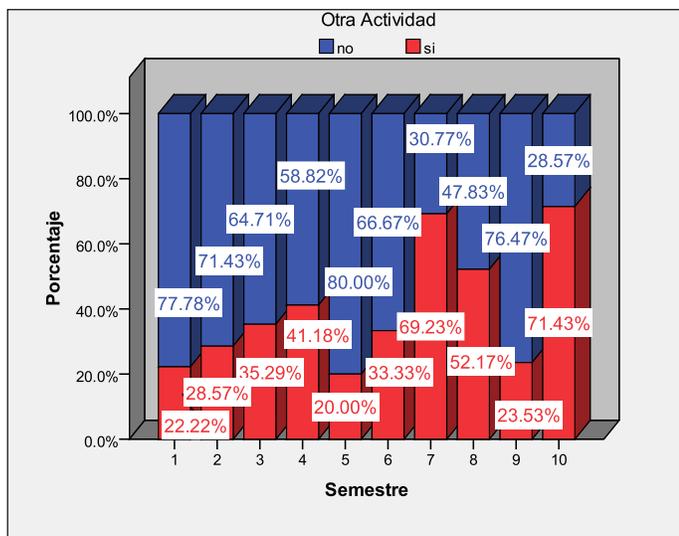


Ilustración 18. Relación entre tener otra actividad y Semestre para los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales.

Presentaron una influencia al nivel de significancia $p<0,05$, exigido por el presente estudio Tener Otra actividad ($p=0,025$). La Ilustración 18 muestra esta relación, allí se evidencia que las actividades extracurriculares muestran un aumento sistemático con semestre desde 22,2% en 1° Semestre hasta 71,43% en 10° Semestre.

La relación con compañeros de la Universidad muestra una dependencia significativa con semestre ($p=0,005$) en el sentido de que la relación distante muestra un aumento desde 20% en los primeros semestres hasta 46,7% en 10° Semestre.

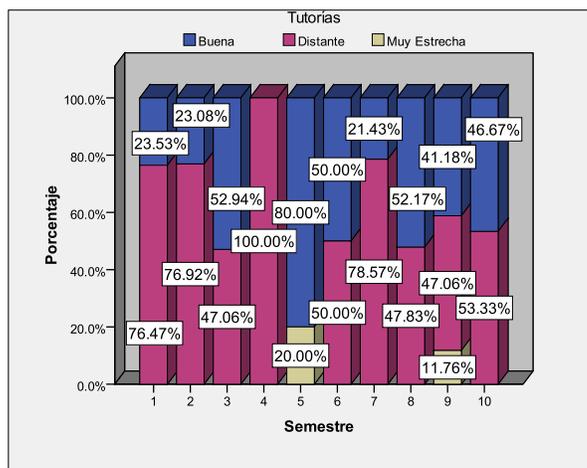


Ilustración 19. Asociación entre relación con tutorías y Semestre para los estudiantes de Psicología de la Universidad de Manizales.

La relación con tutorías muestra también una relación significativa con Semestre ($p=0,000$), como muestra la Ilustración 20. En esta Ilustración es notorio que la relación con tutorías mejora al transcurrir la carrera en el sentido que esta relación es distante en un 76,47% en primer semestre hasta 53,33% en 10° Semestre, igualmente la relación buena aumenta desde 23,53% hasta 46,67% en último

Semestre.

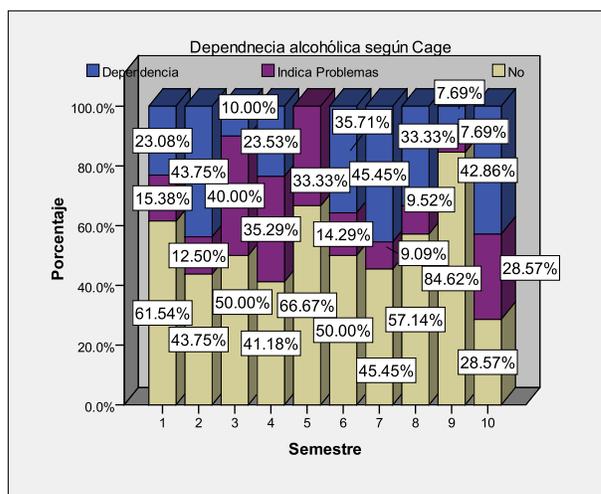


Ilustración 20. Relación de la dependencia alcohólica según Cage y semestre para los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales

Las actividades de Fin de Semana de los estudiantes de Psicología presentan relación con Semestre ($p=0,039$). El consumo de licor y la dependencia alcohólica según Cage también presentan relación significativa con semestre ($p=0,002$ y $p=0,031$ respectivamente). La Ilustración 19 muestra la relación para dependencia alcohólica, donde se muestran mucha variación entre semestres, pero sin tendencia definida.

Con relación a semestre y con estudiantes de la facultad de Psicología no se presentaron más relaciones significativas, aunque existen varias variables que presentan una significancia $p < 0,1$, no suficiente para ser consideradas significativas en el presente estudio, pero que si pueden mostrar alguna dependencia. Estas son religión ($p=0,077$) en el sentido de que se presenta mucha variación entre semestres desde 8,3% de creencias religiosas en 10° Semestre hasta 57,1% en 2° Semestre, pero sin una tendencia definida. Fuma ($p=0,069$) y Tabaquismo ($p=0,096$) que presenta mucha variación entre semestres, 0% en 3° Semestre, hasta 47,1% en 4° Semestre, pero sin una tendencia definida. Vida Sexual ($p=0,096$) la cual muestra una tendencia de la opción rara vez o nunca de disminuir desde 33,3% para el 1° Semestre hasta 6,7% en 10° Semestre. Relación con docentes ($p=0,089$) en el sentido que hacia los últimos semestres aparece una relación muy estrecha.

Relación entre rendimiento académico y características de personalidad en los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales.

Tabla 11. Coeficiente de correlación de Pearson entre Promedio de notas del Semestre Anterior y las variables de personalidad medidas en Estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales, consumo cigarrillo, alcohol, y hábitos alimenticios

		Promedio nota Semestre Anterior	Número Cigarrillos por Semana	Puntaje Funcionalidad Familiar	Puntaje Dependencia Alcohólica	Puntaje Hábitos Alimenticios	Puntaje Trastornos de la Alimentación	Puntaje Somnolencia	Puntaje Ansiedad	Puntaje Depresión	Puntaje Estrés	Puntaje Impulsividad	Puntaje Riesgo Suicida
Promedio académico semestre anterior	cc	1	.206	-.027	-.196**	-.079	.152***	.000	-.092	-.135	-.078	.262**	-.098
	P		.207	.754	.020	.352	.071	.995	.279	.112	.399	.002	.251
	N	142	39	141	142	142	142	138	140	140	118	136	139
Número de cigarrillos por semana	cc	.206	1	-.205	.265***	.004	-.014	.091	.076	.106	.288***	.069	.127
	P	.207		.150	.060	.979	.924	.543	.606	.473	.072	.639	.378
	N	39	51	51	51	51	51	47	48	48	40	49	50
Puntaje funcionalidad familiar	cc	-.027	-.205	1	-.206**	-.039	.011	-.048	.224***	.199***	.354***	-.032	.323***
	P	.754	.150		.007**	.618	.885	.540	.004	.010	.000	.692	.000
	N	141	51	170	170	170	170	162	167	167	141	160	168
Puntaje dependencia alcohólica	cc	-.196*	.265***	-.206**	1	.140***	.033	.153*	.133***	.028	.215*	.212**	.213**

ca según Cage	P	.020	.060	.007		.066	.664	.050	.086	.716	.010	.007	.006
	N	142	51	170	172	172	172	164	169	169	143	162	169
Puntaje Hábitos Alimenticios	cc	-.079	.004	-.039	.140***	1	-.024	.146***	.199**	.066	.113	.354***	.116
	P	.352	.979	.618	.066		.751	.063	.010	.395	.179	.000	.132
	N	142	51	170	172	172	172	164	169	169	143	162	169
Puntaje Trastornos de la Conducta Alimentaria (Scoff)	cc	-.152***	-.014	.011	.033	-.024	1	.065	.143***	.078	.227***	.234***	.305***
	P	.071	.924	.885	.664	.751		.410	.064	.314	.006	.003	.000
	N	142	51	170	172	172	172	164	169	169	143	162	169
Puntaje Somnolencia (Epworth)	cc	.000	.091	-.048	.153*	.146***	.065	1	.257***	.075	.242***	.228***	.073
	P	.995	.543	.540	.050	.063	.410		.001	.340	.004	.004	.355
	N	138	47	162	164	164	164	164	161	162	139	157	162
Puntaje Ansiedad (Escala Hospitalaria)	cc	-.092	.076	-.224***	.133***	.199**	.143	.257***	1	.449***	.657***	.487***	.552***
	P	.279	.606	.004	.086	.010	.064	.001		.000	.000	.000	.000
	N	140	48	167	169	169	169	161	169	168	142	159	167
Puntaje Depresión (Escala Hospitalaria)	cc	-.135	.106	-.199**	.028	.066	.078	.075	.449***	1	.564***	.187*	.497***
	P	.112	.473	.010	.716	.395	.314	.340	.000		.000	.018	.000
	N	140	48	167	169	169	169	162	168	169	142	159	166
Puntaje Estrés	cc	-.078	.288***	-.354**	.215*	.113	.227***	.242***	.657***	.564***	1	.320***	.657***
	P	.399	.072	.000	.010	.179	.006	.004	.000	.000		.000	.000
	N	118	40	141	143	143	143	139	142	142	143	136	142
Puntaje impulsividad (Plutchik)	cc	-.262***	.069	-.032	.212***	.354***	.234***	.228***	.487***	.187*	.320***	1	.314***
	P	.002	.639	.692	.007	.000	.003	.004	.000	.018	.000		.000
	N	136	49	160	162	162	162	157	159	159	136	162	160
Puntaje Riesgo Suicida (Plutchik)	cc	-.098	.127	.323***	.213***	.116	.305***	.073	.552***	.497***	.657***	.314***	1
	P	.251	.378	.000	.006	.132	.000	.355	.000	.000	.000	.000	
	N	139	50	168	169	169	169	162	167	166	142	160	169

*. Correlación significativa al nivel 0.05 (2-colas). **. Correlación significativa al nivel 0.01 (2-colas). ***Correlación significativa al nivel 0.001 (2-colas). cc: Coeficiente de Correlación de Pearson. nP Probabilidad (2-colas)

La Tabla 11 muestra las correlaciones de Pearson para las variables de personalidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol, hábitos alimenticios, trastornos de la alimentación

y rendimiento académico del semestre anterior reportado por los estudiantes participantes en el estudio.

En la primera línea de la Tabla 11 se observa el coeficiente de correlación para promedio de nota del semestre anterior con relación a las demás variables. Se observa que la variable impulsividad ($p=0,002$) muestra una significancia al nivel $p<0,01$, la variable dependencia alcohólica ($p=0,02$) al nivel $p<0,05$, y la variable trastornos de la conducta alimentaria ($p=0,071$) al nivel $p<0,1$, todas negativas, como era de esperarse lo cual quiere decir que a mayores puntajes de las tres variables menor rendimiento académico. El resto de las variables no presentan significancia con relación al promedio de notas obtenido por el estudiante en el semestre anterior.

En la Tabla 11 se observa en general una gran correlación entre las variables de personalidad. Por ejemplo el puntaje de riesgo suicida según Plutchik correlaciona al nivel

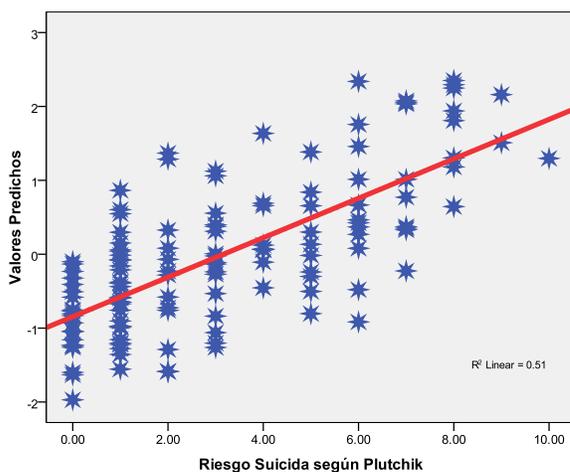


Ilustración 21. Valor predicho de riesgo suicida según Plutchik contra valor observado para el modelo de regresión lineal intentado y para estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales.

$p<0,001$ con funcionalidad familiar ($p=0,000$), trastornos de la alimentación ($p=0,000$), ansiedad ($p=0,000$), depresión ($p=0,000$) estrés ($p=0,000$), impulsividad ($p=0,000$), y al nivel $p<0,01$ dependencia alcohólica ($p=0,006$). El modelo de regresión lineal intentado entre el riesgo suicida y las variables mencionadas presenta una significancia $p=0,000$, $R^2=0,510$ y se despliega en la Ilustración 21.

En lo referente a la variable somnolencia esta presenta relación significativa al nivel $p<0,01$ con ansiedad ($p=0,001$), estrés ($p=0,004$), impulsividad según Plutchik ($p=0,004$) y al nivel $p<0,05$ con dependencia

alcohólica ($p=0,05$) y al nivel $p<0,1$ con hábitos alimenticios ($p=0,063$). La regresión lineal efectuada presenta una significancia $p=0,007$ y un $R^2=0,117$.

Relaciones con actividad física

Al nivel $p<0,05$, se encontró relación significativa entre actividad física y tabaquismo ($p=0,047$) y con dependencia alcohólica ($p=0,042$, Ilustración 22). No se encontró dependencia con las variables de personalidad.

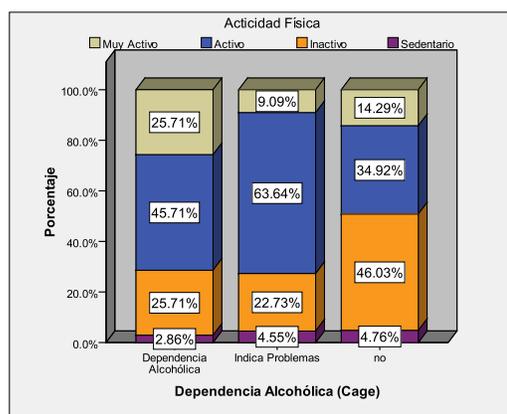


Ilustración 22. Relación entre Actividad Física y Dependencia Alcohólica para estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales

La Ilustración 22 despliega la dependencia entre actividad física y dependencia alcohólica, se observa que la mayor proporción de Activo (63,64%) está en indica problemas, y la mayor proporción de inactivos (48,03%) está entre los estudiantes que declaran no consumir alcohol.

Relaciones con procedencia

Contrariamente a lo que sucede en la Facultad de Medicina, en la Facultad de Psicología se presenta mayor dependencia con procedencia (35,3% de fuera de Manizales). Al nivel $p<0,01$ se encuentra dependencia significativa con funcionalidad familiar ($p=0,002$, Ilustración 23), riesgo suicida según Plutchik ($p=0,002$, Ilustración 24).

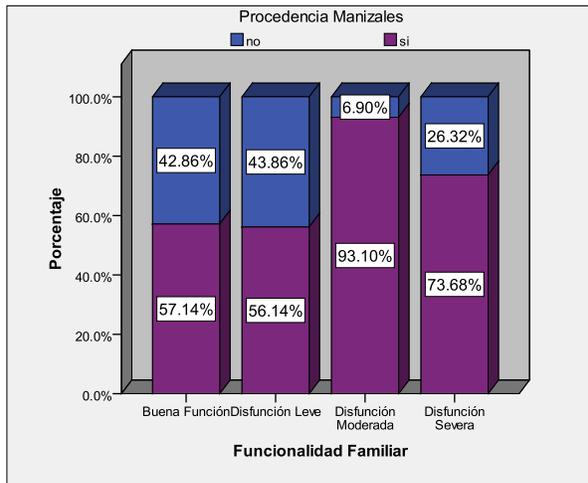
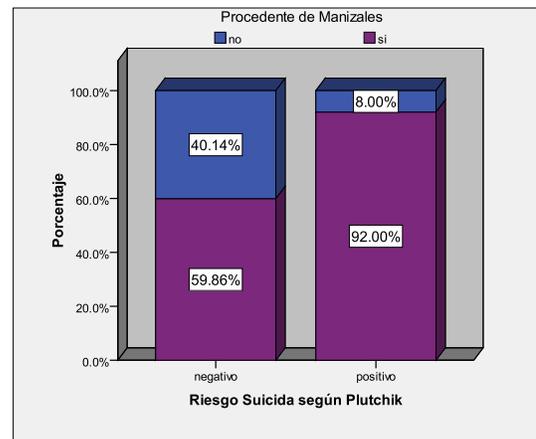


Ilustración 23. Dependencia entre funcionalidad familiar y procedencia para los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales.

La relación entre Riesgo Suicida según Plutchik y Procedencia se encuentra relacionada en la Ilustración 24; allí destaca que el 92% de los estudiantes con Riesgo Suicida positivo proceden de Manizales.

Presentan una significancia $p < 0,1$ la relación entre procedencia y Tabaquismo ($p = 0,072$), en el sentido de que de los procedentes de Manizales, 39% son fumadores. Para los no-procedentes de Manizales el 22% son fumadores. Análogamente sucede con el Tabaquismo según la OMS, el 24% de los procedentes de Manizales son fumadores habituales, mientras que en los no-procedentes esta proporción es del 16,7%; el 3,6% de los procedentes de Manizales son ex fumadores, mientras que en los no-procedentes esta proporción es del 8,3%. También presenta significancia $p < 0,1$ los hábitos alimenticios ($p = 0,079$) en el sentido de que el 46,8% de los procedentes de Manizales necesitan cambios, en los no-procedentes de Manizales esta



La Ilustración 23 despliega la dependencia entre funcionalidad familiar y procedencia, se observa que de los que presentan disfunción moderada el 93,1% son de Manizales, y de los que presentan Disfunción Severa el 73,68% igualmente son de Manizales.

proporción es del 30,5%. El 10,1% de los procedentes de Manizales presentan alimentación adecuada, en los no-procedentes de Manizales esta proporción es del 20,3%.

Discusión Psicología

Para esta población estudiada, la mejor red de apoyo es la familia, la única red con la cual un poco más de la mitad afirma tener relación muy estrecha. Pese a lo anterior, solo un poco más de un tercio presenta buena función familiar y las dos terceras partes presentan disfunción familiar, entre leve y severa. Llamativamente esta disfunción se concentra en los estudiantes de Manizales, dado que el 93,1% de quienes presentan disfunción moderada son de Manizales, al igual que el 73,68% de quienes presentan disfunción severa. Por lo anterior, al fallar esta importante red de apoyo, no es de extrañar que el 92% de los estudiantes con riesgo suicida procedan de Manizales.

Le sigue buena relación en su mayoría con los compañeros de universidad y docentes, cerca del 65% para ambos casos, y formación humana 53,2%. La relación con docentes se torna significativamente más estrecha hacia los últimos semestres, contrario a lo que sucede en la relación con los compañeros, la cual decrece en forma significativa durante la permanencia en la universidad, de un 20% de distante en los primeros semestres, hacia décimo semestre esta cifra se duplica, pasando al 46,7%.

Con tutorías de la facultad un tercio califica la relación como buena, distante el porcentaje restante; en general esta relación mejora al transcurrir la carrera: de distante en su mayoría en el primer semestre, este porcentaje disminuye hasta casi la mitad en décimo semestre. Resultó significativa la asociación género y tutorías, el género femenino muestra mejores relaciones con tutorías. Por otra parte tutorías es un programa reciente, un poco más de un año de creación para el momento de la recolección de la información, que no cobija a toda la población, solo a quienes la requieren o solicitan.

Llama la atención que la gran mayoría califican como distante su relación con la sección de gimnasia y deportes, bienestar estudiantil y extensión cultural; es decir, programas creados para que se constituyan en posibles redes de apoyo, por alguna circunstancia no están

generando este efecto; sería interesante a futuro indagar las motivaciones para ello, con el fin de cualificar estos programas tan importantes dentro del proceso formativo integral.

En cuanto a la religión o grupo espiritual, más de la mitad, 55%, califican como distante su relación con esta red, solo un tercio la califican como buena; en general las relaciones conflictivas con las redes de apoyo no son frecuentes, y la que se presenta es con la iglesia, 9,4%, significativamente mayor en hombres. Únicamente el 37,3% pertenecen a alguna religión o grupo espiritual, en su gran mayoría católica, y de ellos menos de la mitad la practican. Queda la sensación de que la iglesia católica está perdiendo seguidores entre los jóvenes.

En general las actividades extracurriculares muestran un incremento sistemático durante la permanencia en la universidad, de 22,2% en primer semestre, este porcentaje se incrementa al 71,43% en décimo semestre. Al analizar el sedentarismo, el 39,4% afirman tener una actividad extracurricular relacionada con la práctica deportiva, con una dedicación promedio de 10 horas semanales. El cuestionario internacional de actividad física⁷¹ evidencia una proporción de estudiantes activos del 49,4%; entre insuficientemente activos y sedentarios 36,6%. En vacaciones las actividades Físico-deportivas (práctica de algún deporte, pasear, salir al campo, etc.) prácticamente permanece constante y la proporción de estudiantes que tienen actividades de ocio activo aumenta y disminuye la proporción de la población que efectúa actividades de ocio pasivo.

Es significativa la relación género - actividades en tiempo libre en día laboral, en el fin de semana, en puente y en vacaciones, en el sentido de que el género masculino tiene mayor proporción de actividades físico deportivas y menos de ocio pasivo, a la vez que ellos presentan un mayor porcentaje de actividad extracurricular con relación al género femenino.

Este nivel de actividad física en los participantes de la facultad de Psicología es mayor al reportado por estudios sobre el sedentarismo en Brasil, Chile, México y Perú, los cuales evidencian que cerca del 70% de la población no practican el grado de actividad física benéfica para la salud ³⁸, característica que se acentúa en las mujeres de los tres países

suramericanos estudiados y se incrementa al avanzar la edad, situación que coincide con los hallazgos en otros países. Igualmente es una cifra mayor de actividad física al 62,5% de sedentarismo reportado en un estudio con 40 estudiantes de Psicología de Zaragoza, 80% del género femenino⁸⁵. Por otra parte, los hallazgos difieren de los encontrados por Araya y colaboradores⁴⁰ quienes al realizar un paralelo entre estudiantes de tercer año de carreras de la salud y humanistas, identifican un 81% de sedentarismo en toda la muestra, con porcentajes mayores, 87%, en las áreas humanistas, y 76% en salud. Para el presente estudio el nivel de sedentarismo es mayor en Medicina.

En cuanto a salud sexual y reproductiva, sobresale que a pesar de ser estudiantes universitarios, con mayor conocimiento sobre riesgos, la protección es insuficiente: el 87,2% de los participantes se protegen para embarazo, pero de ellos sólo el 79,5% lo hacen siempre; 65% se protegen contra ETS, pero solo el 59,8% lo hacen siempre. Lo anterior recuerda las incongruencias encontradas por Arrivillaga y colaboradores⁵², entre creencias saludables que contrastan con prácticas poco saludables, en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida. Desde una perspectiva de género, fue significativamente mayor la proporción de mujeres que refieren tener vida sexual rara vez o nunca, 25,5%.

Sólo en el 13,6% de los estudiantes se identifica hábitos alimenticios adecuados, los cuales se presentan especialmente en la quinta parte de los estudiantes procedentes de fuera de Manizales, a diferencia de solo una décima parte de los procedentes de Manizales. El resto de los participantes se divide entre las categorías necesita cambio, cambio urgente y cambio total; entre esta población que requiere cambios en sus hábitos alimenticios, cerca de la mitad proceden de Manizales, a diferencia de un poco menos de un tercio procedentes de fuera de Manizales. En cuanto a trastornos de la conducta alimentaria, medida con el cuestionario SCOFF^{66,67,68} presentan factor de riesgo positivo el 28,7%, más acentuado en el género femenino y mayor que el medido en trabajo anterior¹³ que fue del 10% aproximadamente, aunque efectuado con otro instrumento de medida.

Se estableció además 65,1% de no fumadores, 5,2% de ex fumadores, y 29,7% entre fumadores esporádicos y habituales ¹¹ (según clasificación de la OMS); estudios anteriores efectuados en la misma población¹¹ muestran frecuencias de consumo mayores y muy baja frecuencia de ex fumadores. En cuanto al tabaquismo, el género y la procedencia muestran asociación significativa, evidenciando mayor riesgo en el género masculino y en los procedentes de Manizales: El mayor porcentaje de no fumadores y el menor de fumadores habituales pertenece al género femenino; de los procedentes de Manizales 39% son fumadores, 24% fumadores habituales, mientras que en los no-procedentes 22% son fumadores y habituales el 16,7%; el 3,6% de los procedentes de Manizales son ex fumadores, mientras que en los no-procedentes esta proporción es del 8,3%.

Los resultados anteriores no coinciden con los hallazgos de Chiang y colaboradores ²⁹ quienes reportan un mayor consumo de tabaco en mujeres, 49,8% en comparación con el 42,3% de varones. Además el porcentaje de tabaquismo en esta población es inferior al 40% reportado en un estudio anterior con toda la población de estudiantes de la universidad de Manizales ¹¹, menor al 46,1% en estudiantes chilenos ²⁹, mayor a la cuarta parte de población de adultos de Nueva York que revela un artículo de publicación reciente ⁵, semejante a la reportada en otro estudio de Cali, también con estudiantes universitarios ¹⁸ y marcadamente mayor al cerca del 15% encontrado en estudiantes de primer semestre de salud en una universidad de Cali ¹.

Un poco más de un tercio presenta problemas con el alcohol, de ellos más de una quinta parte de la población total presenta dependencia alcohólica, indicador muy alto; el no consumo corresponde a cerca de una cuarta parte. Nuevamente se confirma diferencias de género en esta variable, el género femenino muestra una mayor proporción de no consumo y menores proporciones de dependencia alcohólica entre los consumidores.

En cuanto a los resultados de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión ^{74,75} dos quintas partes de la población presenta problemas de ansiedad; problemas de depresión cerca del 10%, nivel menor al cerca del 15% identificado para riesgo suicida, que se evidencia alto

y de riesgo, más aun si se asocia con el 24,7% de factor de riesgo para impulsividad medida con el cuestionario de Plutchik^{62,63}; este último además es muy alto para una población de estudiantes de Psicología, quienes en su desempeño profesional tendrán que afrontar diversas situaciones de crisis y de riesgo psicosocial, para lo cual se requiere ecuanimidad y una reflexividad ágil y serena.

La somnolencia es un aspecto importante en esta población, el 65,2% de estudiantes presenta somnolencia ligera, sin somnolencia solo el 17,74%, resultados semejantes a los arrojados en un estudio con jóvenes en Nicaragua, que refiere 66% de la población con trastornos del sueño⁵⁴. En un estudio efectuado con 40 estudiantes de Psicología de Zaragoza, 80% del género femenino, se encontró que 60% duermen menos de 8 horas diarias, situación no saludable¹.

Como ya se ha señalado, estudios evidencian que un sueño adecuado (entre 6 a 8 horas diarias en promedio) se relaciona con una buena salud y la adopción de conductas saludables⁵³, mientras que hábitos de sueño inadecuados pueden indicar un estilo de vida poco saludable y deficiente estado de salud. Los trastornos en los hábitos de sueño generan una sensación de cansancio permanente, que presiona al consumo de sustancias estimulantes del sistema nervioso central para conservar la vigilia y mantenerse alerta, como la cafeína y el alcohol⁵⁴; además existe una relación negativa entre el sueño inadecuado y algunas conductas relacionadas con la salud, como valoración de la vida, asumir con responsabilidad comportamientos saludables, adoptar hábitos alimenticios adecuados, un buen manejo de estrés y el ejercicio regular. Hábitos de sueño adecuados se asocian además con baja frecuencia de obesidad y control de factores asociados a ella.

El cuestionario de estrés⁷⁶ muestra un 82,5% de estudiantes con estrés bajo, ninguno con estrés alto según este instrumento; sin embargo es posible que el instrumento empleado no sea el más adecuado para esta población, y que resulte más sensible un instrumento de estrés académico, por ejemplo. Igualmente el estrés académico es una variable importante a considerar, por sus implicaciones en el grado de ansiedad, consumo de tabaco, cafeína,

fármacos, alteraciones en sueño y en la ingesta de alimentos, como lo sugiere un estudio efectuado en la Universidad de Sevilla⁸⁶

Al analizar los factores de riesgo para la salud, es llamativo el papel que juega la procedencia en la facultad de Psicología, encontrándose mayores factores de riesgo en los estudiantes procedentes de Manizales. De ellos 39% son fumadores, a diferencia del 22% de fumadores no-procedentes de Manizales; análogamente sucede con el Tabaquismo según la OMS, el 24% de los procedentes de Manizales son fumadores habituales, mientras que en los no-procedentes esta proporción disminuye al 16,7%; el 3,6% de los procedentes de Manizales son ex fumadores, mientras que en los no-procedentes esta proporción se incrementa al 8,3%. Igualmente entre los estudiantes procedentes de Manizales se identifica, en asociación significativa, mayor disfunción familiar, mayor riesgo suicida, mayor proporción de estudiantes que requieren cambios en sus estilos de alimentación y menores hábitos alimenticios adecuados.

Como lo analiza Posada-Lecompte⁸⁷, el ingreso al ambiente universitario cambia actitudes y rutinas, se modifican hábitos y estilos de vida, existe una mayor libertad y un menor grado de control que lleva a los estudiantes a responsabilizarse de sus acciones, decisiones y proyecto de vida. Igualmente surgen actividades y hábitos que pueden afectar su estilo y calidad de vida, como el consumo de tabaco, alcohol; se apropian de nuevas formas de vestir, interactuar, de movilizarse y administrar su tiempo, dinero y su alimentación. Se esperaría que esto impactara mayormente a los estudiantes foráneos, cuyo cambio de redes de apoyo y estilo de vida es mayor, lo que al parecer no se confirma en el presente estudio.

Igualmente el género también juega un papel importante al analizar los factores de riesgo para la salud: en cuanto a sedentarismo, este es significativamente mayor en mujeres, al igual que el riesgo para trastornos de la conducta alimentaria. En los hombres se identifica mayor porcentaje de tabaquismo y consumo de alcohol, al igual que dependencia alcohólica.

Los altos indicadores de factores de riesgo para la salud en esta población, en cuanto a salud sexual y reproductiva, hábitos alimenticios, alcohol, tabaco, parecen confirmar lo

descrito en otras investigaciones, con la misma población, acerca de que los jóvenes no perciben el riesgo como cercano, o se perciben como invulnerables y por tanto presentan conductas insanas que afectan la salud a mediano o largo plazo ^{15,42}; igualmente con autores que señalan que en el grupo etario entre los 15 y 24 años existe una mayor predisposición a la exposición a riesgos, lo que coincide con las características propias de este grupo poblacional ^{58,59}.

El presente estudio, con estudiantes de Psicología, evidencia la asociación significativa entre factores de riesgo: a mayores puntajes de impulsividad, dependencia alcohólica y trastornos de la conducta alimentaria, menor rendimiento académico. El resto de las variables no presentan significancia con relación al promedio de notas obtenido por el estudiante en el semestre anterior. Esta correlación positiva entre algunas variables de personalidad y conductas de riesgo confirma otros hallazgos de diversas investigaciones ¹⁹

Igualmente, el puntaje de riesgo suicida según Plutchik correlaciona de manera muy significativa con disfuncionalidad familiar, trastornos de la alimentación, impulsividad, dependencia alcohólica, ansiedad, depresión y estrés. Somnolencia presenta relación significativa con ansiedad, estrés, impulsividad según Plutchik y un poco menor con dependencia alcohólica y hábitos alimenticios. A su vez, se halló dependencia significativa entre funcionalidad familiar y riesgo suicida según Plutchik, este último, como ya se indicó, es significativamente mayor en los casos de disfuncionalidad familiar.

Paradójicamente, la mayor proporción de estudiantes activos se asocia con indica problemas con el alcohol y la mayor proporción de inactivos está entre los estudiantes que declaran no consumir alcohol.

Según Arrivillaga et al ⁵² es significativa la influencia de factores socio-ambientales, familia y amigos, en el desarrollo de pautas de comportamiento y creencias saludables, lo cual se confirma en estos hallazgos, donde se encontró asociación entre disfuncionalidad familiar, riesgos suicida, trastornos de la conducta alimentaria. Igualmente Comas ²², en un estudio con población española, afirma que los estilos de comportamiento están muy relacionados con las

redes de apoyo familiares, en una relación circular que puede llevar a la intensificación del riesgo en un determinado caso.

Discusión comparativa entre los resultados de las Facultades de Medicina y de Psicología

La mejor red de apoyo para ambas poblaciones, facultad de Psicología y Facultad de Medicina, es la familia, la única red con la cual la mayoría afirma tener relación muy estrecha; difieren en forma significativa la calidad de esta red de apoyo: mientras cerca del 70% de los estudiantes de Medicina presentan buena función familiar, esta cifra se reduce a solo un poco más de un tercio para la facultad de Psicología, en donde la disfunción familiar se concentra en los estudiantes procedentes de Manizales.

Le siguen como buenas redes de apoyo para ambas facultades los amigos, compañeros de universidad y docentes, esta última en especial para los estudiantes de Psicología, facultad en la que se suma el Programa de Formación Humana como buena red de apoyo, el cual no existe en la Facultad de Medicina. Difieren ambas facultades en su vínculo con las tutorías, la gran mayoría de los estudiantes de Medicina califican su relación con este programa como distante, 77,3%, mientras que en la facultad de Psicología esta cifra baja a 62,1% y la califican como buena el doble de estudiantes de Psicología, 36,1%, a diferencia del 18,9% de la Facultad de Medicina.

Coinciden las apreciaciones de los estudiantes de ambas facultades en cuanto a la relación distante con los siguientes programas: bienestar estudiantil, un poco más del 80% para ambas facultades; la sección de gimnasia y deportes, más acentuada en Psicología, 83% en comparación con el 69,2% de Medicina; Extensión Cultural, más distante en Psicología, 77%, que en Medicina, 69,7%. Como ya se dijo, programas que podrían constituirse en posibles redes de apoyo al proceso formativo integral, por alguna circunstancia no están generando este efecto. Finalmente ambas facultades presentan cifras cercanas al 55% de relación distante con la iglesia.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, aunque son estudiantes universitarios, con mayor conocimiento sobre riesgos y protección, coincide para ambas facultades altos indicadores de riesgo, o no se protegen o esta protección no se da siempre. Si bien el 94,9% de estudiantes de Medicina y el 87,2% de los de Psicología se protegen contra embarazo, esta práctica se da siempre en el 82% de estudiantes de Medicina y en el 79,5% de Psicología, cifra muy cercana para ambas facultades. Contra ETS se protegen cerca del 80,7% de estudiantes de Medicina y el 65% de estudiantes de Psicología, pero sólo se protegen siempre el 64,8% de estudiantes de Medicina y el 59,8% de estudiantes de Psicología. Las cifras de vida sexual rara vez o nunca son muy cercanas para ambas poblaciones, cerca del 17%, pero significativamente mayor la proporción de mujeres estudiantes de la Facultad de Psicología, 25,5%; cabe recordar que el 82% de la muestra de Psicología está integrada por mujeres, al igual que el 60% de Medicina, proporciones que corresponden a las reales de la población.

El sedentarismo es significativamente mayor para la Facultad de Medicina, aunque en ambas facultades se presenta como factor de riesgo, más acentuado en mujeres. En vacaciones se incrementa un poco el empleo del tiempo libre en actividades físico-deportivas para el caso de Medicina, pero en Psicología prácticamente permanece constante; no obstante, para esta última facultad, en la misma temporada vacacional la proporción de estudiantes que tienen actividades de ocio activo aumenta y disminuye la proporción de la población que efectúa actividades de ocio pasivo.

Sin embargo, el cuestionario internacional de actividad física⁷¹, evidencia una proporción de estudiantes activos del 53% en Medicina y del 49,4% en psicología, cifras muy cercanas para ambas facultades, al igual que las cifras entre insuficientemente activos y sedentarios, 39,1% en Medicina y 36,6% en Psicología. A pesar de ello, y para una población joven universitaria, esta cifra de sedentarismo continua siendo significativa. En Medicina únicamente un 15% afirman tener una actividad extracurricular relacionada con la práctica deportiva, para el caso de Psicología este porcentaje asciende al 39,4%. En Psicología las

actividades extracurriculares muestran un incremento sistemático durante la permanencia en la universidad, situación que no se presenta en Medicina.

Sólo el 13,6% de los estudiantes de Psicología y el 15,4% de Medicina presentan una alimentación adecuada. El resto se divide entre las categorías necesita cambio, cambio urgente y cambio total. El riesgo para trastornos de la conducta alimentaria es de 28,7% para la facultad de Psicología y 27,7% para la facultad de Medicina, mayor en mujeres que en hombres para ambas facultades.

El consumo de tabaco es semejante en ambas facultades, 19,8% de estudiantes de Psicología y 16,6% de Medicina son fumadores habituales, porcentaje de fumadores esporádicos y ex fumadores muy semejantes, al igual que la población de no fumadores, 68,1% en Medicina y 65,1% en Psicología. Durante la permanencia en la universidad se incrementa notablemente el tabaquismo en estudiantes de Medicina.

Igualmente en cuanto al consumo de alcohol las cifras no difieren mayormente en ambas facultades, 21,1% de porcentaje de dependencia alcohólica en Psicología y 21,7% en Medicina; en cuanto a la no dependencia, la cifra es 38,6% en Psicología y 35,3% en Medicina; cifras cercanas al 13% para ambas facultades de indica problemas y no consumo en el 30,6% de estudiantes de Medicina y el 26,9% de Psicología.

La población de estudiantes de Medicina presenta mayores porcentajes de ansiedad, la mitad de la población, cifra mayor a las dos quintas partes de la población de Psicología; para el caso de depresión los resultados son semejantes, 13% en Medicina y 10% en Psicología, igualmente son semejantes las cifras de riesgo suicida para ambas poblaciones, cercanas al 15%. Para el caso de impulsividad los estudiantes de Medicina muestran un 31,4%, en Psicología la cifra desciende al 24,7%.

Tampoco presentan mayores variaciones entre las dos facultades las cifras de somnolencia y de estrés. 65,2% de estudiantes de Psicología presenta somnolencia ligera, sin somnolencia solo el 17,74%; hallazgos semejantes a los de Medicina, 60,7% de estudiantes

presenta somnolencia ligera, sin somnolencia solo el 14,4%. Para el caso de Medicina se encontró asociación entre procedencia y somnolencia, los estudiantes procedentes de Manizales se ubican en los extremos, muestran o mayor somnolencia grave o ausencia de la misma, y por ende menor somnolencia ligera y moderada. Como ya se indicó, estas cifras también son cercanas a los hallazgos de un estudio con jóvenes en Nicaragua, que refiere 66% de la población con trastornos del sueño⁵⁴. En cuanto a estrés, 86,8% de estudiantes de Medicina y 82,5% de estudiantes de Psicología presentan estrés bajo, ninguno con estrés alto para ambas poblaciones; sin embargo, como ya se anotó, hubiese sido mejor, más sensible, haber aplicado un cuestionario de estrés académico.

Al analizar los factores de riesgo para la salud, es llamativo el papel que juega la procedencia en la facultad de Psicología, encontrándose mayores factores de riesgo en los estudiantes procedentes de Manizales. De ellos 39% son fumadores, a diferencia del 22% de fumadores no-procedentes de Manizales; análogamente sucede con el Tabaquismo según la OMS, el 24% de los procedentes de Manizales son fumadores habituales, mientras que en los no-procedentes esta proporción disminuye al 16,7%; el 3,6% de los procedentes de Manizales son ex fumadores, mientras que en los no-procedentes esta proporción se incrementa al 8,3%. Igualmente entre los estudiantes procedentes de Manizales se identifica, en asociación significativa, mayor disfunción familiar, mayor riesgo suicida, mayor proporción de estudiantes que requieren cambios en sus estilos de alimentación y menores hábitos alimenticios adecuados. En la Facultad de Medicina no se encontró asociación positiva con procedencia.

Para ambas poblaciones el género es una variable importante a considerar al analizar los factores de riesgo para la salud: En cuanto a factores de riesgo, el sedentarismo y el riesgo para trastornos de la conducta alimentaria es significativamente mayor en mujeres, para ambas facultades. En los hombres de ambas facultades se identifica mayor porcentaje de tabaquismo y consumo de alcohol, al igual que dependencia alcohólica.

Las mujeres de ambas facultades presentan mayor porcentaje de no fumadores y menor de fumadores habituales, menor proporción de no consumo de alcohol y menor de dependencia alcohólica, al igual que mayor proporción de vida sexual rara vez o nunca. En los hombres de ambas facultades se identifica mayor proporción de actividades físico deportivas, y menor de actividades de ocio pasivo, al igual que mayor porcentaje de actividades extracurriculares. Como ya se indicó, otras investigaciones avalan mayor sedentarismo en mujeres^{29, 36.} y mayor actividad física en varones^{29, 36, 39, 45, 48, 49.}

El presente estudio evidencia la asociación significativa entre factores de riesgo, lo cual confirma otros hallazgos de diversas investigaciones^{19.} Para el caso de Psicología, a mayores puntajes de impulsividad, dependencia alcohólica y trastornos de la conducta alimentaria, menor rendimiento académico presentado durante el semestre anterior; el resto de las variables no presentan significancia con relación al promedio de notas obtenido por el estudiante en el semestre anterior. En Medicina se encontró asociación entre rendimiento académico del semestre anterior con funcionalidad familiar y estrés.

Igualmente, para el caso de Psicología el puntaje de riesgo suicida según Plutchik correlaciona de manera muy significativa con disfuncionalidad familiar, trastornos de la alimentación, impulsividad, dependencia alcohólica, ansiedad, depresión y estrés. La somnolencia presenta relación significativa con ansiedad, estrés, impulsividad según Plutchik y un poco menor con dependencia alcohólica y hábitos alimenticios. A su vez, se halló dependencia significativa entre funcionalidad familiar y riesgo suicida según Plutchik, este último, como ya se indicó, es significativamente mayor en los casos de disfuncionalidad familiar. Para Medicina, la correlación positiva se dio entre algunas variables de personalidad, como ansiedad, depresión, estrés, impulsividad, con costumbres alimentarias.

Paradójicamente, en Psicología la mayor proporción de estudiantes activos se asocia con indica problemas con el alcohol y la mayor proporción de inactivos está entre los estudiantes que declaran no consumir alcohol. En Medicina se encontró incremento de

factores de riesgo para la salud a medida que se asciende en el semestre y por ende en la permanencia en la universidad, aumento progresivo del consumo de tabaco de primero a decimo semestre, con un pico máximo de fumadores en 8º semestre, el vinculo con las redes de apoyo que ofrece la universidad decrece al incrementarse el semestre y en especial con extensión cultural y tutorías, aunque con esta ultima mejora en los últimos semestres.

Se comprueba en la actual investigación como, en línea con los reportado por muchas otras investigaciones de Colombia, Latinoamérica y a nivel mundial, esta población de universitarios presenta altos indicadores de factores de riesgo para la salud, en las dimensiones exploradas: salud sexual y reproductiva, hábitos alimenticios, alcohol y tabaco, especialmente. Por ejemplo, en Chile la Encuesta Nacional de Salud del año 2003⁸⁸ evidencia como el 61,3% de la población mayor de 17 años presenta sobrepeso u obesidad, 90% es sedentaria, cifra mucho más alta que la encontrada en el presente estudio; 42% fuma, igualmente esta cifra es mayor al cerca del 20% de fumadores habituales en esta población; en Chile el 36% muestra índices elevados de hipertensión arterial y colesterol, y el 55% se ubican en un riesgo cardiovascular alto o muy alto, variables que no se consideraron en el presente estudio.

Igualmente estos resultados confirman lo planteado por algunos autores acerca de que los jóvenes no perciben el riesgo como cercano, o se perciben invulnerables, lo que incide en la presencia de conductas insanas que afectan la salud a mediano o largo plazo^{15,42}; igualmente con autores que señalan que en el grupo etario entre los 15 y 24 años existe una mayor predisposición a la exposición a riesgos, lo que coincide con las características propias de este grupo poblacional^{58,59}.

La influencia de factores socio-ambientales, familia y amigos, en el desarrollo de pautas de comportamiento y creencias saludables es señalada por varios autores, entre ellos Arrivillaga et al⁵², situación que se confirma en estos hallazgos, donde se encontró asociación entre funcionalidad familiar, riegos suicida, hábitos alimenticios y trastornos de la conducta

alimentaria. Igualmente Comas ²², en un estudio con población española, afirma que los estilos de comportamiento están muy relacionados con las redes de apoyo familiares, en una relación circular que puede llevar a la intensificación del riesgo en un determinado caso. Por ello se relievaa la importancia de cualificar los diversos programas que ofrece la Universidad de Manizales, a fin de que se constituyan en verdaderas redes de apoyo para los estudiantes y que a su vez sean legitimadas por ellos.

Como afirman Day y Paul ¹⁷ los jóvenes son diferentes a los adultos, aún no han establecido patrones de comportamiento, lo cual se constituye en una oportunidad de intervenir antes de que la crisis se presente. El abuso del alcohol, drogas y tabaquismo es sintomático de otras problemáticas, razón por la cual los escenarios educativos, en su misión formativa integral, debe ofrecerles soporte a la vez que aunar esfuerzos para potenciar los contextos educativos como escenarios y contextos saludables, en un meso sistema vinculante con las demás redes de apoyo, como sería la familia, y el grupo de pares y amigos ^{26,27}.

Desde esta perspectiva, y siguiendo a Ariza y Ocampo en sus planteamientos ¹, en el contexto actual globalizado y desde los conceptos de formación por competencias, las instituciones de educación superior deben promover nuevos estilos de interacción educador-educando, construir una nueva actitud que propicie que el educando sea cada vez mas autónomo y proactivo. Ello requiere de planeación, seguimiento y sistematización continua de experiencias, a fin de identificar oportunamente necesidades específicas y ejecutar los correctivos requeridos, sobre la base fundamental de que todo el colectivo docente y los demás estamentos de la comunidad educativa participen activamente en estos procesos.

Ariza y Ocampo enfatizan en la cualificación de los programas de tutoría, los cuales aplicados de manera coherente y sistemática, basados en acuerdos mínimos y cualificación permanente de los procesos de la misma, den respuesta a las verdaderas dificultades de los estudiantes, en sus diversas dimensiones. De esta manera, en forma contextual, integrada e interrelacionada, se aporta al acompañamiento y formación integral de los estudiantes,

responsabilidad compartida por toda la comunidad universitaria, no solo por unas instancias o programas. Estos autores diferencian varios tipos de tutorías, entre ellos: individual, de grupo, técnica o académica, de prácticas y finalmente de la diversidad, en la cual se considera a cada alumno con sus propias capacidades y ritmo de aprendizaje.

Otros autores como Comas ²² enfatizan en la importancia de fomentar hábitos culturales y deportivos como empleo del tiempo libre, implementar espacios para pausas laborales activas, la conciencia ecológica y el cuidado del medio ambiente; fortalecer los grupos juveniles y su participación activa, potenciar las conductas positivas y las redes de apoyo social, dado que como se ha comprobado ampliamente, promover hábitos saludables en los jóvenes se constituye en un valioso aporte a la esperanza y calidad de vida de una población.

Conclusiones y recomendaciones

Algunos estudios sobre el tema enfatizan la necesidad prioritaria de concentrar esfuerzos enfocados a la promoción de EV saludables, a lo largo del ciclo vital, y de manera intersectorial ^{20, 22, 88}. Este reto trasciende el sector de la salud, involucra además al sector educativo, laboral y medio ambiental, lo que ha llevado a hablar de la creación de entornos saludables, más aún si se tiene en cuenta que los aspectos medioambientales, económicos y socio culturales inciden en la acentuación de EV no saludables como el sedentarismo, el tabaquismo y hábitos alimenticios inadecuados. Las universidades y los ambientes laborales no pueden marginarse de esta responsabilidad social ⁸⁸.

De esta manera se busca propiciar que las personas, familias y comunidades se constituyan en agentes activos, proactivos y empoderados, en torno a la responsabilidad conjunta de promover contextos saludables, a riesgo de que, al igual que se observa cada vez con mayor frecuencia, los jóvenes, a edades más tempranas, presenten cuadros clínicos y epidemiológicos secundarios a sus EV no saludables.

La Promoción de la Salud se construye y desarrolla activamente desde los escenarios de la cotidianidad ³, del día a día, entre ellos los contextos educativos como parte del sistema social global. Desde esta perspectiva es que la Organización Panamericana de la Salud - OPS promueve la iniciativa de Escuelas Promotoras de Salud⁸⁹, lo que incluye además a las universidades, las cuales adicionan a su función tradicional de docencia, investigación y extensión, este componente de creación y cualificación conjunta y comprometida de entornos saludables, para incorporar el concepto de salud como una responsabilidad personal y social, tanto en las asignaturas curriculares, al igual que en investigación y en proyección.

Desde esta perspectiva en la actualidad se habla de las universidades como agentes promotores de salud y bienestar, que incluyen este componente de manera estrecha e integral dentro de sus compromisos de educar, innovar e investigar. A nivel internacional pueden mencionarse algunos ejemplos de experiencias semejantes:

- La Universidad de Bielefeld, Alemania, incursionó con estrategias de promoción de la Salud y bienestar laboral, que luego amplió a sus estudiantes.
- La Universidad de Newcastle, Reino Unido, se concentró en la Facultad de Salud, creando la Escuela de Medicina Saludable.
- La Universidad Central de Lancashire, en el Reino Unido, desarrolló la iniciativa de “La universidad como un escenario para una salud sustentable”, asumiendo esta sustentabilidad desde dos perspectivas: la promoción efectiva de la salud, la cual depende del desarrollo humano sustentable a nivel personal y social, y la necesidad de la durabilidad y permanencia de la promoción de la salud. Esta universidad contrató expertos en Promoción de la Salud para promover proyectos saludables al interior de la universidad, como celebraciones con menús saludables, conversatorios, promoción de la actividad física, y actividades no visibles como son los cambios estructurales de políticas y procesos que favorecen la promoción de la salud.
- En Chile se creó la Red Universitaria de Promoción y auto cuidado, en la que participaron cerca de 45 universidades y ocho institutos profesionales. Igualmente diversos convenios entre universidades chilenas y Canadá.

Desde una perspectiva sistémica, el objetivo es incidir en la universidad como sistema, y no sólo en los subsistemas, bien sea estudiantil, administrativos, docentes, facultades, dependencias o a nivel individual.

En síntesis, Universidad Saludable o Universidad Promotora de la Salud⁸⁹, es aquel centro de educación superior que incorpora a su proyecto educativo y laboral la Promoción de la salud, para que a su vez que se cualifica el desarrollo humano y la calidad de vida de estudiantes, docentes y administrativos, se les forme para que se constituyan en modelos, líderes o promotores de conductas saludables en sus contextos familiares, comunitarios y en los futuros entornos laborales y sociales en general. Teniendo en cuenta que la universidad cumple diversas funciones: educadora, empleadora, a la vez que se constituye en una institución comunitaria y proveedora de servicios de salud.

Se basa en los principios de “ciudades saludables” que priorizan iniciativas de promoción de la salud dirigidas a la universidad como entorno, más que focalizarse en lo individual, en la modificación de estilos de vida individuales; entornos saludables que a su vez promoverán que los integrantes de la comunidad educativa emprendan cambios positivos en sus cotidianidades. El objetivo es la construcción de ambientes físicos, psíquicos y sociales, de una cultura de la salud, que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad, incluyendo no solo a estudiantes, también académicos y funcionarios al incorporarlos en sus políticas institucionales, al igual que en las mallas curriculares implícitas y explícitas.

Esta creación de ambientes universitarios saludables incluye a toda la comunidad universitaria, a partir de una planeación estratégica participativa a corto, mediano y largo plazo, que impacte en lo posible todas las áreas del desarrollo humano. La creación de un entorno que facilite el acceso a una alimentación sana, la actividad física regular y la práctica deportiva, los espacios libres de humo. Igualmente las aulas de clase, las oficinas, en lo que atañe a temperatura, iluminación, aislamiento del ruido, creación de espacios lúdicos, y recreativos como jardines, zonas deportivas, salas de estudio y de reunión, y otros escenarios de encuentro; además incluir asignaturas relacionadas con los buenos hábitos de vida. Otros autores plantean iniciativas como el control de la sobrecarga académica que pueda incidir en un incremento del consumo de tabaco, alcohol y drogas. Se requiere intervención mediante actividades de promoción, prevención e identificación de situaciones y casos de riesgo.

En cuanto a procesos se enfatizarían aspectos psicosociales como el respeto, la solidaridad, la no violencia entre sí y dentro de cada estamento. Desincentivar el consumo de drogas lícitas e ilícitas, el interés por la seguridad personal, dentro de la universidad y en sus alrededores. El objetivo es el desarrollo de seres humanos integrales, que potencialicen sus competencias y habilidades en lo personal, profesional, social y comunitario. Promover el desarrollo de personas autónomas, reflexivas, críticas, con responsabilidad ante sí mismo y ante los otros.

En primer lugar se requiere visibilizar y coordinar los esfuerzos que adelantan diversas facultades y dependencias en torno a las acciones, programas y proyectos que se desarrollan en la universidad y que contribuyen a promover la salud física, mental, espiritual y social de estudiantes, docentes y funcionarios. Para así conformar un equipo interdisciplinario con representantes estudiantiles de las diversas facultades, docentes y administrativos.

Ello implica el trabajo coordinado del Departamento de Comunicaciones, Apoyo Estudiantil, Centro de Atención Psicológica, Servicio Médico, Salud Ocupacional, Talento Humano, Deportes y Gimnasio, Extensión Cultural, y otras dependencias; igualmente con el concurso de diversas facultades de la Universidad de Manizales, entre ellas las facultades de Psicología, Medicina, Educación, Comunicación Social y Periodismo y muchas otras facultades, instancias y programas, podría lograrse este sueño de Universidad Saludable, a la cual también podrían encaminar sus esfuerzos las prácticas Sociales Estudiantiles de los diversos programas.

Literatura Citada

- ¹ Ariza-Ordóñez GI, Ocampo-Villegas HB. *El acompañamiento tutorial como estrategia de la formación personal y profesional: un estudio basado en la experiencia en una institución de educación superior. Univ. Psychol. 2005; 4 (1): 31-41.*
- ² Tellez J, Cote M, Savogal F, Martínez E, Cruz U. *Identificación de factores protectores en el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. Rev. Fac. Med. Univ. Nav. Colomb. 2003; 51 (1):15-24.*
- ³ Epp J. *Organización Panamericana de la Salud. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En: OPS,OMS. Promoción de la Salud: una antología. publicación científica No. 557. Washington: OPS, OMS; 1996. P 25-36.*
- ⁴ Eaton DK, Kann L, Okoro CA, Collins J. *Selected Health Status Indicators and Behaviors of Young Adults, United States-2003. Am.J Health Educ 2007; 38(2):66-75.*
- ⁵ Ellis JA, Perl SB, Davis K, Vichinsky L. *Gender Differences in Smoking and Cessation Behaviors Among Young Adults After Implementation of Local Comprehensive Tobacco Control. Am.J Public Health 2008; 98:310-316.*
- ⁶ Center for Disease Control and Prevention. *Tendencia en el consumo de cigarrillos entre los estudiantes de la escuela preparatoria (superior o bachillerato) Estados Unidos, 1991-2001. MMWR 2002; 51(19): 409-412.*
- ⁷ Rondina R, Botelh, Clovis S, Ageo M. *Psychological profile and nicotina dependence in smoking undergraduate students of UFMT. J Pneumology 2003; 29(1): 21-27.*
- ⁸ Espinosa-Roca A, Espinosa-Brito A. *Factores de riesgo asociados en los fumadores. Rev. Cubana med 2001; 40(3):162-168.*
- ⁹ Hernández J, Guevara CL, García MF, Tascó JE. *Hábito de fumar en los estudiantes de primeros semestres de la Facultad de Salud: Características y percepciones. Universidad del Valle, 2003. Colomb Med 2006; 37: 31-38.*
- ¹⁰ Tafur LA, Ordoñez GA, Millán JC, Varela JM, Rebellón P. *Tabaquismo en personal de la Universidad Santiago de Cali. Colomb Med 2005; 36: 194-198.*
- ¹¹ Castaño-Castrillón JJ, Páez-Cala ML, Pinzón-Montes JH, Rojo-Bustamante E, Sánchez-Castrillón GA, Torres-Ríos JM, et al. *Estudio descriptivo sobre tabaquismo en la*

- comunidad estudiantil de la universidad de Manizales. 2007. Rev. Fac Med. Univ. Nav. Colomb. 2008; 56:302-317.*
- ¹² Alvarez-Rosario JL, Castaño-Castrillón JJ, Marín-Viatela JG, Navas-Galvis C, Noreña-Vidal PV, Ovalle-Arciniegas HM, et al. *Estilos de vida en estudiantes de la Universidad de Manizales, año 2006. Arch Med (Manizales) 2007; 15:46-56.*
- ¹³ Cano-Correa AA, Castaño-Castrillón JJ, Corredor Zuluaga DA, García-Ortiz AM, González-Bedoya M, Lloreda-Chala OL, et al. *Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. Medunab 2007; 10:187-194.*
- ¹⁴ Pérez-Cala ML, Castaño-Castrillón JJ, Fuentes-Lerech MM, González-Arias AF, Hurtado-Arias CF, Ocampo-Campoalegre PA, et al. *Tendencias de ideación suicida y factores de riesgo relacionados, en estudiantes de 6 a 11 grado en diferentes colegios de la ciudad de Manizales. 2007- 2008. Manizales: Centro de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales; 2008.*
- ¹⁵ Núñez-Rojas AC. *Jóvenes universitarios y salud "Vivir la universidad". Manizales :Universidad de Manizales, Maestría en Educación y Docencia; 2004.*
- ¹⁶ Brook JS, Pahl K. *The protective role of ethnic and racial identity and aspects of an Africentric orientation against drug use among African-Americans Young adults. J Genet Psychol 2005; 166(3): 329-345.*
- ¹⁷ Day C, Paul C. *Protecting Young people from homelessness and escalating drug and alcohol use. Housing Care and Support 2007; 10(2):15-22.*
- ¹⁸ Cáceres D, Salazar I, Varela M, Tovar J. *Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. Univ Psychol 2006; 5 (3): 521-534.*
- ¹⁹ Rodríguez-Suárez J, Agulló TE. *Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. Psicothema 1999; 11(2):247-259.*
- ²⁰ Organización Mundial de la Salud. *La salud de la juventud.. Ginebra: Documento de referencia. Serie Discusiones Técnicas: O.M.S.; 1989.*
- ²¹ Va Roth E. *Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. Rev Latinoam Psicol 1990; 22: 38-57.*

-
- ²² Comas D, Aguinaga J, Orizo FA, Espinosa A, Ochaita E. *Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos en los jóvenes urbanos*. Madrid: FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción) - INJUVE; 2003.
- ²³ Pérez de Guzmán T. *Estilos de vida y teoría social*. En Autores Varios. *Valores y estilos de vida en nuestras sociedades en transformación*. Bilbao: Universidad de Deusto, 1994.
- ²⁴ Ruiz de Olabuénaga I. *La juventud liberta. Géneros y estilos de vida de la juventud urbana española*. Madrid: Fundación BBV; 1998.
- ²⁵ Giddnes, A. *Modernidad e identidad del yo: El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península; 1997.
- ²⁶ Bronfenbrenner U. *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós; 1979.
- ²⁷ Bronfenbrenner U. *Contextos de crianza del niño. Problemas y perspectivas*. *Infancia y aprendizaje* 1985. 29:45-55.
- ²⁸ Vives-Iglesia AE. *Estilo de vida saludable puntos de vista para una opción actual y necesaria*. La Habana: Facultad de Ciencias Medicas Policlínico Docente Mártires de Calabazas La Habana Cuba; 2007.
- ²⁹ Chiang-Salgado MT, Casanueva-Escobar V, Cid-Cea X, González-Rubilar U, Olate-Mellado P, Nickel-Paredes F, Revello-Chiang L. *Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes chilenos*. *Salud Publica Mex* 1999; 41(6): 444-451.
- ³⁰ Gomes-López MI, Ruiz JF, García-Montes MH. *Como ocupan los universitarios almerienses su tiempo libre*. *Buenos Aires : Revista Digital # 83*; 2005
- ³¹ Pullen C, Noble S, Fiandt K. *Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women*. *Fam Community Health* 2001; 24: 49-73.
- ³² Roberfroid D, Pomer J. *Psychosocial factors and multiple unhealthy behaviors in 25 to 64 years old belgan citizens*. *Arch public Health* 2001; 59: 281-307.
- ³³ Rodrigo MJ, Máiquez ML, García M, Mendoza R, Rubio A, Martínez A, et al. *Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia*. *Psicothema* 2004; 16(2): 203-210.
- ³⁴ Rodríguez J. *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis; 1995.
- ³⁵ Orduna J, López I. *Ejercicio físico, consumo máximo de oxígeno y hábitos alimentarios en un colectivo de adolescentes en Bilbao*. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2003; 9(1):14-29.

- ³⁶ Jadue-Hund L, Berríos-Carrasola X. *Estilos de vida de la mujer adulta de la región metropolitana*. Boletín Esc. de Medicina, P.Universidad Católica de Chile 1994; 23: 59-61.
- ³⁷ Ramírez-Hoffmann H. *Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable*. Colomb Med 2002; 33: 3-5.
- ³⁸ Jacoby E, Bull F, Neiman A. *Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas*. Rev Panam Salud Publica 2003; 14(4):223-5.
- ³⁹ Lemos-Giraldez S, Fidalfo-Aliste A. *Conductas de riesgo cardiovascular en población universitaria*. Psicotherma 1993; 5(2): 337-350.
- ⁴⁰ Araya C, Solis B, Oliva P, Calvacho P, Vidal P. *Descripción de factores de riesgo para la salud general en estudiantes de tercer año de las carreras del área de la salud y humanistas de la Universidad de Concepción, año 2007*. Ciencia..Ahora 2008; 21(11): 19-27.
- ⁴¹ Rodríguez-Rodríguez DC, Dallos-Bareño CM, González-Rueda SJ, Sánchez-Herrera ZM, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, et al. *Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia*. Cad Saúde Pública 2005; 21(5):1402-07
- ⁴² Ribeiro-Rodrigues ES, Cheik NC, Mayer AF. *Nivel de actividad física e tabagismo em universitarios. Level of physical activity And smoking in undergraduates students*. Rev Saúde Publica 2008; 42(4): 672-8
- ⁴³ McColl CP, Amador CM, Aros BJ, Lastra CA, Pizarro SC. *Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso*. Rev Chil Pediatr 2002; 73 (5); 478-482.
- ⁴⁴ Molina-García J, Castillo-Fernández I, Pablos-Abella C, Queralt-Blasco A. *La práctica de deporte y la adiposidad corporal en una muestra de estudiantes universitarios*. Apunts 2007; 89: 23-30.
- ⁴⁵ Molina-García J, Castillo I, Pablos C. *Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios*. European Journal of Human Movement 2007; 18, 79-91
- ⁴⁶ Jodra P. *Deporte y salud: la realidad psicosociológica*. Barcelona: Oikos Tau Ediciones; 1994.

- ⁴⁷ *McInnis K, Franklin B, Rippe J. Counseling for physical activity in overweight and obese patients. Am Fam Physician 2003; 67: 1249-1256.*
- ⁴⁸ *Velásquez MT, Torres-Neira D, Sánchez-Martínez H. Análisis Psicológico de la Actividad Física en Estudiantes de una Universidad de Bogotá, Colombia. Rev. salud publica (Bogotá) 2006; 8(supl.2):1-12.*
- ⁴⁹ *Guszkowska M. Physical fitness as a resource in coping with stress among high school students. J Sports Med Phys Fitness 2005; 45(1): 105 - 111.*
- ⁵⁰ *Nogueira de Almeida GA, Loureiro SR, dos Santos JE. Obesidade mórbida em mulheres - Estilos alimentares e qualidade de vida. ALAN 2001; 51(4):359-365.*
- ⁵¹ *Zaborskis A, Zemaitiene N, Borup I, Kuntsche E, Moreno C. Family joint activities in a cross-national perspective. BMC Public Health 2007, 7:94.*
- ⁵² *Arrivillaga M, Salazar IC, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colomb Med 2003; 34: 186-195.*
- ⁵³ *Chen MY, Wang EK, Jeng YJ. Adequate sleep among adolescents is positively associated with health status and health-related behaviors. BMC Public Health 2006; 6:59.*
- ⁵⁴ *Portuondo O, Fernández G, Cabrera AP. Trastornos del sueño en adolescentes. Rev Cubana Pediatr 2000, 72(1):10-14.*
- ⁵⁵ *Navarro, J. "El consumo de drogas." En: Autores Varios. Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años. Madrid: FAD; 2002.*
- ⁵⁶ *Comas D, Granado O. El rey desnudo: componentes de género en el fracaso escolar. Madrid: POI; 2002.*
- ⁵⁷ *Indàn G. Plan de salud país Vasco 2002-2010. Madrid : Comunidad autónoma del país Vasco; 1994.*
- ⁵⁸ *Grotevant, H. Adolescent Development in Family Contexts. En: W. Damon y R. Lerner (eds.). Handbook of Child Psychology. Vol. 3. New York: Wiley; 1998.*
- ⁵⁹ *Moreno A, Del Barrio C. La experiencia adolescente. Buenos Aires: Aiqué; 2000.*
- ⁶⁰ *Smilkstein G. Family APGAR analysed. Fam Med 1993; 5:293-4.*
- ⁶¹ *Molina U. Salud Familiar. Bogotá : Ascofame ; 1988*

- ⁶² Plutchik R, van Praag HM. *The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. Prog Neuropsychopharm Biol Psychiatr* 1989; 13(Suppl):23-24.
- ⁶³ Rubio G, Moreno I, Jáuregui J, Martínez ML, Alvarez S, Marín JJ, et al. *Validación de la escala de impulsividad de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr)* 1998; 61:223-232.
- ⁶⁴ Plutchik R, Van Praag HM, Conte HR, Picard S. *Correlates of Suicide and Violent Risk, I: The Suicide Risk Measure. Compr Psychiatry* 1989;30: 296-302
- ⁶⁵ Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado M, Marin J, et al. *Validación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en Población Española. Arch Neurobiol (Madr)* 1998; 61: 143-152.
- ⁶⁶ Rueda-Jaimes GE, Díaz-Martínez LA, Ortiz-Barajas DP, Pinzón-Plata C, Rodríguez-Martínez J, Cadena-Afanador LP. *Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. Aten Primaria.* 2005; 35(2):89-94.
- ⁶⁷ Rueda GE, Díaz LA, Campo A, Barros JA, Avila GC, Oróstegui LT, et al. *Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. Biomédica* 2005; 25:196-202.
- ⁶⁸ Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Martínez-Mantilla JA, Amaya-Naranjo W, Campillo HA. *Consistencia interna y análisis factorial del cuestionario SCOFF para tamizaje de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes estudiantes: Una comparación por género. Univ Psychol* 2006; 5(2):295-304.
- ⁶⁹ Swing J. *Detecting Alcoholism, The CAGE Questionnaire. J Am Med Assoc* 1984; 252: 1905- 1907.
- ⁷⁰ Rodríguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R. *Validación de los Cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para Diagnostico del Alcoholismo. Drogalcohol* 1986; 11: 132-139.
- ⁷¹ Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, et al. *The IPAQ Consensus Group and the IPAQ Reliability and Validity Study Group. International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc* 2003; 35:1381-1395.
- ⁷² Guilleminault C, Pierre P, Anstella R. *Sleep and neuromuscular disease : believel positive airway pressure by nasal mask as a treatment for sleep didordered breathing in patients with neuromuscular disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 65(2):225-232.

- ⁷³ Chica-Urzola HL, Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. *Validación de la Escala de Somnolencia de Epworth*. *Rev salud pública (Bogotá)* 2007; 9(4):558-567.
- ⁷⁴ Zigmong AS, Snaith RP. *The hospital anxiety and depression scale*. *Ascta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.
- ⁷⁵ Caro I, Ibañez E. *La escala hospitalaria de ansiedad y depresión*. *Bol Psicol* 1992; 36:43-69.
- ⁷⁶ SURATEP. *Manejo y Control del estrés*. Medellín: SURATEP SA; 1998.
- ⁷⁷ Delgado-Quñones GP, Gómez-Naranjo HJ, Jaramillo-Gitiérrez M, Maya-Giraldo P, Narváez-Reyes MI, Salazar-Pajoy AC, et al. *Estudio descriptivo sobre estrés en estudiantes de Medicina de la Universidad de Manizales*. *Arch Med (Manizales)* 2005; 11:37-45.
- ⁷⁸ Castaño- Castrillón JJ, Acevedo-Urrego M, Arango-Orozco L, Blandón-Montoya L, Buevas-Soto L, Carmona DV, Castro Rocha BC, Serna López JC, Trujillo-Sandoval CS. *Consumo de anfetaminas, para mejorar rendimiento académico, en estudiantes de la Universidad de Manizales*, 2008.
- ⁷⁹ Hernández-Tezoquipa I, Arenas-Monreal LM, Martínez PC, Menjívar-Rubio A. *Autocuidado en Profesionistas de la Salud y Profesionistas Universitarios*. *Acta Universitaria* 2003; 13: 26-32.
- ⁸⁰ Rimpela AH, Nurminen NM, Pulkkinen PO, Rimpala MK, Vakonen T. *Mortality of doctors benefit from their medical knowledge?*. *Lancet* 1987; 10: 84-86.
- ⁸¹ Gómez-García R, Grimaldi-Carpio A. *Tabaquismo en el personal de salud: Estudio en una unidad hospitalaria*. *Salud Publica Méx* 1998; 40 (1): 53-57.
- ⁸² Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Torres-López T, Salazar-Estrada J, Franco-Chávez S. *Factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos de familia*. *An. Fac. med* 2005; 66(3):
- ⁸³ Guavita FPM, Sanabria FPA. *Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la facultad de medicina de la universidad militar nueva granada, Bogotá Colombia 2006*. *Rev fac med univ nac colomb*; 54 (2): 76 - 87.
- ⁸⁴ Páez-Cala ML. *Creencias familiares sobre atribuciones y Derechos de Género*. Manizales: Universidad de Caldas; 2001.

-
- ⁸⁵ Gaona-Badillo B, Hernández-Salazar T, Martínez-López CR, Ramos-Del Río B. *Detección de necesidades psicoeducativas y bienestar psicológico en estudiantes de Psicología de la facultad de Estudios Superiores de Zaragoza*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Psicología de la Salud.
- ⁸⁶ Martín-Monzón I. *Estrés académico en estudiantes universitarios*. *Apuntes de Psicología* 2007; 25 (1):87-99.
- ⁸⁷ Posada-Lecompte M. *Adaptación de estudiantes de primeros semestres de Psicología al ambiente universitario*. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bogotá Programa de Psicología, Seminario de investigación 1.; 2006.
- ⁸⁸ Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica. *Encuesta Nacional de Salud 2003*. Santiago de Chile, 2004.
- ⁸⁹ Lange I, Vio F. *Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior*. Santiago: Organización Mundial de la Salud-OMS, Organización Panamericana de la Salud-OPS, INTA Universidad de Chile, UC Saludable, Pontificia Universidad Católica, Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, VIDA CHILE; 2006.