

UNIVERSIDADES SALUDABLES: LOS JÓVENES Y LA SALUD

MARTHA LUZ PÁEZ CALA¹, PSIC., MAG

Recibido para publicación: 18-07-2012 - Versión corregida: 16-10-2012 - Aprobado para publicación: 31-10-2012

Resumen

En el presente trabajo se efectuó una revisión de la literatura acerca de los estilos de vida de jóvenes universitarios y los principales factores de riesgo para la salud, lo cual permite concluir que los adultos jóvenes en general tienden a adoptar conductas de riesgo como el sedentarismo, el consumo abusivo de sustancias tóxicas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales) y dietas nutricionales incorrectas, entre otras. Algunos autores atribuyen estos factores de riesgo y estilos de vida poco saludables a las conexiones frágiles entre esta población de adolescentes y adultos jóvenes, con las redes de apoyo como son la familia y los centros educativos. Esta situación enfatiza la importancia de potenciar los centros educativos como escenarios y contextos saludables, dado que se constituyen en un sistema intermedio que vincula el sistema familiar, el académico y el grupo de pares y amigos. El promover estilos de vida saludables en los jóvenes podría reducir de manera importante la mortalidad global, lo cual se constituye en un valioso aporte a la esperanza y calidad de vida de una población.

Palabras claves: Estilo de vida, universidades, estudiantes, promoción de la salud

Arch Med (Manizales) 2012; 12(2): 205.220

Healthy universities: youth and health

Summary

In this paper a literature review was conducted regarding the lifestyles of young university students and the major risk factors for health. The study leads to the conclusion that young adults generally tend to adopt risky behaviors such as physical inactivity, abuse of toxic substances (alcohol, cigarettes, illegal drugs) and incorrect nutritional diets. Some authors attribute these risk factors and unhealthy lifestyles to the fragile connections between this population of adolescents and young adults, with support networks such as family and schools. This emphasizes the importance of empowering schools as healthy settings and contexts, given that they constitute an intermediate system that links family, schools and friends together. Promoting healthy lifestyles in

Páez Cala ML. Archivos de Medicina. Volumen 12 N° 2. ISSN:1657-320X julio-diciembre 2012. Universidad de Manizales. Manizales (Colombia)

1 Profesora Asociada, Psicóloga, Especialista y Magister, Coordinadora de la Especialización en Psicoterapia y Consultoría Sistémica, Programa de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Manizales, Carrera 9° 19-03, Tel. 8879688, Manizales, Caldas, Colombia. marthapáez315@yahoo.es; psicoterapiayconsultoriasistemica@umanizales.edu.co.

young adults could significantly reduce overall mortality, which constitutes a valuable contribution to life expectancy and quality of a population.

Keywords: *Life style, universities, students. health promotion*

Estilos de vida

El estilo de vida (EV) se define como un conjunto de patrones que estructuran la organización temporal, el sistema social de relaciones y las pautas de consumo y/o actividades (culturales y de ocio) de las personas¹; EV se refiere a aquellos patrones cognitivo afectivos y comportamentales, individuales y colectivos, que muestran cierta consistencia en el tiempo bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad, dependiendo de su naturaleza^{2,3}.

Los EV están influenciados por diversos factores que son aprendidos y por tanto modificables durante el curso de vida, por ejemplo las costumbres, hábitos, modas y valores existentes en un determinado momento, contexto y época⁴. El EV alude a la forma de vivir de las personas y se interrelaciona estrechamente con los componentes motivacionales y conductuales. Es decir, hace referencia a la forma personal en que el ser humano se realiza como ser social, en condiciones específicas y particulares.

La conceptualización sobre los EV se ha asumido desde diversas perspectivas. Comas et al⁵ en una valiosa publicación producto de un proceso investigativo detallado sobre estilos de vida y riesgos en jóvenes urbanos españoles de 15 a 24 años analiza las fuentes que aportan a la conceptualización de EV, básicamente desde disciplinas del área social.

En la sociología estos autores mencionan a RK. Merton, quien en los años 50 define el término como los diversos modos de adaptación del individuo a la cultura, a diferencia de la sociología estructuralista inglesa que se focaliza en las diversas formas culturales de vida en las que inciden factores como la clase

social, el tamaño del hábitat y los marcos de referencia culturales⁵.

Dentro de los estructuralistas europeos destacan a Bordieu quien indaga cómo la posición de la estructura social no produce grupos uniformes; los grupos de estatus y clase social se diferencian de los otros a través de patrones de consumo que generan efectos en el comportamiento social⁵. Resaltan los patrones de consumo que diferencian los estilos de vida, en función de las estructuras de clase; el énfasis investigativo se centra en como los grupos sociales construyen diferencias sociales y responden a las estructuras objetivas, modificando con sus prácticas las estructuras subjetivas.

En conclusión, Comas et al⁵ sintetizan en cuatro categorías las conceptualizaciones sobre estilos de vida:

Desde una concepción autónoma: los EV conforman lo social.

Para los deterministas: los EV son el reflejo de lo social.

Desde la perspectiva de cambio: incorpora los dos elementos anteriores, dependiendo del momento histórico particular de cambio que vive una sociedad. Los modelos de cambio, bien sea de la unidad a la pluralidad o viceversa, reflejan las transformaciones en el plano estructural.

Desde un perfeccionamiento metodológico se establece el concepto y se definen los diferentes EV.

La primera perspectiva presupone cierta autonomía de los EV, de manera que a partir del estudio de los mismos se pasa a indagar por la vida social. Los EV se asumen como expresión de las características generales de un contexto social en determinado momento histórico; el énfasis investigativo se centra en

identificar esos patrones y sus características generales, como procedimiento para profundizar en el conocimiento de una sociedad en particular⁶.

La segunda versión, *determinista*, retoma conceptos de Marx, Weber y Bourdieu⁵, para conceptualizar los EV como el reflejo simbólico de las estructuras económicas y sociales. A diferencia de la anterior, se parte de lo general, de lo que fundamenta una sociedad, para identificar los EV que están determinados por esa sociedad.

La tercera perspectiva, *de cambio*, asume los EV como plurales, multidimensionales, difícilmente perceptibles, casi individuales y en constante cambio, que constituye modos o géneros de vida cuya dinámica no obedece a lógicas sociales, económicas o de política externa, sino que incluso puede llegar a transformarla⁷. Desde esta perspectiva, EV alude a la pluralidad de estilos de comportamiento que surgen tras el quiebre de un modelo unificado de actitudes.

Frente a este tercer modelo histórico, de cambio social, surge una contraparte que afirma que desde una sociedad con pluralidad de estilos de vida se ha pasado a una sociedad con un estilo de vida único, centrado en el yo y resultado de la política emancipadora⁸.

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

Si se analiza la influencia de la globalización en los EV según la concepción *autónoma* ya descrita en primer lugar, el impacto de la globa-

lización es menos relevante que los procesos de socialización adquiridos en la infancia y pre adolescencia, en el contexto familiar y escolar.

Según la perspectiva *determinista* el proceso de globalización condiciona de manera importante la vida cotidiana, y por ende los estilos de vida.

La *perspectiva de cambio social* afirma que la globalización es un proceso permanente que se contrapone a las tradiciones culturales y a la socialización en las etapas tempranas del ciclo vital, que genera resistencias expresadas en estilos de vida alternativos que conforman subculturas urbanas y emergencias nacionalistas. Así, los EV neo locales se contraponen a la globalización y están muy vinculados a las identidades particulares⁵.

Desde la perspectiva eco sistémica y siguiendo a Bronfenbrenner^{9,10}, el estilo de vida representa una conjunción de niveles, micro y macro sociales, constituyendo un sistema cultural plural integrado por tres niveles complementarios:

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

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

Entre estos niveles se ubicaría el mecanismo esencial que posibilita la coexistencia de la unidad y la pluralidad, además de la causalidad circular: el EV de una sociedad permite comprender su estructura, y a su vez la estructura social permite explicar los diferentes EV. Este *nivel intermedio* está representado por las ideologías, mentalidades y valores que se reflejan en las actitudes¹⁰.

Estilos de vida y salud

Hacia los años 50 surgen en EEUU las primeras escuelas de Medicina Preventiva y sus determinantes, que asumen la salud como un proceso complejo, multifactorial y dinámico¹¹; hacia 1974 Marc Lalonde propone un modelo explicativo actualizado de los determinantes de salud, que incluye el EV, el ambiente, la biología y la organización de servicios de salud.

En el EV se reflejan las condiciones socioeconómicas particulares y las tradiciones de un grupo social, es decir la forma como se manifiesta o comporta un grupo social, una comunidad, una familia o un individuo¹¹. Entre los componentes de los EV se identifican aspectos materiales (hábitos alimenticios por ejemplo), sociales (redes familiares y sociales) e ideológicos (valores y creencias).

La adolescencia y juventud se consideran etapas decisivas en la adquisición y consolidación de los EV, por lo cual es prioritario estimular patrones maduros de funcionamiento y el desarrollo de una identidad personal y social claramente definida¹².

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

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

exigencia académica, en una relación de causalidad circular que puede llevar a la intensificación del riesgo en un determinado caso^{11, 12}.

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 cotidianidad¹¹. Los EVS incluyen conductas de salud de las personas, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones para mantener, restablecer o mejorar su salud, bienestar y calidad de vida en forma integral. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal¹³.

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 médico¹⁴.

Igualmente, entre los *factores protectores* se incluye el tener un sentido de vida, objetivos y metas, buena autoestima, autocontrol, habilidades sociales, emocionales, de afrontamiento y enfrentamiento, preconceptos, valoración de drogas y espiritualidad; además *control de los factores de riesgo* como los ya mencionados: sedentarismo, tabaquismo, alcohol, estrés y algunas otras patologías, entre ellas alteraciones psicológicas, comportamientos perturbadores, maltrato, disfunción familiar y relación con personas consumidoras^{14, 15}.

Jóvenes, universitarios y estilos de vida

Diversas investigaciones confirman que los jóvenes no advierten el riesgo como cercano,

o se perciben como invulnerables y por tanto presentan conductas insanas que afectan la salud a mediano o largo plazo¹⁶.

Núñez-Rojas¹⁷ en un estudio cualitativo efectuado en el 2004 para evaluar el concepto de salud, auto cuidado en salud y creencias sobre riesgo en la comunidad académica de la Universidad de Manizales y en la juventud actual en general, concluye que para los jóvenes actuales la salud se constituye en un “lugar de paso y hallazgo temporal, no un fin buscado”, contexto cultural en el cual la exposición al riesgo contribuye a la generación de un entorno propicio para el consumo de drogas y las prácticas sexuales sin mayor protección, en aras de la exploración del placer del momento, sin pensar en las repercusiones a corto, mediano o largo plazo. Según otros autores, esta tendencia a exponerse a riesgos coincide con las características propias del grupo poblacional de estudiantes universitarios en el contexto actual^{18, 19}.

Castaño Castrillón y Páez Cala²⁰, 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

Paradójicamente, varias investigaciones confirman como la educación formal brindada a los profesionales de la salud no influye de manera decisiva en el auto cuidado que se prodigan, dado que incurren en más prácticas nocivas o por lo menos no anticipatorias para la salud, en comparación con profesionales de otras áreas²¹. Otros investigadores afirman que los médicos no emplean sus habilidades y conocimientos en salud para reducir las tasas en mortalidad y riesgos ocupacionales a los que están expuestos y presentan mayores porcentajes de tabaquismo y de suicidio^{22, 23}, al igual que altos indicadores de agotamiento emocional²⁴.

Lemos y Fidalfo²⁵ 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.

Década y media más tarde, en el 2007 Eaton et al²⁶ publican un artículo en el que analizan la frecuencia de indicadores de salud, comportamientos de riesgos para la salud y comportamientos saludables en una población de 16.925 adultos jóvenes de los Estados Unidos entre 18 y 24 años. Se identificó un pobre nivel de salud, que el autor explica en parte por la débil conexión entre los adolescentes y adultos jóvenes con instituciones de apoyo, como podrían ser la familia, el colegio, etc.

Entre los resultados identifican una obesidad global del 39,1%, 61,3% de consumo de alcohol, 31,3% consumen hasta embriagarse, 29,3% de consumo de tabaco, 10% de la población estudiada presentan comportamientos sida-riesgosos, 36% no presentan actividad física adecuada, 78% no comen suficientes frutas y vegetales, 68% están tratando de perder peso, 30% no tienen suficiente cobertura de salud, 58% nunca se han efectuado un examen para SIDA, 56% nunca se han medido su nivel de colesterol, etc.

Araya et al²⁷ 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%.

Trabajos de investigación efectuados por Alvarez-Rosario, Castaño Castrillón et al en el 2007²⁸ y Castaño Castrillón, Páez Cala et al en el 2008²⁹, 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.

En otro estudio efectuado por estos autores, Castaño Castrillón, Páez Cala et al³⁰, por la misma época, 2007-2008, sobre riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de secundaria de Manizales-Caldas, se encontró riesgo suicida en el 12,8%, antecedentes familiares de intento suicida en el 19,9%, 16,6% presentan ansiedad y 2,9% depresión; el 39,2% son dependientes del alcohol y solo el 31,6% reportaban buena función familiar.

Igualmente Arrivillaga, Salazar y Correa³¹ 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.

El estrés académico es otra variable importante a considerar, por sus implicaciones en el grado de ansiedad, consumo de tabaco, cafeína, fármacos, alteraciones en sueño y en la ingesta de alimentos, como lo sugiere un estudio efectuado por Martin Monzon I en el 2004 en la Universidad de Sevilla con 40 estudiantes de las licenciaturas de Psicología, Ciencias Económicas, Filología Inglesa y Filología Hispánica³².

Perspectiva de género

Otros factores importantes en las creencias sobre el estilo de vida son la edad, el género y el estrato socioeconómico.

En cuanto al género, Lemos y Fidalfo²⁵ en el mencionado estudio para analizar las actitudes, riesgos de personalidad y conductas de riesgo en estudiantes universitarios en Oviedo, realizado hacia los años 1991-92, identifican un predominio de locus de control interno en los estudiantes varones, quienes en mayor número realizan actividad física; las mujeres presentan mayor preocupación por la dieta, hábitos más saludables y regímenes para bajar de peso. Identifican además un menor número de fumadores varones en relación con las mujeres, quienes presentan mayor historia previa de consumo de tabaco. Investigaciones diversas avalan mayor sedentarismo en mujeres y mayor actividad física en varones ^{11, 33, 34, 25, 35, 36}.

Navarro³⁷ en una publicación efectuada en el 2002 sobre el consumo de drogas, afirma que a pesar de los cambios y re significaciones en los roles e identidad de género, son los jóvenes, en mayor proporción que las jóvenes quienes presentan la mayoría de conductas de riesgo. Afirma a su vez que otros estudios españoles concluyen que son los jóvenes, en mayor porcentaje que las mujeres, quienes presentan fracaso escolar³⁷. En cuanto a la práctica de educación física, Molina García et al³⁸ en un estudio sobre adiposidad corporal y práctica

deportiva publicado en el 2007 y efectuado con estudiantes de la Universidad de Valencia con edad promedio de 20,5 años, encuentran que los hombres presentan mayor actividad física que las mujeres: en el grupo de hombres el porcentaje más bajo se presentó entre quienes nunca practican ninguna actividad deportiva, lo contrario de sus congéneres, dado que en el grupo de mujeres el mayor porcentaje representa a quienes nunca practican actividad deportiva.

Estos mismos autores reportan en el mismo año otra investigación sobre práctica deportiva y bienestar psicológico en estudiantes de la Universidad de Valencia entre 19 y 25 años, de la Licenciatura en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte y el diplomado en Enfermería³⁹. Se encontró que los hombres practican más deporte y muestran mayor autoestima que las mujeres, igualmente solo se identificó en el grupo de varones relación entre estar o no físicamente activo y la satisfacción con la vida. No se encontraron diferencias significativas por género en el nivel de autoestima y en la vitalidad subjetiva, entre quienes estaban o no físicamente activos.

En línea con el sesgo cultural patriarcal, que socializa diferencialmente a hombres y mujeres, resaltando en ellas características como la suavidad, ternura, el cuidado de otros y del hogar, de los otros, y en ellos la competitividad, los juegos de poder, la negación del afecto y la recreación y esparcimiento⁴⁰, en un estudio efectuado por Castaño Castrillón y Paez Cala sobre estilos de vida y salud en estudiantes de Psicología²⁰, el género femenino mostró menor proporción de relaciones conflictivas con las redes de apoyo brindadas por la universidad y mayor porcentaje de buena relación. Igualmente los estudiantes de género masculino tienen mayor proporción de actividades físico deportivas, extra curriculares y menos actividades de ocio pasivo; a la vez son ellos quienes tienden a protegerse un poco más contra el Sida, presentan menor proporción de somnolencia moderada, menor actividad de ocio pasivo y mayor proporción de actividades físico deportivas y extra curriculares, en comparación con las mujeres.

Sin embargo, en una investigación realizada por McColl et al⁴¹ con estudiantes de Medicina de la Universidad de Valparaíso y publicada en el 2002, para estudiar los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles como inactividad física, sobrepeso y obesidad, tabaquismo e hipertensión arterial, no se encontraron diferencias de género, ni entre los diversos grados académicos estudiados. Se analizó la inactividad física, factor de riesgo de mayor prevalencia, 88%, seguido del sobrepeso y obesidad, con 31,8% de prevalencia, mas presente en hombres que en mujeres. Le sigue en frecuencia el tabaquismo, con prevalencia del 23,6%, mayor para mujeres que para hombres, pero con intensidad mayor en hombres, también sin variaciones del hábito tabáquico entre los diferentes cursos. La de menor prevalencia, 4,6%, fue la presión arterial alta, mayor para hombres que para mujeres. Los investigadores concluyen que dada la alta prevalencia de los factores de riesgo estudiados, es importante implementar acciones preventivas.

Estilos de vida de riesgo

Rodrigo et al⁴² 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 repertorios de conducta que varios autores identifican entre los más importantes factores de riesgo actuales para la salud^{11, 43}; 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.

Las deficientes redes de apoyo, la falta de solidaridad, la cultura de la violencia, la agresividad y la competitividad insana

Sedentarismo

La actividad física es esencial para una buena salud y para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles⁴⁴. A nivel mundial es preocupante el incremento de hábitos sedentarios, que ha llevado a incluir la inactividad física como uno de los principales problemas sanitarios del mundo, más preocupante aún si se analizan los estilos de vida de niños y jóvenes^{1, 26, 36}.

Múltiples investigaciones recalcan la importancia de fomentar la actividad física desde temprana edad y continuar en contextos formativos de educación superior^{45, 46}. Se encuentra además diferencias según el estatus económico, las personas de mayores ingresos tienden a tener más actividad física.

Estudios sobre el sedentarismo en Brasil, Chile, México y Perú por Jacoby y Neiman⁴⁷ y publicado en el 2003, encuentran que cerca del 70% de la población no practican el grado de actividad física benéfica para la salud, característica que se acentúa en las mujeres de los tres países suramericanos estudiados y se incrementa al avanzar la edad, situación que coincide con los hallazgos en otros países.

Elizondo et al⁴⁸ en un estudio efectuado en el 2001 con una muestra de la población entre 18 y 65 años de Pamplona-España, evidencian un alto índice de sedentarismo presente en el 76,6% de las mujeres, a diferencia del 56,7% de los varones, que se acentúa con la edad. Los autores identifican algunos determinantes socio demográficos del estilo de vida sedentario como son el género, la edad, nivel y tipo de estudios, profesión y estado civil; igualmente identifican el consumo de tabaco, el sobrepeso y la obesidad como bajos predictores, a diferencia de los resultados pre-

sentados en otros trabajos. Entre la población joven, las mujeres sin estudios universitarios y los varones casados y fumadores se constituyen en poblaciones objetivo para la promoción de la actividad física.

Jóvenes, universitarios y el sedentarismo

La actividad física es esencial para una buena salud y para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles^{45, 46, 49}, los universitarios con estilos de vida activos presentan beneficios psicológicos⁴⁶, bienestar general y previenen diversas enfermedades⁴⁷.

Ribeiro Rodríguez et al¹⁶ analizaron el nivel de actividad física en estudiantes universitarios brasileños y su asociación con el hábito de fumar; identifican que el sedentarismo se presenta en fumadores y no fumadores en la misma proporción, sin que exista asociación entre estos dos factores. Las bajas tasas de tabaquismo y de sedentarismo, esta última de 29,9%, inferior a las prevalencias nacionales e internacionales, pueden estar relacionadas con la atención de programas nacionales, educativos y preventivos, que requieren continuidad en el largo plazo. Algunos estudios reportan que los adolescentes fumadores que practican deportes fuman menos que los sedentarios. En este estudio con universitarios brasileños, los individuos mayores de 25 años presentan mayores tasas de sedentarismo y tabaquismo.

A nivel mundial el tabaquismo y el sedentarismo presentan altas prevalencias, constituyéndose en factores de riesgo para el incremento de la morbi-mortalidad y el incremento de costos para la salud. Los estilos de vida sedentarios en general se han encontrado altos en la población universitaria, con repercusión en el estado emocional y físico.

Chiang Salgado et al⁴ 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 adulta. 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.

Los universitarios con estilos de vida activos presentan beneficios psicológicos⁴⁶, bienestar general y previenen diversas enfermedades⁴⁷. Sin embargo los escenarios universitarios al parecer no promueven la práctica deportiva, dados los resultados de Velásquez et al³⁴, quienes a partir de una investigación con estudiantes de ambos géneros entre 16 y 24 años de la Universidad Nacional de Colombia, concluyen que a medida que se incrementa el tiempo de permanencia de los estudiantes en la universidad, disminuye la práctica de actividad física y sus estilos de vida se tornan sedentarios, a pesar de tener una alta conciencia sobre los beneficios de un estilo de vida activo y los riesgos del sedentarismo para la salud.

En línea con lo anterior, Agudelo et al⁵⁰ publican en el 2009 un estudio sobre estilos de vida, realizado con estudiantes de diversos programas del área de la salud residentes en Bucaramanga; identifican incongruencias entre las creencias y las motivaciones frente a las prácticas saludables, por lo cual llegan a conclusiones semejantes a las de investigaciones previas: ni el conocimiento, ni las creencias acertadas, ni las motivaciones consistentes sobre la salud, son suficientes para la adopción de conductas saludables. Sugieren por tanto estudios posteriores que ahonden en estas inconsistencias.

Tabaquismo, uso de drogas y abuso de alcohol

Múltiples investigaciones evidencian los efectos nocivos del tabaquismo, sobre la sa-

lud y reportan altos niveles de consumo en el medio universitario^{51, 52, 53, 54, 55, 56}.

De los estudios revisados las mayores cifras de consumo, 46,1%, las reporta Chiang et al⁴ en un estudio publicado en 1999 y efectuado para evaluar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, con una muestra de estudiantes asintomáticos entre 18 y 25 años de la Universidad de Concepción en Chile. Le sigue un 40% que reportan Alvarez-Rosario, Castaño Castrillón et al, en un estudio efectuado con toda la población de estudiantes de la universidad de Manizales—Caldas²⁸, Castaño Castrillón y Paez Cala en estudios con estudiantes de Psicología²⁰ y Medicina⁵⁷ de la misma universidad, refieren que cerca de un tercio de la población presentan consumos muy semejante a la reportada en otro estudio de Cali⁵⁶, también con estudiantes universitarios.

Rodríguez et al⁵⁸ en una publicación en el 2005 identifican una asociación significativa entre síntomas depresivos, percepción de bajo rendimiento académico y el consumo de cigarrillo y alcohol en estudiantes de 15 a 19 años de educación media vocacional de la ciudad de Bucaramanga, Colombia. Se comprueba nuevamente la asociación relevante entre síntomas depresivos de importancia clínica y el consumo de alcohol, por lo cual los autores enfatizan la identificación temprana en jóvenes, lo cual se constituye en un problema de Salud Pública²⁶.

Jóvenes y hábitos de sueño

Los hábitos de sueño son otra variable investigada en los estilos de vida de los jóvenes. En el 2004 Chen et al⁵⁹ efectuaron en Taiwán un estudio con jóvenes de secundaria entre 13 y 18 años de ambos géneros, para analizar sus hábitos de sueño e identificar los factores relacionados con la promoción de conductas saludables. Identificaron buenos hábitos de sueño en esta población de jóvenes y se descartó en este estudio una asociación significativa entre los trastornos del sueño y variables como el género, la estructura familiar, el sitio de vivienda y

la frecuencia de tiempo dedicada a la televisión o al computador. Los resultados evidencian que un sueño adecuado (entre 6 a 8 horas diarias en promedio) se relaciona con una buena salud y la adopción de conductas saludables, al igual que una baja frecuencia de obesidad y el control de factores asociados a la misma.

Sin embargo, Portuondo et al⁶⁰ en un estudio realizado en 1998 con estudiantes de secundaria entre 12 y 14 años de Nicaragua, identifican trastornos del sueño en la mayoría de la población, 66%, especialmente en cuanto al sueño no reparador y el despertar varias veces en la noche. Los trastornos en los hábitos de sueño generan una sensación de cansancio permanente, que presiona al consumo de sustancias estimulantes del sistema nervioso central, como la cafeína y el alcohol, para conservar la vigilia y mantenerse alerta⁶⁰.

Un sueño inadecuado puede constituirse en indicador de un estilo de vida poco saludable y un deficiente estado de salud⁶⁰. Se encontró una relación inversa entre el sueño inadecuado y algunas conductas relacionadas con la salud como valoración de la vida, asumir con responsabilidad comportamientos saludables, adoptar hábitos alimenticios adecuados, un buen manejo de estrés y el ejercicio regular⁶⁰.

Obesidad y desequilibrio dietético

En Sao Paulo Nogueira et publican en el 2001⁶¹ un estudio cuyo objetivo era indagar sobre los estilos alimentarios y la calidad de vida de mujeres con obesidad mórbida, pacientes de consulta externa en una unidad de trastornos de la alimentación, en comparación con mujeres de peso normal. Se encontró diferencias significativas en cuanto a los estilos de alimentación evaluados en tres grupos: uno en el cual la ingesta se relaciona con el contenido nutricional, frecuente en las mujeres con peso normal; otro estilo asociado al estado emocional de la persona, muy frecuente en las

pacientes obesas; finalmente un tercer grupo en el cual la ingesta se asocia con el aroma, el sabor de los alimentos y las situaciones sociales, grupo en el que no se apreciaron diferencias entre las pacientes con obesidad mórbida y aquellas con peso normal.

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

Jadue y Berríos³³ ubican entre las enfermedades crónicas no transmisibles del Adulto (ECNTA) el sedentarismo (menos de 2 sesiones de ejercicio físico de 20 minutos de duración por semana), la obesidad (IMC $\geq 27,3$ en mujeres), la dieta inadecuada, el consumo de tabaco (fumador diario u ocasional), alcohol, estrés, factores genéticos, edad, género y raza. Orduna y López⁵¹ en un estudio publicado en el 2003 encuentran un estilo de vida marcadamente sedentario y déficit en la alimentación balanceada en jóvenes entre 13 y 15 años de Bilbao, ya sea por moda, el poco tiempo libre o el escaso dinero disponible.

Conductas sexuales de riesgo

Zaborskiset al⁶² en un estudio trasnacional con 17.761 jóvenes de secundaria entre 13 y 15 años, efectuado en seis países europeos: Finlandia, Lituania, República Checa, Ucrania, Groenlandia y España, calculan un 56% de comportamientos sida-riesgosos. Por su parte Castaño y Páez^{20, 58} en estudios realizados con estudiantes de Psicología²⁰ y de Medicina⁵⁷ de la Universidad de Manizales-Caldas en el año 2008, identifican que a pesar de ser estudiantes

universitarios con mayor conocimiento sobre riesgos y protección, coincide para ambas facultades altos indicadores de riesgo: o no se protegen o esta protección no se da siempre. Si bien el 94,9% de estudiantes de Medicina y el 87,2% de los de Psicología se protegen contra embarazo, esta práctica sólo se aplica siempre en el 82% de estudiantes de Medicina y en el 79,5% de Psicología, cifra muy cercana para ambas facultades. Contra ETS se protegen cerca del 80,7% de estudiantes de Medicina y el 65% de estudiantes de Psicología, pero sólo se protegen siempre el 64,8% de estudiantes de Medicina y el 59,8% de estudiantes de Psicología.

Estilos de vida y redes de apoyo

Analizar la incidencia de las redes familiares en la adopción de los estilos de vida en adolescentes y jóvenes también cobra relevancia. Zaborskis et al⁶² en un estudio trasnacional publicado en el 2007, en seis países europeos: Finlandia, Lituania, República Checa, Ucrania, Groenlandia y España, con 17.761 jóvenes de secundaria entre 13 y 15 años, confirman que las redes familiares inciden en la adopción de los estilos de vida en adolescentes y jóvenes, hallazgos que relieves el papel de la estructura familiar y el estatus económico en la distribución de actividades compartidas en familia, lo cual debe tenerse cuenta por parte de los promotores de salud.

En su estudio focalizan la asociación entre las actividades de integración familiar y el desarrollo de comportamientos saludables, centradas en ocho aspectos: Ver televisión o videos, compartir juegos en el hogar, compartir durante las comidas, ir a caminar, visitar amigos y lugares, juegos deportivos y el dialogo familiar sobre diversos temas. Estos autores concluyen que aunque las actividades conjuntas de integración padres – hijos declinan durante esta edad, son un factor importante en el desarrollo de estilos de vida saludables. Encontraron una mayor tendencia a compartir con su familia por

parte de los varones, en comparación con las mujeres; en cuanto a países, los estudiantes de España y Ucrania reportaron compartir con su familia la mayor parte del tiempo, a diferencia de los de Finlandia y Groenlandia, que comparten el menor tiempo.

Los autores identificaron diferencias y semejanzas en los patrones de integración padres-hijos en estos seis países: desde una perspectiva transnacional, las diferencias en el tiempo compartido en familia son relativamente pequeñas, en comparación con las variables relacionadas con la edad de los menores y el género, en toda la población estudiada; a nivel nacional, se encuentra una diferencia significativa en la distribución de las actividades familiares compartidas, según la estructura familiar y el estatus socioeconómico.

Comas et al⁵ en una investigación publicada en el 2003 sobre estilos de vida y riesgos en jóvenes urbanos españoles entre 15 y 24 años, concluyen que los estilos de comportamiento a nivel sexual y el manejo del tiempo conforman un sistema protector o de riesgo para la salud, a corto, mediano y largo plazo. Igualmente estos estilos de comportamiento están muy relacionados con las redes de apoyo familiares, académicas e influenciadas por su desempeño y exigencia académica, en una relación circular que puede llevar a la intensificación del riesgo en un determinado caso.

Conclusiones semejantes a las de Arrivillaga et al³¹ publicado en el 2003 y realizada con estudiantes de la Pontificia Universidad javeriana de Cali, para quienes es significativa la influencia de factores socio-ambientales, familia y amigos, en el desarrollo de pautas de comportamiento y creencias saludables, por ejemplo en cuanto a la recreación y manejo del tiempo libre, hábitos alimenticios o en el desarrollo de creencias desfavorables como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (padres y amigos fumadores y/o consumidores de licor).

Igualmente, Rodrigo et al⁴² analizaron los estilos de vida de 1.417 adolescentes de nivel

socioeconómico bajo de la isla de Tenerife – Canarias, y su relación con la calidad de las relaciones padres hijos, publicado en el 2004, encontrando que la comunicación y apoyo de los padres, al igual que su capacidad para generar acuerdos y respaldarse en el proceso formativo, se constituyen en factores de protección asociados a los estilos de vida saludables en todas las edades estudiadas. Se evidenció diferencias según el grupo etario: al inicio de la adolescencia los estilos de vida son sanos, con incremento de los factores de riesgo hacia los 15 y 16 años.

Eaton et al²⁶ publicaron en el 2007 un artículo en el que analizan la frecuencia de indicadores de salud, comportamientos de riesgos para la salud y comportamientos saludables en la población de 16.925 adultos jóvenes de los Estados Unidos entre 18 y 24 años. Se identificó un pobre nivel de salud, que el autor explica en parte por la débil conexión entre los adolescentes y adultos jóvenes con instituciones de apoyo, como podrían ser la familia, el colegio, etc. Igualmente, Castaño Castrillón, Páez Cala et al³⁰ en su publicación en el 2003 identifican asociación entre funcionalidad familiar, riesgos suicida, deficientes hábitos alimenticios y trastornos de la conducta alimentaria.

Universidades saludables

Promotoras de la salud

La presente revisión de antecedentes relleva la importancia acerca de lo que se ha denominado como Universidades Saludables⁶³, que consiste en centros de educación superior que lideran procesos de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo, concepto que se origina en la OMS cuando en Ottawa, Canadá⁶⁴ se propuso que el cuidado de la salud se fomenta desde los contextos cotidianos, como son los centros educativos, laborales y de recreación.

Este compromiso formativo integral trasciende la formación académica y social, para incorporar además la promoción de contextos

saludables, lo cual propicia que la comunidad universitaria en general, estudiantes, docentes, administrativos y demás funcionarios se vean incorporados y beneficiados con estas políticas, con el impacto adicional que se genera en sus contextos de familiares y allegados, por lo cual toda la comunidad educativa en general se constituye en beneficiarios y promotores de hábitos de vida saludables y de la construcción de una cultura de la salud; para ello se parte del fomento del auto cuidado en salud, con el fin de prevenir la aparición de enfermedades, en pro de una cualificación del desarrollo humano, la calidad de vida y como aporte a la salud pública^{65,66}. De esta manera se trasciende a las familias, a los escenarios de trabajo y a la comunidad en general.

Las universidades son escenarios muy sinérgicos para esta labor, dado el liderazgo que ejercen y propician, al cumplir su triple labor: como entornos laborales, centros educativos que forman a las nuevas generaciones y, adicional a ello, el liderazgo en el desarrollo del conocimiento mediante procesos investigativos que impactan a todo el grupo social⁶⁷.

La promoción de la salud como conjunto de procesos que favorecen que la persona y su grupo social mejoren su salud, esta mediada por tres mecanismos según la Organización Panamericana de la salud, citado por Epp J (1996)⁶⁸:

- *Autocuidado*, o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud
- *Ayuda mutua*, o acciones que un grupo de personas realizan para colaborar entre sí, y
- *Entornos sanos*, o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud.

En la mencionada carta de Ottawa de 1986⁶⁴ se afirma que la salud es una vivencia y construcción de las personas en sus contextos cotidianos, donde ellas “trabajan, aprenden, juegan y aman”. Esto lleva a hablar de Univer-

sidades Promotoras de Salud, que aportan a la cualificación de la calidad de vida de todos los integrantes de la comunidad universitaria, como aquellos centros formativos que incorporan e integran el fomento de la salud al quehacer cotidiano, a sus políticas, al proyecto educativo institucional; incorporación que trasciende las actividades puntuales y se incorpora al quehacer institucional de manera estrecha, como un conjunto de proyectos, planes y acciones estratégicas encaminadas a fortalecer el desarrollo humano desde sus diversas esferas.

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

Lo anterior implica cambios en diversas esferas: en la estructura física y en las políticas y estructuras curriculares, lideradas por las directivas universitarias, para comprometerse en el fomento de estilos de vida saludables, en la construcción de “ambientes físicos, psíquicos y sociales” que promuevan la calidad de vida de toda la comunidad universitaria⁶⁴.

Conclusiones

El recorrido realizado en torno a la temática, que recoge las conclusiones de diversas experiencias investigativas realizadas en los últimos años sobre los estilos de vida de jóvenes universitarios, permite deducir que los adultos jóvenes parecen encaminarse hacia la adopción generalizada de conductas de riesgo. El promover un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%, dado que en el origen de muchas de las causas de morbilidad y mortalidad se encuentran conductas de riesgo, como el consumo abusivo de sustancias tóxicas (alcohol, cigarrillo y dro-

gas ilegales), dietas nutricionales incorrectas, además del sedentarismo⁶⁹.

Como se revisó en cuanto a las redes de apoyo, varios autores atribuyen estos factores de riesgo y estilos de vida poco saludables, en adolescentes y adultos jóvenes, a las débiles conexiones entre esta población con las redes de apoyo, como sería la familia y los centros educativos^{25,69}.

En línea con lo planteado por Day y Paul⁷⁰ los jóvenes son diferentes a los adultos, aún no han establecido patrones de comportamiento, lo cual se constituye en una oportunidad para intervenir antes de que la crisis pueda presentarse. El abuso del alcohol, drogas y tabaquismo es sintomático de otras problemáticas, para las cuales las instituciones educativas, en su misión formativa integral, deben ofrecerles soporte y aunar esfuerzos para potenciar los centros educativos como escenarios y contextos saludables, en un meso sistema vinculante con las demás redes de apoyo, como sería la familia, y el grupo de pares y amigos^{9,10}.

Según Posada-Leconte⁷¹ el ingreso al ambiente universitario cambia actitudes y rutinas, se modifican hábitos y estilos de vida, existe una mayor libertad y un menor grado de control que lleva a los estudiantes a responsabilizarse de sus acciones, decisiones y proyecto de vida. Igualmente surgen actividades y hábitos que pueden afectar su estilo y calidad de vida, como el consumo de tabaco, alcohol; se apropian de nuevas formas de vestir, interactuar, de movilizarse y administrar su tiempo, dinero y su alimentación. Se esperaría que esto impactara mayormente a los estudiantes foráneos, cuyo cambio de redes de apoyo y estilo de vida es aún mayor.

Es importante fomentar el deporte como estrategia de empleo del tiempo libre, la conciencia ecológica y el cuidado del medio ambiente, fortalecer los grupos juveniles y su participación activa en la comunidad, hábitos culturales y deportivos como empleo adecuado del tiempo libre, potenciar las conductas positivas y las redes de apoyo social.

Adicional a lo anterior, se debe incluir asignaturas relacionadas con los buenos hábitos de vida, interés por la iluminación de los ambientes y aislamiento del ruido en las aulas de clase. Otros autores plantean iniciativas como el control de la sobrecarga académica, la cual puede incidir en el incremento del consumo de tabaco, alcohol y drogas. Se requieren actividades de promoción, prevención e identificación de situaciones y casos de riesgo.

Pero esta modificación de actitudes que generen una cultura saludable no depende únicamente de las personas, también de la estructura, políticas y decisiones estratégicas que se adopten desde los cargos directivos de las universidades. Más allá de los discursos elocuentes acerca del hacer, son las prácticas cotidianas acerca del ser, y la congruencia entre estos discursos y prácticas, los que pro-

moverán que los universitarios adopten prácticas saludables que posteriormente se reflejen en sus diversos contextos de pertenencia y de convivencia, a nivel familiar, comunitario y laboral, entre otros.

Labor que, para lograr un efecto potente y sinérgico, no deben desarrollar las universidades en solitario, debe ser el resultado de un trabajo integrado entre la sociedad civil, el estado y los centros educativos, entre ellos las universidades⁷².

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

Conflicto de Interés: Ninguno de declarado.

Fuente de Financiación: Universidad de Manizales.

Literatura citada

- Rodríguez-Suárez J, Agulló TE. **Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios.** *Psicothema* 1999; 11(2):247-259.
- Organización Mundial de la Salud. **La salud de la juventud.** Ginebra: Documento de referencia. Serie Discusiones Técnicas: O.M.S.; 1989.
- Va Roth E. **Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual.** *Rev Latinoam Psicol* 1990; 22: 38-57.
- Chiang-Salgado MT, Casanueva-Escobar V, Cid-Cea X, González-Rubilar U, Olate-Mellado P, Nickel-Paredes F, Revello-Chiang L. **Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes chilenos.** *Salud Publica Mex* 1999; 41(6): 444-451.
- Comas D, Aguinaga J, Orizo FA, Espinosa A, Ochaita E. **Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos en los jóvenes urbanos.** Madrid: FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción) – INJUVE; 2003.
- Pérez de Guzmán T. **Estilos de vida y teoría social.** En Autores Varios. *Valores y estilos de vida en nuestras sociedades en transformación.* Bilbao: Universidad de Deusto, 1994.
- Ruiz de Olabuénaga I. **La juventud liberta. Géneros y estilos de vida de la juventud urbana española.** Madrid: Fundación BBV; 1998.
- Giddnes, A. **Modernidad e identidad del yo: El yo y la sociedad en la época contemporánea.** Barcelona: Península; 1997.
- Bronfenbrenner U. **La ecología del desarrollo humano.** Barcelona: Paidós; 1979.
- Bronfenbrenner U. **Contextos de crianza del niño. Problemas y perspectivas.** *Infancia y aprendizaje* 1985. 29:45-55.
- Vives-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.
- Gomes-López MI, Ruiz JF, García-Montes MH. **Como ocupan los universitarios almerienses su tiempo libre.** *Buenos Aires: Revista Digital* # 83; 2005.
- Pullen C, Noble S, Fiantt K. **Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women.** *Fam Community Health* 2001, 24: 49-73.
- Roberfroid D, Pomer J. **Psychosocial factors and multiple unhealthy behaviors in 25 to 64 years old belgian citizens.** *Arch PublicHealth* 2001; 59: 281-307.
- Cáceres D, Salazar I, Varela M, Tovar J. **Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales.** *Univ Psychol* 2006; 5 (3): 521-534.
- Ribeiro-Rodrigues ES, Cheik NC, Mayer AF. **Nivel de actividad física e tabagismo em universitarios. Level of physical activity And smoking in undergraduate students.** *Rev Saúde Publica* 2008; 42(4): 672-8.

17. Nuñez-Rojas AC. **Jóvenes universitarios y salud "Vivir la universidad"**. Manizales: *Universidad de Manizales, Maestría en Educación y Docencia*; 2004.
18. Grotevant, H. **Adolescent Development in Family Contexts**. En: W. Damon y R. Lerner (eds.). *Handbook of Child Psychology*. Vol. 3. New York: Wiley; 1998.
19. Moreno A, Del Barrio C. **La experiencia adolescente**. Buenos Aires: Aiqué; 2000.
20. Castaño-Castrillón JJ, Páez-Cala ML. **Estilos de vida y salud en estudiantes de una Facultad de Psicología**. *Psicaribe* 2010; 25: 155-178.
21. Hernández-Tezoquipa I, Arenas-Monreal LM, Martínez PC, Menjivar-Rubio A. **Autocuidado en Profesionistas de la Salud y Profesionistas Universitarios**. *Acta Universitaria* 2003; 13: 26-32.
22. Rimpela AH, Nurminen NM, Pulkkinen PO, Rimpala MK, Vakonen T. **Mortality of doctors benefit from their medical knowledge?**. *Lancet* 1987; 10: 84-86.
23. Gómez-García R, Grimaldi-Carpio A. **Tabaquismo en el personal de salud: Estudio en una unidad hospitalaria**. *Salud Publica Méx* 1998; 40 (1): 53-57.
24. Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Torres-López T, Salazar-Estrada J, Franco-Chavez S. **Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia**. *An Fac med* 2005; 66(3).
25. Lemos-Giraldez S, Fidalfo-Aliste A. **Conductas de riesgo cardiovascular en población universitaria**. *Psicothema* 1993; 5(2): 337-350.
26. Eaton DK, Kann L, Okoro CA, Collins J. **Selected Health Status Indicators and Behaviors of Young Adults, United States-2003**. *Am J Health Educ* 2007; 38(2):66-75.
27. Araya C, Solis B, Oliva P, Calvacho P, Vidal P. **Descripción de factores de riesgo para la salud general en estudiantes de tercer año de las carreras del área de la salud y humanistas de la Universidad de Concepción, año 2007**. *Ciencia. Ahora* 2008; 21(11): 19-27.
28. Alvarez-Rosario JL, Castaño-Castrillón JJ, Marín-Viatela JG, Navas-Galvis C, Noreña-Vidal PV, Ovalle-Arciniegas HM, et al. **Estilos de vida en estudiantes de la Universidad de Manizales, año 2006**. *Arch Med (Manizales)* 2007; 15:46-56.
29. Castaño-Castrillón JJ, Páez-Cala ML, Pinzón-Montes JH, Rojo-Bustamante E, Sánchez-Castrillón GA, Torres-Ríos JM, et al. **Estudio descriptivo sobre tabaquismo en la comunidad estudiantil de la universidad de Manizales-2007**. *Rev. Fac Med. UNAL* 2008; 56:302-317.
30. Castaño-Castrillón JJ, Páez-Cala ML, Fuentes-Lerech MM, González-Arias AF, Hurtado-Arias CF, Ocampo-Campoalegre PA, et al. **Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en diferentes colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). 2007- 2008**. *Arch Med (Manizales)* 2009, 9(2), 110-122.
31. Arrivillaga M, Salazar IC, Correa D. **Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios**. *Colomb Med* 2003; 34: 186-195.
32. Martín-Monzón I. **Estrés académico en estudiantes universitarios**. *Apuntes de Psicología* 2007; 25 (1):87-99.
33. Jadue-Hund L, Berríos-Carrasola X. **Estilos de vida de la mujer adulta de la región metropolitana**. *Boletín Esc de Medicina P Universidad Católica de Chile* 1994; 23: 59-61.
34. Velásquez 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.
35. Guskowska M. **Physical fitness as a resource in coping with stress among high school students**. *J Sports Med Phys Fitness* 2005; 45(1): 105 – 111.
36. Comas D, Granado O. **El rey desnudo: componentes de género en el fracaso escolar**. Madrid: POI; 2002.
37. Navarro, J. **"El consumo de drogas."** En: Autores Varios. *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD; 2002.
38. Molina-García J, Castillo-Fernández I, Pablos-Abella C, Queralt-Blasco A. **La práctica de deporte y la adiposidad corporal en una muestra de estudiantes universitarios**. *Apuntes* 2007; 89: 23-30.
39. Molina-García J, Castillo I, Pablos C. **Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios**. *Mot Eu. J Hum Mov* 2007; 18, 79-91.
40. Páez-Cala ML. **Creencias familiares sobre atribuciones y Derechos de Género**. Manizales: Universidad de Caldas; 2001.
41. McColl CP, Amador CM, Aros BJ, Lastra CA, Pizarro SC. **Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso**. *Rev Chil Pediatr* 2002; 73 (5); 478-482.
42. Rodrigo MJ, Máiquez ML, García M, Mendoza R, Rubio A, Martínez A, et al. **Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia**. *Psicothema* 2004; 16(2): 203-210.
43. Rodríguez J. **Psicología social de la salud**. Madrid: Síntesis; 1995.
44. Ramírez-Hoffmann H. **Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable**. *Colomb Med* 2002; 33: 3-5.
45. Jodra P. **Deporte y salud: la realidad psicosociológica**. Barcelona: Oikos Tau Ediciones; 1994.
46. McInnis, K., Franklin, B., & Rippe J. **Counseling for physical activity in overweight and obese patients**. *Am Fam Physician* 2003, 67: 1249-1256.
47. Jacoby E, Bull F & Neiman A. **Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas**. *Rev Panam Salud Publica* 2003, 14(4): 223-5.

48. Elizondo-Armendáriz JJ, Guillén Grima F, Aguinaga Ontoso I. **Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona.** *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79: 559-567.
49. Gutiérrez San MM. **El valor del deporte en la educación integral del ser humano.** *Revista de Educación* 2004; 335: 105-126.
50. Agudelo D, Arguello M, Bautista Y, Carvajal J, De Castro K, Díaz D, Escobar M, Gómez L, Morales M, Pinto C, Rincón L, Rueda P, Serrano J, Suárez P, Toloza Z. **Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga.** *Revista de Psicología Universidad de Antioquia* 2009; 1(2), 2009
51. Orduna J, López I. **Ejercicio físico, consumo máximo de oxígeno y hábitos alimentarios en un colectivo de adolescentes en Bilbao.** *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2003; 9(1):14-29.
52. Rondina R, Botelh, Clovis S, Ageo M. **Psychological profile and nicotine dependence in smoking undergraduate students of UFMT.** *J Pneumology* 2003; 29(1): 21-27.
53. Espinosa-Roca A, Espinosa-Brito A. **Factores de riesgo asociados en los fumadores.** *Rev. Cubana Med* 2001; 40(3):162-168.
54. Ellis JA, Perl SB, Davis K, Vichinsky L. **Gender Differences in Smoking and Cessation Behaviors Among Young Adults After Implementation of Local Comprehensive Tobacco Control.** *Am J Public Health* 2008; 98:310-316.
55. Hernández J, Guevara CL, García MF, Tascó JE. **Hábito de fumar en los estudiantes de primeros semestres de la Facultad de Salud: Características y percepciones.** *Universidad del Valle, 2003.* *Colomb Med* 2006; 37: 31-38.
56. Tafur LA, Ordoñez GA, Millán JC, Varela JM, Rebellón P. **Tabaquismo en personal de la Universidad Santiago de Cali.** *Colomb Med* 2005; 36: 194-198.
57. Castaño-Castrillón JJ, Páez-Cala ML. **Estilos de vida y salud en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, 2008.** *Arch Med (Manizales)* 2009, 9(2), 146-164.
58. Rodríguez-Rodríguez DC, Dallos-Bareño CM, González-Rueda SJ, Sánchez-Herrera ZM, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, et al. **Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia.** *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5):1402-07.
59. Chen MY, Wang EK, Jeng YJ. **Adequate sleep among adolescents is positively associated with health status and health-related behaviors.** *BMC Public Health* 2006; 6:59.
60. Portuondo O, Fernández G, Cabrera AP. **Trastornos del sueño en adolescentes.** *Rev Cubana Pediatr* 2000, 72(1):10-14.
61. Nogueira de Almeida GA, Loureiro SR, dos Santos JE. **Obesidade mórbida em mulheres - Estilos alimentares e qualidade de vida.** *ALAN* 2001; 51(4):359-365.
62. Zaborskis A, Zemaitiene N, Borup I, Kuntsche E, Moreno C. **Family joint activities in a cross-national perspective.** *BMC Public Health* 2007, 7:94.
63. Vio, F., & Lange, I. **Guía para universidades promotoras de la salud y otras instituciones de educación superior.** 1a ed. Santiago, Ministerio de Salud, 2006.
64. World Health Organization's. **Ottawa Charter for Health Promotion. First international conference on health promotion.** *Can J Pub Health* 1986, 77(6): 425-430.
65. Tellez J, Cote M, Savogal F, Martínez E, Cruz U. **Identificación de factores protectores en el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios.** *Rev Fac Med UNAL.* 2003; 51 (1):15-24.
66. Ariza-Ordóñez GI, Ocampo-Villegas HB. **El acompañamiento tutorial como estrategia de la formación personal y profesional: un estudio basado en la experiencia en una institución de educación superior.** *Univ. Psychol.* 2005; 4 (1): 31-41.
67. Muñoz M, Cabieses B. **Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro?** *Rev Panam Salud Pública* 2008, 24(2), 139-46.
68. Epp J. **Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la Salud.** En: Promoción de la Salud: una antología. Publicación Científica No. 557. Organización Panamericana de la Salud Washington; 1996.
69. Indán G. **Plan de salud país Vasco 2002-2010.** Madrid: Comunidad autónoma del país Vasco; 1994.
70. Day C, Paul C. **Protecting Young people from homelessness and escalating drug and alcohol use.** *Housing Care and Support* 2007; 10(2):15-22.
71. Posada-Leconte M. **Adaptación de estudiantes de primeros semestres de Psicología al ambiente universitario.** Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bogotá Programa de Psicología, Seminario de investigación 1; 2006.
72. Beltrán-Guzmán FJ, Torres Fermán IA, Beltrán Torres AA, Lin Ochoa D & Barrientos Gómez MC. **Universidades saludables. Una utopía para nuestra época.** *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad* 2011, 2(1).1-16.