

**ESTILOS DE VIDA, MOTIVACION PARA EL CAMBIO Y RIESGO
CARDIOVASCULAR EN ESTUDIANTES DE REHABILITACION HUMANA.
CALI. 2016.**

PRESENTADO POR:

Mónica Marcela Guzmán.

María del Carmen Muñoz.

Estudiantes de enfermería.

DIRECTORA:

Natalia Tobo Medina. ESP., MCs.

Dra. Psicología del aprendizaje Humano

Profesora Titular

.

UNIVERSIDAD DEL VALLE.

FACULTAD DE SALUD.

ESCUELA DE ENFERMERÍA.

SANTIAGO DE CALI, AGOSTO 2016

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por bendecir nuestras vidas, y permitirnos culminar con éxito este proyecto de vida tan anhelado.

A nuestros padres y familiares por habernos dado la mejor educación y ejemplo de superación y sacrificio, que han contribuido a la consecución de este logro.

A la universidad que nos abrió sus puertas para ser mejores personas y buenos profesionales.

A nuestros profesores, gracias por sus enseñanzas que nos ayudaron cada día a cruzar con firmeza el camino de la superación.

A la profesora Natalia Tobo, directora del proyecto, nuestra gratitud. Quien hizo parte de este proceso integral de formación, con su paciencia y perseverancia hicieron posible alcanzar nuestra meta.

A nuestros compañeros estudiantes de la escuela de enfermería, con los que hemos compartido grandes momentos.

Mónica Marcela Guzmán Molano y María del Carmen Muñoz Ríos.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	
1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	2
2. PREGUNTA DE INVESTIGACION	4
3. JUSTIFICACION	5
4. OBJETIVOS	7
5. MARCO REFERENCIAL	8
5.1 Estilo de vida.	8
5.2 Estilo de vida saludable.	8
5.3 Modelo de promoción de la salud.	9
5.4 Motivación.	11
5.5 Teoría de motivación para el cambio de Prochaska y Diclemente	13
5.6 Riesgo cardiovascular.	15
5.6.1 Definición de riesgo.	15
5.6.2 Definición de riesgo cardiovascular.	15
5.7 Clasificación de riesgo cardiovascular.	16
5.8 Riesgo cardiovascular según Framingham y Procam.	18
5.9 Estilos de vida en jóvenes, universitarios.	19
5.10 Factores de riesgo modificables en relación a ECV.	20
6.0 METODOLOGIA	23
6.1 Tipo de estudio y diseño.	23
6.2 Población y muestra.	23
6.3 Criterio de selección de muestra.	23
6.3.1 Criterio de inclusión.	23
6.3.2 Criterio de exclusión.	23
6.4 Instrumento de recolección de información.	24
6.5 Calificación de instrumento.	25
6.6 Definición operacional de variables.	27
6.7 Instrumentos para medidas antropométricas y presión arterial.	28
6.8 Proceso de recolección de información.	31
6.9 Calificación de presión arterial y medidas antropométricas	32
6.10 Plan de análisis	34

6.11	Consideraciones éticas	36
7	RESULTADOS	36
7.1	Análisis descriptivo univariado.	36
7.1.1	Información sociodemográfica.	36
7.1.2	Distribución porcentual de prácticas, motivaciones, estado de motivación y recursos, para cada dimensión de estilos de vida.	36
7.1.2.1	Dimensiones de estilos de vida.	36
7.1.2.2	Dimensión actividad física.	36
7.1.2.3	Dimensión tiempo de ocio.	39
7.1.2.4	Dimensión alimentación.	41
7.1.2.5	Dimensión consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales.	43
7.1.2.6	Dimensión de sueño.	46
7.1.2.7	Dimensión relaciones interpersonales.	48
7.1.2.8	Dimensión afrontamiento.	49
7.1.2.9	Dimensión estado emocional.	51
7.1.3	Medidas de presión arterial y antropométrica.	53
7.1.3.1	Correlaciones estadísticas significativas.	55
8.	DISCUSION DE RESULTADOS	56
9.	CONCLUSIONES	64
10.	RECOMENDACIONES	65
11.	ANEXOS	66
11.1	Anexo1: Cronograma	66
11.2	Anexo2: Presupuesto Global	67
11.2.1	Descripción de los gastos de personal	67
11.3	Anexo 3: Consentimiento informado.	68
11.4	Anexo 4: Cuestionario estilos de vida en jóvenes universitario.	72
11.5	Anexo 5: Formato de registro de presión arterial y medidas antropométricas.	72
11.6	Anexo 6: Instrumento de tamizaje de riesgo cardiovascular y renal en población mayor de 35 años sin ECNT.	84
12.	REFERENCIAS.	85

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investiga los estilos de vida en estudiantes de rehabilitación humana de una universidad del Valle del Cauca, los recursos disponibles y niveles de motivación para el cambio y su relación con el riesgo cardiovascular.

Lo que motivó la realización de esta investigación, se fundamenta en la importancia de los factores de riesgo modificables asociados a enfermedad cardiovascular (ECV), la cual tiene una gran relevancia a nivel mundial por las elevadas tasas de morbilidad y el grado de discapacidad que origina con sus repercusiones sociales y económicas. Trastornos como la hipertensión y la isquemia miocárdica aparecen cada vez con mayor frecuencia en adultos jóvenes. Y la alteración vascular relacionada con este tipo de trastornos se gesta desde etapas tempranas de la vida. Estudios señalan que los factores de riesgo más prevalentes en la población joven corresponden a factores modificables asociados con los estilos de vida¹.

Una identificación temprana de los factores de riesgo es tan importante como conocer por qué las personas no tienen un estilo de vida en los que incorporen actividades saludables y qué situaciones o condiciones les permite optar por hábitos saludables. De igual forma conocer que les conduce a que tengan o no una motivación para iniciar el proceso de cambio y para mantenerlo en el tiempo como una práctica cotidiana para su vida.

De acuerdo a lo anterior, considerando la problemática, se decidió realizar una investigación descriptiva transversal correlacional en estudiantes universitarios, para identificar cuáles son sus estilos de vida y como estos se relacionan con las manifestaciones de riesgo cardiovascular. Adicionalmente, identificar con qué recursos cuentan para su autocuidado y cuál es su nivel de motivación para tener conductas saludables. Este trabajo es parte de un macro-proyecto dirigido por la profesora Natalia Tobo M. en el marco de la línea de calidad de Vida del Grupo de Investigación Promesa; que tiene programado ser desarrollado en varias fases, hasta abordar todos los planes de estudio de una universidad del suroccidente Colombiano, Se inició con estudiantes de Enfermería y se dará continuidad con el actual trabajo en los estudiantes del plan de estudios de Rehabilitación Humana.

Con estos resultados se podrá implementar a futuro recursos y programas de promoción de estilos de vida saludables en estudiantes universitarios para reducir el riesgo de ECV. Adicionalmente realizar ajustes institucionales que sean pertinentes para apoyar la adopción de conductas saludables.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, los cuales se han convertido en la primera causa de muerte en todos los países del mundo². El análisis epidemiológico de este fenómeno ha permitido reconocer la existencia de unas variables física, mental, social, psicológico denominadas factores riesgo de enfermedad cardiovascular, capaces de incrementar la probabilidad del padecimiento de estas. La hipertensión arterial puede ser un factor de riesgo para algunas enfermedades cardio-cerebrovasculares y se convierte en uno de los mayores problemas de Salud Pública; depende del origen y el nivel de hipertensión arterial puede ser un riesgo modificable o no³.

Según la OMS, las ECV: hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica; insuficiencia cardíaca; cardiopatía reumática; cardiopatía congénita; miocardiopatías, causan más de 17 millones de muertes en el mundo cada año⁴. Según datos obtenidos del instituto nacional de estadísticas (INE)⁵ La enfermedad isquémica cardíaca y las enfermedades cerebrovasculares son la primera y segunda causa de muerte, respectivamente, de forma global a nivel mundial. La enfermedad isquémica cardíaca produce 7,25 millones de muertes anuales (un 12,8% de todas las muertes) y la enfermedad cerebrovascular es responsable de 6,15 millones de muertes anuales (un 10,8% de las muertes). Si se analiza las causas de mortalidad por grupos de edad, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el grupo de mayores de 60 años tanto en varones como mujeres⁶. Los principales factores de riesgo son HTA, diabetes, colesterol elevado, obesidad, sobrepeso, tabaquismo, inactividad física, raza, edad, consumo de alcohol, estrés emocional, antecedentes heredo-familiares de hipertensión arterial y dislipidemias; factores que aumentan la probabilidad de que un individuo presente un evento cardíaco⁷. Entre más factores de riesgo tenga una persona mayores serán sus probabilidades de padecer una enfermedad del corazón. Algunos factores de riesgo pueden cambiarse, tratarse o modificarse y otros no. Pero el control del mayor número posible de factores de riesgo, mediante cambios en el estilo de vida y/o medicamentos, puede reducir el riesgo cardiovascular.

En relación a los estilos de vida de las personas jóvenes y universitarios en Colombia estos tienden a adoptar conductas no saludables como sedentarismo, el consumo abusivo de sustancias tóxicas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales), nutrición no saludables y estrés emocional, los cuales generan una alta probabilidad de padecer a futuro enfermedades cardiovasculares⁸. En un estudio realizado con estudiantes universitarios de Antioquia se encontró al menos la presencia de un factor de riesgo modificable en el 99,1 % de la población,

sedentarismo (79,5 %), tabaquismo (17 %), consumo de alcohol (75,0 %), dieta aterogénica (78,6%), hipertensión arterial (1,8 %), alguna forma de dislipidemia: 48,3 %, índice de masa corporal >25 (4,5 %). En el 77,7 % de los casos se encontró al menos la presencia de un factor de riesgo no modificable. Teniendo en cuenta la frecuencia de aparición de los factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular y la edad promedio ($\pm$ 19 años), se concluye que es necesario formular nuevas estrategias de intervención y encaminar a los jóvenes, hacia el desarrollo de hábitos de vida más saludables para reducir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular⁹.

Una investigación realizada en estudiantes de Enfermería de Cali señaló que un porcentaje de ellos tiene signos físicos de riesgo cardiovascular y a pesar del énfasis que el currículo tiene en el fomento del autocuidado de los estudiantes, algunos aspectos de su estilo de vida, relacionados con actividad física, alimentación y ocio, se pueden constituir en un riesgo para la aparición de problemas cardiovasculares en el futuro.

De acuerdo con Prochaska¹⁰, conocer el nivel de motivación que una persona tiene para adoptar una conducta saludable es fundamental para la orientación de las intervenciones educativas en salud y el logro en cambio de conductas. Del grupo anteriormente citado, un alto porcentaje de estudiantes reconocen que tiene un problema en sus estilos de vida, pero no se comprometen a realizar un cambio; parte de esta falta de motivación se derivó de su percepción de no contar con los recursos, algunos dentro de la misma universidad, que les permitiera el cambio en su estilo de vida. Frente a los anteriores resultados surge el cuestionamiento de si las conductas saludables y estos factores de riesgo identificados en Estudiantes de Enfermería y las condiciones de sus recursos, están presentes y en la misma dimensión en estudiantes de otros planes de estudio, especialmente si se tienen en cuenta que los objetivos de formación puede variar de un plan de estudios a otro respecto a contenidos y en particular, desconociendo si el énfasis de autocuidado que tienen el plan de Enfermería se mantiene en otros planes de estudio.

Desconocer el panorama general de salud, los factores personales e institucionales que pueden conducir a enfermedad, son una limitante para el establecimiento de programas como los que se están promoviendo en la política de universidades saludables. En ese sentido, toda investigación que aporte al reconocimiento de esa realidad, es importante para el desarrollo de planes y programas pertinentes a las específicas de una población y de una institución.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el estilo de vida y los recursos disponibles en estudiantes de fonoaudiología, fisioterapia y terapia ocupacional de una universidad del Suroccidente Colombiano, su nivel de motivación para mantenerlos o modificarlos y su relación con la manifestación de riesgo cardiovascular?

3. JUSTIFICACION

Respecto a las enfermedades cardiovasculares en Colombia recientemente ha reportado un incremento de los factores de riesgo cardiovascular en poblaciones jóvenes y se ha sugerido que el perfil de riesgo cardiovascular en esta población puede ser diferente al encontrado en el adulto¹¹. En una revisión realizada en varios artículos recientes^{12,13} los factores de riesgo más prevalentes en la población joven en su mayoría corresponden a factores modificables asociados con los estilos de vida; entre los más importantes están: sedentarismo, dietas nutricionales incorrectas, consumo de sustancias tóxicas y estrés. En ellos se encontró que las variables sociales, económicas y culturales pueden generar estilos de vida no saludables en universitarios¹⁴. Son llamativos estos resultados en los estudiantes universitarios frente a una concepción general de que es un grupo relativamente sano y saludable¹⁵.

Investigaciones señalan que la prevalencia de hipertensión arterial, sobrepeso y los niveles de lípidos en sangre están asociados a un mayor riesgo de enfermedad coronaria; al respecto, en jóvenes con enfermedad cardíaca, del 30 % al 58 % son obesos¹⁶, entre el 76-91 % de los pacientes jóvenes con infartos son fumadores comparado con el 40 % de los pacientes adultos¹⁷. Los reportes anteriores señalan que el infarto y sus factores etiológicos se pudieron prevenir con detección temprana de conductas no saludables e intervención oportuna para su modificación y la prevención de infarto.

La presencia de estilos de vida que exponen a riesgos cardiovasculares se ratifica en otros estudios con jóvenes universitarios aparentemente sanos de Medellín, en los que se encontró al menos la presencia de un factor de riesgo modificable en el 99,1 % de la población, tales como sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta aterogénica; todos ellos presente en más del 70%; la hipertensión arterial se encontró en el 1,8 % y un índice de masa corporal >25 en el 45%¹⁸.

Una identificación temprana de los factores de riesgo es tan importante como conocer por qué las personas no tienen un estilo de vida en los que incorporen actividades saludables, así como qué situaciones o condiciones les permite optar por hábitos saludables, qué les conduce a que tengan o no una motivación para iniciar el proceso de cambio y para mantenerlo en el tiempo como una práctica cotidiana para su vida.

La ECV en jóvenes genera impacto a nivel social, físico y mental de los jóvenes universitarios y en su familia. La alteración de su salud se verá reflejada en el desarrollo de la sociedad, cuya fuerza productiva puede ser afectada desde etapas muy tempranas de la vida con aumento de costos para los servicios de salud y de la familia.

Las universidades tienen un papel y compromiso trascendental en la promoción de estilos de vidas saludables y un punto de partida importante es conocer cómo está su comunidad en las prácticas de salud y los factores que favorecen o impiden la adopción de conductas saludables. La institución también debe evaluar si le ofrecen los recursos necesarios para disminuir el riesgo de ECV.

Por lo anterior, se encuentra necesario identificar cuales son los estilos de vida de estudiantes universitarios a nivel regional y como estos se relacionan con las manifestaciones de riesgo cardiovascular. Adicionalmente, con que recursos cuentan y cual es su nivel de motivación para tener conductas saludables.

Con estos resultados posteriormente se podrá implementar programas de promoción de estilos de vida saludables en estudiantes universitarios para reducir el riesgo de ECV. Adicionalmente realizar ajustes institucionales que sean pertinentes para apoyar la adopción de conductas saludables.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar en los estudiantes de fonoaudiología, fisioterapia y terapia ocupacional de una universidad del Suroccidente Colombiano, sus estilos de vida, recursos disponibles, niveles de motivación y la relación con manifestación de riesgo cardiovascular.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar en los estudiantes los estilos de vida y los recursos con que dispone para llevar a cabo conductas saludables.

Determinar en los estudiantes los aspectos que motivan sus conductas y el nivel de motivación para el cambio a estilos de vida saludables.

Identificar la relación entre los estilos de vida y las manifestaciones de riesgo cardiovascular.

5. MARCO REFERENCIAL

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como scielo, PubMed, en textos y diferentes publicaciones acerca de las variables a estudiar, para lo cual fueron Incluidas: 1) la motivación, y dentro de ella la teoría de motivación para el cambio; 2) Estilos de vida saludables y su medición, así como los postulados teóricos para promoción de la salud de la Enfermera Dra. Nola Pender; 3) Manifestaciones biológicas de riesgo cardiovascular y medición.

5.1 ESTILO DE VIDA

Estilos de vida se entiende como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida¹⁹.

Rodríguez y Roth²⁰ refieren que los estilos de vida hacen énfasis, principalmente, a los comportamientos habituales y cotidianos que caracterizan el modo de vida de un individuo y que suelen ser permanentes en el tiempo.

El estilo de vida (EV) es definido por la OMS como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales. El EV incorpora una estructura social, definida por un conjunto de valores, normas, actitudes, hábitos y conductas.²¹

De acuerdo con los anteriores autores, se puede decir que el estilo de vida es entonces una serie de conductas o comportamientos que adquieren las personas en su vida cotidiana que permanecen a lo largo de la vida, favoreciendo o no la salud y que está determinado por factores sociales, culturales y personales; no obstante, un estilo de vida incorpora también las tendencias afectivas y emocionales de los individuos, el afrontamiento emocional de los eventos de la vida, sean estos evaluados como estresantes o placenteros.

5.2 ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

En la actualidad, el estilo de vida saludable es considerado como un conjunto que involucra una serie de factores psicológicos, sociales, culturales y hasta económicos que tienden a mantener un adecuado estado de salud física y mental. Dicho conjunto resulta ser importante en la medida en que permite caracterizar a las personas y ubicarlas en categorías en función de la manera en que viven y dirigen su conducta.

De la cruz y pino²² consideran el estilo de vida saludable como un conjunto de patrones de conductas, relacionados con la salud, determinado por las elecciones

que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida.

Maya²³, señala que el estilo de vida saludable es un proceso social que involucra una serie de tradiciones, hábitos y conductas de los individuos y grupos que conllevan la satisfacción de necesidades humanas para alcanzar el bienestar y una vida más satisfactoria.

Infiesta, Bimella, Garrucho y March²⁴, por su parte, plantean que el estilo de vida saludable es aquel que permite traducir, en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas que individual y colectivamente mejoran su calidad de vida de forma cotidiana.

Montes de Oca y Mendocilla²⁵ a su vez, señalan que cuando las formas de vivir y las pautas de conductas habituales de las personas y grupos contribuyen a la promoción y protección de la salud integral, se habla de estilos de vida saludables; es decir, un estilo de vida saludable denota comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracciones y una correcta distribución del tiempo, entre otros (Vives, 2007).

El estilo de vida saludable (EVS) 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 cotidianidad²⁶.

Los EVS 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 médico²⁷.

5.3 MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER.

Nola Pender en su Modelo de Enfermería para la Promoción de la Salud, que se basa en la educación de las personas, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable, identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales entendidos como aquellas creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. Teniendo en cuenta que existen factores cognitivo-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, Pender considera que la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable da como resultado su participación en conductas favorables para la salud, gracias a que existe una pauta para la acción²⁸

Los factores cognitivo-perceptuales se definen como "mecanismos motivacionales primarios" de las actividades relacionadas con la promoción de la salud. La autora se refiere a las conductas previas relacionadas como la frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado, en relación a esto, se refleja la secuencia de las conductas que adoptan las personas para generar cambios favorables o desfavorables en su salud. Es el caso de la auto eficacia percibida: Juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud.

Como otro elemento involucrado en las conductas de salud contempla los factores personales: aquí se ve reflejado los factores predictivos de ciertas conductas realizadas por los individuos. Estos son biológicos, psicológicos y socioculturales.

Factores personales biológicos: hace referencia a las diferentes variables modificables o no, tales como edad, IMC, estado de menopausia, fuerza, agilidad y equilibrio.

Factores personales psicológicos: se hace énfasis en el autoestima, auto motivación, competencia personal, estado de salud percibido y definición de salud.

Factores personales socioculturales: hace énfasis en raza, etnia, aculturación, formación y estado socio económico.

A continuación se enuncian algunos otros conceptos incluidos en la teoría de pender.

Beneficios percibidos de acción: Resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

Barreras percibidas de acción: Bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.

Efecto relacionado con la actividad: Son los sentimientos subjetivos, positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta en sí.

Influencias interpersonales: Conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Incluyen normas, apoyo social y modelación.

Influencias situacionales: Percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puedan facilitar o impedir la conducta.

Compromiso con un plan de acción: El concepto de la intención y de la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.

Conducta promotora de salud: Resultado de la acción, dirigido a los resultados de la salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

Importancia de la salud: Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.

Definición de la salud: La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.

Estado de salud percibido: El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.

Beneficios percibidos de las conductas: Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos. Otros factores modificantes, como son la edad, el sexo, la educación, la ingesta, el peso corporal, los patrones familiares sobre las conductas en cuanto a cuidados sanitarios y las expectativas de los allegados desempeñan también un importante en la determinación de las conductas respecto a los cuidados sanitarios. Estos factores modificantes se consideran como una influencia indirecta sobre la conducta, mientras que los factores cognitivo-perceptuales actúan directamente sobre ella.

- Conclusiones del modelo de promoción de la salud:

Este modelo se realiza con el motivo de integrar tanto a la enfermera como a la persona respecto a las conductas que promueven el bienestar humano tanto físico, mental y social; ya que el profesional en enfermería debe ser el principal motivador para los individuos en cuanto a mantener su salud personal.

5.4 MOTIVACION

En relación a la motivación desde la psicología se define la motivación como la necesidad o el deseo que activa y dirige nuestro comportamiento, que lo dirige y subyace a toda tendencia por la supervivencia²⁹.

La motivación está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo determinado.

A lo largo de los siglos XIX y XX, la psicología ha desarrollado múltiples teorías de la motivación humana entre las cuales encontramos:

La teoría de los instintos- Psicología evolucionista: Ferrer C.

Una de las primeras teorías sobre motivación aparecida a principios del siglo XIX investigó sobre el origen de la motivación bajo los postulados establecidos por el Darwinismo, es decir, se consideraba que la conducta estaba controlada por las fuerzas como por ejemplo, los instintos específicos. Si la motivación explica la conducta y la conducta se explica por los instintos específicos, entonces la motivación y los instintos serían intercambiables.

Hoy en día se descarta esta teoría ya que simplemente enumeraba las conductas en base a los instintos, pero no explicaba el porqué de dichos instintos, ni su funcionamiento.

La teoría de la reducción de impulsos: Ferrer C.

Esta teoría apareció como reemplazo de la teoría de los instintos. La idea subyacente de esta nueva teoría es:

Una necesidad fisiológica crea un estado de tensión estimulada (un impulso) que motiva a un organismo a satisfacer la necesidad.

El objetivo fisiológico de dicha teoría es la homeostasis, es decir, la tendencia a mantener un estado interno equilibrado o constante.

La necesidad fisiológica es un mecanismo interno que nos impulsa (empuja) hacia la satisfacción; a su vez, existen una serie de incentivos externos que nos atraen hacia la satisfacción.

Cuando la necesidad y un incentivo se dan juntos, nos hacen sentir poderosamente impulsados hacia la satisfacción.

La teoría de la excitación: Ferrer C.

Dicha teoría considera que los seres humanos no somos únicamente sistemas en busca del equilibrio de las necesidades fisiológicas.

Los investigadores de esta teoría observaron que, pese a tener todas nuestras necesidades fisiológicas satisfechas (reguladas) nos sentimos impulsados a experimentar estimulación.

Los seres humanos buscamos un nivel óptimo de excitación:

Demasiado bajo = aburrimiento

Demasiado alto = estrés³⁰

- Conceptos de motivación de diferentes autores:

“Motivación es el proceso de estimular a un individuo para que se realice una acción que satisfaga alguna de sus necesidades y alcance alguna meta deseada para el motivador.” (Sexton)³¹.

La motivación es el deseo de hacer mucho esfuerzo por alcanzar las metas de la organización, condicionado por la necesidad de satisfacer alguna necesidad individual (Robbins)³².

Según Stoner³³, define la motivación como “Una característica de la Psicología humana que incluye los factores que ocasionan, canalizan y sostienen la conducta

humana. Lo que hace que las personas funcionen”. En esta definición el autor da a entender que la motivación viene siendo como un motor si lo comparamos con un automóvil, es decir, que si las personas se encuentran motivadas estas funcionan como el automóvil, en caso contrario habría que empujarlas, pero cuanta energía no se gastaría durante todo este proceso.

Chiavenato³⁴, la define como “el resultado de la interacción entre el individuo y la situación que lo rodea”. Según Chiavenato para que una persona esté motivada debe existir una interacción entre el individuo y la situación que este viviendo en ese momento, el resultado arrojado por esta interacción es lo que va a permitir que el individuo este o no motivado.

Mahillo³⁵, define la motivación como “el primer paso que nos lleva a la acción”. Se entiende en esta definición o que para que el individuo realice sus acciones este debe estar motivado, de lo contrario hay que empujarlo al igual que un carro cuando se apaga, para que pueda realizar las acciones, esto ocasiona un gasto de energía enorme.

Se considera para el actual estudio la motivación como el impulso que conduce a una persona a elegir y realizar una acción entre aquellas alternativas que se presentan en una determinada situación. “el primer paso que nos lleva a la acción” En efecto, la motivación está relacionada con el impulso, porque éste provee eficacia al esfuerzo colectivo orientado a conseguir los objetivos del individuo, por ejemplo, y empuja al individuo a la búsqueda continua de mejores situaciones a fin de realizarse, sin que exista motivación, su acción no cobra significado. En esta dirección, en el actual estudio se consideró importante identificar cual es el nivel de motivación de los estudiantes para tener y mantener estilos de vida saludables, acorde a lo expresado por Prochaska y Diclemente en su teoría de motivación para el cambio.

5.5 TEORIA DE MOTIVACION PARA EL CAMBIO DE PROCHASKA Y DECLEMENTE

Es un modelo integrador que describe cómo la gente modifica un comportamiento problema o adquiere un comportamiento positivo. Ha sido aplicado en un amplio rango de conductas problema como tabaquismo, abuso de alcohol, control de peso, prevención VIH, cumplimiento terapéutico. José María Pelayo Terán ³⁶ hace una recopilación de la teoría de Prochaska y su modelo transteorico del cambio, cuyos contenidos se presentan a continuación; el modelo transteorico conceptualiza el cambio como un proceso que implica la progresión a la acción a través de 5 estadios de cambio, los cuales son: precontemplación, contemplación, preparación, mantenimiento y finalización.

Fases del Cambio:

PRE-CONTEMPLACIÓN: Esta es la fase en la cual las personas no están interesadas en cambiar o tomar acciones en el futuro cercano, generalmente medido en términos de 6 meses. Las personas pueden estar en esta fase porque no tienen la suficiente información acerca de las consecuencias de sus comportamientos. Pueden haber intentado cambiar en diversas oportunidades y se han desmoralizado en sus habilidades para lograrlo. Las personas en esta fase evitan la lectura, hablar o pensar en sus comportamientos de elevado riesgo. Las personas en la fase de pre-contemplación subestiman los beneficios del cambio o sobre-estiman los costos. Si no están conscientes que están equivocados, será difícil que cambien. Muchas personas permanecen en la fase de pre-contemplación durante años, dañando en forma considerable sus cuerpos, a si mismos y a otros. No existe una motivación inherente para que las personas progresen de una fase a la siguiente. De acuerdo a lo anterior se refleja que esta fase puede ser un factor de riesgo en jóvenes universitarios porque van a desfallecer en el intento de realizar compromisos de cambio en sus estilos de vida, lo cual conlleva a que haya un aumento en la aparición de ECV.

CONTEMPLACIÓN: La contemplación es la fase en la cual las personas intentan cambiar en los 6 meses siguientes. Aunque están muy conscientes de los pro del cambio, también están muy conscientes de los contra. Cuando las personas comienzan a contemplar actuar seriamente, su conciencia de los costos del cambio puede aumentar. No existe un “cambio gratis.” El equilibrio entre los costos y los beneficios del cambio puede provocar una ambivalencia profunda. Esta ambivalencia puede reflejar una relación del tipo odio-amor, como con una sustancia adictiva o una relación destructiva, y puede inmovilizar a las personas en esta fase durante largos períodos. A menudo nosotros caracterizamos a este fenómeno como contemplación crónica o dilación conductual. Esos individuos, al igual que los que están en la fase de pre-contemplación, no están preparados para los programas orientados a la acción, el paradigma dominante de tratamiento. En relación a lo anterior se observa que el individuo no está preparado para adoptar conductas saludables.

PREPARACIÓN: En esta fase, las personas intentan tomar acciones en el futuro inmediato, usualmente medido en términos del “mes siguiente.” En forma típica, han tomado alguna acción significativa en el año anterior. Los individuos en la fase de preparación tienen un plan de acción, como asistir a un grupo de recuperación, consultar a un consejero, hablar con su médico, comprar un libro de autoayuda, o apoyarse en un enfoque de auto-cambio. Esas son las personas que son los mejores reclutas para los programas de tratamiento breve orientados a la acción. Están listos para usarlos. En relación a esta fase se observa que es muy favorable para los jóvenes universitarios porque ellos buscan ayuda para generar cambios en sus estilos de vida, lo cual contribuye a que haya una disminución en los factores de riesgo que llevan a la aparición de ECV.

ACCIÓN: La acción es la fase en la cual las personas han hecho modificaciones observables en su estilo de vida dentro de los últimos 6 meses. Debido a que la acción es observable, a menudo los cambios conductuales han sido igualados con la fase de acción. Sin embargo, en el modelo transteórico, la acción es solamente una de las seis fases. No todas las modificaciones del comportamiento son acción. No cuenta la simple mejoría estadística. Por el contrario, debe haber una mejoría clínica real, donde el criterio ideal de la acción debe ser la recuperación.

MANTENIMIENTO: En la fase las personas están trabajando para impedir la recaída, pero no aplican los procesos de cambio como lo hace con frecuencia las personas en la fase de acción. Están menos tentados a las recaídas y se confían más en que pueden continuar con el cambio. Basado en los reportes de autoeficacia y tentación experimentada, se ha estimado que la fase de mantención dura entre 6 meses a 5 años.

Una razón común para las personas que recaen tempranamente en la fase de mantención es que no están bien preparados para prolongar los esfuerzos necesarios para avanzar en la mantención. Muchos piensan que lo peor ocurrirá dentro de unas pocas semanas o unos pocos meses. Si ellos cesan muy temprano en sus esfuerzos, tienen un gran riesgo de recaída.

FINALIZACIÓN: En esta última fase, los individuos experimentan cero tentación y 100% de autoeficacia. Independientemente que estén deprimidos, ansiosos, aburridos, solos, con rabia o estresados, tienen confianza que no retornarán a sus antiguas pautas no saludables como una forma de afrontar esos estados. Es como si nunca hubieran adquirido esas pautas al principio.³⁷

Estas tres últimas fases son favorables en los jóvenes universitarios porque llevan a que ellos realicen compromisos de cambio en sus estilos de vida y logren mantenerlos, logrando adoptar conductas saludables que disminuyan el riesgo cardiovascular.

5.6 RIESGO CARDIOVASCULAR.

5.6.1 Definición de riesgo. Probabilidad de que ocurra algún hecho indeseable. El riesgo está interrelacionado con diferentes factores: culturales, históricos, políticos, socioeconómicos: ambientales³⁸.

5.6.2 Definición de riesgo cardiovascular.

Se define como la probabilidad de un evento clínico que le ocurre a una persona en un periodo de tiempo determinado (10 años)³⁹.

El RCV se define como la probabilidad de desarrollar una ECV (enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular o arteriopatía periférica) en un período de tiempo definido, usualmente 10 años; mientras que el factor de RCV corresponde

a una característica biológica o comportamiento presente en una persona sana que está relacionada en forma independiente con el desarrollo posterior de una ECV, es decir aumenta la probabilidad de la presentación de dicha enfermedad⁴⁰.

5.7 CLASIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

En relación a la clasificación de riesgo cardiovascular se evaluara teniendo en cuenta la presión arterial, el índice de masa corporal y la circunferencia de la cintura; en la cual encontramos que los valores normales de presión arterial son 120/80mmhg y los valores del índice de masa corporal que se reflejan en el siguiente cuadro⁴¹.

Cuadro 1		
Clasificación del índice de masa corporal según OMS		
Tipo	Explicación	Valores
A	Bajo peso	< 18.5
B	Normal	18.5 - 24.9
C	Sobrepeso	25-29.5
D	Obesidad G I	30-34.9
E	Obesidad G II	35-39.9
F	Obesidad G II	>40

El indicador más utilizado para cuantificar la obesidad es el índice de Masa Corporal (IMC), que se refiere a la relación entre el peso, expresado en kilos y la estatura al cuadrado, expresada en metros. El valor actualmente utilizado para diagnosticar obesidad debe ser igual o superior a 30 kg/m². Sin embargo, el IMC no proporciona información acerca de la distribución de la grasa corporal. Esto es un aspecto de relevancia, ya que se ha establecido que el lugar de depósito y la distribución de la grasa en el cuerpo representa un riesgo diferente, correspondiendo al tejido adiposo abdominal y más específicamente al tejido adiposo perivisceral (mesenterio, omentos) el que se asocia con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, y cáncer, entre otras⁴².

Además para la clasificación de riesgo cardiovascular se evaluara teniendo en cuenta las medidas de circunferencia de la cintura: para la cual encontramos los siguientes valores que se reflejan en el siguiente cuadro⁴³.

Cuadro 2. Riesgo cardiovascular que confiere el grado de exceso de peso y la distribución adiposa			
Riesgo relativo a partir del perímetro de la cintura			
	IMC(Kgm2)	Hombres ≤ 102 cm Mujeres ≤ 88 cm	Hombres > 102cm Mujeres > 88 cm
Peso normal	18.5- 24.9	Ninguno	Aumentado
Sobrepeso	25.0-29.9	Aumentado	Alto
Obesidad	30.0-34.5	Alto	Muy alto
	35.0-39.9	Muy alto	Muy alto
Obesidad mórbida	>40	Extremadamente alto	Extremadamente alto

La medición de la CC ha sido planteada hace ya varios años como una herramienta fácil y útil de emplear en la práctica clínica para evaluar el riesgo cardiovascular de los pacientes con sobrepeso u obesidad, e implementar medidas terapéuticas o preventivas destinadas a disminuir este riesgo⁴⁴.

La Revista de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, hace “Relación entre el perímetro abdominal, nivel socioeconómico y presión arterial”, de los autores Fasce E y cols⁴⁵, corresponde a la continuación de un trabajo en el área de la hipertensión arterial en una comunidad de población adulta urbana y su relación con la distribución de la grasa corporal medida a través del perímetro abdominal y el nivel socio-económico según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2003. Se pudo demostrar mediante una metodología validada, que la prevalencia de hipertensión arterial es mayor en los estratos socioeconómicos más bajos. Concordante con lo anterior, se demostró cifras más altas de CC en los niveles socioeconómicos más bajos. Se muestra finalmente que al separar la población en cuartiles según CC, a medida que aumenta el cuartil, se observa un significativo aumento de los niveles de presión arterial tanto sistólica como diastólica, en ambos sexos.

Fasce y Cols, nos sugieren con este estudio que dados los mecanismos fisiopatológicos propuestos como vinculantes entre la obesidad y los niveles más elevados de presión arterial observados en las personas de los niveles socioeconómicos más bajos, se postula a la obesidad abdominal como la responsable, a lo menos en parte, de los mayores niveles de presión arterial detectados en este grupo socioeconómico.

Por lo señalado, me parece que es de gran importancia incorporar el hábito de la medición de la circunferencia de cintura en los pacientes que son evaluados desde el punto de vista del estudio del riesgo cardiometabólico, ya que esta sencilla

medición ha demostrado ser una herramienta útil para detectar poblaciones más vulnerables⁴⁶.

5.8 RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN FRAMINGHAM Y PROCAM:

Existen varias clasificaciones de riesgo cardiovascular entre los cuales está: la de Framingham y Procam. Las cuales hacen referencia al análisis de diferentes variables, que fueron utilizadas por los dos autores para la clasificación de riesgo cardiovascular, como son: edad, LDL-colesterol, HDL colesterol, triglicéridos, tabaco, diabetes y antecedente familiar de infarto agudo de miocardio (IAM) menor de 60 años; a partir de las cuales se puede calcular el riesgo de enfermedades cardiovasculares, como la enfermedad coronaria total (angina, infarto agudo de miocardio o muerte coronaria) o eventos duros (infarto agudo de miocardio y muerte coronaria)⁴⁷.

En relación a estos dos métodos de clasificación de riesgo cardiovascular según Framingham y Procam se puede concluir que a medida que aumenta el riesgo cardiovascular existe una gran variabilidad en las diferencias individuales.

En el siguiente cuadro se refleja las diferencias respecto a las variables utilizadas por Framingham y Procam, para clasificar el riesgo cardiovascular⁴⁸.

Cuadro 3. Diferencias respecto a variables entre Procam
y Framingham por categorías

	PROCAM	Framingham por categorías
Edad	40-65 años	30-74
Sexo	Hombres	Hombres y Mujeres
Colesterol total	No	Si*
LDL-colesterol	Si	Si*
HDL	Si	Si
Trigliciridos	Si	No
Presión A. Sistólica	Si	Si
Presión A. Diastólica	No	Si
Diabetes	Si/No	Si/No
TABACO	Si/No	Si/No
Antecedentes Familiares	IAM < 60 años	No
Riesgo Coronario	IAM fatal y no fatal	IAM y muerte coronaria**

5.9 JÓVENES, UNIVERSITARIOS Y ESTILOS DE VIDA.

Existen diversas investigaciones que confirman que los jóvenes no advierten el riesgo como cercano, o se perciben como invulnerables y por tanto presentan conductas no sanas que afectan la salud a mediano o largo plazo⁴⁹.

Núñez-Rojas⁵⁰ en un estudio en el 2004 para evaluar el concepto de salud, autocuidado en salud y creencias sobre riesgo en la comunidad académica de la Universidad de Manizales y en la juventud actual en general, concluye que para los jóvenes actuales la salud se constituye en un “lugar de paso y hallazgo temporal, no un fin buscado”, contexto cultural en el cual la exposición al riesgo contribuye a la generación de un entorno propicio para el consumo de drogas y las prácticas sexuales sin mayor protección, en aras de la exploración del placer del momento, sin pensar en las repercusiones a corto, mediano o largo plazo⁵¹.

Castañó Castrillón y Páez Cala⁵², en un estudio sobre estilos de vida y salud en estudiantes de psicología publicado en el 2010, concluyen que para esta población universitaria los mayores riesgos para la salud detectados se relacionan con la salud sexual y reproductiva, el sedentarismo, hábitos alimenticios, consumo de tabaco y alcohol.

Lemos y Fidalfo⁵³ al analizar las actitudes, riesgos de personalidad y conductas de riesgo en estudiantes universitarios en Oviedo hacia los años 1991-92, encuentran que la mayoría presentan EV adecuados, aunque con diferencias significativas según la carrera: los estudiantes de letras (filologías, geografía e historia) evidenciaron EV menos saludables, seguidos por los de Ciencias Sociales, aunque sin diferencias significativas entre sí. Igualmente encuentran un escaso valor predictivo de los rasgos de personalidad sobre las conductas y actitudes en salud.

Araya et al⁵⁴, al analizar en el 2007 los factores de riesgo para la salud en jóvenes universitarios de 19 a 24 años de las áreas humanistas y de la salud de la Universidad de Concepción, identifican en general un nivel nutricional normal en el 71%, 74% de las mujeres y el 52% de los varones del área de la salud. 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 87% de mujeres sin estrés es significativamente mayor que el de los hombres, 57%; el estrés leve es significativamente mayor en hombres, 43%, que en mujeres, 13%.

Álvarez-Rosario, Castañó Castrillón et al en el 2007⁵⁵, y Castañó Castrillón, Páez Cala et al en el 2008⁵⁶, con la población de jóvenes universitarios de la Universidad de Manizales arrojan resultados alarmantes con prevalencia de consumo de tabaco del 41%; consumos de alcohol del 40,9%, 58,1% de

somnolencia ligera, 65,4% de actividad física moderada, 40,2% de alimentación inadecuada, 16,3% de estrés medio; factor de riesgo para trastorno de la alimentación de 12,7%, 57,3% de ansiedad subclínica, 21,4% depresión leve y 9,5% de disfunción familiar severa.

Arrivillaga, Salazar y Correa⁵⁷, en un estudio efectuado en el 2002 con 4.416 jóvenes y adultos de las diferentes facultades de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, mediante muestreo estratificado con 754 estudiantes, reportan incongruencias entre creencias saludables que contrastan con prácticas poco saludables, en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida de los universitarios. Evidencian como la conservación y recuperación de la salud está mediada por procesos psicosociales como el aprendizaje, la cognición, la motivación y la emoción, según los entornos donde se desarrollan las conductas saludables o no saludables, como son el ciclo de vida personal, al igual que el contexto físico y social.

5.10 Factores de riesgo modificables en relación a ECV.

Rodrigo et⁵⁸, definen el estilo de vida de riesgo como los patrones conductuales o conductas activas y pasivas que suponen una amenaza para el bienestar físico y psíquico, las cuales generan consecuencias negativas para la salud y el sano desarrollo de la persona.

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 recopilaciones de conducta que varios autores identifican entre los más importantes factores de riesgo actuales para la salud^{59, 60}; 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.
- El sedentarismo, no practicar ejercicio físico
- El tabaquismo, el uso de drogas, abuso de alcohol.
- Deficientes hábitos de sueño.
- Desequilibrio dietético en la alimentación.
- Las conductas sexuales de riesgo.

Los factores de riesgo modificables para prevenir la enfermedad cardiovascular son el sedentarismo, obesidad y estrés.

Sedentarismo:

Chiang Salgado⁶¹, confirman alta prevalencia de sedentarismo y tabaquismo, con cifras del 60,8% y del 46,1% respectivamente, en una muestra de 301 estudiantes entre 18 y 25 años con síntomas de enfermedad cardiovascular, que cursaban entre primero y cuarto año de cualquier carrera de la Universidad de Concepción en Chile; esto se constituye en factores de riesgo cardiovascular para la vida

adulto. Igualmente reportan un mayor consumo de tabaco en mujeres, 49,8% en comparación con un 42,3% de varones; 47,8% de inactividad física en varones y 73,7% en mujeres: a la vez confirman que el sedentarismo se incrementa con el tiempo.

Este factor de riesgo es modificable porque según un estudio realizado en universitarios con estilos de vida activos presentan beneficios psicológicos⁶², bienestar general y previenen diversas enfermedades⁶³. Sin embargo los escenarios universitarios al parecer no promueven la práctica deportiva, dados los resultados de Velásquez⁶⁴, quienes a partir de una investigación con estudiantes de ambos géneros entre 16 y 24 años de la Universidad Nacional de Colombia, concluyen que a medida que se incrementa el tiempo de permanencia de los estudiantes en la universidad, disminuye la práctica de actividad física y sus estilos de vida se tornan sedentarios, a pesar de tener una alta conciencia sobre los beneficios de un estilo de vida activo y los riesgos del sedentarismo para la salud.

Obesidad⁶⁵:

En determinados individuos, la obesidad debe ser considerada un factor de riesgo cardiovascular por sí misma y no de una forma secundaria por su relación con el desarrollo de hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia. La obesidad aumenta la carga del corazón y puede provocar enfermedades coronarias.

A partir de la relación entre el perímetro de la cintura y la cadera (WHR, waist-to-hip ratio), se pueden identificar los tipos de obesidad androide y ginecoide. Una relación cintura-cadera de 1.0 o superior en varones (o de 0,8 en mujeres), indica obesidad androide y riesgo creciente de enfermedades relacionadas con la obesidad. Se utiliza esta denominación porque en los hombres el exceso de grasa corporal se distribuye normalmente en la zona de la cintura, mientras que en la mujer está generalizado que el exceso de grasa ocupe preferentemente la zona de la cadera.

En la obesidad androide, la mayor parte de la grasa tiene una distribución intraabdominal, mientras que en la obesidad ginecoide la grasa es mayoritariamente subcutánea a la altura de las caderas. Esta diferencia implica un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares en la obesidad androide, ya que la grasa intraabdominal se moviliza mucho más fácilmente que la subcutánea. Cuando los depósitos grasos se movilizan, aumentan los ácidos grasos en la sangre y el hígado produce una mayor cantidad de triglicéridos y colesterol, que pasan al torrente sanguíneo.

La obesidad androide está fuertemente asociada a una serie de enfermedades como la hiperlipemia, la diabetes, la hipertensión arterial y la hipertrofia ventricular izquierda (engrosamiento anormal del lado izquierdo del corazón). Cuando la obesidad sea de tipo androide es importante que la dieta sea mucho más

restrictiva en el aporte de lípidos a fin de disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular. El ejercicio físico no puede dejarse de lado en estos casos.

Este factor es modificable porque en cualquier grado de obesidad, el aporte de energía de la dieta debe ser tal que se adapte a la condición, actividad y objetivo de peso ideal. Si esto implica una dieta baja en calorías, ésta debe ser equilibrada, con un aporte suficiente de proteínas y micronutrientes. La pérdida de peso debe conseguirse de una forma progresiva y moderada.

Estrés⁶⁶:

El tipo de personalidad y la capacidad para manejar el estrés se han considerado desde siempre importantes factores para la salud. Los efectos del estrés en el sistema cardiovascular están representados en la cantidad excesiva de hormonas adrenales, elevación de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco y síntomas cardiovasculares como palpitaciones o dolor de pecho. Si estas situaciones de estrés sólo se presentan ocasionalmente, no es probable que se produzca enfermedad cardiovascular ni daños permanentes, pero la exposición prolongada de estrés unida a otros factores de riesgo puede causar serios daños al sistema cardiovascular.

En este estudio para la medición de manifestaciones de riesgo cardiovascular se tendrá en cuenta: la historia de diabetes, tabaquismo, antecedentes familiares de infarto antes de los 60 años, las medidas antropométricas como peso, talla, IMC y circunferencia abdominal y presión arterial de cada uno de los participantes.

6. METODOLOGIA

6.1 Tipo y Diseño de estudio: Cuantitativo, descriptivo transversal, correlacional.

6.2 Población: 529 estudiantes de fonoaudiología, fisioterapia y terapia ocupacional de una Universidad del Valle del Cauca.

- **Muestra:** La investigación se realizó con 180 estudiantes matriculados en alguno de los tres planes de estudio de fonoaudiología, fisioterapia y terapia ocupacional que reúnan los criterios de inclusión.

El tamaño de muestra fue definido a partir de la fórmula siguiente, se incrementa el tamaño de la muestra en un 10%.

$$n_o = \frac{z^2 \times (p \times q)}{E^2}$$

$$1-\alpha = 95\%$$

$$Z = 1.96$$

$$P = 0.5$$

$$e = 0.04$$

$$n' = n_o / 1 + (n - 1)/N$$

- **Muestreo:** será aleatorio simple. Una vez definido el número de participantes por plan, se procedió a seleccionar los estudiantes de cada plan con muestreo aleatorio simple.

6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MUESTRA

6.3.1 Criterios de inclusión

Estudiantes entre 18 y 28 años de edad cumplidos

Estudiantes que cursaron un solo programa académico

Estudiantes que cursaron de segundo semestre en adelante.

6.3.2 Criterios de exclusión

Estudiantes en estado de gestación.

Diagnóstico de un trastorno orgánico relacionado con aumento de peso.

Estudiantes que hayan realizado diligenciamiento incompleto del instrumento de recolección de la información.

6.4 Instrumentos de recolección de información

La recolección de información se llevó a cabo por medio del Cuestionario estilos de vida en jóvenes universitarios (CEVJU-R) (anexo 4) construido por el grupo de investigación Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, el cuestionario de medidas antropométricas y presión arterial elaborado para este estudio (anexo 5) y el instrumento de tamizaje de riesgo cardiovascular y renal en población mayor de 35 años sin ECNT (anexo 6).

El “Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios [CEVJU-R] (Salazar, Varela, Lema, Tamayo y Duarte, 2009) es un instrumento de auto informe, que ha sido sometido a dos estudios de validación en los que han participado ocho universidades del país, como parte del Equipo de Investigación CEVJU Colombia⁶⁷.

El CEVJU-R es la versión final de otros cuestionarios previos, el CEVJU de 151 ítems que evaluaban 10 dimensiones de los estilos de vida construido previamente para la caracterización de prácticas del estilo de vida, creencias y factores del contexto en estudiantes universitarios, (2002; en Arrivillaga y Salazar, 2005), además de una amplia revisión de la literatura y de los resultados de entrevistas realizadas a jóvenes de distintas universidades sobre sus estilos de vida.

Este primer cuestionario fue sometido a evaluación durante los años 2006 y 2007 por parte de jueces expertos y a una prueba piloto antes de la validación con 1485 estudiantes de universidades de cuatro ciudades de Colombia, con edades entre los 15 y 24 años. A partir del análisis de propiedades psicométricas, discriminación de ítems, consistencia interna por dimensión y análisis factorial se eliminaron ítems y dimensiones y reagruparon ítems en nuevas dimensiones; de esto surge el CEVJU-II en el que se adicionan preguntas sobre motivaciones para realizar las prácticas de cuidado y la motivación para el cambio, siguiendo el modelo trasteórico de Prochaska (Prochaska y Norcross, 2001) del análisis psicométrico de esta versión aplicada a 1811 jóvenes universitarios, surge la actual CEVJU-R.

El CEVJU-R está constituido por 68 ítems de los cuales 40 evalúan conductas en ocho dimensiones del estilo de vida y 28 ítems que evalúan la motivación para realizar o no la conducta evaluada, motivaciones para el cambio, así como los recursos personales y externos que facilitan o dificultan su realización; para la dimensión de estados emocionales solo evalúa las prácticas. Las dimensiones que evalúa son: Actividad física, Tiempo de ocio, Alimentación, Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, Sueño, Relaciones Interpersonales, Afrontamiento y Estado emocional percibido.

El CEVJU-R presenta propiedades psicométricas adecuadas, todas las dimensiones presentan un alfa de Cronbach superior a 0,55, lo que indica una

adecuada consistencia interna y constituye un avance en la medición de los estilos de vida de los universitarios. Podría utilizarse para la identificación de las necesidades de los jóvenes y para la definición de las acciones de promoción y prevención dentro de las universidades.

La estructura del cuestionario se presenta en el cuadro 4. Los 68 ítems tienen opción de respuesta cerrada. Las preguntas pueden tener diferentes formas de respuesta:

- Escala tipo Likert (preguntas de prácticas)
- Múltiple opción de respuesta (preguntas de recursos)
- Única opción de respuesta (preguntas de motivaciones)

Cuadro 4. Estructura del Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios (CEVJU-R)

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

6.5 Calificación del Instrumento

Para la calificación del cuestionario se tuvo en cuenta que sólo se podrán calcular puntuaciones para las prácticas en cada una de las ocho (8) dimensiones, de manera que se obtendrán ocho puntuaciones y no habrá una total.

Para calcular la puntuación de las prácticas de cada dimensión se sumó los valores obtenidos en las preguntas que conforman la dimensión, según lo muestra el cuadro 4.

Para la dimensión de alimentación se evaluó otros ítems tomados del instrumento: estilos de vida diaria en personas con diagnóstico de enfermedad cardiovascular los cuales complementan la información medida en el CEVJU-R; particularmente hábitos saludables no contemplados en él.

A continuación se revisa el cuadro 5 para comparar la puntuación que fue obtenida con el punto medio, que es asumido como el punto de corte para definir si las prácticas en cada dimensión son saludables o no. Si la puntuación obtenida es superior al punto medio, indica prácticas no saludables, mientras que una puntuación inferior a éste, indica prácticas saludables.

Cuadro 5. Puntuaciones posibles de cada dimensión

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

Como se mencionó anteriormente, sólo para las prácticas puede generarse una puntuación. Para los demás aspectos (motivaciones, satisfacción y recursos) podrán ser descritos sus ítems individualmente a través de porcentajes o frecuencias.

6.6 Cuadro 6. Definición operacional de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y NIVEL DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo en años transcurrido, en años cumplidos desde el momento del nacimiento hasta la fecha de aplicación del instrumento.	Edad ____ años cumplidos.	Nominal
Sexo	Referente a la clasificación de hombre o mujer según su anatomía.	Hombre: ____ Mujer: ____	Nominal
Estrato socio económico	Posición socioeconómica diferenciada que ocupan los grupos sociales, de acuerdo a estratificación municipal.	Estrato 1, 2, 3, 4, 5, 6	Ordinal
Estilo de vida	Diferentes conductas que las personas llevan a cabo para su cuidado en la vida cotidiana relacionado a las dimensiones de alimentación, actividad física, sueño, tiempo de ocio, afrontamiento, consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, relaciones interpersonales y estado emocional.	Se medirá cada dimensión con una escala tipo Likert con puntuación numérica (cuadro 5).	Nominal
Niveles de motivación	Impulso que inicia, guía y mantiene el comportamiento hasta alcanzar la meta u objetivo deseado en relación a la teoría de motivación para el cambio, en el cual existen 5 fases de cambio.	Cinco ítems, cada uno relacionado con las Fases de cambio de Prochaska y Diclemente. Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción. Mantenimiento, Finalización. Cuestionario de estilos de vida en jóvenes. Universitarios [CEVJU-R]. Con Única opción de respuesta.	Nominal
Recursos	Insumos de tiempo, dinero y energía, para realizar las actividades relevantes para cada persona.	Los 5 ítems que se evalúan en los recursos son: Dinero, Tiempo, Disponibilidad, Espacios adecuados, Conocimiento. Los cuales se tendrán en cuenta para cada una de las actividades relevantes de cada persona en cada una de las dimensiones. Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios [CEVJU-R].	Nominal
Índice de masa corporal	ICM: Relación entre el peso de la persona en kg, evacuando la vejiga independientemente del consumo de alimentos y la talla de la persona en centímetros al cuadrado en metros. $IMC = \text{Peso/Talla}^2$	se categorizaron en: Bajo peso Peso normal Sobrepeso Obesidad grado I Obesidad grado II Obesidad grado III	Ordinal

Circunferencia abdominal	Es la medición de la distancia alrededor del abdomen en un punto específico, por lo general a nivel del ombligo. Este índice mide la concentración de grasa en la zona abdominal.	El riesgo según la circunferencia de cintura se evaluara de acuerdo a los siguientes parámetros: Perímetro mujeres: Bajo: <79 cm Incrementado: 80- 87cm Incrementado sustancialmente: >88cm Perímetro hombres: Bajo ≤93cm Incrementado 94 101cm Incrementado sustancialmente ≥102cm	Ordinal
Presión Arterial	La presión arterial se obtiene en mmhg y se realiza por medio de un esfigmomanómetro y nos permite obtener 2 medidas: la sistólica y la diastólica.	La presión arterial se categorizara así: Optima: PAS<120, PAD <95 Normal: PAS<130, PAD 95 Normal Alta: PAS 139, PAD 100 Hipertensión: Estadio 1: PAS:140-159,PAD:90-99 Estadio 2: PAS:160-175,PAD:100-109 Estadio 3: PAS: 180-209,PAD:110-119.	Ordinal

6.7 Instrumentos para medidas antropométricas y presión arterial

Procedimiento y equipos para realizar la medición de presión arterial y las medidas antropométricas

Medición de Presión Arterial:

Para la medición de Presión Arterial se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones según Guía de atención de HTA – Resolución 412.

Condiciones para la toma de la presión arterial

- Condición del paciente

- La toma de la TA se realizó luego de cinco minutos de reposo.
- No haber realizado ejercicio físico previo.
- No haber fumado o ingerido cafeína en la última media hora.
- Evitar actividad muscular isométrica (antebrazos apoyados).
- El paciente debe estar tranquilo y tener la vejiga vacía.
- Evitar hablar durante la toma.

Condiciones del equipo

- Dispositivo de medida:

Esfigmomanómetro de mercurio

- Manguito: El largo de la cámara neumática del tensiómetro debe rodear al menos 80% del brazo.
- El ancho de la cámara neumática debe rodear al menos 40% del brazo.

Toma de la medida**- Colocación del manguito**

- Se colocó y ajustó sin holgura y sin que comprima.
- Se retiró prendas gruesas y se evitó enrollar las mangas.
- Se dejó libre la fosa antecubital (el borde inferior del manguito debe estar al menos dos centímetros por encima del pliegue del codo)
- Se colocó el centro de la cámara neumática sobre la arteria braquial.
- El brazo, con el manguito, debe quedar a nivel del corazón.

Técnica:

- Se estableció primero la PAS por palpación de la arteria braquial.
- Se infló el manguito 20 mmHg por encima de la PAS estimada por método palpatorio.
- Se desinfló el manguito a 2 mmHg/seg o dos por latido cuando la frecuencia esté por debajo de 60 latidos/minuto.
- Se usó la fase I de Korotkoff para la PAS y la V (desaparición) para la PAD.
- Se ajustó la medida de 2 en 2 mmHg, no redondear la cifra a 5 o 10 mmHg.

Se tomó la TA al paciente relajado (sentado) y con la espalda, los pies y los brazos apoyados (cuadro 7).

Medidas:

Mínimo dos medidas promediadas con intervalo de dos minutos, realizar toma adicional si hay cambios de más de 5 mmHg.

MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS

Las mediciones antropométricas a realizar en los participantes consistieron en la toma de peso, la medición de la talla y la medición de circunferencia de cintura.

Medición de peso**Condiciones:****Balanza mecánica de plataforma**

Descripción:

Funciona con sistema de pesas: 1 pesa grande ubicada en la varilla graduada cada 10 kg, y una pesa pequeña ubicada en la varilla graduada cada 0,1, 0,5 y 1 kg hasta 10 kg.

Tiene graduaciones cada 100 g y permite leer en forma directa el peso.

Técnica para pesar:

- a) se ubicó la balanza en una superficie lisa, asegurándose que no exista desniveles o algo extraño bajo la balanza.
- b) se colocó ambas pesas en “0” (cero), el extremo común de las varillas debe mantenerse sin movimiento en la parte central de la abertura.
- c) se pidió al participante que se quite los zapatos y el exceso de ropa para poderla pesar.
- d) se solicitó a la persona que se coloque en el centro de la plataforma de la balanza, en posición erguida y relajada, frente a la balanza, con la mirada fija en plano horizontal, con los brazos extendidos a los lados, las palmas descansando sobre los muslos, talones ligeramente separados, los pies separados formando una “V” y sin moverse.
- e) se deslizó la pesa mayor correspondiente a kilogramos hacia la derecha hasta que el extremo común de ambas varillas no se mueva, luego se retrocedió una medida de diez kilogramos. La pesa menor correspondiente a gramos debe estar ubicada al extremo izquierdo de la varilla.
- f) se deslizó la pesa menor correspondiente a gramos hacia la derecha, hasta que el extremo común de ambas varillas se mantenga en equilibrio en la parte central de la abertura que lo contiene.
- g) se leyó el peso en kilogramos y la fracción en gramos
- h) se registró el peso obtenido en kilogramos y con la fracción que corresponda a 100 g, con letra clara y legible (Ejemplo: 49,3 kg).

Medición de altura:

El equipo utilizado para medición de altura fue el tallímetro (estadiómetro).

Condiciones:

Cinta métrica metálica fija a la pared u otra superficie sólida, procurando que esté perfectamente perpendicular al piso y que el extremo correspondiente al cero coincida con el nivel del suelo.

Técnica:

- a) solicitó a la persona que tenga el pelo suelto, sin peinados altos, que se quite los zapatos, y los accesorios u otros objetos que interfieran con la medición.
- b) La persona que se midió mantuvo su cuerpo completamente erecto, con su cabeza, sus nalgas y sus talones lo más cerca posible de la pared a la que se fijó la cinta métrica, y que mantenga sus brazos extendidos con soltura a los lados del cuerpo.
- c) fue preciso que el individuo mantenga su cabeza en la posición correcta, asegurándose de mantener su columna vertebral extendida y su mirada hacia el frente.
- d) fue necesario que otra persona coloque una escuadra sobre el punto medio de la cabeza de la persona que se está midiendo, de tal manera que uno de los lados

de dicha escuadra quede apoyado a la pared en toda su extensión. La persona a cargo de la escuadra debe marcar el punto donde se encuentra el ángulo de unión entre el lado de la escuadra que está apoyado a la pared y el lado que está en contacto con la cabeza. Este punto corresponde a la medición de la estatura.

Medición de circunferencia de cintura:

Condiciones:

Para la medición de circunferencia de cintura se utilizó cinta métrica metálica flexible calibrada en centímetros, con graduaciones en milímetros, no más ancha de 7 mm, y que tenga un espacio en blanco de al menos 3 cm antes de la línea de registro del cero.

Técnica:

Se efectuó la medición a una distancia intermedia entre el borde inferior de la última costilla y la cresta ilíaca, en un plano horizontal. Se palpó y marcó cada uno de esos puntos y determinó el punto medio con una cinta métrica y marcarlo.

Una vez que se mida a la persona se coteja el resultado de la medición con la tabla normativa según la OMS que nos indica el nivel de riesgo que la persona posee, (cuadro 9).

6.8 Proceso de recolección de información

Una vez se obtuvo el aval por el Comité de Ética Humana de la facultad de salud y por las directivas de la Escuela de Rehabilitación Humana, se procedió a la recolección de la información; lo cual se hizo de la siguiente manera:

1. Se solicitó a la directora de cada plan la citación de las y los estudiantes por semestres a una reunión en la que se dio a conocer la investigación a realizar y se explicó los objetivos de la investigación, en que consistió la participación de cada uno de ellos y la forma como fueron seleccionados. En ella se citó, por semestre académico y plan de estudios, a una reunión en la que se realizó la recolección de la información una vez firmado el consentimiento de participación voluntaria.
2. En la reunión siguiente las investigadoras le explicaron a los estudiantes de manera más detenida lo referente al consentimiento informado, la aplicación de los instrumentos de las medidas de presión arterial y antropométrica. En el consentimiento informado se les informó sobre el estudio, sus objetivos, forma de recolección de información y en qué consistió la participación de los integrantes de la muestra, los mecanismos para proteger su identidad e información. Se les comunicó que la información que se obtuviera de este estudio sería confidencial, su nombre no aparecería en ninguna publicación; de igual manera, se les solicitó su permiso para utilizar estos datos en futuras investigaciones sobre este tema. Se les solicitó a los estudiantes en ese mismo

espacio la firma de su consentimiento informado de participación. Una vez firmado las investigadoras se ratificó con cada participante la necesidad de que procedieran a realizar la eliminación urinaria, para posteriormente dar continuidad a la aplicación individual del test de estilos de vida. Cuando el participante finalizaron la encuesta, una de las investigadoras le realizó la medición antropométrica y de presión arterial.

El consentimiento informado se argumenta según la resolución No. 008430 de 4 de Octubre de 1.993.

Para la aplicación del CEVJU-R de manera grupal se estimó un tiempo medio de aplicación de 20 minutos. Para la aplicación grupal se siguió el siguiente procedimiento:

1. se leyó en voz alta frente al grupo las instrucciones, indicándole a los encuestados que las lean en sus cuestionarios simultáneamente.
2. se preguntó a los encuestados si tenían alguna duda antes de iniciar la aplicación y se solucionó en el momento.
3. se le recordó a cada participante al inicio de la aplicación que iba a encontrar en el cuestionario, múltiples formas de respuestas a las preguntas y por eso se estuvo pendiente de lo que cada enunciado indicó con el fin de responder según la instrucción. Se le dio el ejemplo de algunos ítems donde puede escoger varias respuestas (p. ej., recursos) y otros con una sola opción de respuesta (p. ej., motivaciones).
4. Durante la aplicación, el encuestador revisó que los encuestados diligenciaran adecuadamente el formato, acercándose a cada uno.
5. Durante la aplicación, el encuestador estuvo atento a solucionar las dudas de los encuestados.
6. Si se presenta una duda repetidamente, el encuestador debe solucionarla frente a todo el grupo, asegurándose de la comprensión de todos. Algunas personas evitan preguntar y este tipo de aclaraciones públicas pueden ser útiles.
7. se recibió los cuestionarios diligenciados, el encuestador revisó si la persona contestó todas las preguntas. En caso contrario, se le indicó que responda las preguntas que omitió.

6.9. Calificación de presión arterial y medidas antropométricas

Calificación de Presión arterial en adultos

Para la calificación de esta variable se tuvo en cuenta la siguiente clasificación según lo establecido en la OMS⁶⁸.

Cuadro 7. Calificación de los niveles de presión arterial según OMS:

Categoría	PAS	PAD
Óptima	<120	<95
Normal	<130	95
Normal alta	130-139	100
HIPERTENSIÓN		
Estadio 1	140 – 159	90 – 99
Estadio 2	160 – 179	100 - 109
Estadio 3	180 – 209	110 - 119

Calificación de Índice de masa corporal total (IMC)

Para su medición se consideró como la relación entre el peso de la persona en kg y la talla de la persona al cuadrado en metros. $IMC = \text{Peso}/\text{Talla}^2$

Para su clasificación se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones:

Cuadro 8. Clasificación de obesidad y sobrepeso, según IMC:

CATEGORIA	IMC
Bajo peso	<18.5
Peso normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	25 - 29.9
Obesidad grado I	30 - 34.9
Obesidad grado II	35 – 39.9
Obesidad grado III	>40

Calificación de circunferencia de cintura

Para la calificación de esta variable se tuvo en cuenta la tabla normativa según la OMS que nos indicó el nivel de riesgo que la persona posee. La OMS en 1997 propuso unos puntos de corte (umbrales) para identificar personas en riesgo de padecer enfermedades (cuadro 9).

Cuadro 9. Distribución porcentual del Riesgo Cardiovascular según medidas de Circunferencia de cintura:

RIESGO SEGÚN CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	Parámetro Mujeres	Parámetro Hombres
Bajo	<79 cm	≤93 cm
Incrementado	80 – 87cm	94-101cm
Incrementado Sustancialmente	>88 cm	≥102 cm

Umbral de CC para identificar personas con riesgo de padecer Diabetes tipo 2, Hipertensión, y Enfermedades Cardiovasculares. [World Health Organization. Obesity, preventing and managing the global epidemic—report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 1997.

6.10. PLAN DE ANÁLISIS

Las variables se agruparon según características demográficas, dimensiones del estilo de vida, motivaciones, recursos y manifestaciones biológicas de riesgo cardiovascular.

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Se realizó primero un análisis univariado y posteriormente, se hizo un análisis de correlación entre los estilos de vida y los resultados de las mediciones antropométricas y de presión arterial.

Las medidas estadísticas que se utilizaron con las variables cualitativas fueron porcentajes y frecuencias; en las cuantitativas adicionalmente se utilizó la media, la desviación estándar (DE) o la Mediana y Rango intercuartílico, dependiendo de como se presente la distribución estadística de las variables.

Los datos fueron manejados con el programa SPSS Y Excel.

Se evaluó las correlaciones, aceptando significancia estadística para $p < 0.05$, "chi cuadrado".

6.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la Resolución 8430 de 1993 y en particular en el capítulo 1, se hace mención sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, que describe la clasificación del riesgo, el cual es considerado en el artículo 10 y 11 de la misma⁶⁹, por lo cual se consideró que este estudio es de riesgo mínimo, debido a que se empleó el registro de datos a través de procedimientos de medidas antropométricas como pesar y tallar a los participantes, así como medir su presión arterial.

Se respetó la dignidad de la persona, protegiendo sus derechos y su bienestar al momento de la recolección de la información, se protegió la privacidad del individuo, es decir, que sus nombres no fueron revelados y para su identificación se usaron códigos. La información resultante solo fue usada con fines académicos, de investigación y para planeación de futuras intervenciones hacia la promoción de la salud. En todo momento se mantuvo la confidencialidad de los participantes.

Se firmó un consentimiento informado con una o dos personas que sirvan como testigos, en el que se notificó que los procesos de recolección de datos serán suspendidos si el participante manifiesta su intención de no continuar.

Este trabajo tuvo en cuenta las normas científicas y administrativas para la investigación en salud y rigiéndose por lo contenido en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, específicamente en el título 1 de las disposiciones generales, el artículo 4 donde se dice que las investigaciones para la salud, comprenden el desarrollo de acciones que contribuyan a la prevención y control de la enfermedad⁷⁰. Igualmente, esta investigación se rigió por los principios bioéticos fundamentales, tales como el principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Para esta investigación se tuvo en cuenta el principio de autonomía, se solicita la autorización por escrito a la institución de salud y de cada participante para la toma de datos.

7. RESULTADOS.

7.1 ANALISIS DESCRIPTIVO UNIVARIADO

7.1.1 Información sociodemográfica

La muestra correspondió a 180 estudiantes de los planes de pregrado de Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional; con edad entre 18 y 27 años, media de 21 años, DS de 1.9. El 71.7% eran mujeres y hombres el 28.3%, el 96.7% eran solteros, de ellos el 50% tenían pareja. En relación al nivel de estudios, el mayor porcentaje se encontraba en sexto semestre (36%), seguido en su orden por los de cuarto(26%), octavo(16%), segundo (15%) y decimo (8%). Sobre el estrato socio económico la mayoría se encontraba en el estrato 3 (52.2%) y el estrato 2 (37.2%), el resto correspondían a los estratos 1 (2.2%), el 4 (7.2%) y 5 (1.1%). El 20% tenía actividad laboral remunerada.

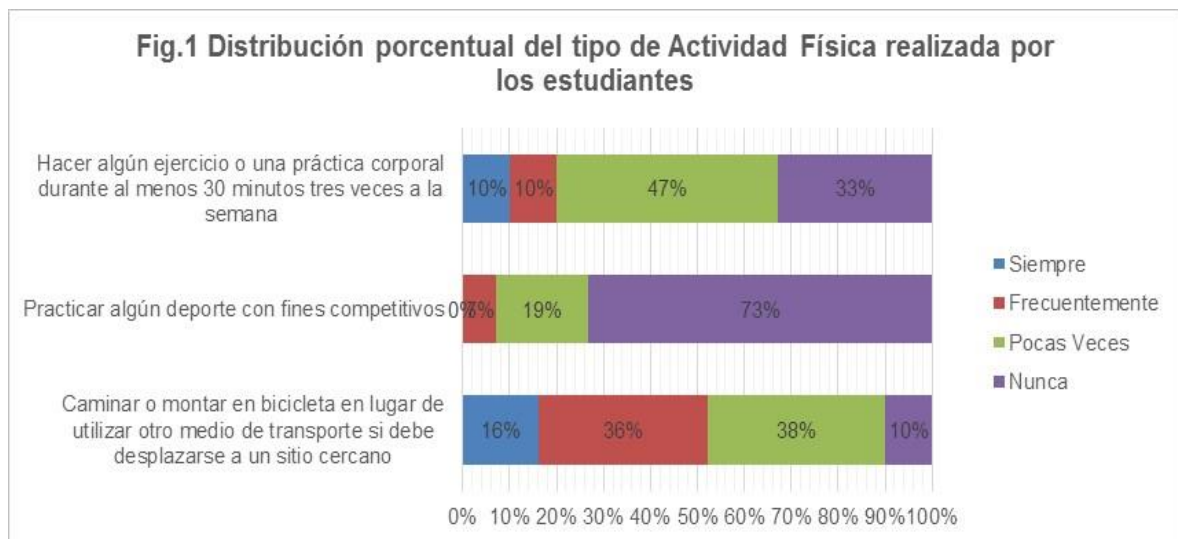
7.1.2 Distribución porcentual de prácticas, motivaciones, estado de motivación y recursos, para cada dimensión de estilos de vida

7.1.2.1 Dimensiones del Estilo de Vida.

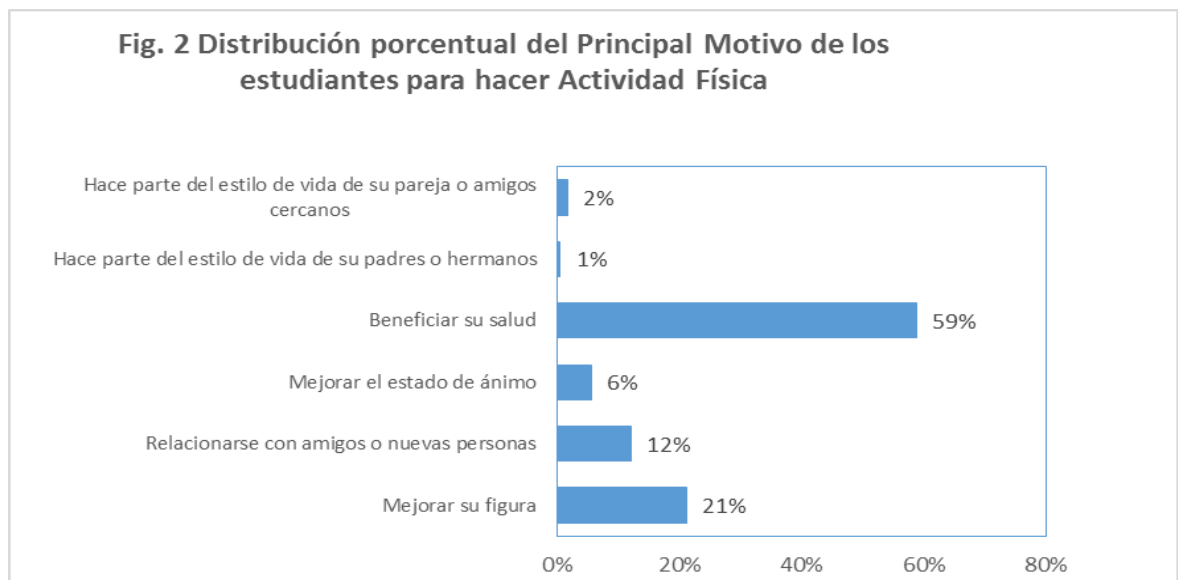
Se estudiaron 8 dimensiones que incluyeron: la actividad física, el ocio, alimentación, consumo de sustancias tóxicas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales), suelo, relaciones interpersonales, afrontamiento y estado emocional. Sobre estas dimensiones se evaluó el tipo de práctica, los recursos disponibles para las conductas saludables, los aspectos que le motivan o no para realizar tales prácticas y finalmente el nivel de motivación para modificar la conducta.

7.1.2.2 Dimensión Actividad Física

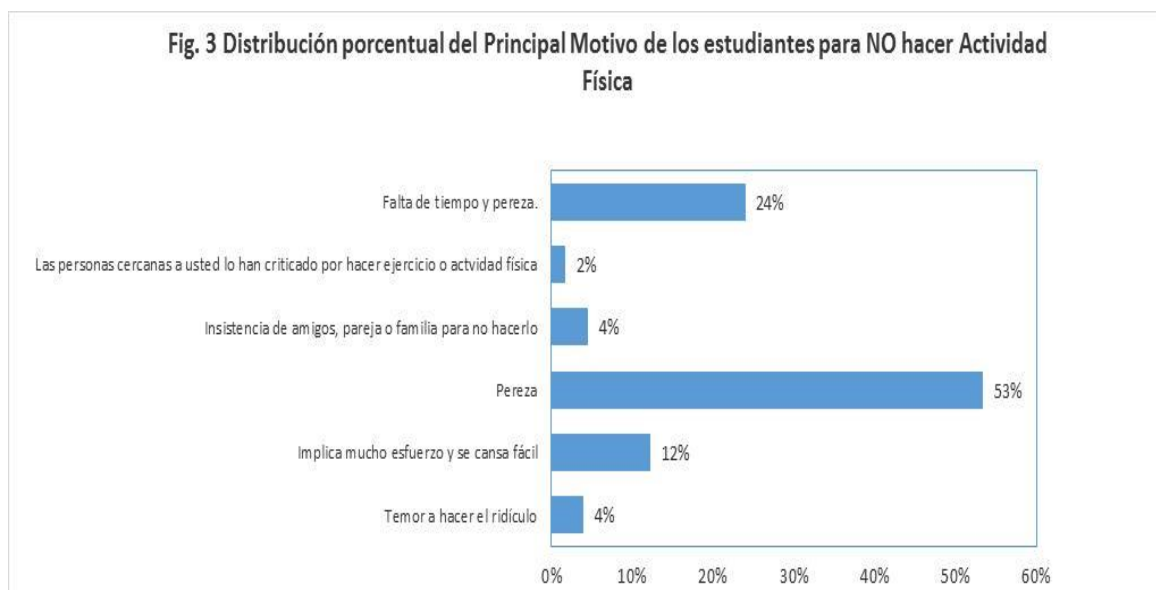
Fueron evaluados tres aspectos de los cuales hacer ejercicio durante 30 minutos tres veces por semana que es una conducta mínima exigida como habito saludable sólo se realiza siempre por el 10% y en un porcentaje igual frecuentemente el resto nunca o pocas veces lo hacen (figura 1). Sin embargo caminar o montar bicicleta para desplazarse a sitios cercanos es una práctica más frecuente en el grupo, el 16% lo hacen siempre y el 36% frecuentemente, con relación al deporte competitivo el 73% no lo practican.



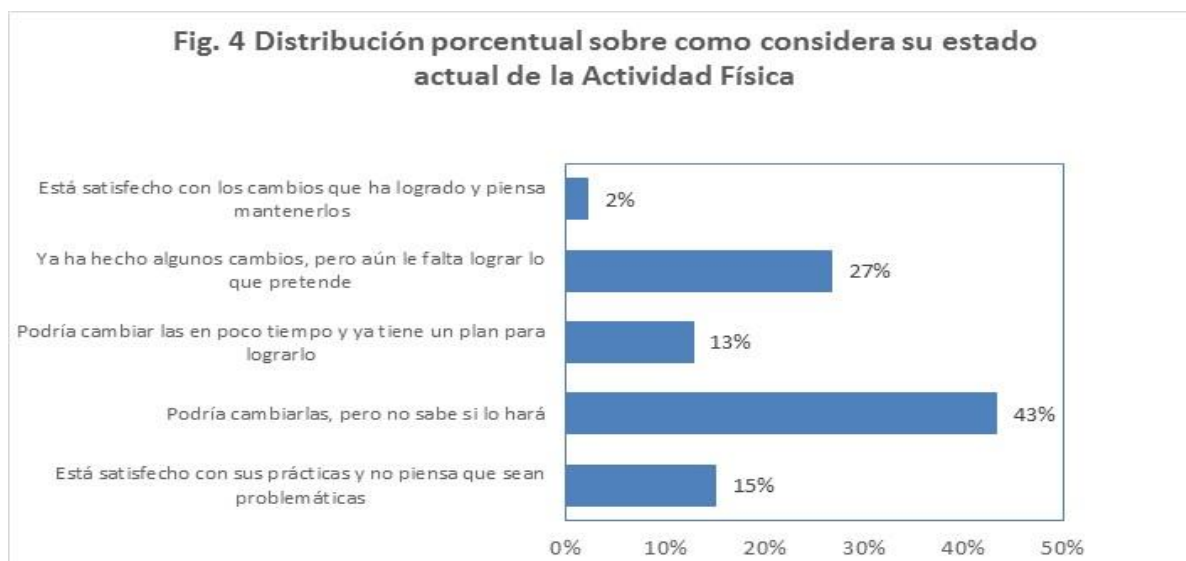
Respecto a aspectos que motivaron a realizar actividad física, apareció la búsqueda de beneficiar su salud, con un 59%, seguido por mejorar su figura con un 21%. El estilo de vida de la familia, ni de los amigos se encontró como factores motivantes para realizar actividad física.



Los principales motivos para no realizar actividad física son la pereza en 53% y falta de tiempo en 24%. La influencia de amigos y familiares no reviste importancia en la no realización de la actividad física.



Sobre cómo se considera frente al estado actual de la Actividad Física, el 43% piensa que podría cambiarlas pero no sabe si lo hará, y un 27% ya ha realizado cambios, pero le falta lograr lo que pretende.



De los recursos con que más cuentan los estudiantes para realizar actividad física (tabla 1), se evidencia el contar con implementos deportivos necesarios (60%) y buen estado de salud (61%) y personas con quien realizarlo (52%), el 49% de los

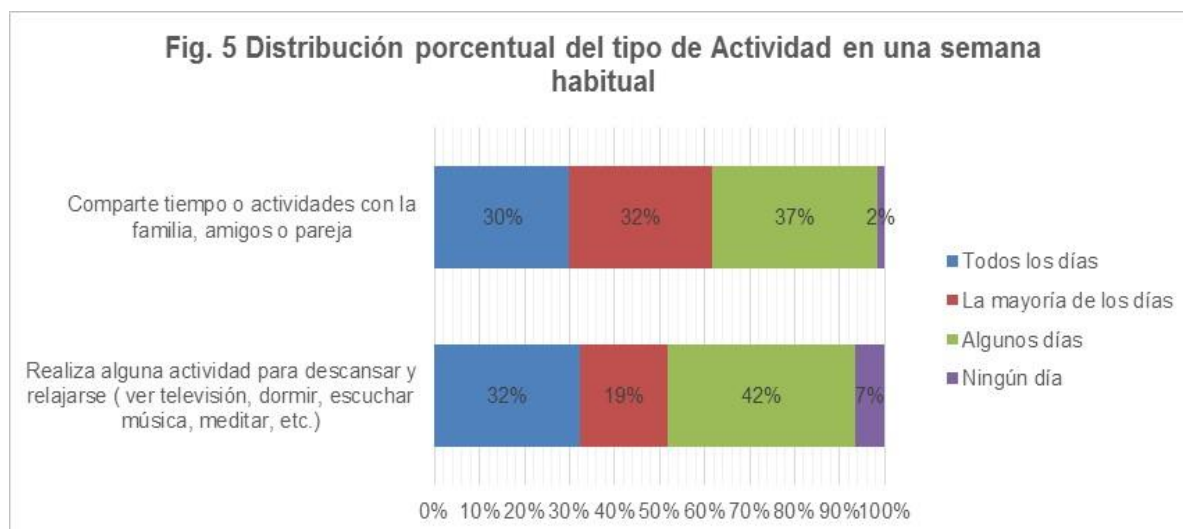
estudiantes encuentra como recurso para realizar ejercicio o actividad física los espacios y ofertas de actividad por parte de la universidad.

Tabla 1. Distribución porcentual de recursos con que cuenta el estudiante para realizar actividad física

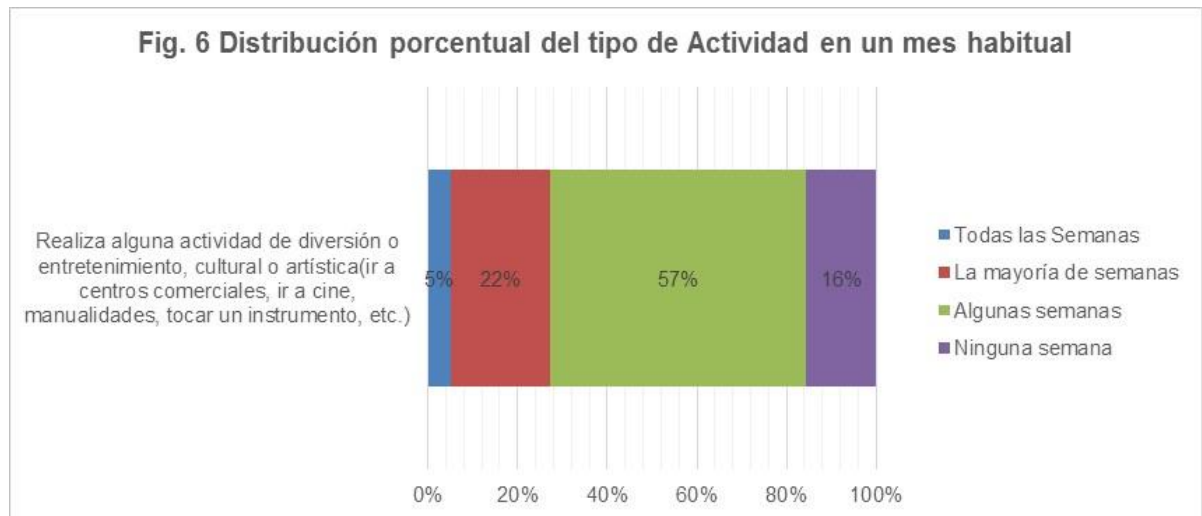
Tabla 1. Recursos con que cuenta el estudiante para realizar actividad física.	%
Implementos deportivos(ropa, zapatos, máquinas, elementos de seguridad, balones, etc.) necesarios	60%
Dinero	28%
Tiempo para realizarlo	38%
Personas con quien realizarlo en caso de querer compañía	52%
Habilidades (coordinación, agilidad, equilibrio, etc.) y cualidades físicas (fuerza, resistencia y flexibilidad)	46%
Buen estado de salud	61%
Conocimiento de la realización adecuada de las prácticas	46%
Espacios y oferta de actividades físicas y deportivas en la universidad	49%
Espacios y oferta de actividades físicas y deportivas en la universidad	0%

7.1.2.3 Dimensión Tiempo de Ocio

Todos los días o casi siempre comparte tiempo o actividades con la familia, amigos o pareja en 30% y 32% respectivamente y realiza alguna actividad para descansar y relajarse, siempre el 32% y casi siempre el 19%.



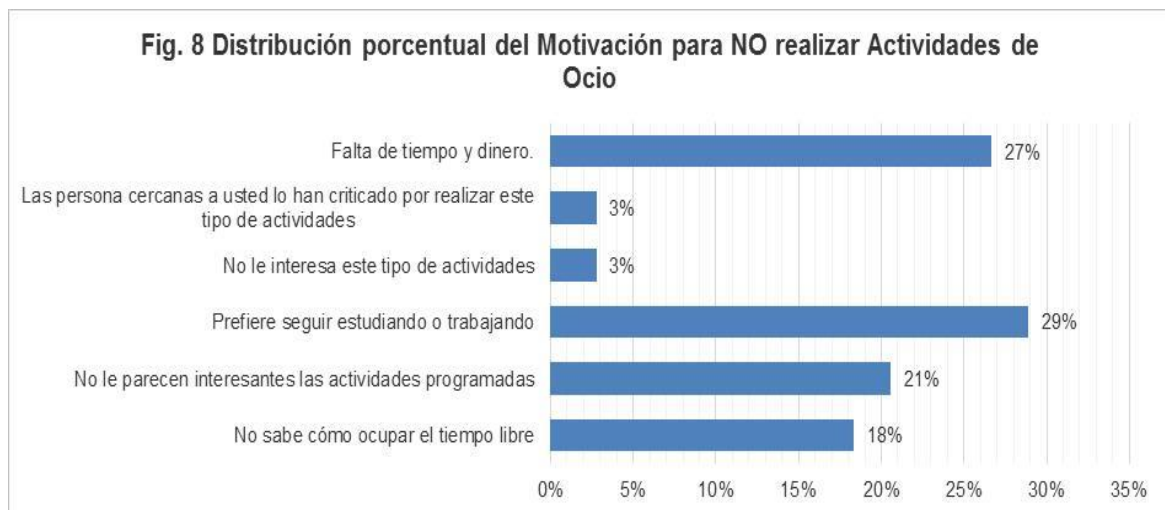
Se observó que un gran porcentaje de los estudiantes realiza alguna actividad de entretenimiento, cultural o artística en algunas semanas (57%). El 16% nunca tiene una actividad de entretenimiento durante el mes.



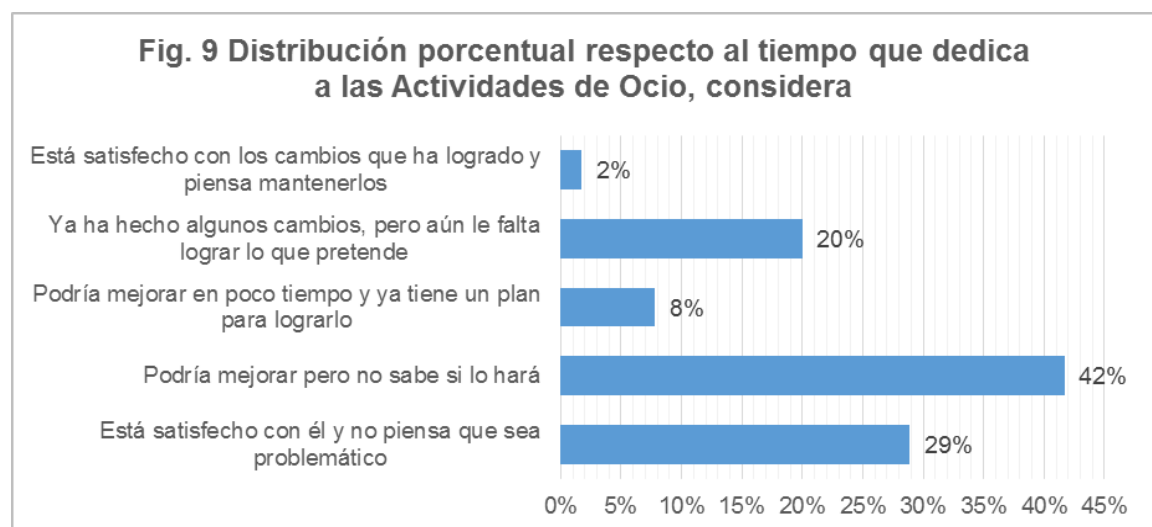
La principal razón que los motiva a realizar actividades de ocio, es cambiar la rutina y sentirse mejor con un 57% y 22%. Nuevamente la familia no es un factor motivante para realizar actividades de ocio.



Los principales motivos para no realizar actividades de ocio, son el preferir destinar el tiempo para seguir estudiando o laborando (29%), seguido de falta de tiempo y dinero (27%). Un 18% no sabe cómo ocupar el tiempo libre.



Sobre el tiempo que dedica a las Actividades de Ocio el 42% considera que podría mejorar pero no sabe si lo hará y el 29% está satisfecho con el tiempo que dedica y un 20% que aunque han hecho cambios pero aún no han logrado lo que desean.

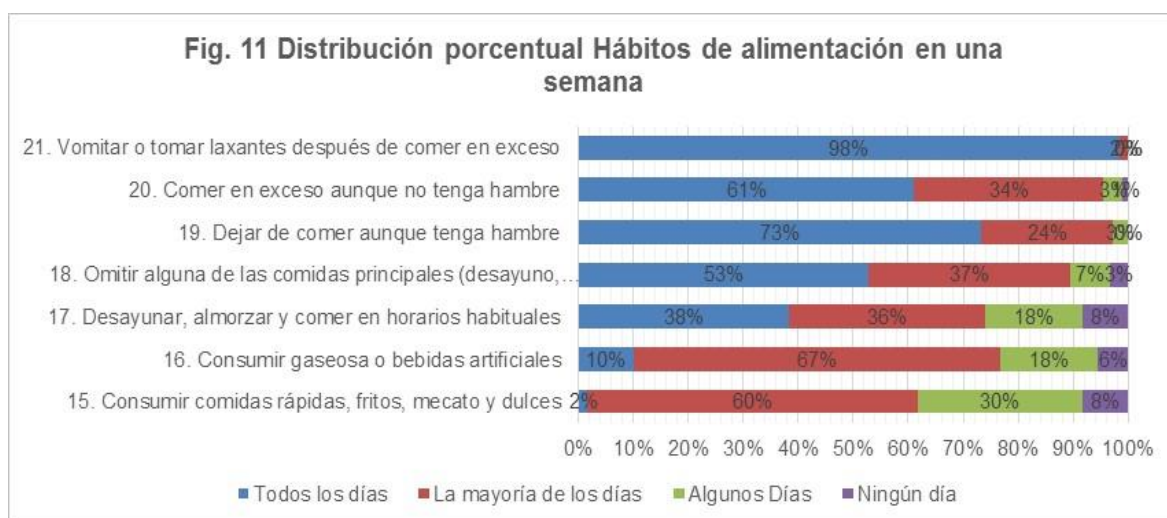


El 38% o mas cuenta con los recursos explorados para realizar las actividades de ocio, el 74% tiene compañía para realizar estas actividades, y consideran que tienen los espacios para realizarlas tanto en la universidad como en la ciudad el 53% y 48%, respectivamente.

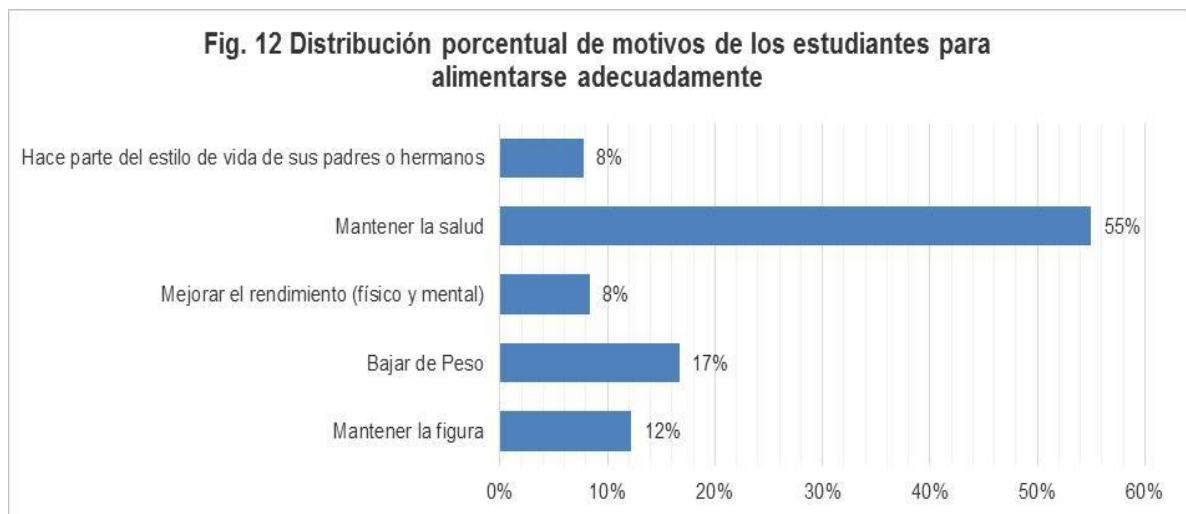


7.1.2.4 Dimensión Alimentación

Excepto en el ítem 17, la dimensión de Alimentación evaluó conductas no saludables como por ejemplo consumir comidas rápidas, fritos, mecatos, dulces, gaseosas, bebidas artificiales u omitir alguna de las comidas principales; al respecto, se observa que la mayoría de ellos no tienen este tipo de conductas no saludables pero un 36% come en horarios habituales.



El principal motivo para alimentarse adecuadamente es mantener la salud (55%), seguido de bajar de peso (17%).



Mientras que las razones para no alimentarse adecuadamente son en un 59% que no le gusta restringirse en lo que come y un 13% por falta de dinero o tiempo, el deseo de mantener la figura aparece como un motivo de alimentarse bien o no.



Ninguno de los estudiantes señaló satisfacción en los cambios logrados en sus conductas alimentarias, de ellos el 25% está satisfecho con las practicas que ha tenido en su vida y no las ve como un problema, un 31% está considerando el cambio pero no sabe si lo hará y los restantes están en proceso de cambio de sus conductas.



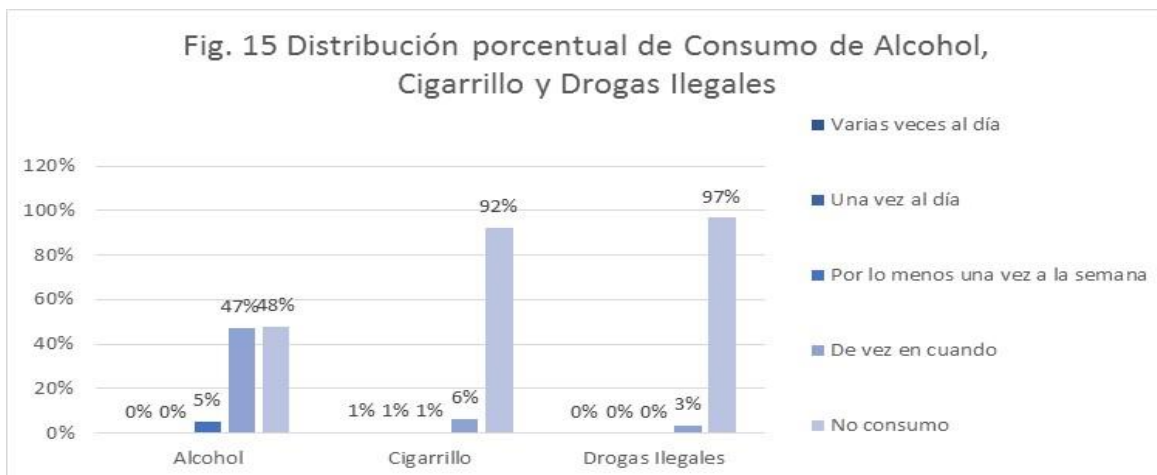
Se observa que un 63% encuentra como uno de los recursos para alimentarse adecuadamente el tener la disponibilidad de alimentos saludables en su casa y el 57% el tener los conocimientos para elegir alimentos saludables. Solo un 31% y 37% respectivamente considera que se tienen espacios adecuados y suficientes para comer en la universidad y la disponibilidad de alimentos saludables en ella, ver tabla 2.

Tabla 2. Recursos con que cuenta el estudiante para alimentarse
Adecuadamente

Tabla 2. Recursos con que cuenta el estudiante para alimentarse adecuadamente.	%
A. Dinero para comprar alimentos saludables	44%
B. Tiempo suficiente para sus tres comidas principales	48%
C. Disponibilidad de alimentos saludables en la universidad	37%
D. Espacios adecuados y suficientes para comer en la universidad	31%
E. Conocimiento para elegir alimentos saludables	57%
F. Disponibilidad de alimentos saludables en su casa	63%

7.1.2.5 Dimensión Consumo de Alcohol, Cigarrillo y Drogas ilegales.

Realmente el consumo de sustancias tóxicas es mínimo, el 97% y 92% respectivamente no consume drogas ilegales ni cigarrillos y las bebidas alcohólicas son consumidas por el 47% de vez en cuando en eventos sociales y el 48% nunca lo consume.

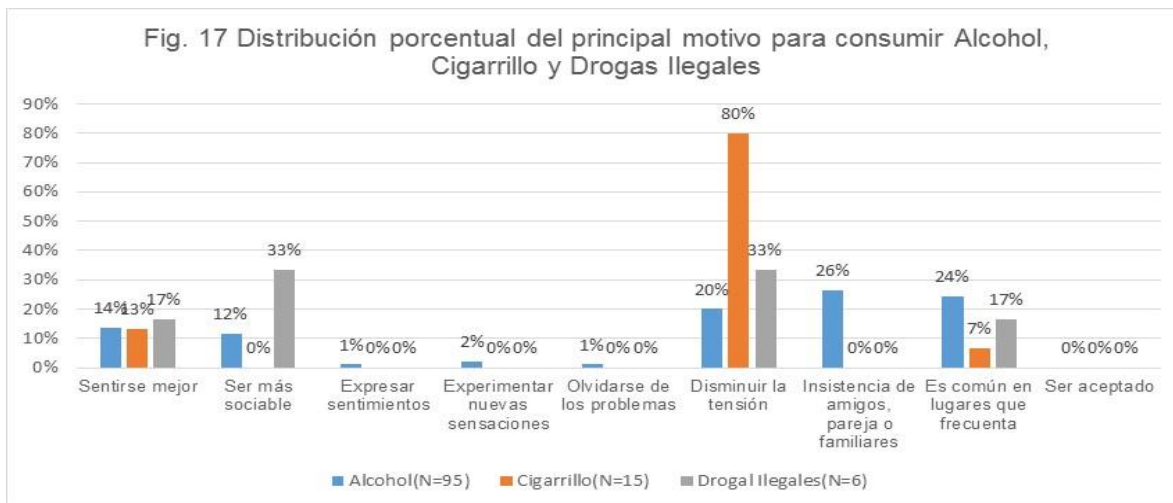


En relación al consumo de drogas ilegales y de alcohol, el 17% del grupo, siempre dejan de hacer sus actividades sociales y académicas por realizar el consumo de ellas y un porcentaje igual van a la universidad después de tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales.

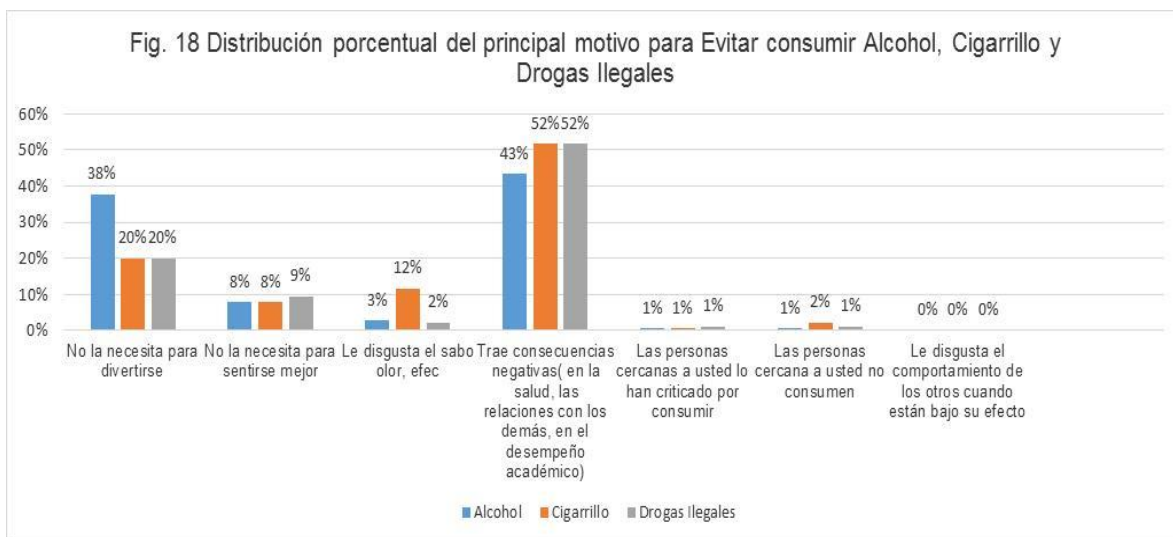


La ausencia de consumo de sustancias tóxicas se vio ligada a la consciencia de sus consecuencias negativas para la salud y que no las encuentran necesarias para divertirse ni sentirse mejor; mientras que la razón que motivó a los estudiantes para fumar cigarrillo es principalmente disminuir la tensión o porque es común su consumo en los sitios que frecuentan.

El consumo de alcohol esta guiado por la insistencia de los familiares y amigos o porque es común en el lugar que frecuentan. En relación a las drogas ilegales su consumo está ligado a una necesidad de socialización y para disminuir la tensión.



En cuanto a los motivos para no consumir esta clase de sustancias se encontró que no lo hacen porque saben que traen consecuencias negativas para la salud, ni lo necesita para divertirse ni sentirse mejor.



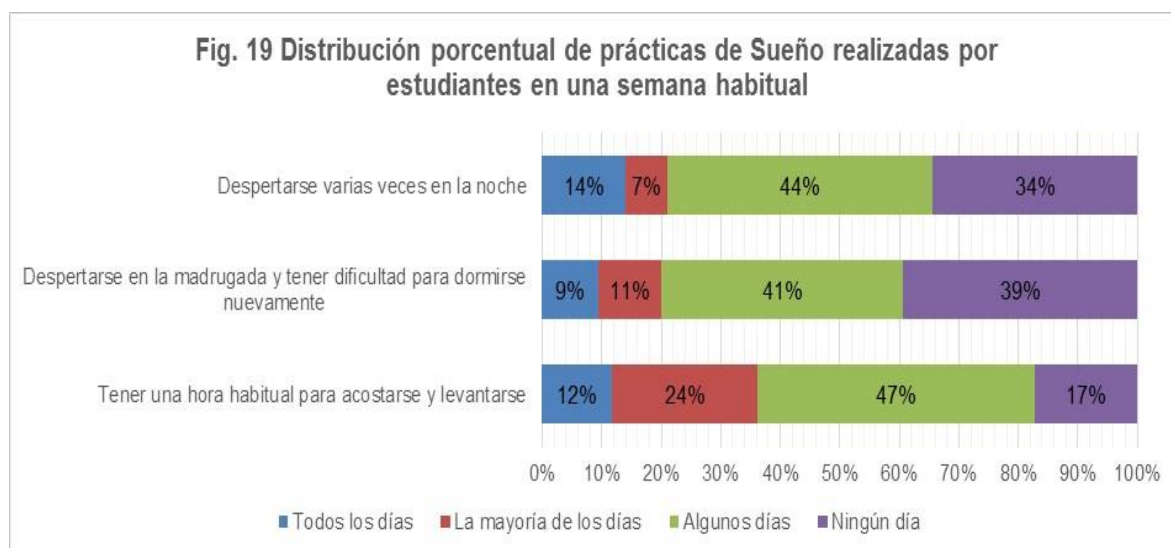
La habilidad para negarse a consumir las sustancias tóxicas fue referida por el 72%. Respecto a las condiciones que facilitan su consumo (tabla 3), para el 34% está el contar con el dinero y para el 24% las encuentran cercanas a la universidad.

Tabla 3. Distribución porcentual de recursos con que cuenta el estudiante para consumir alcohol, cigarrillo y otras drogas ilegales

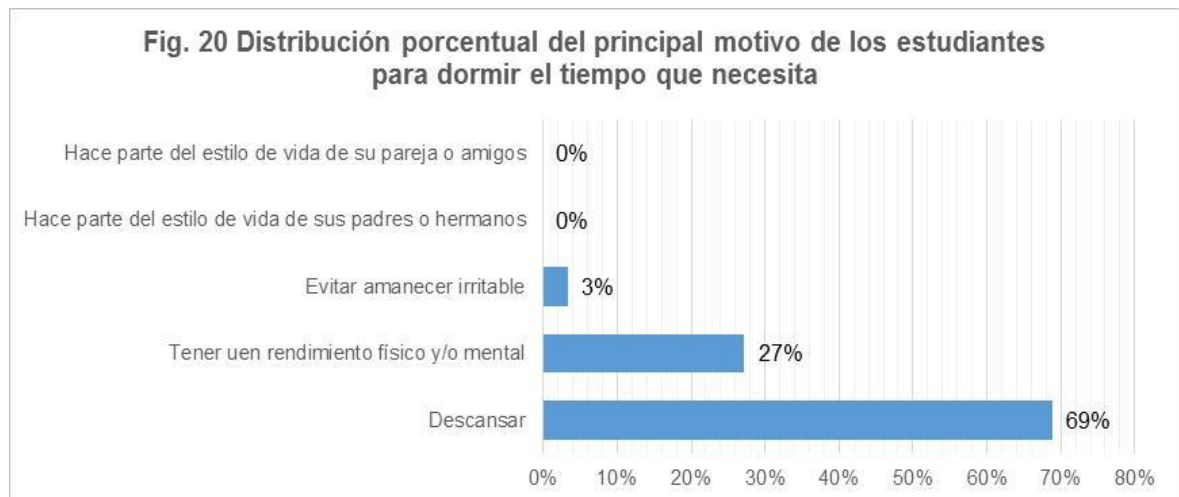
Tabla 3. Recursos con que cuenta el estudiante para consumir sustancias toxicas	%
A. Dinero para Comprarlos	34%
B. Habilidad para negarse a consumir aunque otras personas insistan	72%
C. Conocimiento de sitios donde vendan drogas ilegales	8%
D. Venta de alcohol en la universidad	20%
E. Venta de cigarrillos en la universidad	19%
F. Venta de drogas ilegales en la universidad	8%
G. Existencia de sitios cercanos a la universidad donde vendan alcohol, cigarrillos o drogas ilegales	24%
H. Sitios que frecuenta en los cuales vendan alcohol, cigarrillos o drogas ilegales	27%

7.1.2.6 Dimensión del Sueño

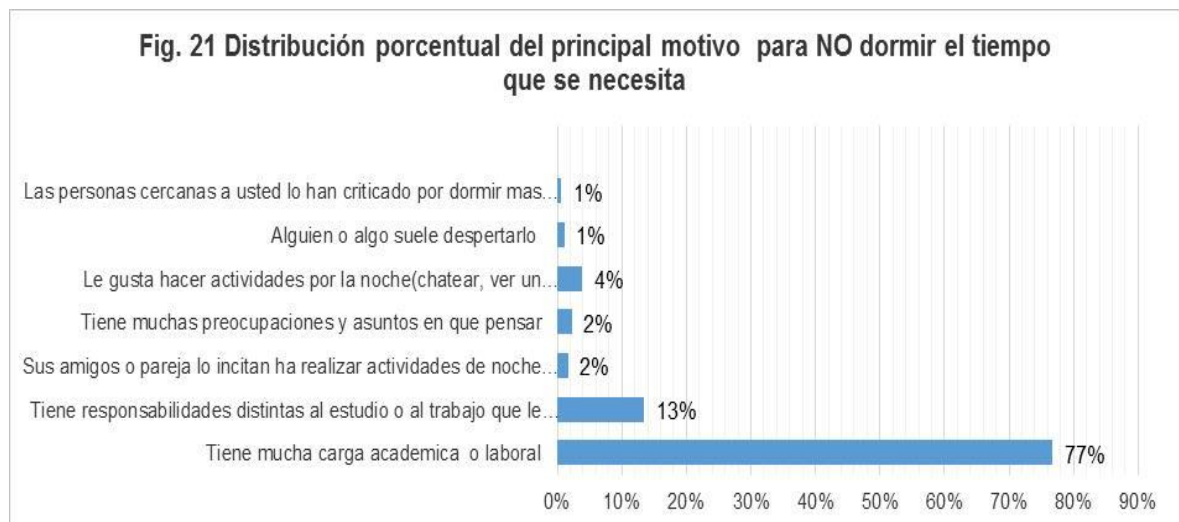
En la práctica de sueños se evaluó una conducta saludable y dos conductas que indican alteraciones. Sobre esto último el 14 % siempre y el 7 % frecuentemente se despierta varias veces en la noche y en la madrugada y un 9% siempre y 11% frecuentemente presenta dificultad para dormir nuevamente. La conducta saludable evaluada fue tener una hora habitual para acostarse y levantarse lo cual hacia siempre el 12% y casi siempre el 24%.



El principal motivo de los estudiantes para dormir es en un 69% descansar y en un 27% tener un buen estado físico y mental y un 3% evitar a amanecer irritable. El estilo de vida de las personas cercanas no es un factor que motiva el tipo de conductas de sueño.



El principal motivo por el cual los estudiantes no duermen el tiempo que necesitan es un 77% por que tienen mucha carga académica laboral y en un 13% tiene responsabilidades distintas al estudio o al trabajo tales como hijos, un familiar enfermo arreglo del hogar que le impiden dormir el tiempo que necesita. El porcentaje restante por diversos motivos.



El 90% de los estudiantes tienen un lugar cómodo y agradable para dormir adecuadamente, el 36% tiene conocimiento de las condiciones necesarias para tener un sueño óptimo, un 32% cuenta con tiempo para dormir lo necesario, un 27% tiene el dinero necesario para adecuar el lugar donde duerme y un 26%

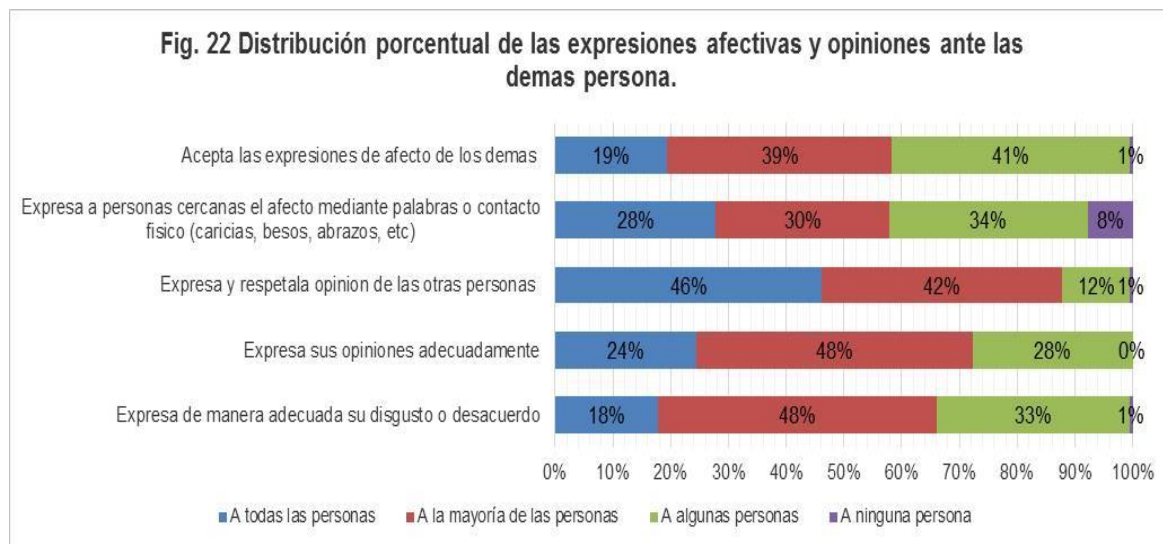
realiza estrategias para controlar los pensamientos y emociones que podrían interferir con su sueño (tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual de recursos con que cuenta el estudiante para dormir adecuadamente.

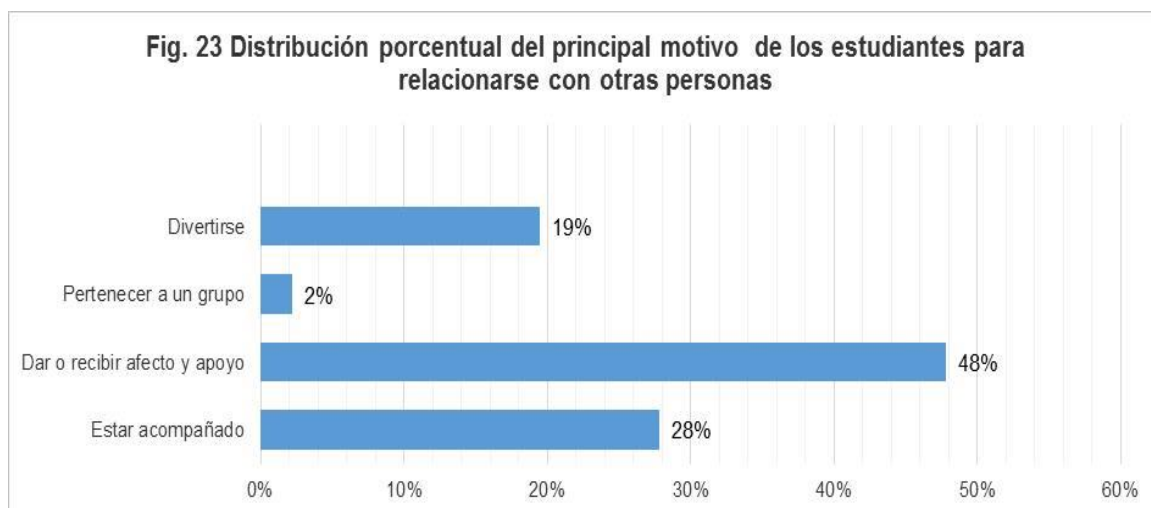
Disribicion porcentualde los recuercos que cuentan los estudiantespara dormir.	%
A. Lugar cómodo y agradable para dormir(sin ruidos, ni exceso de luz, colchón adecuado, temperatura adecuada,etc.)	90%
B. Dinero necesario para adecuar el lugar en el que duerme(cambier el colchón o la almohada cuando se daña,cubrir las ventanas con cortinas o persianas,etc.)	27%
C. Tiempo para dormir lo que necesita	32%
D. Conocimiento sobre las condiciones necesarias para tener un sueño óptimo (temperatura, ruido iliminación,etc.)	36%
F. Estrategias para controlar los pensamientos y emosiones que podrian interferir con su sueño	26%

7.1.2.7 Dimensión Relaciones interpersonales

El 48% de los estudiantes según sus prácticas de relaciones interpersonales expresa de manera adecuada su disgusto o desacuerdo y expresa sus opiniones adecuadamente a la mayoría de las personas.



El principal motivo de los estudiantes para relacionarse con otras personas en el 48% es para dar o recibir afecto y apoyo, estar acompañado (28%) o divertirse (19%).



No obstante, el 40% de los estudiantes prefiere estar solo y el 31% no se relaciona con otros por temor a ser rechazado; al respecto, un 4% reporta que las personas cercanas lo han criticado por la forma de relacionarse con los demás presentándose como otro motivo para no relacionarse.



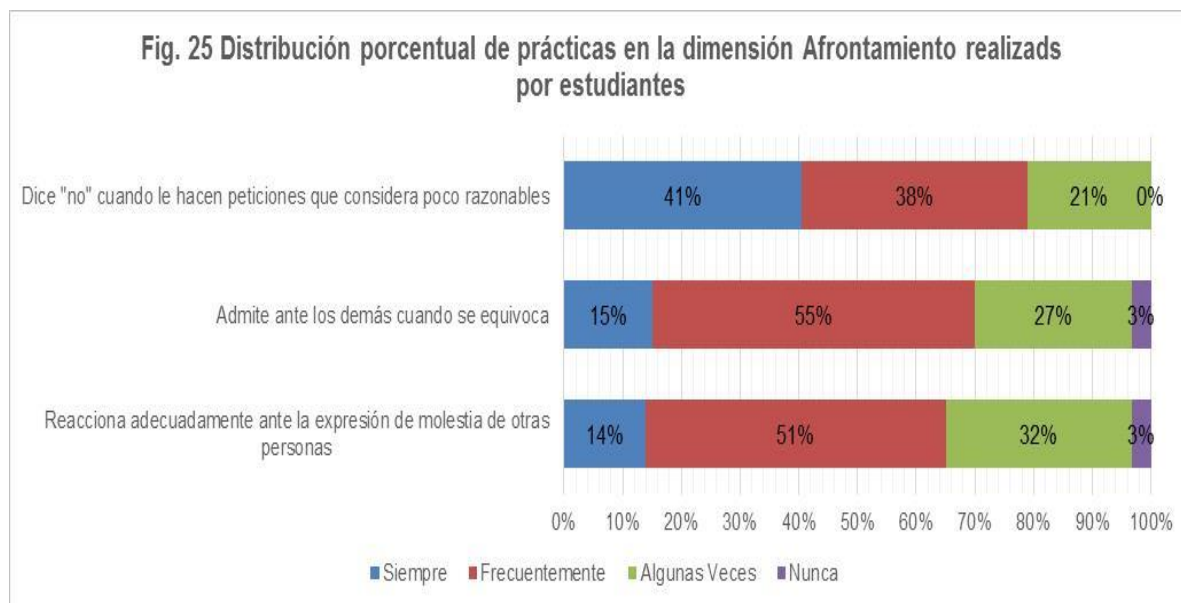
Si quisieran tener o establecer una relación interpersonal, el 72% de los estudiantes cuenta con habilidades para relacionarse con otras personas, el 58% con el tiempo para hacerlo por motivos distintos al estudio o al trabajo. En el 32% también aparece como un medio para relacionarse la capacidad económica para desarrollar actividades que les permite la interacción con otros (tabla 5).

Tabla 5. Distribución porcentual de recursos con que cuenta el estudiante para establecer relaciones interpersonales.

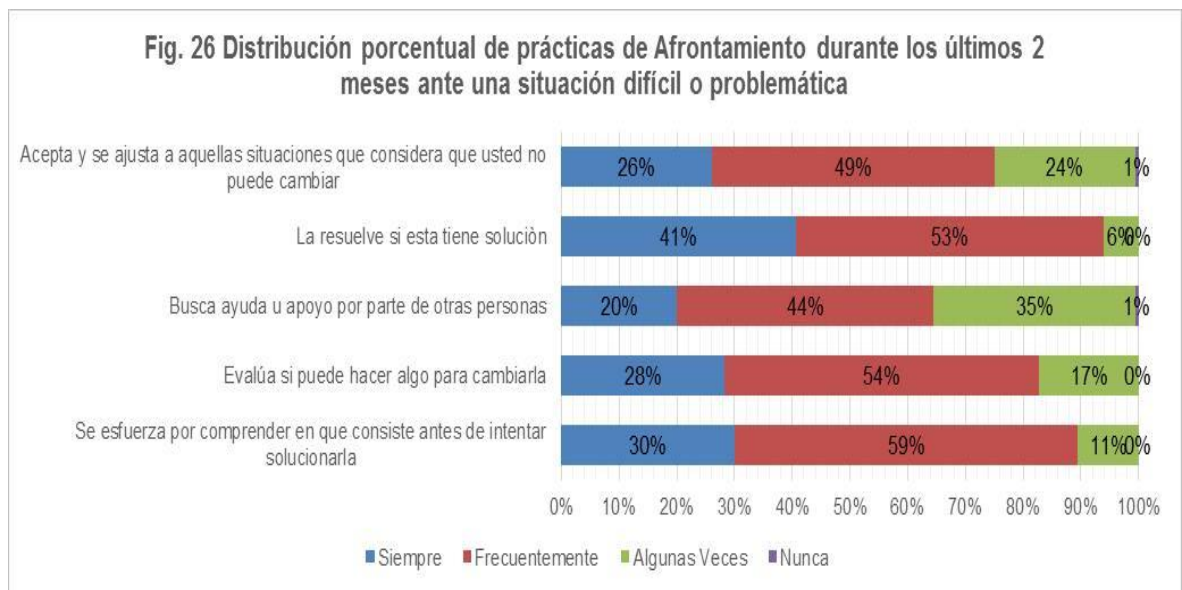
Recursos con que cuentan los estudiantes para establecer relaciones interpersonales	%
A. Tiempo para relacionarse con otras personas por motivos distintos al estudio o al trabajo	58%
B. Dinero para realizar actividades en las que se relacione con otras personas	32%
C. Habilidades para relacionarse con otras personas	72%

7.1.2.8 Dimensión de afrontamiento.

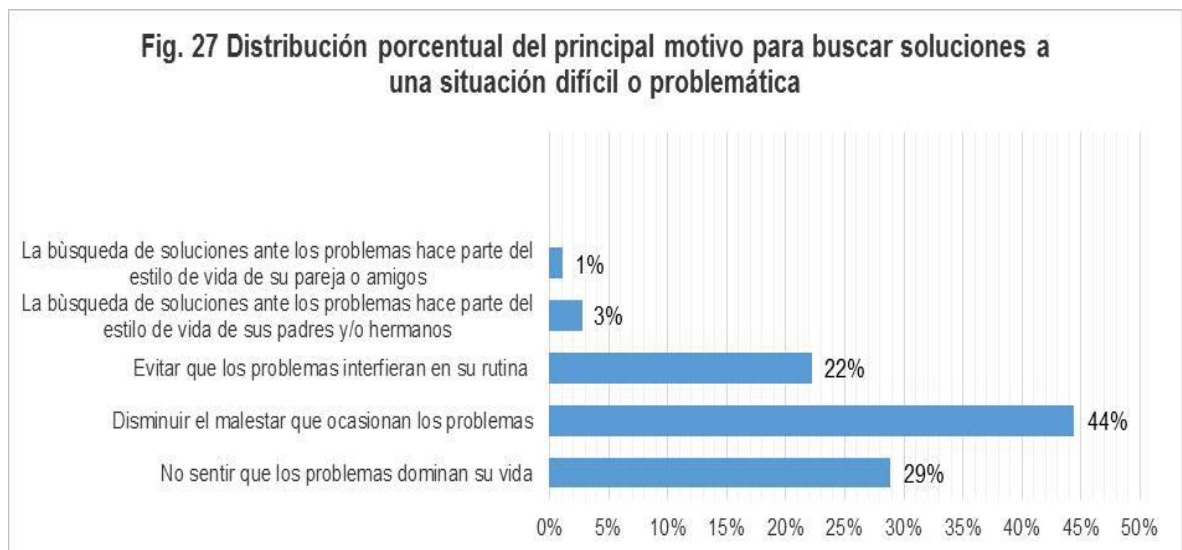
La mayoría de los estudiantes siempre y frecuentemente reaccionan de una manera adecuada ante la expresión de molestia de otras personas, admiten cuando se equivocan y dicen no ante las peticiones que considera poco razonables.



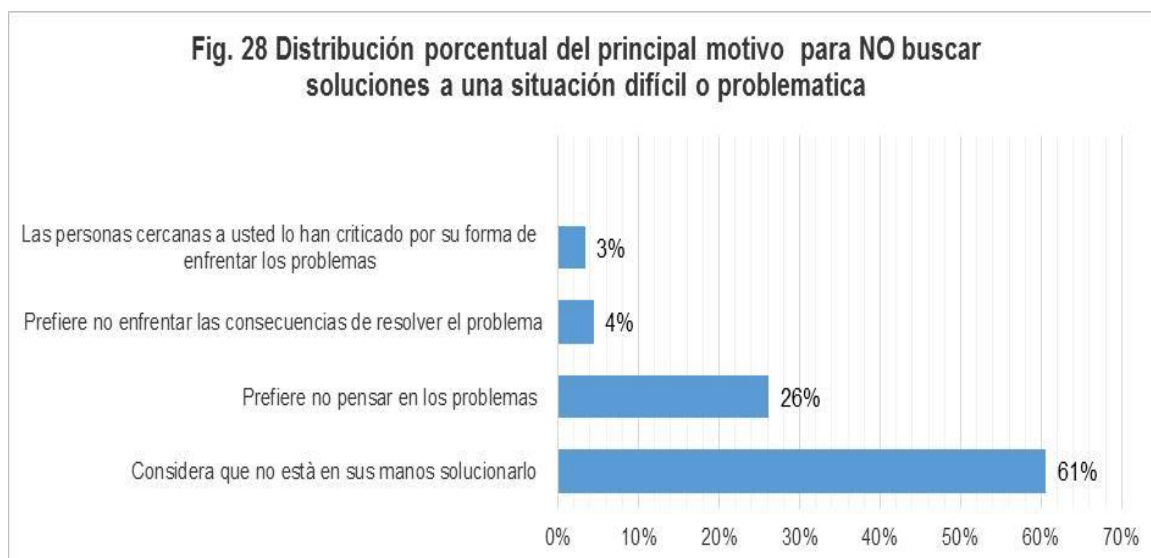
La mayoría de los estudiantes enfrentan de una manera adecuada una situación difícil o problemática, debido a que se esfuerza por comprender la situación antes de solucionarla, la evalúa y mira si puede hacer algo para cambiarla y si esta tiene solución la resuelve.



Se encontró que el principal motivo que tienen los estudiantes para buscar soluciones a una situación difícil es para disminuir el malestar que ocasionan los problemas, evitar que estos dominen su vida y que interfieran en su rutina. Por el contrario se observa un porcentaje mínimo en el cual la búsqueda de soluciones ante los problemas no hace parte de los estilos de vida de las personas que lo rodean.



El principal motivo para no buscar soluciones a una situación difícil o problemática es para el 61% de los estudiantes que consideran que no esta en sus manos solucionarlo o prefiere no pensar en los problemas 26%.



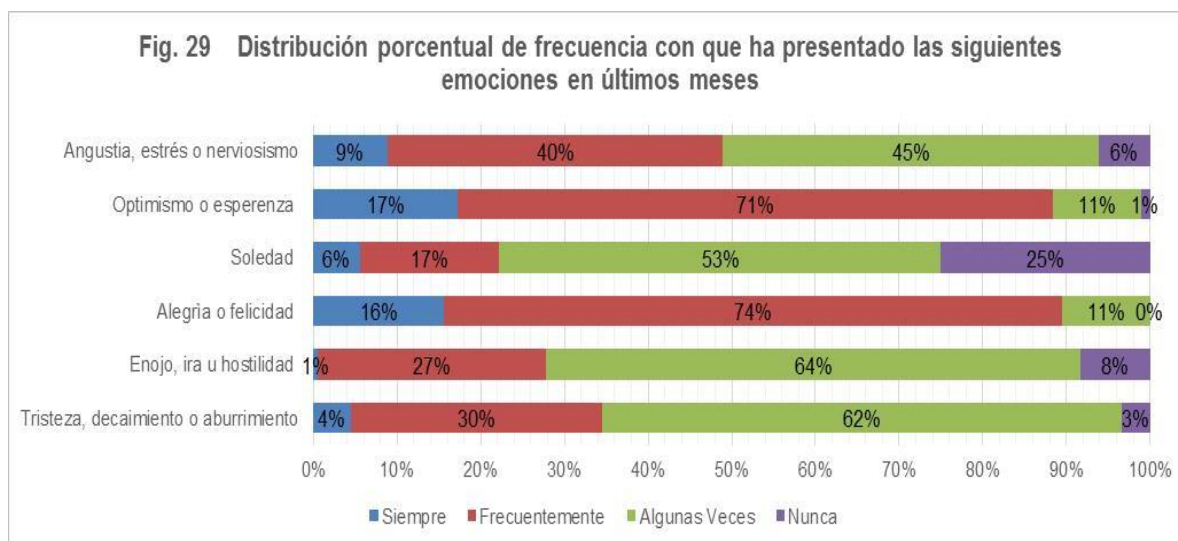
El grupo señaló contar con los diversos recursos planteados para poder enfrentar situaciones difíciles o problemáticas (tabla 6). Lo que predominó fue que el 84% de los estudiantes consideran tener personas que pueden apoyarlos si tienen que enfrentarlos y el 67% considera tener habilidades para solucionar los problemas.

Tabla 6. Distribución porcentual de recursos con que cuenta el estudiante para enfrentar situaciones difíciles.

Recursos con que cuentan los estudiantes para enfrentar situaciones difíciles	% Si
A. Recursos materiales y económicos	32%
B. Personas que pueden apoyarlo	84%
C. Ayuda profesional si la necesita	47%
D. Habilidades para solucionar problemas	67%

7.1.2.9 Dimensión estado emocional.

El estudio se ve reflejado que la mayoría de los estudiantes siempre y frecuentemente presenta emociones de alegría o felicidad y de optimismo o esperanza. Además se observa que siempre y frecuentemente como aspecto negativo presenta angustia, estrés o nerviosismo, seguido de tristeza, decaimiento o aburrimiento.

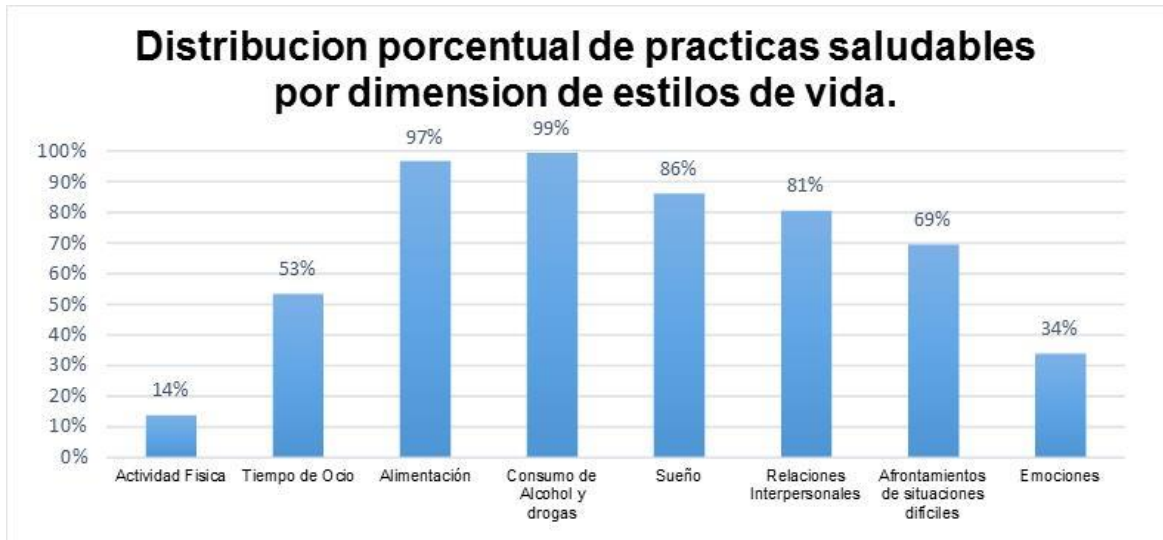


De acuerdo con los rangos de clasificación de cada dimensión, se deduce que si los puntajes obtenidos en la dimensión es inferior al punto medio indican prácticas saludables y si la puntuación obtenida en la dimensión es superior al punto medio indica prácticas no saludables. El promedio de los puntajes obtenidos por la muestra en cada una de las dimensiones que se presenta en la tabla 7, nos muestra que en la dimensión de actividad física, tiempo de ocio y estado emocional el promedio de los puntajes lo ubica como práctica no saludable.

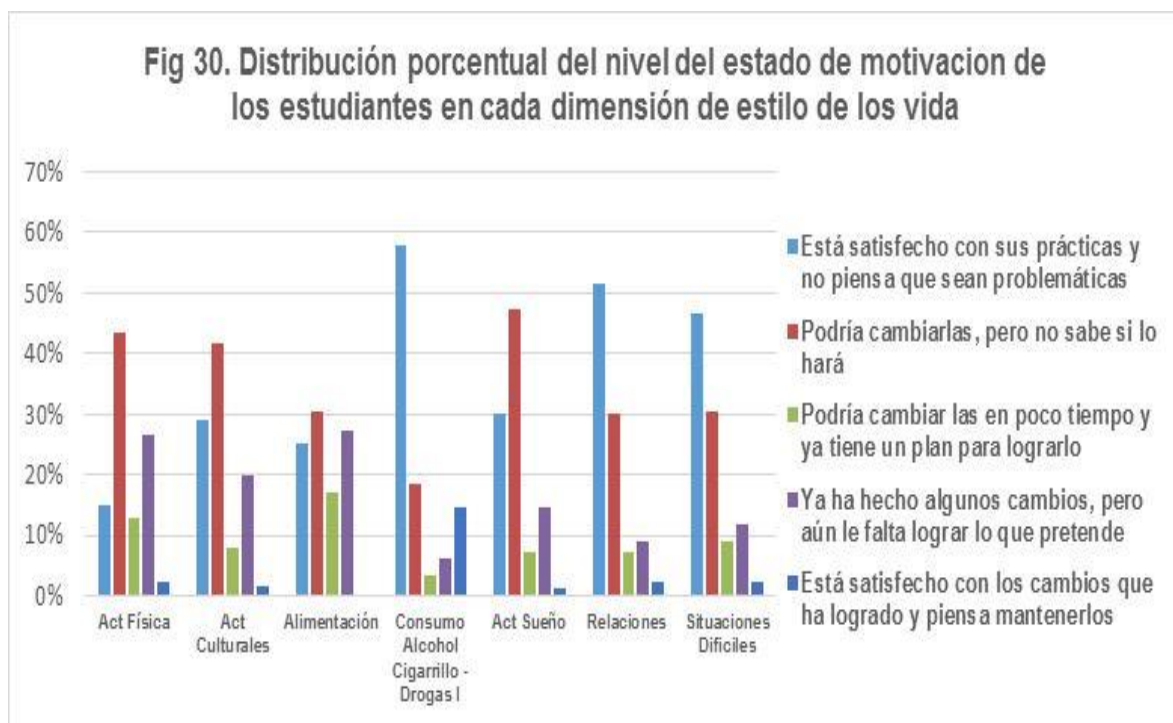
Tabla 7. Medidas de tendencia central y de dispersión de las dimensiones del estilo de vida, según las prácticas y satisfacción con el estilo de vida.

Dimensión	Punto Medio Establecido	Promedio	Mín	Máx	D.St	Saludable	% Saludable
Actividad Física	7.5	8.7	4.0	12.0	1.6	25	14%
Tiempo de Ocio	7.5	6.7	3.0	11.0	1.7	96	53%
Alimentación	17.5	11.6	8.0	20.0	2.3	174	97%
Consumo de Alcohol y drogas	14	5.7	5.0	15.0	1.4	179	99%
Sueño	7.5	5.5	3.0	11.0	1.5	155	86%
Relaciones Interpersonales	12.5	9.6	5.0	18.0	2.6	145	81%
Afrontamientos de situaciones difíciles	20	18.2	14.0	23.0	2.0	125	69%
Emociones	15	14.5	9.0	19.0	1.9	61	34%

Tomando el punto medio de la sumatoria de puntajes en cada dimensión a partir del cual se consideró que se tiene una práctica saludable o no en cada una de ellas, se encontró que en cinco de las ocho dimensiones evaluadas, un alto porcentaje de los estudiantes obtuvo una calificación de práctica saludable, estas son en su orden: consumo de alcohol, cigarrillo y drogas, alimentación, sueño, relaciones interpersonales, afrontamiento de situaciones difíciles. Las dimensiones con mayor porcentaje de estudiantes que no reúnen prácticas saludables son la actividad física, tiempo de ocio y estado emocional.



Respecto a los niveles de motivación para el cambio de conductas de vida se encontró que en la dimensión de actividad física en la que hubo un menor de porcentaje de participantes con conductas saludables, se expresa en un 43% que podrían cambiarlas pero no saben si lo harán y un 27% aunque ha hecho cambios considera que aún le falta conseguir su objetivo. Caso contrario en la dimensión de Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, donde se tiene el mayor porcentaje de estudiantes con prácticas saludables y manifiestan que están satisfechos con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas.



7.1.3 Medidas de presión arterial y antropométrica.

El 100% del grupo se encontró con presión arterial óptima; es decir la presión sistólica menor a 120mm Hg y la diastólica menor a 95 mm Hg.

Tabla 8. Distribución porcentual de medidas de presión arterial.

Presión Arterial	Diastólica			
Sistólica	60	70	80	TOTAL
90		1%		1%
100		1%		1%
110	1%	23%	26%	50%
120		14%	34%	48%
TOTAL	1%	39%	59%	100%

Referente al IMC se encontró que el 73% de los estudiantes tiene peso normal y un 19% tienen sobrepeso.

Tabla 9. Distribución porcentual de IMC según OMS.

	IMC_OMS	%
Bajo Peso	<18.5	7%
Peso Normal	18.5 - 24.9	73%
Sobre Peso	25 - 29.9	19%
Obesidad I	30 - 34.9	1%

En relación al riesgo cardiovascular según la circunferencia de la cintura se encontró que un 11% presento riesgo incrementado del cual el 10% corresponde a las mujeres y el 2% presento riesgo incrementado sustancialmente representado en la misma población.

Tabla 10. Distribución porcentual del Riesgo Cardiovascular según medidas de Circunferencia de cintura y sexo.

	Parámetros		% Estudiantes		
Riesgo_CC	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	% TOTAL
Bajo	< 79 cm	≤ 93 CM	59%	27%	87%
Incrementado	80 - 87 cm	94 - 101 cm	10%	1%	11%
Incrementado Sustancialmente	> 88 cm	≥ 102 CM	2%	0%	2%
TOTAL GENERAL			72%	28%	100%

7.1.3.1 Análisis de correlaciones.

Tabla 11. Correlaciones de las dimensiones de calidad de vida y variables sociodemográficas con el riesgo cardiovascular.

VARIABLES	Riesgo cardiovascular	
	Estadístico	p
Sexo	χ^2 :4.37	p:0.03
Carrera	χ^2 :0.086	P:0.95
Estrato	χ^2 :1.46	P:0.22
Ejercicio	Fisher:0.007	P:0.016
Tiempo de ocio	Fisher: 0.51	P:1.00
Alimentación	Fisher:0.192	P:0.19
Consumo de sustancias psicoactivas	Fisher:0.83	P:1.00
Sueño	Fisher:0.370	P:0.77
Relaciones interpersonales	Fisher:0.045	P:0.07
Afrontamiento	χ^2 :0.52	P:0.43

Se correlacionaron todas las dimensiones de la calidad de vida y las sociodemográficas con el riesgo cardiovascular en las categorías intermedio y latente, excluyendo por efecto del manejo estadístico los cinco participantes que obtuvieron riesgo alto. Se encontraron que solo dos correlaciones fueron estadísticamente significativas, la actividad física y el sexo. Respecto a la actividad física cuando se tuvo un hábito no saludable el riesgo latente para enfermedad cardiovascular es mayor cuando se tienen buenos hábitos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa para una p: 0.016. Con relación al sexo se encontró que los hombres presentan mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que las mujeres; el 93,8% de ellos tuvo un riesgo latente frente al 79% de las mujeres; esta diferencia fue estadísticamente significativa con una p: 0.036.

8. DISCUSION DE RESULTADOS.

Se estudiaron 8 dimensiones que incluyeron: la actividad física, el ocio, alimentación, consumo de sustancias tóxicas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales), sueño, relaciones interpersonales, afrontamiento y estado emocional. Sobre estas dimensiones se evaluó el tipo de práctica, los recursos disponibles para las conductas saludables, los aspectos que le motivan o no para realizar tales prácticas y finalmente el nivel de motivación para modificar la conducta.

En los datos obtenidos se encontró que los estudiantes universitarios del programa de rehabilitación Humana llevan a cabo prácticas saludables en la mayoría de las dimensiones de los estilos de vida, con excepción de actividad física y tiempo de ocio, en las que sólo lo hacía el 14% y 53% respectivamente. Un porcentaje mínimo, el 10% de los estudiantes, practica alguna actividad física, como hacer ejercicio durante 30 minutos tres veces por semana. el 33% nunca lo hace.

Otras investigaciones en estudiantes universitarios presentan resultados similares o de mayor déficit de actividad a los encontrados en el actual trabajo, señalando que es una población con riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. Pilar Lavielle-Sotomayor⁷¹, encontró que el 66,3% de los jóvenes tenían un nivel de actividad física menor al recomendado, es decir, menos de 3 días a la semana, durante 30 minutos o más. En el de Varela et al⁷², se encontró que el 40,9% de 1.809 estudiantes pocas veces o nunca hacia ejercicio por lo menos de 30 minutos 3 veces por semana, siendo las mujeres las que menos lo realizaban; en el estudio de Lema con 598 universitarios, fue el 77% y según lo reportados por Durán, et al (2012)⁷³, sólo el 20% y 23% de los estudiantes universitarios practicaban una actividad física.

Los anteriores resultados muestran la necesidad de profundizar en los factores asociados a tal conducta, ya que es ampliamente conocido que un nivel de actividad física moderado, con una frecuencia de dos a tres veces por semana, durante un mínimo de 20 a 30 minutos, ofrece un factor de protección para cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, accidentes vasculares cerebrales y osteoporosis⁷⁴. Además podría prevenir las consecuencias del sedentarismo y traer algunos beneficios, entre los cuales se encuentran el aumento de la plasticidad neuronal, la elevación del nivel del factor neurotrófico derivado del cerebro, lo que favorece la memoria visual y el aprendizaje, la activación del sistema nervioso simpático y la liberación de noradrenalina y dopamina, que ayudan a mejorar el estado de ánimo⁷⁵.

En este estudio el principal motivo para no realizar actividad física es la pereza en 53% y falta de tiempo en el 24%, acorde con otros hallazgos en población

española de Vuelva y Oviedo, los tres motivos más importantes para no realizar actividad física, tanto en mujeres como en varones, son “la falta de tiempo”, “la pereza” y “la falta de instalaciones”^{76,77}.

Entre los aspectos que motivan a realizar actividad física, aparece la búsqueda de beneficiar la salud en el 59%, seguido por mejorar la figura en el 21%. De acuerdo a lo reportado por Castro⁸ en hombres estudiantes de deporte formativo se encontró que a la hora de hacer deporte o actividad física, lo que les motiva es la práctica misma del ejercicio físico y el gusto por el deporte, para diversión y pasar el tiempo también para mantener y/o mejorar la salud; en las mujeres se encontró que son muy similares los motivos⁷⁸. Esos resultados muestran que un mayor gusto por la actividad física es un factor de mayor motivación para que este se realice, que el conocimiento mismo de sus beneficios que tanto estudiantes de deporte formativo como de profesiones de la salud reciben en su formación.

El estilo de vida de la familia y de los amigos no fueron condiciones motivantes para realizar actividad física en los estudiantes de Rehabilitación Humana, contrario a los hallazgos de otro estudio en el que fue evidente la influencia de la familia en las practicas de actividad física, ellos reconocen la gran influencia de sus padres que desde pequeñas les han inscrito a actividades deportivas, les han acompañado a los entrenamientos y les han animado a que sigan haciendo ejercicio; los padres también realizaban algún tipo de actividad y las madres compartían la afición por el deporte. Por otra parte, los padres de las que no realizaban actividad física tampoco lo hacían⁷⁹. Esos resultados señalan la importancia del ambiente familiar y la educación en la motivación y el gusto para la actividad física regular desde etapas tempranas de la vida, en la que el ejercicio es un medio de interacción y unión en la familia. El actual estudio no permitió llegar a la especificidad de los datos reportados por el anterior autor, por lo que no queda claro si el resultado se asocia a familias y amigos que tampoco desarrollaban conductas de actividad física.

En la dimensión de tiempo de ocio, el 57% de los estudiantes realiza alguna actividad de entretenimiento, cultural o artística en algunas semanas; pero el 16% nunca tiene una actividad de entretenimiento durante el mes. Los principales motivos para no realizar actividades de ocio esta la preferencia de destinar el tiempo para seguir estudiando o laborando, seguido de falta de tiempo y dinero. Estos resultados son preocupantes dado que las actividades de ocio son un factor importante para el desarrollo y bienestar de los jóvenes, puesto que en él aumentan las probabilidades de la inclusión social, de participar en la comunidad, recrearse y tener programas culturales, a la vez disminuir las posibilidades de implicarse en otros problemas como la delincuencia y el consumo de drogas⁸⁰.

A diferencia de otros estudios también en universitarios colombianos, un aspecto positivo de los hallazgos es la conducta saludable de desayunar, almorzar y comer en horarios habituales, el 72% todo los días o la mayoría de ellos lo hacían. En

estudiantes de Odontología de Bogotá sus hábitos alimentarios son irregulares en el número de comidas al día y en los horarios de alimentación, eventualmente, el ingreso al ambiente universitario ha inducido deterioro en su estilo de vida.⁸¹ Por el contrario, conductas no saludables como consumir comidas rápidas, fritos, mecatos, dulces, gaseosas, bebidas artificiales se hacia la mayoría de los días en el 60% de las estudiantes de Rehabilitación Humana, lo que se convierte en factor de riesgo. Quienes no tuvieron ese tipo de conductas consideran que falta de dinero o tiempo fue el factor conducente a ello. El deseo de mantener la figura aparece como un motivo de alimentarse adecuadamente o no.

En un estudio de prácticas alimentarias de un grupo de estudiantes universitarios y las dificultades percibidas para realizar una alimentación saludable se encontró que los principales motivos referidos para no realizar una alimentación saludable son los horarios de estudio, hábitos, costumbres y factores económicos.⁸² Estos hallazgos son concordantes con estudios realizados en otros contextos universitarios. Troncoso y Amaya (2009)⁸³ señalan que existe un consenso entre los estudiantes al percibir que sus conductas son inadecuadas y dentro de los motivos señalados esta la falta de tiempo para cumplir con horarios de alimentación. Además, que se alimentan mejor cuando reciben la alimentación en el casino de la universidad que cuando están en la casa, donde comen lo que encuentren sin que sea necesariamente saludable; refieren que también influyen en sus hábitos alimentarios el estado emocional, el estrés, la publicidad, el agrado por ciertos alimentos y la compañía de pares, factores que la mayoría de las veces los impulsa a comer alimentos poco saludables. En el presente estudio se encuentra como uno de los recursos para alimentarse adecuadamente son tener la disponibilidad de alimentos saludables en su casa, el tener los conocimientos para elegir alimentos saludables. Solo algunos consideran que se tienen espacios adecuados y suficientes para comer en la universidad y la disponibilidad de alimentos saludables en el tiempo suficiente para sus 3 comidas principales. De acuerdo a estos estudios podemos observar que una de las principales causa por las cuales los estudiantes

En el estudio de cambios en los hábitos alimentarios en los estudiantes de enfermería de la universidad el Bosque durante su proceso de formación académica, se encontró que el 3.5 % de los estudiantes tiene hábitos alimentarios adecuados, el 52.9% hábitos alimentarios regulares y el 43.6% hábitos alimentarios inadecuados, principalmente en aquellos que prescinden del desayuno, siendo este la comida mas importante para el aporte de la energía necesaria al inicio de las actividades del día. La mayoría de los estudiantes de esta universidad eligen sus alimentos mas por gusto y disponibilidad económica, que por valor nutricional. Es de enfatizar que determinadas alteraciones y enfermedades se relacionan con desequilibrios en la alimentación, ya sea por exceso (obesidad, alteraciones de la presión arterial y de colesterol, entre otras) o por defecto (escorbuto y beriberi, entre otras)⁸⁴. En estudios de valoración de hábitos de alimentación, actividad física y condición nutricional en estudiantes en

Chile se encontró que se ha producido una transición epidemiológica caracterizada por un incremento en la morbilidad asociada a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la obesidad, diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, la mayoría de las cuales está directa o indirectamente relacionada con malos hábitos alimentarios y sedentarismo⁸⁵. El principal motivo para alimentarse adecuadamente es mantener la salud (55%), seguido de bajar de peso (17%). En otros estudios realizado por Ibáñez (2008)⁸⁶ afirma que, en el momento de elegir los alimentos, los factores que más peso tienen en los estudiantes son los gustos, la calidad y el valor nutricional. Después de su ingreso a la universidad modifican sus hábitos alimentarios debido a la poca disponibilidad de tiempo, recursos económicos limitados y poca variedad en la oferta de comidas.

En la dimensión de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales realmente el consumo de estas sustancias tóxicas es mínimo, el 97% y 92% respectivamente no consume drogas ilegales ni cigarrillos y las bebidas alcohólicas son consumidas por el 47% de vez en cuando en eventos sociales y el 48% nunca lo consume. Podemos observar que estos resultados sobre el consumo de drogas ilegales es similar a los resultados de otros estudios de consumo de drogas en estudiantes universitarios de la universidad autónoma de San Luis Potosí en México, en el cual se refleja que el 91.3% de los estudiantes mencionaron no haber consumido drogas ilegales y el 8.7% las han consumido alguna vez.⁸⁷ En relación al consumo de alcohol podemos comparar con otro estudio de Ordóñez y Ortega (2008)⁸⁸, factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria, en el que se encontró que el consumo de alcohol según el género la participación femenina fue mayor con 124 mujeres (62.62%) y 74 hombres (37.37%), comparado con los resultados obtenidos en el estudio de Cicua, Méndez y Muñoz (2006)⁸⁹, que el mayor consumo según el género, ocurre en los hombres ya que en ellos es semanal (50%), mientras que en el caso de las mujeres es mensual (47.6%). Además podemos observar que en nuestro estudio el consumo de alcohol es mínimo en un 47% que consumen de vez en cuando en eventos sociales, comparado con otros estudios observamos que este consumo es mayor en estudiantes universitarios en Canadá, encontraron que el alcohol es la droga de mayor uso, con una prevalencia de consumo en los últimos 30 días de 77%⁹⁰. La población universitaria es de alta vulnerabilidad para el consumo de alcohol, debido a las posibilidades de acceso que tienen para la compra de bebidas alcohólicas y al incremento en la disponibilidad de situaciones de consumo que se presenta una vez ingresan al ambiente universitario, la independencia y autonomía que asumen y, en muchas ocasiones, la falta de control de los padres⁹¹. En nuestro estudio se encontró que la ausencia de consumo de sustancias tóxicas se vio ligada a la consciencia de sus consecuencias negativas para la salud y que no las encuentran necesarias para divertirse ni sentirse mejor; mientras que la razón que motiva a los estudiantes para fumar cigarrillo es principalmente disminuir la tensión o porque es común su consumo en los sitios que frecuentan. El consumo de alcohol esta guiado por la

insistencia de los familiares y amigos o porque es común en el lugar que frecuentan. En relación a las drogas ilegales su consumo está ligado a una necesidad de socialización y para disminuir la tensión.

En la práctica de sueños se evaluó una conducta saludable y dos conductas que indican alteraciones. Sobre esto último el 14 % siempre y el 7 % frecuentemente se despierta varias veces en la noche y en la madrugada y un 9% siempre y 11% frecuentemente presenta dificultad para dormir nuevamente. En comparación con otros estudios de calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño, podemos observar que hay mayor porcentaje de estudiantes que presentan dificultades del sueño, el 31% señala que su calidad de sueño es mala y 28% informa de una eficiencia de sueño inferior a 85% ⁹². Estos resultados son similares a otros estudios de calidad de sueño en estudiantes de las carreras de medicina y enfermería en la universidad de los Andes, en el cual se encontró que 60,3% de los estudiantes de Enfermería resultaron malos dormidores y el 76,0% de los estudiantes de la carrera de Medicina son Buenos dormidores⁹³. Por el contrario podemos observar que en el estudio de Furlani y Ceolim (2005)⁹⁴ encontraron que los estudiantes de la carrera de enfermería de Universidad Estatal de Campinas (Unicamp / SP) muestran mejores condiciones y calidad de sueño, durante el periodo de vacaciones, ya que al inicio de las actividades académicas al momento de desarrollar sus actividades diarias presentan aumento en la intensidad de sueño, menor duración del sueño nocturno y la necesidad de tomar tiempo para levantarse más temprano lo que corrobora, una disminución de la calidad subjetiva del sueño al inicio de sus actividades académicas. La conducta saludable evaluada fue tener una hora habitual para acostarse y levantarse lo cual hacia siempre el 12% y casi siempre el 24% de los estudiantes. Este resultado puede considerarse como factor protector en los estudiantes teniendo en cuenta que una buena calidad del sueño no solamente es fundamental como factor determinante de salud sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida. La calidad del sueño no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, también incluye un buen funcionamiento diurno (un adecuado nivel de atención en el día a la hora de realizar diferentes tareas). Una Buena calidad del sueño, es esencial en los estudiantes universitarios para asegurar una buena comprensión, análisis, y la asimilación de la información durante el proceso de estudio.

El principal motivo de los estudiantes para dormir es en un 69% descansar y en un 27% tener un buen estado físico y mental y un 3% evitar a amanecer irritado. El estilo de vida de las personas cercanas no es un factor que motiva el tipo de conductas de sueño y el principal motivo por el cual los estudiantes no duermen el tiempo que necesitan es un 77% por que tienen mucha carga académica laboral y en un 13% tiene responsabilidades distintas al estudio o al trabajo tales como hijos, un familiar enfermo, arreglo del hogar, que le impiden dormir el tiempo que necesita.

En relación a la dimensión de relaciones interpersonales, el 48% de los estudiantes expresa de manera adecuada su disgusto o desacuerdo y expresa sus opiniones adecuadamente a la mayoría de las personas. Comparado con otro estudio de , se destaca que los estudiantes logran establecer relaciones positivas, caracterizadas por expresiones apropiadas de afecto así como de gustos, preferencias y opiniones; la ayuda a los amigos y la búsqueda de diversión y compañía⁹⁵.

Relacionando estos resultados con otro estudio de habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios, se encontró que la mayoría de la muestra estudiada en un 50%, se caracteriza por tener un nivel alto de habilidades sociales⁹⁶. Esto nos refiere que aparentemente la mayoría de los estudiantes están dentro de los parámetros esperados para actuar y pensar con buenas habilidades sociales, que eso les permite tener adecuadas relaciones interpersonales así como socio emocional dentro de las exigencias y experiencias de su entorno (Goldstein, 1980)⁹⁷. Podemos visualizar que el contar con adecuadas habilidades sociales y ser reforzado con el apoyo de la familia ayudan al joven a motivarse a desarrollar sus habilidades cognitivas que le van a marcar un adecuado inicio en la vida universitaria; la universidad debe brindar al estudiante la oportunidad de adquirir técnicas, conocimientos, actitudes y hábitos que promuevan al máximo el aprovechamiento de sus capacidades y contribuyan a neutralizar los efectos nocivos que puedan tener de su entorno⁹⁸. En nuestro estudio se encontró que el principal motivo de los estudiantes para relacionarse con otras personas es para dar o recibir afecto y apoyo, estar acompañado o divertirse. No obstante, el 40% de los estudiantes prefiere estar solo y el 31% no se relaciona con otros por temor a ser rechazado; al respecto, un 4% reporta que las personas cercanas lo han criticado por la forma de relacionarse con los demás presentándose como otro motivo para no relacionarse.

En la dimensión de afrontamiento se encontró que la mayoría de los estudiantes siempre y frecuentemente reaccionan de una manera adecuada ante la expresión de molestia de otras personas, admiten cuando se equivocan y dicen no ante las peticiones que considera poco razonables. Además enfrentan de una manera adecuada una situación difícil o problemática, debido a que se esfuerza por comprender la situación antes de solucionarla, la evalúa y mira si puede hacer algo para cambiarla y si esta tiene solución la resuelve. Se encontró que el principal motivo que tienen los estudiantes para buscar soluciones a una situación difícil es para disminuir el malestar que ocasionan los problemas, evitar que estos dominen su vida y que interfieran en su rutina. Por el contrario se observa un porcentaje mínimo en el cual la búsqueda de soluciones ante los problemas no hace parte de los estilos de vida de las personas que lo rodean. El principal motivo para no buscar soluciones a una situación difícil o problemática es para el 61% de los estudiantes que consideran que no esta en sus manos solucionarlo o prefiere no pensar en los problemas 26%.

En la dimensión del estado emocional en nuestro estudio se ve reflejado que la mayoría de los estudiantes siempre y frecuentemente presenta emociones de alegría o felicidad y de optimismo o esperanza. Además se observa que siempre y frecuentemente como aspecto negativo presenta angustia, estrés o nerviosismo, seguido de tristeza, decaimiento o aburrimiento. Estos resultados son semejantes a lo informado por Martínez, *et al* (2012)⁹⁹ en jóvenes universitarios de Chile, donde el 20,9% de los estudiantes también presentan un nivel de estrés. El estrés es un factor de riesgo ya que elevación de glucosa, leucocitos, hematíes y plaquetas en sangre, aumento de la frecuencia cardíaca, incremento de la fuerza de contracción del músculo cardíaco y de la respiración, mayor dilatación de los vasos coronarios y de los músculos esqueléticos, mayor constricción de vasos del resto de los órganos (digestivos, riñón, bazo...), relajación de la vejiga, contracción del recto, dilatación de las pupilas y aumento de la sudoración¹⁰⁰. En las últimas décadas, diversos estudios^{101 102 103} han identificado que el estrés, y aspectos comporta mentales y emocionales, tienen aproximadamente la misma potencia de asociación con la enfermedad de arterias coronarias (EAC) que la hipercolesterolemia, la hipertensión y el tabaquismo, y que son factores de riesgo significativos y tan importantes como los tradicionales.

Respecto a la presión arterial, se encontró que el 100% de los estudiantes presentan una presión arterial óptima, es decir la presión sistólica menor a 120mm Hg y la diastólica menor a 95mm Hg. Lo que constituye un factor protector para evitar enfermedad cardiovascular. Por el contrario en otro estudio de prevalencia de hipertensión arterial en universitarios, en Medellín se encontró que la hipertensión arterial del 12%, por su parte, la prevalencia de obesidad y sobrepeso fue del 20% y la de sedentarismo 66%. Estos hallazgos, sumados a la alta prevalencia de antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y de barreras para la práctica de actividad física, evidencian que los estudiantes de Medicina constituyen un grupo de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular¹⁰⁴. Comparado son otro estudio de alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en una población de estudiantes universitarios de la región centro-sur de Chile, se encontró que la prevalencia de HTA en el 12,8% de los jóvenes estudiados es superior a la observada en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2003 realizada por el Ministerio de Salud de Chile (el 5,6% de los jóvenes de 17-24 años)¹⁰⁵ y por Chiang-Salgado *et al*¹⁰⁶ en estudiantes universitarios (un 5,8% en varones y un 3,3% en mujeres); asimismo, es inferior al 18,6% encontrado en la zona urbana de la VIII Región (Chile) en individuos mayores de 14 años¹⁰⁷. La mayor prevalencia de HTA en los jóvenes universitarios incluidos en este estudio que en la población joven chilena podría explicarse porque se trata de una subpoblación de este último grupo etáreo que vive particulares situaciones de estrés¹⁰⁸. Así mismo podemos comparar con estudios de hipertensión arterial entre universitarios de la ciudad de Lubago, en el que se encontró que la gran mayoría de la población estudiada (86,6%) es joven (18 a 39 años), la presencia de HA encontrada en esta investigación (23,5%), es un valor

elevado. indican una mayor presencia de la enfermedad entre los hombres, y menor en la mujeres¹⁰⁹.

En relación a los resultados obtenidos en nuestro estudio, de obesidad y sobrepeso según IMC, la mayoría de los estudiantes tienen un peso normal, lo que se refleja como un factor protector para evitar enfermedades cardiovasculares. Además se observa un 19% de los estudiantes que tienen sobrepeso. Estos resultados son similares a los encontrados en estudios de Índices antropométricos y salud en estudiantes de ingeniería de la Universidad de Carabobo se encontró que el sobrepeso y obesidad la componen sólo un 15,8% de la muestra femenina, mientras que por el grupo masculino la componen el 32,9%, siendo significativamente mayor en los varones, sin embargo, al sumar ambos sexos, se obtiene una cifra de 26,0% ubicada la muestra en la clasificación de sobrepeso y obesidad¹¹⁰. Resultado similar se encontró en los reportados por Trujillo (2010)¹¹¹ en estudiantes universitarios mexicanos de Colima con promedio de edad de 20,9 años, en donde se obtuvo una cifra de 31,6% ubicados en la categoría de sobrepeso y obesidad.

Referente al riesgo cardiovascular según la circunferencia de la cintura se encontró que un 11% presento riesgo incrementado del cual el 10% corresponde a las mujeres y el 2% presento riesgo incrementado sustancialmente representado en la misma población. En comparación con otro estudios de alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios de Chile, se encontró que el 12,8% de los estudiantes presentó un diámetro de cintura mayor del normal¹¹², a diferencia de lo encontrado por Bustos (2003)¹¹³, donde hay mayor porcentaje en incremento de la circunferencia abdominal representado en un 30,8% de una población de adultos jóvenes (22-28 años).

El modelo transteórico (Prochaska y Nocross, 2001), hace referencia a tres aspectos importantes que se requieren para comprender en qué etapa de cambio está el individuo, En primer lugar, se encuentra el nivel de conciencia que tiene el sujeto sobre una conducta perjudicial para la salud; en segundo lugar, la presencia o ausencia de la intención del cambio y el tiempo en que se tiene pensado hacerlo; y en tercer lugar, los esfuerzos que realiza el sujeto para modificar aquellas prácticas su comportamiento que deterioran la salud o la aparición y mantenimiento de las conductas que la favorecen¹¹⁴. En relación al modelo transteorico, se presentó que en la dimensión de Actividad Física se tiene el menor porcentaje de saludables en un 14%, y se refleja en su baja respuesta de estar satisfechos con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas, en cambio tiene un 43% de que podría cambiarlas pero no sabe si lo hará. Caso contrario tenemos para la dimensión de Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, donde se tiene el mayor porcentaje de estudiantes saludables y manifiestan que están satisfechos con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas.

9. CONCLUSIONES.

- Los hallazgos sobre los aspectos que interfieren en hábitos saludables como la actividad física señalan que aunque los estudiantes cuenten con implementos para realizarla, las demandas académica no les facilitan disponer del tiempo para hacerlo y las instalaciones universitarias tampoco son vistas por porcentajes significativos, como un recurso que facilite estas conductas, señalando la importancia de que sean evaluadas estas variables en los planes de estudio para fomentar la salud de los estudiantes.
- El tiempo es un factor que nuevamente surge como interferencia en poder disfrutar de las actividades de ocio importantes en el esparcimiento, el desarrollo de interacciones en espacios diferentes a lo académico y por ende en la formación integral del estudiante. Estos son aspectos que pueden ser promovidos dentro de un curriculum integral que propicie dentro del mismo los espacios de tiempo de una manera flexible para poderlos llevar a cabo.
- Se destaca que el grupo estudiante considera tener los conocimientos necesarios sobre los hábitos alimenticios saludables. Sin embargo, la universidad, lugar en el que el estudiante permanece gran parte de su tiempo y particularmente para las horas de refrigerios y almuerzo, no fue identificada como un recurso positivo para dar continuidad a los beneficios de alimentación saludable que encuentran en su casa, debido a espacios insuficiente y a f la restricción de fuentes de alimentación saludable es importante hacer un trabajo educativo y de motivación para que los proveedores de alimentos ofrezcan otras alternativas a la comunidad universitaria.
- La juventud o etapa de vida del grupo estudiado, es un factor a considerar en la manifestación de procesos de enfermedades cardiovasculares en curso que puedan estar sucediendo en ellos y un aspecto a tener en cuenta en la baja correlación respecto a las conductas del estilo de vida con las medidas antropométricas, de presión arterial y nivel de riesgo encontrado y la baja cantidad alteración en estas variables.

10.RECOMENDACIONES.

- Es recomendable que la Universidad realice una intervención de carácter formativo donde no solo permita el acceso a los estudiantes sino que promueva conductas saludables donde la comunidad universitaria se beneficie más, en su salud.
- Respecto a la alimentación, es necesario que la Universidad proporcione espacios donde se pueda acceder más fácil mente a alimentos saludables con el fin de favorecer conductas que beneficien el estado de salud de los estudiantes.
- En el estudio se recomienda que se incluyan ítems para indagar acerca de la clínica de la familia ya que hay estudios en los que se habla de la importancia y el peso que puede llegar a tener una enfermedad cardiovascular instaurada en parientes cercanos.
- Es recomendable en estudios a futuro incluir toma de muestras de laboratorio para realizar un análisis mas detallado acerca del riesgo cardiovascular de los estudiantes
- Se recomienda para futuros estudios buscar mejores estrategias para captar las personas seleccionadas para la realización del estudio.
- Es importante que este estudio se continúe realizando con toda la comunidad universitaria, ya que un estudio a gran escala posiblemente nos daría una mayor idea de lo que está sucediendo en cuanto a las practicas y motivación que tienen los estudiantes respecto al riesgo cardiovascular y como se podría desarrollar una política universitaria donde se pueda fortalecer una vida universitaria más saludable.

11. ANEXOS.

11.1. Anexo 1. Cronograma.

Meses	Agosto septiembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	mayo	Junio	Julio	Agosto
AÑO	2014			2015											2016			2016				
Diseño del Proyecto	X	X	X	X	X																	
Asesoría directora	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tramites institucionales para aval						X	X	X	X	X												
Capacitación de investigadoras en mediciones						X	X	X	X	X												
Asesoría estadístico				X					X	X												
Recolección de la información											X	X	X									
Elaboración base de datos											X	X	X									
Análisis de datos												X	X	X								
Discusión y conclusiones													X	X	X							
Informe final escrito																X	X	X	X	X	X	X
Sustentación Oral																		X	X	X	X	X
Elaboración artículo																X	X	X	X	X	X	X

11.2 Anexo 2: Presupuesto global:

11.2.1 Descripción de los gastos de personal

PARTICIPANTES FORMACIÓN ACADÉMICA	FUNCIÓN DENTRO DEL PROYECTO	DEDICACIÓN (h/s/30 meses)	PRECIO HORA	PERSONAL	UNIVERSIDAD DEL VALLE	COSTO TOTAL
Natalia Tobo Medina. Doctorado	Directora del proyecto	2 hx120sem=240h	49.000		11.760.000	11.760.000
Mónica Marcela Guzmán Molano Estudiantes de pregrado	Investigadora	6hx72sem=432 h	3.900	1.684.800		1.684.800
María del Carmen Muñoz Estudiante de pregrado	Investigadora	6hx72sem=432h	3.900	1.684.800		1.684.800
Estadístico	Análisis de datos y reporte de análisis estadístico	Asesoría: 3hx3sem= 9h	30.000	270.000		270.000
TOTAL			86.800	3.639.600	11.760.000	15.399.600

11.2.2 Descripción de insumos:

DESCRIPCIÓN	JUSTIFICACIÓN	RECURSOS
Equipos	Servicio de internet, scanner = 60 horas	50.000
Papelería	Fotocopias para consentimiento informado e instrumentos de recolección de la información	10.000
Impresiones	Impresión de proyecto de investigación, resultados.	100.000
Bibliográfica	Recolección de material bibliográfico	50.000
TOTAL		210.000

GASTOS DEL PERSONAL	GASTO DE INSUMOS	GASTO DE IMPREVISTOS	GASTOS DE LA UNIVERSIDAD EL VALLE	COSTO TOTAL
15.399.600	210.000	100.000	11.760.000	27.469.600

11.3 Anexo 3: Consentimiento informado.



Formato de consentimiento informado

Título de la investigación: Estilos de vida, motivación para el cambio y riesgo cardiovascular en estudiantes de rehabilitación humana.

El grupo de promoción de la salud- Promesa, de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle ha venido desarrollando un proyecto de investigación en torno a identificar los estilos de vida y manifestaciones de riesgo cardiovascular en jóvenes universitarios; estudio que ha iniciado en la Facultad de Salud y que continuará hasta cubrir todas las facultades. La actual investigación tiene como objetivo Identificar en 180 estudiantes matriculados en los planes de estudio de: fonoaudiología, Fisioterapia ó Terapia Ocupacional, sus estilos de vida, recursos disponibles, niveles de motivación y la relación con manifestación de riesgo cardiovascular.

La información se recolectará en los meses de marzo a mayo de 2016 por las investigadoras Mónica Marcela Guzmán y María del Carmen Muñoz, estudiantes de Enfermería. Su participación consiste en dar respuesta al cuestionario de estilos de vida de jóvenes universitarios (CEVJU-R), para lo que requiere entre 20 y 40 minutos; Ud., diligenciará de manera personal el instrumento, pero contará con la presencia permanente de una de las investigadoras para aclarar cualquier inquietud. Se le realizará posteriormente la medición antropométrica (peso, talla, circunferencia de cintura) y de presión arterial, para lo cual recibirá la respectiva y oportuna orientación sobre las condiciones que debe reunir para estas mediciones.

Esta investigación no tiene riesgo para Ud., ya que no estará sometido a procedimientos experimentales ni invasivos. Su responsabilidad como participante será el cumplimiento de las citas programadas, el completo diligenciamiento de los instrumentos, la veracidad de datos informados en cada una de las preguntas de la encuesta y garantizar que reúne las condiciones indicadas al momento de la medición de presión arterial, peso, talla y circunferencia abdominal; las circunstancias por las que podrían terminar su participación en el estudio está relacionada con el surgimiento de los criterios de exclusión posterior a su selección para participar en el estudio, los cuales son: Estar en estado de gestación, diagnóstico de un trastorno orgánico relacionado con aumento de peso, realizar diligenciamiento incompleto del instrumento de recolección de la información.

Su participación es totalmente voluntaria y podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee sin ningún perjuicio de tipo personal, económico o académico. No obtendrá compensación económica ni de ningún otro tipo. Los beneficios de participar en este estudio radican en generar evidencias científicas de los factores de riesgo, motivaciones y recursos en los estudiantes, a partir de los cuales se podrán hacer propuestas de trabajo para futuras intervenciones universitarias que promuevan un mejor estilo de vida y para la promoción de la salud.

Las citas serán programadas de manera concertada, de tal forma que no se afecte de ninguna manera su rol de estudiante o los procesos académicos al interior del plan de estudios, tampoco incurrirá en ningún gasto económico pues la encuesta y mediciones se harán dentro de las instalaciones de la facultad.

Ud. podrá acceder a los hallazgos que se deriven de la investigación. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los objetivos de investigación. Su nombre será remplazado por un código, lo que garantizará su anonimato tanto para las investigadoras como para el personal de apoyo en el procesamiento de datos. Los resultados de la investigación podrían ser utilizados en futuras investigaciones, previa aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle – CIREH.

El personal investigador se compromete a guardar absoluta confidencialidad en el manejo de la información que hace parte de la investigación.

En caso de presentar alguna inquietud relacionada con la investigación, puede comunicarse con los investigadores a los siguientes teléfonos: Natalia Tobo Medina 5185697, Mónica marcela guzmán 315 426 8748, María del Carmen Muñoz 311 562 1214. Teléfono de comité de ética (2) 518 56 77.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibo una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante y Fecha

Testigo 1 Fecha

Testigo 2 Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador Fecha

11.4 Anexo 4: Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios (CEVJU-R).

CUESTIONARIO DE ESTILOS DE VIDA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS (CEVJU-R)

(Salazar, Varela, Lema, Tamayo y Duarte, 2009)

El objetivo de este cuestionario es conocer diferentes aspectos de la vida de los jóvenes universitarios. Lea detenidamente cada pregunta y seleccione la respuesta que más refleje lo que usted hace, piensa o valora. Sus respuestas son confidenciales y no serán evaluadas como buenas o malas. Muchas gracias por su **sincera** colaboración.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: 1. Hombre ☐ 2. Mujer ☐ Edad: años

Universidad: _____ Ciudad: _____

Carrera: _____ Semestre:

Jornada: 1. Diurna ☐ 2. Nocturna ☐ Estrato socio-económico: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Estado civil: 1. Soltero ☐ 2. Casado o unión libre ☐ 3. Separado o viudo ☐ 4. Religioso ☐

¿Cuál es su peso actual? kgs ¿Cuál es su estatura actual? c.m.

¿Tiene pareja actualmente? 1. Sí ☐ 2. No ☐ ¿Trabaja actualmente? 1. Sí ☐ 2. No ☐

ACTIVIDAD FÍSICA

- Señale la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos seis (6) meses:

		1. Siempre	2. Frecuente-mente	3. Pocas veces	4. Nunca
1.	Caminar o montar en bicicleta en lugar de utilizar otro medio de transporte si debe desplazarse a un sitio cercano				
2.	Practicar algún deporte con fines competitivos				
3.	Hacer algún ejercicio o una práctica corporal durante al menos 30 minutos tres veces a la semana				

4. El principal motivo para hacer algún ejercicio o actividad física es (escoja una sola opción):

- Mejorar su figura
- Relacionarse con amigos o nuevas personas
- Mejorar el estado de ánimo
- Beneficiar su salud
- Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos
- Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos cercanos
- Otro, ¿Cuál? _____

5. El principal motivo para NO hacer (o dejar de hacer) ejercicio y actividad física es (escoja una sola opción):

1. Temor a hacer el ridículo
2. Implica mucho esfuerzo y se cansa fácil
3. Pereza
4. Insistencia de amigos, pareja o familia para no hacerlo
5. Las personas cercanas a usted lo han criticado por hacer ejercicio o actividad física
6. Otro. ¿Cuál? _____

6. Respecto a sus prácticas de ejercicio y actividad física considera que (escoja una sola opción):

1. Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas
2. Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará
3. Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo
4. Ya ha hecho algunos cambios, pero aun le falta lograr lo que pretende
5. Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos

7. Si quiere realizar algún ejercicio o actividad física ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede escoger varias opciones):

- A. Implementos deportivos (ropa, zapatos, máquinas, elementos de seguridad, balones, etc.) necesarios
- B. Dinero
- C. Tiempo para realizarlo
- D. Personas con quien realizarlo en caso de querer compañía
- E. Habilidades (coordinación, agilidad, equilibrio, etc.) y cualidades físicas (fuerza, resistencia y flexibilidad)
- F. Buen estado de salud
- G. Conocimiento de la realización adecuada de las prácticas
- H. Espacios y oferta de actividades físicas y deportivas en la universidad
- I. Otro. ¿Cuál? _____

1. Si

TIEMPO DE OCIO *(Aquel que se dedica al descanso, a la diversión, a las actividades culturales, sociales o artísticas)*

▪ En una semana habitual, con qué frecuencia:

		1. Todos los días	2. La mayoría de los días	3. Algunos días	4. Ningún día
8.	Realiza alguna actividad para descansar y relajarse (ver televisión, dormir, escuchar música, meditar, etc.)				
9.	Comparte tiempo o actividades con la familia, amigos o pareja				

▪ En un mes habitual, con qué frecuencia:

		1. Todas las semanas	2. La mayoría de semanas	3. Algunas semanas	4. Ninguna semana
10.	Realiza alguna actividad de diversión o entretenimiento, cultural o artística (ir a centros comerciales, ir a cine, manualidades, tocar un instrumento, etc.)				

11. El principal motivo para realizar actividades de ocio (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión) es (escoja una sola opción):

1. Sentirse mejor
2. Relacionarse con otras personas
3. Cambiar la rutina académica y laboral
4. Olvidar los problemas o las preocupaciones
5. Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos
6. Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos
7. Otro. ¿Cuál? _____

12. El principal motivo para NO realizar (o dejar de realizar) actividades de ocio (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión) es (escoja una sola opción):

1. No sabe cómo ocupar el tiempo libre
2. No le parecen interesantes las actividades programadas
3. Prefiere seguir estudiando o trabajando
4. No le interesa este tipo de actividades
5. Las personas cercanas a usted lo han criticado por realizar este tipo de actividades
6. Otro. ¿Cuál? _____

13. Respecto al tiempo que dedica a las actividades culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión, considera que:

1. Está satisfecho con él y no piensa que sea problemático
2. Podría mejorar pero no sabe si lo hará
3. Podría mejorar en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo
4. Ya ha hecho algunos cambios, pero aun le falta lograr lo que pretende
5. Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos

14. Si quiere realizar actividades de ocio (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión) ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede escoger varias opciones)

- A. Recursos materiales o dinero
- B. Tiempo para realizarlas
- C. Personas con quien realizarlas en caso de querer compañía
- D. Espacios y oferta de actividades de ocio en la universidad
- E. Espacios y oferta de actividades de ocio en la ciudad
- F. Otro. ¿Cuál? _____

1. Si

ALIMENTACIÓN

▪ En una semana habitual, con qué frecuencia:

		1. Todos los días	2. La mayoría de los días	3. Algunos días	4. Ningún día
15.	Consumir comidas rápidas, fritos, mecato o dulces				
16.	Consumir gaseosas o bebidas artificiales				
17.	Desayunar, almorzar y comer en horarios habituales				
18.	Omitir alguna de las comidas principales (desayuno, almuerzo y comida)				

		1. Todos los días	2. La mayoría de los días	3. Algunos días	4. Ningún día
19.	Dejar de comer aunque tenga hambre				
20.	Comer en exceso aunque no tenga hambre				
21.	Vomitarse o tomar laxantes después de comer en exceso				

22. El principal motivo para alimentarse adecuadamente es (escoja una sola opción):

1. Mantener su figura
2. Bajar de peso
3. Mejorar su rendimiento (físico y mental)
4. Mantener la salud
5. Verse mejor
6. Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos
7. Hace parte del estilo de vida de la pareja o amigos cercanos
8. Otro. ¿Cuál? _____

23. El principal motivo para NO alimentarse adecuadamente (o dejar de hacerlo) es (escoja una sola opción):

1. Conservar o mejorar su figura
2. No le gusta restringirse en lo que come
3. No puede controlarse en lo que come
4. No piensa en las consecuencias negativas de una mala alimentación
5. Las personas cercanas a usted lo han criticado por sus hábitos de alimentación saludables
6. Otro. ¿Cuál? _____

24. Respecto a sus prácticas de alimentación considera que (escoja una sola opción):

1. Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas
2. Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará
3. Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo
4. Ya ha hecho algunos cambios, pero aun le falta lograr lo que pretende
5. Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos

25. Si quiere alimentarse de forma adecuada ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede escoger varias opciones)

- A. Dinero para comprar alimentos saludables
- B. Tiempo suficiente para sus tres comidas principales
- C. Disponibilidad de alimentos saludables en la universidad
- D. Espacios adecuados y suficientes para comer en la universidad
- E. Conocimiento para elegir alimentos saludables
- F. Disponibilidad de alimentos saludables en su casa
- G. Otro. ¿Cuál? _____

1. Si

CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO Y DROGAS ILEGALES (*marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, popper, otros alucinógenos, etc.*)

- Señale cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo actual de alcohol, cigarrillo y otras drogas:

26. Alcohol (*escoja una sola opción*):

1. Tomo bebidas alcohólicas varias veces en el día
2. Tomo bebidas alcohólicas una vez al día
3. Tomo bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana
4. Tomo bebidas alcohólicas de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
5. No tomo bebidas alcohólicas

27. Cigarrillo (*escoja una sola opción*):

1. Fumo varias veces en el día
2. Fumo una vez al día
3. Fumo por lo menos una vez a la semana
4. Fumo de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
5. No fumo

28. Otras drogas ilegales (*marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, popper, otros alucinógenos, etc.*) (*escoja una sola opción*):

1. Consumo drogas ilegales varias veces en el día
2. Consumo drogas ilegales una vez al día
3. Consumo drogas ilegales por lo menos una vez a la semana
4. Consumo drogas ilegales de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
5. No consumo drogas ilegales

- Señale la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos seis (6) meses:

		1. Siempre	2. Frecuentemente	3. Pocas veces	4. Nunca
29.	Dejar de hacer actividades sociales, académicas o laborales por tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales				
30.	Ir a la universidad después de tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales				

31. Seleccione el principal motivo para consumir alcohol (en la casilla A), cigarrillo (en la casilla B) y drogas ilegales (casilla C) (*escoja una sola opción por cada sustancia*):

	A. Alcohol	B. Cigarrillo	C. Drogas
1. Sentirse mejor			
2. Ser más sociable			
3. Expresar sentimientos			
4. Experimentar nuevas sensaciones			
5. Olvidarse de los problemas			
6. Disminuir la tensión, ansiedad o el estrés			
8. Insistencia de amigos, pareja o familia			
9. Es común en los lugares que frecuenta			
10. Ser aceptado			

		A. Alcohol	B. Cigarrillo	C. Drogas
11.	Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos			
12.	Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos			
13.	Otro. ¿Cuál? _____			

32. Seleccione el principal motivo para evitar el consumo de alcohol (casilla A), cigarrillo (casilla B) y drogas ilegales (casilla C) ***(escoja una sola opción por cada sustancia)***:

		A. Alcohol	B. Cigarrillo	C. Drogas
1.	No lo/a necesita para divertirse			
2.	No lo/a necesita para sentirse mejor			
3.	Le disgusta su sabor, olor o efecto			
4.	Trae consecuencias negativas (en la salud, las relaciones con los demás, en el desempeño académico, etc.)			
5.	Las personas cercanas a usted lo han criticado por consumir			
6.	Las personas cercanas a usted no consumen			
8.	Le disgusta el comportamiento de los otros cuando están bajo su efecto			
9.	Otro. ¿Cuál? _____			

33. Respecto a sus prácticas de consumo de alcohol, cigarrillo o drogas, considera que ***(escoja una sola opción)***:

1. Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas
2. Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará
3. Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo
4. Ya ha hecho algunos cambios, pero aun le falta lograr lo que pretende
5. Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos

34. Si quiere consumir alcohol, cigarrillo o drogas ilegales ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? ***(puede escoger varias opciones)***

- | | |
|--|--------------------------|
| | 1. Si |
| A. Dinero para comprarlos | ☐ |
| B. Habilidad para negarse a consumir aunque otras personas insistan | ☐ |
| C. Conocimiento de sitios donde vendan drogas ilegales | ☐ |
| D. Venta de alcohol en la universidad | ☐ |
| E. Venta de cigarrillos en la universidad | ☐ |
| F. Venta de drogas ilegales en la universidad | ☐ |
| G. Existencia de sitios cercanos a la universidad donde vendan alcohol, cigarrillo o drogas ilegales | ☐ |
| H. Sitios que frecuente en los cuales vendan alcohol, cigarrillo o drogas ilegales | ☐ |
| I. Otro. ¿Cuál? _____ | |

SUEÑO

- Señale la frecuencia con la que realiza las siguientes actividades en una semana habitual:

		1. Todos los días	2. La mayoría de los días	3. Algunos días	4. Ningún día
35.	Tener una hora habitual para acostarse y levantarse				
36.	Despertarse en la madrugada y tener dificultad para dormirse nuevamente				
37.	Despertarse varias veces en la noche				

38. El principal motivo para dormir el tiempo que necesita es (escoja una sola opción):

- Descansar
- Tener un buen rendimiento físico y/o mental
- Evitar amanecer irritable
- Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos
- Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos
- Otro. ¿Cuál? _____

39. El principal motivo para NO dormir el tiempo que necesita (o dejar de hacerlo) es (escoja una sola opción):

- Tiene mucha carga académica o laboral
- Tiene responsabilidades distintas al estudio o al trabajo que le impiden dormir el tiempo que necesita (hijos, un familiar enfermo, arreglo del hogar, etc.)
- Sus amigos o pareja lo incitan a realizar actividades de noche que interrumpen sus horarios de sueño
- Tiene muchas preocupaciones y asuntos en qué pensar
- Le gusta hacer actividades por la noche (chatear, ver un programa, hacer ejercicio, leer, etc.)
- Alguien o algo suele despertarlo
- Las personas cercanas a usted lo han criticado por dormir más del tiempo que necesita
- Otro. ¿Cuál? _____

40. Respecto a sus prácticas de sueño considera que: (escoja una sola opción):

- Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas
- Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará
- Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo
- Ya ha hecho algunos cambios, pero aun le falta lograr lo que pretende
- Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos

41. Si quiere dormir adecuadamente ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede escoger varias opciones)

1. Si
- Lugar cómodo y agradable para dormir (sin ruidos, sin exceso de luz, colchón adecuado, temperatura adecuada, etc.)
 - Dinero necesario para adecuar el lugar en el que duerme (cambiar el colchón o la almohada cuando se daña, cubrir las ventanas con cortinas o persianas, etc.)
 - Tiempo para dormir lo que necesita
 - Conocimiento sobre las condiciones necesarias para tener un sueño óptimo (temperatura, ruido, iluminación, etc.)
 - Estrategias para controlar los pensamientos y emociones que podrían interferir con su sueño
 - Otro. ¿Cuál? _____

RELACIONES INTERPERSONALES

▪ En general usted:

		1. A todas las personas	2. A la mayoría de personas	3. A algunas personas	4. A ninguna persona
42.	Expresa de manera adecuada su disgusto o desacuerdo				
43.	Expresa sus opiniones adecuadamente				
44.	Escucha y respeta la opinión de otras personas				
45.	Expresa a personas cercanas el afecto mediante palabras o contacto físico (caricias, besos, abrazos, etc.)				
46.	Acepta las expresiones de afecto de los demás				

47. El principal motivo para relacionarse con otras personas es (*escoja una sola opción*):

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 1. Estar acompañado | ☐ |
| 2. Dar o recibir afecto y apoyo | ☐ |
| 3. Pertenecer a un grupo | ☐ |
| 4. Divertirse | ☐ |
| 5. Otro. ¿Cuál? _____ | ☐ |

48. El principal motivo para NO relacionarse con otras personas es (*escoja una sola opción*):

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Prefiere estar solo | ☐ |
| 2. Temor a que lo rechacen | ☐ |
| 3. La gente lo rechaza | ☐ |
| 4. No le interesa establecer relaciones | ☐ |
| 5. Las personas cercanas a usted lo han criticado por su forma de relacionarse con los demás | ☐ |
| 6. Otro. ¿Cuál? _____ | ☐ |

49. Respecto a la forma como se relaciona con otras personas, considera que (*escoja una sola opción*):

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Está satisfecho con su forma de relacionarse y no piensa que sea problemática | ☐ |
| 2. Podría cambiarla, pero no sabe si lo hará | ☐ |
| 3. Podría cambiarla en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo | ☐ |
| 4. Ya ha hecho algunos cambios, pero aun le falta lograr lo que pretende | ☐ |
| 5. Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos | ☐ |

50. ¿Si quisiera establecer y mantener una relación interpersonal, con cuáles de los siguientes recursos contaría? (*puede escoger varias opciones*)

- | | |
|--|--------------------------|
| | 1. Si |
| A. Tiempo para relacionarse con otras personas por motivos distintos al estudio o al trabajo | ☐ |
| B. Dinero para realizar actividades en las que se relacione con otras personas | ☐ |
| C. Habilidades para relacionarse con otras personas | ☐ |
| D. Otro. ¿Cuál? _____ | |

AFRONTAMIENTO

- Señale la frecuencia con la que usted:

		1. Siempre	2. Frecuente-mente	3. Algunas veces	4. Nunca
51.	Reacciona adecuadamente ante la expresión de molestia de otras personas				
52.	Admite ante los demás cuando se equivoca				
53.	Dice "no" cuando le hacen peticiones que considera poco razonables				

- Señale la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos dos (2) meses, cuando se enfrenta a una situación difícil o problemática:

		1. Siempre	2. Frecuente-mente	3. Pocas veces	4. Nunca
54.	Se esfuerza por comprender en qué consiste antes de intentar solucionarla				
55.	Evalúa si puede hacer algo para cambiarla				
56.	Busca ayuda o apoyo por parte de otras personas				
57.	La resuelve si ésta tiene solución				
58.	Acepta y se ajusta a aquellas situaciones que considera que usted no puede cambiar				

59. El principal motivo para buscar soluciones a una situación difícil o problemática es (escoja una sola opción):

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. No sentir que los problemas dominan su vida | ☐ |
| 2. Disminuir el malestar que ocasionan los problemas | ☐ |
| 3. Evitar que los problemas interfieran en su rutina | ☐ |
| 4. La búsqueda de soluciones ante los problemas hace parte del estilo de vida de sus padres y/o hermanos | ☐ |
| 5. La búsqueda de soluciones ante los problemas hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos | ☐ |
| 6. Otro. ¿Cuál? _____ | ☐ |

60. El principal motivo para NO buscar soluciones a una situación difícil o problemática es (escoja una sola opción):

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Considera que no está en sus manos solucionarlo | ☐ |
| 2. Prefiere no pensar en los problemas | ☐ |
| 3. Prefiere no enfrentar las consecuencias de resolver el problema | ☐ |
| 4. Las personas cercanas a usted lo han criticado por su forma de enfrentar los problemas | ☐ |
| 5. Otro. ¿Cuál? _____ | ☐ |

61. Respecto a la forma como generalmente enfrenta las situaciones difíciles o problemáticas, considera que (escoja una sola opción):

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Está satisfecho con su forma de enfrentarlas y no piensa que sea problemática | ☐ |
| 2. Podría cambiarla, pero no sabe si lo hará | ☐ |
| 3. Podría cambiarla en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo | ☐ |
| 4. Ya ha hecho algunos cambios, pero aun le falta lograr lo que pretende | ☐ |
| 5. Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos | ☐ |

62. Si tiene que enfrentar situaciones difíciles o problemáticas, ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (*puede escoger varias opciones*)

1. Si
- | | | |
|--|---|--|
| A. Recursos materiales y económicos | 1 | |
| B. Personas que pueden apoyarlo | 2 | |
| C. Ayuda profesional si la necesita | 3 | |
| D. Habilidades para solucionar problemas | 4 | |
| E. Otro. ¿Cuál? _____ | | |

ESTADO EMOCIONAL

▪ En los últimos dos meses, con qué frecuencia ha sentido:

		1. Siempre	2. Frecuentemente	3. Pocas veces	4. Nunca
63.	Tristeza, decaimiento o aburrimiento				
64.	Enojo, ira u hostilidad				
65.	Alegria o felicidad				
66.	Soledad				
67.	Optimismo o esperanza				
68.	Angustia, estrés o nerviosismo				

Por favor verifique que haya contestado todas las preguntas.

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!!!

11.5 Anexo 5: formato de registro presión arterial y medidas antropométricas.

Edad: _____

Hombre: _____ Mujer _____

Tiene diagnóstico de diabetes si _____ No _____

Fuma Si _____ No _____

En su familia hay antecedentes de infartos a edades inferiores de los 60 años)
si _____ no _____

REGISTRO PRESIÓN ARTERIAL

Presión Arterial sistólica: _____ mmHg

Presión Arterial diastólica: _____ mmHg

REGISTRO TALLA _____ m _____ cm

REGISTRO PESO _____ Kg

IMC: _____

REGISTRO CIRCUNFERENCIA DE CINTURA _____ cm

11.6 Anexo 6: Instrumento de tamizaje de riesgo cardiovascular y renal en población mayor de 35 años sin ECNT.

NOMBRES Y APELLIDOS: _____		No. Identificación: _____	
Nombre IPS: _____			
BARRIO : _____		Tel.: _____	
COMUNA : _____		SEGURIDAD SOCIAL: Contributivo _____ Subsidiado _____ No afiliado _____	
Nombre del Asegurador : _____			

1. FACTORES NO MODIFICABLES																			
1.1 Edad y sexo		1.2 Antecedentes Familiares:																	
Edad : _____	<table border="1" style="width: 100px;"><tr><th>SI</th><th>Puntaje</th></tr><tr><td>☐</td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td> </td></tr></table>	SI	Puntaje	☐		☐		☐		☐		In su familia directa (padres, hermanos, tíos, abuelos), alguien joven ha muerto del corazón que sea hombre < 55 años o mujer < 65 años	<table border="1" style="width: 100px;"><tr><th>SI</th><th>Puntaje</th></tr><tr><td>☐</td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td> </td></tr></table>	SI	Puntaje	☐		☐	
SI	Puntaje																		
☐																			
☐																			
☐																			
☐																			
SI	Puntaje																		
☐																			
☐																			
Hombre > 45 años	<table border="1" style="width: 100px;"><tr><td>☐</td><td> </td></tr></table>	☐		Algunos de sus familiares (Padres,abuelos, O hermanos) sufren de Diabetes	<table border="1" style="width: 100px;"><tr><td>☐</td><td> </td></tr></table>	☐													
☐																			
☐																			
Mujer > 55 años	<table border="1" style="width: 100px;"><tr><td>☐</td><td> </td></tr></table>	☐			<table border="1" style="width: 100px;"><tr><td>☐</td><td> </td></tr></table>	☐													
☐																			
☐																			
Hombre < 45 años	<table border="1" style="width: 100px;"><tr><td>☐</td><td> </td></tr></table>	☐		<table border="1" style="width: 100px;"><tr><td>☐</td><td> </td></tr></table>	☐														
☐																			
☐																			
Mujer < 55 años	<table border="1" style="width: 100px;"><tr><td>☐</td><td> </td></tr></table>	☐		<table border="1" style="width: 100px;"><tr><td>☐</td><td> </td></tr></table>	☐														
☐																			
☐																			

2. FACTORES MODIFICABLES		1.3 Antecedentes personales							
Peso Kg.	Talla cm	IMC = Peso/Talla ²							
x <table border="1" style="width: 100px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								Circunferencia cintura: Hombre < 90 Hombre > 90 Mujer < 80 Mujer > 80	Ha sufrido usted de infarto o derrame cerebral
		Le han encontrado alguna vez la TA alta	<table border="1" style="width: 100px;"><tr><th>SI</th><th>Puntaje</th></tr><tr><td>☐</td><td> </td></tr><tr><td>☐</td><td> </td></tr></table>	SI	Puntaje	☐		☐	
SI	Puntaje								
☐									
☐									
		Toma regularmente medicamentos para la presión alta	<table border="1" style="width: 100px;"><tr><td>☐</td><td> </td></tr></table>	☐					
☐									
		Le han encontrado alta, alguna vez el azúcar en la sangre	<table border="1" style="width: 100px;"><tr><td>☐</td><td> </td></tr></table>	☐					
☐									

Actividad física: Generalmente hace 30 min diarios de actividad física durante su tiempo libre.	<table border="1" style="width: 100px;"><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr></table>	☐	☐	<table border="1" style="width: 100px;"><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr></table>	☐	☐	4 (aplica para respuesta "No")
☐	☐						
☐	☐						
Ha fumado al menos 1 cigarrillo en el último mes	<table border="1" style="width: 100px;"><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr></table>	☐	☐	<table border="1" style="width: 100px;"><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr></table>	☐	☐	4 (aplica para respuesta "Si")
☐	☐						
☐	☐						
Asiste a programa institucional	SI _____	NO _____					
Cual :	_____						
Fecha último control :	_____						

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA 1. Ha tenido familiares con Enfermedades de Riñón? SI: _____ NO: _____ 2. Ha sufrido Usted alguna enfermedad o problema de Riñón? SI: _____ NO: _____ Causa? Glomerulonefritis: _____ Infección urinaria repetida: _____ Otras: _____ 3. Recibe Usted algún medicamento en forma permanente? SI: _____ NO: _____ Cual: _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <th colspan="2">3. PUNTAJE</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">RIESGO</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">4. RECOMENDACIÓN</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> </table>	3. PUNTAJE				RIESGO				4. RECOMENDACIÓN			
3. PUNTAJE													
RIESGO													
4. RECOMENDACIÓN													

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	
Riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular o Diabetes en los próximos 10 años:	
RIESGO LATENTE: < 10 puntos	RIESGO INTERMEDIO: De 11 – 15 puntos
RIESGO ALTO: 16 - 25 puntos	RIESGO MUY ALTO: > 26 puntos

12.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

¹ Sánchez Contreras M, Moreno Gómez GA, Marín Grisales ME, García Ortiz LH. Factores de Riesgo Cardiovascular en Poblaciones Jóvenes. Rev. salud pública 2009;v:(11)n.1.110-122.Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n1/v11n1a12.pdf>

²Organización Mundial Salud. Enfermedades Cardiovasculares. [Internet]. Colombia: OMS; 2013. [actualizado en marzo de 2013; citado 27 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/

³Sánchez Contreras M, Moreno Gómez GA, Marín Grisales ME, García Ortiz LH. Factores de Riesgo Cardiovascular en Poblaciones Jóvenes. Rev. salud pública 2009;v:(11)n.1.110-122.Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n1/v11n1a12.pdf>

⁴Organización Mundial Salud. Enfermedades Cardiovasculares. [Internet]. Colombia: OMS; 2013. [actualizado en marzo de 2013; citado 27 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/

⁵Spanish Statistical Office. Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. 2015. Europa: sistema estadístico europeo. [actualizado 1 de enero de 2014; citado 27 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/>

⁶Gómez J, MT, Montero SR, MJ. Análisis de la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. [Internet]. Publicado 22 de enero de 2013. [citado 27 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10115/11546>.

⁷Martínez CA, Ibáñez JO, Arregui CG, Collante Bohle AB, Iacok S - Coronel J, Romero L, Benítez AM, Ojeda A, González S, Sánchez A, Schulz F. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en jóvenes adultos. UNNE. [Internet]. Argentina: facultad de medicina. [citado el 25 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2001/3-Medicas/M-023.pdf>

⁸Páez Cala ML. Universidades saludables: los jóvenes y la salud. Facultad de ciencias de la salud 2012;12(2):205-220.Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390007.pdf>

⁹García Gulfo MH, García Zea JA. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en jóvenes de una institución universitaria. Rev. salud pública. 2012; 14(5). Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v14n5/v14n5a09.pdf>

¹⁰Alvares C. Teoría transteoretica de cambio de conducta: herramienta importante en la adopción de estilos de vida activos. MHSalud. [Internet]. 2008 Jul. [citado el 25 de octubre de 2014]. 5.(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=237017527003> ISSN 1659-097X

¹¹García Gulfo MH, García Zea JA. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en jóvenes de una institución universitaria. Rev. salud pública. 2012; 14(5). Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v14n5/v14n5a09.pdf>

¹²García Laguna DG, García Salamanca GP, Tapiero Paipa YT, Ramos C DM. Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. SciELO 2012; 17(2):169-185. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a12.pdf>

¹³García Gulfo MH, García Zea JA. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en jóvenes de una institución universitaria. Rev. salud pública. 2012; 14(5). Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v14n5/v14n5a09.pdf>

¹⁴Martínez CA, Ibáñez JO, Arregui CG, Collante Bohle AB, Iacok S - Coronel J, Romero L, Benítez AM, Ojeda A, González S, Sánchez A, Schulz F. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en jóvenes adultos. UNNE. [Internet]. Argentina: facultad de medicina. [citado el 25 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2001/3-Medicas/M-023.pdf>

¹⁵Páez Cala ML. Universidades saludables: los jóvenes y la salud. Facultad de ciencias de la salud 2012. 12(2):205-220. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390007.pdf>

¹⁶ Martínez CA, Ibáñez JO, Arregui CG, Collante Bohle AB, Iacok S - Coronel J, Romero L, Benítez AM, Ojeda A, González S, Sánchez A, Schulz F. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en jóvenes adultos. UNNE. [Internet]. Argentina: facultad de medicina. [citado el 25 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2001/3-Medicas/M-023.pdf>

¹⁷Martínez CA, Ibáñez JO, Arregui CG, Collante Bohle AB, Iacok S - Coronel J, Romero L, Benítez AM, Ojeda A, González S, Sánchez A, Schulz F. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en jóvenes adultos. UNNE. [Internet]. Argentina: facultad de medicina. [citado el 25 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2001/3-Medicas/M-023.pdf>

¹⁸García Gulfo MH, García Zea JA. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en jóvenes de una institución universitaria. Rev. salud pública. 2012; 14(5). Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v14n5/v14n5a09.pdf>

¹⁹Dr. De la Cruz Sánchez E, Dr. Pino Ortega J. Estilo de vida relacionado con la salud. [Internet]. Murcia: Facultad de Ciencias del Deporte – Universidad de Murcia.[citado el 25 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>

²⁰Lema Soto LF, Salazar Torres IC, Varela Arévalo MT, Tamayo Cardona JA, Rubio Sarria A y Botero Polanco A. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. Pensamiento psicológico. [Internet]. 2009.[citado el 25 de octubre de 2014].5(12):71-88. Disponible en: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/1>

²¹García Laguna DG, García Salamanca GP, Tapiero Paipa YT, Ramos C DM. Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. Scielo 2012;17(2):169-185. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a12.pdf>

²²Grimaldo Muchotrigo MP. Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. Psicología y Salud. [Internet]. 2012. [citado el 25 de octubre de 2014].22(1):75-87. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-1/221/Mirian%20Pilar%20Grimaldo%20Muchotrigo.pdf>

²³Maya, L. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. (2001). unlibre. Disponible en: <http://www.mitecnologico.com/Main/EstilosDeVidaYCalidadDeVida>.

²⁴Infiesta, J., Bimella, J., Garrucho, G. y March, J. (2004). Estilos de vida y juventud. Serie en Internet. Disponible en línea: www.ilo.org/public/spanish/region.

²⁵Montes de Oca, J. y Mendocilla, A. Guía para la promoción de estilos de vida saludables en educación secundaria. (2005).Lima: Ministerio de Educación. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008MARgui2.pdf>

²⁶Vives-Iglesia AE. Estilo de vida saludable puntos de vista para una opción actual y necesaria. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas Policlínico Docente Mártires de Calabazas La Habana Cuba; 2007. Disponible en: rcientificas.uninorte.edu.co.

²⁷Roberfroid D, Pomer J. Psychosocial factors and múltiple unhealthy behaviors in 25 to 64 years old belgan citizens. Arch PublicHealth 2001; 59: 281-307.Disponible en: [file:///C:/Users/Invitado/Downloads/9-55-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Invitado/Downloads/9-55-2-PB%20(1).pdf)

²⁸Universidad de Caldas. Modelos y teorías de Enfermería. [Internet].Caldas: Universidad de caldas, [fecha de consulta 18 de febrero de 2015].Disponible en:http://salud.ucaldas.edu.co/programas_especiales/sitioVIHsida/pdf/Modelos%20y%20teoristas%20de%20enfermer%EDa.pdf

²⁹Psicología Básica. La motivación. Departamento de psicología de la salud. [Internet]. 2007.[citado el 13 de diciembre de 2014].Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4298/25/tema%207_psicolog%c3%8da%20b%c3%81sica_la%20motivaci%c3%93n.pdf

³⁰Ferrer Cáscales. La motivación y emoción. Departamento de psicología dela salud.[Internet].2010.[citado el 25 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12917/9/Tema%209.%20Motivaci%C3%B3n%20y%20Emoci%C3%B3n.pdf>

³¹Ramírez Santos A. La motivación. (Sexton, 1977:162). [Internet].2012.[citado el 13demarzode2015].Disponible en: <http://motivaciongrupob.blogspot.com/2012/03/motivacion-segun-varios-autores.html>

³²Ramírez Santos A. La motivación. (Robbins, 1999:17). [Internet].2012.[citado el 13demarzode2015].Disponible en: <http://motivaciongrupob.blogspot.com/2012/03/motivacion-segun-varios-autores.html>

³³Ramírez Santos A. La motivación. Stoner (1.996 [Internet].2012.[citado el 13 de marzo de 2015]. Disponible en:

<http://motivaciongrupob.blogspot.com/2012/03/motivacion-segun-varios-autores.html>

³⁴Ramírez Santos A. La motivación. Chiavenato (2.000) .[Internet].2012.[citado el 13 de marzo de 2015]. Disponible en:

<http://motivaciongrupob.blogspot.com/2012/03/motivacion-segun-varios-autores.html>

³⁵Ramírez Santos A. La motivación. Mahillo (1.996) [Internet].2012.[citado el 13 de marzo de 2015]. Disponible en:

<http://motivaciongrupob.blogspot.com/2012/03/motivacion-segun-varios-autores.html>

³⁶Pelayo Terán JM. motivación para el cambio[Internet].Oviedo: Universidad de Oviedo;2012.[citado el 25 de octubre de 2014]. Disponible en:

<http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/psi&comunicacion/2013-14/6pc-motivacion.pdf>

³⁷Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. Como cambian las personas, y como podemos cambiar nosotros para ayudar a muchas más personas? . Washington. American Psychological Association 1999, p. 227-255. . [Internet]. [citado el 25 de octubre de 2014]. Disponible: <http://psicouas.files.wordpress.com/2009/03/prochaska-motivacion-para-el-cambio.pdf>

³⁸Salgado A. “conceptos sobre riesgo”.2009. Falda de Carmen. Providencia de cordoba. Argentina. Disponible en: <http://motivaciongrupob.blogspot.com/2012/03/motivacion-segun-varios-autores.html>

³⁹Catalogo maestro de guías de práctica clínica. Detección y estratificación de factores de riesgo cardiovascular.[Internet].2006.[citado el 26 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/421imss_421_11_factores_riesgo_cardiovascular/grr_factores_riesgo_cardiovascular

⁴⁰Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Riesgo Vascular: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla, Consejería de Salud, 2003. 241. Disponible en: <http://www.epes.es/wp-content/uploads/RIESGOVASCULAR3.pdf>

⁴¹Fandiño A, Giraldo SC, Martínez C, CP Aux, Espinosa R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. Colombia Medica [Internet].2007. [citado el 27 de noviembre de 2014]; 38(4).Disponible:<http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/518/965>.

⁴²Moreno Gonzales MI. Circunferencia de cintura: una medición importante y útil del riesgo cardiometabólico. Rev Chil Cardiol. 2010; 29: 85-8.Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602010000100008

⁴³Nadal JF. Obesidad Intra Abdominal y Riesgo cardio metabólico.Elsevier.2008; 40(04).Disponible en: file:///C:/Users/Invitado/Downloads/S1575092211002403_S300_es.pdf

⁴⁴Lean ME, Han TS, Morrison CE. Waist Circumference as a measure for indicating need for weight management. BMJ 1995; 311: 158-161. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550221/>

⁴⁵Fasce E, Fasce F, Zarate H, Campos I, Flores M, Ibáñez P. Relación entre perímetro abdominal y nivel socioeconómico y presión arterial. Rev. Chil. Cardiol 2010; 29: 11 – 18.Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art01.pdf>

⁴⁶Moreno Gonzales MI. Circunferencia de cintura: una medición importante y útil del riesgo cardiometabólico. Rev Chil Cardiol. 2010; 29: 85-87.Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602010000100008

⁴⁷Álvarez Cosmea A, López Fernández V, Prieto Díaz MA*, Díaz González L, Herrero Puente P**, Vázquez Álvarez J**, Fidalgo González S* Médicos de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Ventanielles. *C.S. Vallobin- Concinos. **Servicio de Urgencias. Hospital Central de Asturias. Oviedo. MEDIFAM. 2002. 12(4); 260-265.Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n4/original.pdf>

⁴⁸Álvarez Cosmea A, López Fernández V, Prieto Díaz MA*, Díaz González L, Herrero Puente P**, Vázquez Álvarez J**, Fidalgo González S* Médicos de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Central de Asturias. Oviedo. MEDIFAM. 2002.12(4);260-265.Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n4/original.pdf>

⁴⁹Ribeiro-Rodríguez ES, Cheik NC, Mayer AF. Nivel de actividad física e tabaquismo en universitarios. level of physical activity and smoking in undergraduates students. Rev Saúde Publica 2008; 42(4): 672-8.Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273820455007.pdf>:

⁵⁰Núñez-Rojas AC. Jóvenes universitarios y salud “Vivir la universidad”. Manizales: Universidad de Manizales, Maestría en Educación y Docencia; 2004.Disponible en: [file:///C:/Users/Invitado/Downloads/9-55-2-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Invitado/Downloads/9-55-2-PB%20(2).pdf)

⁵¹Grotevant, H. adolescent development in Family Contexts. En: W. Damon y R. Lerner (eds.). Handbook of Child Psychology.Vol. 3. New York: Wiley; 1998.Disponible en: <https://books.google.com.co/books?isbn=0471690449>

⁵²Castaño-Castrillón JJ, Páez-Cala ML. Estilos de vida y salud en estudiantes de una Facultad de Psicología. Psicaribe 2010; 25: 155-178.Disponible en: revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/download/9/9

⁵³Lemos-Giráldez S, Fidalfo-Aliste A. Conductas de riesgo cardiovascular en población universitaria. Psicotherma 1993; 5(2): 337-350.Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/887.pdf>

⁵⁴Araya C, Solís 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.Disponible en: www.bdigital.unal.edu.co/29621/1/28186-179184-1-PB.pdf

⁵⁵Álvarez-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.Disponible en: revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/download/9/9

⁵⁶Castaño-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. FacMed.UNAL2008;56:302-317.Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120...

⁵⁷Arrivillaga 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. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334403

⁵⁸Rodrigo MJ, Máiquez ML, García M, Mendoza R, Rubio A, Martínez A, et al. relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. Psicotherma 2004; 16(2): 203-210. Disponible en: www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1183

⁵⁹Vives-Iglesia AE. Estilo de vida saludable puntos de vista para una opción actual y necesaria. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas Policlínico Docente Mártires de Calabazas La Habana Cuba; 2007. Disponible en: rcientificas.uninorte.edu.co.

⁶⁰Rodríguez J. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis; 1995. Disponible en: www.casadellibro.com/libro-psicologia-social-de-la-salud/9788477382898/468959

⁶¹Chiang-Salgado MT, Casanueva-Escobar V, Cid-Cea X, González-Rubilar U, Olathe-Mellado P, Nickel Paredes F, Revello-Chiang L. Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes chilenos. Salud Pública Mex 1999; 41(6): Pag:444-451.

⁶²McInnis, K., Franklin, B., & Rippe J. Counseling for physical activity in overweight and obese patients. Am Fam Physician 2003, 67: 1249-1256. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12674453

⁶³Jacoby 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 Pública 2003, 14(4): 223-5. Disponible en: www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892003000900001&script=sci_arttext

⁶⁴Velásquez MT, Torres-Neira D, Sánchez-Martínez H. análisis Psicológico de la actividad Física en Estudiantes de una Universidad de Bogotá, Colombia. Salud Publica (Bogotá) 2006; 8(supl.2):1-12 Disponible en: rcientificas.uninorte.edu.co › Inicio › No. 25: Ene-Jun 2010

⁶⁵Facultad de ciencias. Nutrición y dietética. Guía de alimentación y salud. Alimentación en las enfermedades: cardiovasculares [Internet]. UNED.2015.

[citado el 21 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica/guia/enfermedades/cardiovasculares/factor_modificables_indi.htm?ca=n

⁶⁶Facultad de ciencias. Nutrición y dietética. Guía de alimentación y salud. Alimentación en las enfermedades: cardiovasculares [Internet]. UNED.2015. [citado el 21 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica/guia/enfermedades/cardiovasculares/factor_modificables_indi.htm?ca=n

⁶⁷Salazar, Varela, Lema, Tamayo, Duarte. Manual del cuestionario Estilos de vida en jóvenes universitarios.(CEVJU-R),2009.[citado el 27 de noviembre de 2014].

⁶⁸Sociedad Andaluza de Medicina Familiar. Manual de hipertensión arterial en la práctica clínica de atención primaria [Internet].2006. [citado el 27 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>

⁶⁹Ministerio de salud. Resolución número 8430 de 1993. [Internet]. Colombia: minisalud. [actualizado 4 de octubre de 1993; citado 15 de diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf>

⁷⁰Pérez Castillo JN. Resolución número 693. [Internet].Colombia.2012. [publicado 8 de noviembre de 2012; citado 15 de diciembre 2014]. Disponible en: http://comitebioetica.udistrital.edu.co/documentos/normograma/res_2012-693%20Comite_de_Bioetica.pdf

⁷¹Lavielle-Sotomayor, P, Pineda-Aquino, V, Jáuregui-Jiménez, O y Castillo-Trejo, M,Actividad física y sedentarismo: Determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud del adolescente.Rev. salud pública. 16 (2): 161-172, 2014. Disponible en:<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n2/v16n2a01.pdf>

⁷²Varela, m.t, psicol, duarte, c. psicol2, salazar, i.c, psicol3, lema, l.f psicol4. actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas.ColombMed. 2011; 42: 269-77. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/request?rc11049>

⁷³Durán S, Bazaez G, Figueroa K, Berlanga MR, Encina C, Rodríguez MP. Comparación en calidad de vida y estado nutricional entre alumnos de nutrición y dietética y de otras carreras universitarias de la universidad Santo Tomás de Chile.

NutrHosp.2012;27(3):739-746.Disponible en:
scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n3/09_original_06.pdf

⁷⁴Varo Cenarruzabeitia JJ, Martínez Hernández JA, Martínez-González MA. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. MedClin (Barc). 2003 Nov15;121(17):665-72.Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/238255786_Beneficios_de_la_actividad_fisica_y_riesgos_del_sedentarismo

⁷⁵Varela, m.t, psicol, duarte, c. psicol2, salazar, i.c, psicol3, lema, l.f psicol4. actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas. ColombMed. 2011; 42: 269-77. Disponible en:
<http://www.bioline.org.br/request?rc11049>

⁷⁶Cecchini Estrada, J.A y González González-Mesa C. motivos por los que los estudiantes universitarios no practican deporte. Universidad de Oviedo. Revista Fuentes.Volumen8,2008.Disponible en:
http://institucional.us.es/revistas/fuente/8/art_12.pdf

⁷⁷Castillo,Viera, E. Sáenz-López Buñuel, P. Hábitos relacionados con la práctica de actividad física de las alumnas de la Universidad de Huelva a través de historias de vida. Revista de curruculum y formación del profesorado. Universidad deHuelva.Aceptado:05/11/2007.Disponible en:
<https://www.ugr.es/~recfpro/rev112ART7.pdf>

⁷⁸Castro Ayala, J. Hábitos de práctica físico-deportivas de estudiantes de deporte formativo de la universidad del valle.2013. disponible en:
bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/6782/1/CD-0395417.pdf

⁷⁹Castillo,Viera, E. Sáenz-López Buñuel, P. Hábitos relacionados con la práctica de actividad física de las alumnas de la Universidad de Huelva a través de historias de vida. Revista de curruculum y formación del profesorado. Universidad deHuelva.Aceptado:05/11/2007.Disponible en:
<https://www.ugr.es/~recfpro/rev112ART7.pdf>

⁸⁰Lema Soto, L.F, Salazar Torres,I.C, Varela Arévalo,M.T. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida.. Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia).Pensamiento Psicológico, Vol. 5, N°12,

2009, pp. 71-88. Disponible en: [file:///C:/Users/Invitado/Downloads/106-316-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Invitado/Downloads/106-316-1-PB%20(1).pdf)

⁸¹Ibáñez E, Thomas Y, Bicienty A, Barrera J, Martínez J, Gerena R. Cambios de hábitos alimentarios de los estudiantes de odontología de la Fundación Universitaria San Martín de Bogotá, Colombia. NOVA–Publicación científica en ciencias biomédicas. 2008; 6(9):101–102. disponible en: http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA9_ART3_HABITOS.pdf

⁸²Becerra-Bulla, F. Pinzón-Villate, G. Vargas-Zárate, M. Practicas alimentarias de un grupo de estudiantes universitarios y las dificultades percibidas para realizar una alimentación saludable. Departamento de Nutrición Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia. Rev. Fac. Med. 2015 Vol. 63 No. 3: 457-63. disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a13.pdf>

⁸³Troncoso C, Amaya JP. Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. Rev Chil Nutr. 2009; 36(4):1090–1097. Disponible en: www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5638?ver=sindisenio

⁸⁴Acosta, C. S. Ibañez, E. Leon, C. Cambios en los habitos alimentarios en los estudiantes de enfermeria de la universidad el Bosque durante su proceso de formación academica. Revista colombiana de enfermeria. Vol. 3, año. 3. agosto de 2008. disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen3/cambios_habitos_alimentarios_estudiantes_enfermeria_universidad_el_bosque.pdf

⁸⁵Norman M. M. K. valoración de hábitos de alimentación, actividad física y condición nutricional en estudiantes de la pontificia universidad católica de valparaíso. RevChilNutr Vol. 34, N°4, Diciembre 2007. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000400006

⁸⁶Ibáñez E, Thomas Y, Bicienty A, Barrera J, Martínez J, Gerena R. Cambios de hábitos alimentarios de los estudiantes de odontología de la Fundación Universitaria San Martín de Bogotá, Colombia. NOVA–Publicación científica en ciencias biomédicas. 2008; 6(9):101–102. disponible en: http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA9_ART3_HABITOS.pdf

⁸⁷Rodríguez, R. R. Álvarez Balleza, M. A. Orlachia, C. drogas en estudiantes universitarios 11º. Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. 2010. Disponible: www.interpsiquis.com - Febrero-Marzo 2010 Psiquiatria.com -6-

⁸⁸Albarracín Ordoñez, M. Muñoz Ortega, L. Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. Pontificia Universidad Javeriana (Colombia).liber. v.14 n.14 Lima 2008. disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272008000100007&script=sci_arttex

⁸⁹Cicua, D., Méndez, M. & Muñoz, L. (2007) Factores Asociados al Consumo de Alcohol en Adolescentes de Bogotá entre 12 y 17 años, pertenecientes a estratos 4 y 5. Trabajo de grado. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.Disponible en: revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/.../83/246

⁹⁰Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006;160(7):739-46.Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16818840

⁹¹Castañó-Perez, G,A. Calderon-Vallejo,G,A. Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Facultad de psicología y ciencias sociales. Medellin, Colombia.Rev. Latino-Am. Enfermagem sept.-oct. 2014;22(5):739-46. disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/es_0104-1169-rlae-22-05-00739.pdf

⁹²Sierra, J.C; Jiménez Navarro, C; Martín Ortiz, J.D.. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. Salud Mental, vol. 25, núm. 6, diciembre, 2002, pp. 35- disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/582/58262505.pdf>

⁹³Villarroel Prieto, V.M. calidad de sueño en estudiantes de las carreras de medicina y enfermería universidad de los andes. merida-venezuela. 2013. universidad autonoma de madrid facultad de medicina departamento de psiquiatria.Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/663392/villarroel_prieto_vanessa_maribel.pdf?sequence=1

⁹⁴Furlani, R, Ceolim, M. F. (2005) Patrones de sueño de estudiantes de enfermería en lo primero-año. Revista Brasileira de Enfermagem; 58(3): 320-324.Disponible en: www.revenfermeria.sld.cu › Inicio › Vol. 32, Núm. 2 (2016) › Nunes de Araújo

⁹⁵Lema Soto, L.F, Salazar Torres, I.C. Varela Arévalo, M.T. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia). Pensamiento Psicológico, Vol. 5, N°12, 2009,pp.71-88.Disponible en:
<http://revistas.javerianacali.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/viewFile/106/315>

⁹⁶García Nuñez Del Arco, C.R. Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Universidad de San Martín de Porres Escuela Profesional de Psicología. Liberabit v.11 n.11 Lima 2005. Disponible en:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S172948272005000100008&script=sci_arttext&tlng=es

⁹⁷Goldstein, A.; Sprafkin, R.; Gershaw, J. & Klein, P. (1989). Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia: un programa de enseñanza. Madrid.

⁹⁸García Nuñez Del Arco, C.R. Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Universidad de San Martín de Porres Escuela Profesional de Psicología. Liberabit v.11 n.11 Lima 2005. Disponible en:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S172948272005000100008&script=sci_arttext&tlng=e

⁹⁹Martínez MA, Leiva AM, Sotomayor C, Victoriano T, Von Chrismar AM, Pineda S. Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la Universidad Austral de Chile. Rev Med Chil. 2012 Apr;140(4):426-35. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000400002

¹⁰⁰Cesáreo Fernández,A. El estrés en las enfermedades cardiovasculares. Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos, Madrid. libro de la salud cardiovascular. Disponible en:http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap66.pdf

¹⁰¹Braunwald E. Tratado de cardiología. 3 ed. Tomo II. México: McGraw Hill-Interamericana; 1991. pp. 1245, 2045. Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000109&pid=S1657

¹⁰²Braunwald E. Tratado de cardiología. 3 ed. Tomo II. México: McGraw Hill-Interamericana; 1991. pp. 1245, 2045. Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000109&pid=S1657

¹⁰³Lijing L, Kiang L, Karen A, Martha L, Freeman F, Catarina I. Psychosocial factors and risk of hypertension: The coronary artery risk development in young adults. JAMA 2003; 290: 2138-2148. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14570949

¹⁰⁴Cardona-Arias JA, Arroyave-Martínez EY. Prevalencia de hipertensión arterial en universitarios, Medellín. Curare. 2014; 1(1): 17-26. Disponible en: revistas.ucc.edu.co/index.php/cu/article/download/304/593

¹⁰⁵Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2003. Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Informe Técnico;2003. Disponible en: www.dinta.cl/wp-dintacl/wp-content/uploads/Encuesta-Nacional-de-Salud-2010.pdf

¹⁰⁶Chiang-Salgado M, Casanueva-Escobar V, Cid-Cea X, González-Rubilar U, Olate-Mellado P, Nickel-Paredes F, et al. Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios chilenos. Salud Pública de México. 1999;6:444-51. Disponible en: www.revespcardiol.org/es/alta...factores-riesgo-cardiovascular/articulo/13095778/?..

¹⁰⁷Fasce E, Pérez H, Boggiano G, Ibanez P, Nieto C. Hypertension in rural communities. Study in the VIII Region, Chile. Rev Med Chil. 1993;121:1058-67. Disponible en: europepmc.org/abstract/med/8191159

¹⁰⁸Palomo, I,F. Torres, G. Alarcón, M,A. Maragaño, M,J. Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en una población de estudiantes universitarios de la región centro-sur de Chile. Rev Esp Cardiol. 2006;59:1099-105 - Vol. 59 Núm.11. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/alta-prevalencia-factores-riesgo-cardiovascular/articulo/13095778/>

¹⁰⁹Simão,M. Hayashida, M. Benedita dos Santos,C. Cesarino,E,J.Nogueira,M,S. la hipertensión arterial entre universitarios de la ciudad de Lubango, Angola. Rev Latino-am Enfermagem 2008 julio-agosto; 16(4). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae

¹¹⁰Corvos, C; Corvos, A; Salazar, A. Índices antropométricos y salud en estudiantes de ingeniería de la Universidad de Carabobo. Nutr. clín. diet. hosp. 2014;34(2):45-51.disponible en:<http://revista.nutricion.org/PDF/caraboboCorvos.pdf>

¹¹¹Trujillo B, Vásquez C, Almanza J, Jaramillo M, Mellín T, Valle O, et al. Frecuencia y factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en universitarios de Colima, México. Rev salud pública. 2010; 12(2):197-207.Disponible en: www.scielo.org/pdf/rsap/v12n2/v12n2a03.pdf

¹¹²Palomo, I,F. Torres, G. Alarcón, M,A. Maragaño, M,J. Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en una población de estudiantes universitarios de la región centro-sur de Chile. Rev Esp Cardiol. 2006;59:1099-105 - Vol. 59 Núm.11. Disponible en: <http://www.revespcardiologia.org/es/alta-prevalencia-factores-riesgo-cardiovascular/articulo/13095778/>

¹¹³Bustos P, Amigo H, Arteaga A, Acosta AM, Rona RJ. Risk factors of cardiovascular disease among young adults. Rev Med Chil. 2003;131:973-80.Disponible en:www.revespcardiologia.org/...prevalenciafactores...cardiovascular/.../13095778/?esMedic.

¹¹⁴Salazar,I.C.,Varela,M.T., Lema,L.F. y Cardona, M. A. (2007). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida.Disponible en:revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/.../106/316