

ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE MANIZALES, 2008

MARTHA LUZ PÁEZ CALA PSIC M.Sc*, JOSÉ JAIME CASTAÑO CASTRILLÓN FIS M.Sc**

Resumen

Objetivo: explorar algunos componentes de los estilos de vida de los estudiantes de la facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, situada en Manizales, Caldas, Colombia.

Materiales y métodos: estudio de corte transversal efectuado durante el segundo semestre del 2008; muestra de 235 alumnos.

Resultados: edad promedio de 20,89 años, 60% pertenecen al género femenino, 65,2%, provienen de Municipios fuera de Manizales. Viven en promedio con 3 personas, 91,9% son solteros. El 31,2% tienen una actividad diferente al estudio; en el 52,9% de los casos esta actividad es el deporte. Se encontró una proporción de no fumadores del 68,1%, 34,1% presenta problemas con el alcohol, y 70% lo consumen. 80,7% manifiestan protegerse contra ETS, el 94,9% se protegen contra embarazo. Relación muy estrecha solo con la Familia, buena en su mayoría con amigos, compañeros de universidad y docentes; distante con las restantes redes de apoyo. Sólo el 15,4% de los estudiantes presenta una alimentación adecuada, 60,7% de estudiantes con somnolencia ligera, 31,4% presentan factor de riesgo positivo para impulsividad. Cerca de la mitad de la población con problemas de ansiedad, caso probable de depresión el 10,3% y caso de depresión el 3%. Riesgo suicida de 11,8%.

Conclusiones: Los altos indicadores de factores de riesgo para la salud en esta población confirman lo descrito en otras investigaciones efectuadas con jóvenes universitarios; en esta situación podría incidir la alta exigencia académica.

Palabras clave: Estilo de vida, factor de riesgo, estudiantes de medicina

Arch. Med. (Manizales) 2009; 9(2): 146-164

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

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

Remitido para publicación: 13-07-2009. Aprobado para publicación: 07-10-2009

Life and health styles in students from the Faculty of Medicine of the University of Manizales, 2008

Summary

Objective: To explore some of the life styles components from students of the faculty of Medicine of the University of Manizales, in Manizales, Caldas, Colombia.

Materials and Methods: Cross-sectional study executed during the second semester of 2008, with a sample of 235 students.

Results: Average age of 20,89 years, 60% are women, 65,2% come from outside Manizales. Students live with a average of 3 people, 91,9% are single. 31,2% practice an activity outside the study; in 52,9% is this activity some kind of sport. 68,1% are non-smokers, 34,1% have problems with alcohol and 70% drink alcohol. 80,7% protect themselves from STD's, 94,9% protect themselves from pregnancy. Close relationships only with family, in majority good relationships with their friends, classmates and teachers; far relations with support networks. Only 15,4% of the students have an adequate alimentation, 60,7% have a light form of somnolence, 31,4% presents a positive risk factor of impulsiveness. Around 50% of the population has anxiety problems, 10,3% a probability for depression and 3% present depression, 11,8% have a suicidal risk factor.

Conclusions: The high indicators of health risk factors for this population confirm what is described in other studies effectuated by young university students; the high academic requirements may influence this situation.

Key words: Life style, risk factor, medicine students.

Introducción

El compromiso formativo de la universidad debe ser integral, trasciende la formación académica y social, para incluir lo que se ha denominado como Universidad Saludable¹; este concepto se origina en la OMS a partir de 1986, cuando en Ottawa, Canadá, se propuso que el cuidado de la salud se fomente desde los contextos cotidianos, como son los centros educativos, laborales y de recreación². El objetivo es que la comunidad universitaria en general, docentes y funcionarios, se constituyan en beneficiarios y promotores de hábitos de vida saludables, de la construcción de una

cultura de la salud, a partir del fomento del auto cuidado, a 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^{3, 4}; de esta manera se trasciende las familias, a los escenarios de trabajo y a la comunidad en general.

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: - *Auto cuidado*, o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud; - *Ayuda mutua*, o acciones que las personas realizan para colaborar entre sí, y - *Entornos sanos*, o

creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud⁵.

El estilo de vida (EV) es 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 personas⁶. Es decir, aquellos patrones de conducta, individuales y colectivos, que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza⁷.⁸ El EV alude a la forma de vivir de las personas y se interrelaciona estrechamente con los componentes motivacionales y conductuales; está influenciado por costumbres, hábitos, modas y valores existentes en un determinado momento y contexto, factores que son aprendidos, y por lo tanto modificables, durante el curso de vida⁹.

El concepto EV se ha asumido desde diversas perspectivas, entre ellas la planteada por Comas y colaboradores¹⁰: Una *concepción autónoma*: los EV conforman lo social en un determinado momento histórico; el énfasis investigativo busca identificar esos patrones y sus características generales¹¹.

Una *concepción determinista*, los EV son reflejo simbólico de las estructuras económicas y sociales; retoma conceptos de Marx, Weber y Bourdieu. 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 sociedad¹¹.

Otra *concepción de cambio*, asume los EV como plurales, multidimensionales, difícilmente perceptibles, casi individuales y en constante cambio, constituyendo modos o géneros de vida cuya dinámica no obedece a lógicas sociales, económicas o de política externa, sino que incluso puede llegar a transformarla¹². Frente a este tercer modelo histórico, de cambio social, surge una contraparte que afirma que desde una sociedad con pluralidad de EV se ha pasado a una sociedad con un EV úni-

co, centrado en el yo y resultado de la política emancipadora¹³.

La cuarta visión asume la descripción de los EV como resultantes del perfeccionamiento metodológico y técnicas de recolección de datos, que posibilite construir una tipología de los comportamientos y actitudes como definitorios de diversos EV.

Desde una perspectiva eco sistémica, que se asume en la presente investigación, y siguiendo a Bronfenbrenner^{14, 15} el EV representa una conjunción de niveles, micro y macro sociales, constituyendo un sistema cultural plural integrado por tres niveles complementarios: La *conciencia colectiva*, los *hábitos y acciones* que integran los comportamientos que se expresan en los diferentes EV de una sociedad y entre ellos un nivel intermedio representado por las *ideologías, mentalidades y valores* que se reflejan en las actitudes, como mecanismo 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. En cuanto a estilos de vida y salud, se asume la salud como un proceso complejo, multifactorial y dinámico¹⁶. 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 definida¹⁷. 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. 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.

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

EV saludable es aquel que propicia la adquisición y mantenimiento en la vida diaria, de pautas de conducta que de manera individual y colectiva mejoran la calidad de vida en la cotidianidad⁹; incluye conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud, bienestar y calidad de vida en forma integral¹⁸; 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; instauración e incremento de actividad física, sana recreación y manejo del tiempo libre, sexo seguro, auto cuidado en salud y cuidado médico.

Igualmente, entre los factores protectores se incluye el tener un sentido de vida, objetivos y metas, buena autoestima, autocontrol, habilidades sociales, emocionales y de afrontamiento, preconcepciones, valoración de drogas y espiritualidad. Igualmente 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^{19, 20}.

El EV de riesgo alude a conductas activas y pasivas, que suponen una amenaza para

el bienestar físico y psíquico y generan consecuencias negativas para la salud y el sano desarrollo de la persona²¹. Entre los más importantes factores de riesgo para la salud se destaca: no participar en programas de promoción de la salud, incumplir las instrucciones médicas, uso inadecuado de los servicios de salud; deficientes redes de apoyo y solidaridad, cultura de la violencia, agresividad, competitividad insana; igualmente las conductas sexuales de riesgo, no practicar ejercicio físico, sedentarismo, tabaquismo, uso de drogas, abuso del alcohol, deficientes hábitos de sueño y de alimentación^{9, 22}.

Entre las Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Adulto (ECNTA) Jadue y Berrios²³ ubican el sedentarismo (menos de 2 sesiones de ejercicio físico de 20 minutos de duración por semana), la obesidad (IMC $\geq 27,3$ en mujeres), dieta inadecuada, consumo de tabaco (fumador diario u ocasional), alcohol, estrés, factores genéticos, edad, género y raza. El tabaquismo y consumo de alcohol son más frecuentes en mujeres jóvenes, pero los demás mencionados se incrementan con la edad¹¹. Si se analiza la condición socioeconómica, el tabaquismo y el consumo de alcohol prevalecen en la clase alta, mientras que los otros se incrementan en la clase baja.

La población de adultos jóvenes parece encaminarse hacia la adopción generalizada de conductas de riesgo y EV poco saludables, según diversos estudios; algunos autores lo atribuyen a las débiles conexiones entre esta población con las redes de apoyo, como sería la familia y centros educativos²⁴. Las redes familiares inciden en la adopción de los estilos de vida en adolescentes y jóvenes²⁵.

A nivel mundial es preocupante el incremento de hábitos sedentarios^{6, 24}, los cuales en general se han encontrado altos en la población universitaria, con repercusión en el estado emocional y físico. La actividad física es esencial para una buena salud y para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles²⁶

, los universitarios con estilos de vida activos presentan beneficios psicológicos²⁷, bienestar general y previenen diversas enfermedades²⁸. Sin embargo los escenarios universitarios al parecer no promueven la práctica deportiva como lo sugieren Velásquez y col²⁹.

Varias investigaciones reportan que un mayor número de varones realizan actividad física³⁰, las mujeres presentan mayor preocupación por la dieta, regímenes para bajar de peso, hábitos más saludables y menor número de fumadores; igualmente los alumnos de Medicina se preocupan más por su alimentación que el resto de estudiantes.

El sedentarismo se presenta en fumadores y no fumadores universitarios, en la misma proporción, sin que exista asociación entre estos dos factores³¹. En relación con el tabaquismo, múltiples investigaciones evidencian los efectos nocivos sobre la salud y reportan altos niveles de consumo en el medio universitario^{30,32,33,34,35,36y 37}. En Bucaramanga, Colombia³⁸, se encontró una asociación significativa entre síntomas depresivos, percepción de bajo rendimiento académico y el consumo de cigarrillo y alcohol en estudiantes de educación media vocacional; los autores enfatizan la importancia de identificarlos en forma temprana, lo cual se constituye en un problema de Salud Pública³⁹.

Recientes trabajos de investigación efectuados en la población de jóvenes universitarios de la Universidad de Manizales⁴⁰, arrojan resultados alarmantes con prevalencia de consumo de tabaco del 41%, 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 medio⁴¹; 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 severa⁴². En otro estudio sobre ideación suicida y factores de riesgo en estudiantes de secundaria de Manizales se encontró riesgo suicida en el 12,8%, antecedentes familiares de intento suicida en el 19,9%, 16,6% de ansiedad y 2,9% depresión;

el 39,2% son dependientes del alcohol y solo el 31,6% tenían buena función familiar⁴³.

Igualmente un estudio cualitativo para evaluar el concepto de salud, auto cuidado y creencias sobre riesgo en la comunidad académica de la Universidad de Manizales y en la juventud en general⁴⁴, 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 generar 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.

La presente investigación explora algunos componentes de los estilos de vida de los estudiantes de la facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, como son el empleo del tiempo libre, actividad física y deporte, algunos hábitos de sueño y alimentación, consumo de alcohol, cigarrillo, prevalencia de estrés y factores depresivo- ansiosos y factores protectores y de riesgo para la salud física y mental, la correlación entre ellos y con la calidad de redes de apoyo familiares, sociales, académicas e institucionales, para que a su vez los resultados sirvan de insumo para retroalimentar y cualificar las propuestas de formación integral que se vienen implementando.

Materiales y métodos

Estudio de corte transversal con la población de estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, durante el segundo semestre del 2008. De 616 estudiantes regulares de pregrado de la carrera de Medicina, inscritos en el 2° Semestre del 2008, mediante muestreo probabilístico estratificado por género se seleccionó una muestra de 235 alumnos, con un nivel de confianza del 95%. El número de personas a encuestar se

calculó empleando la utilidad Statcalc del programa Epiinfo 3.3 (CDC, Centers for disease control and prevention). Los parámetros de muestreo son: tamaño de la población 616, frecuencia esperada de los factores a estudiar: 50%, si 50% es la frecuencia real de los factores estudiados, la peor frecuencia aceptable en el presente estudio se fijó en 45%.

Se estudiaron las siguientes variables: edad (años); género (masculino, femenino); semestre (1° a 10°); municipio de procedencia, promedio académico del semestre anterior, estado civil (soltero, casado, separado, viudo, vive con la pareja); con quién vive (familia nuclear, parientes, casa de familia, grupo de amigos, pareja, solo); actividad extracurricular (no, si, cuáles); horas semanales dedicadas, funcionalidad familiar⁴⁵ (medida según Apgar Familiar: buena función, disfunción leve, moderada y severa); empleo del tiempo libre (actividades de relación social y diversión, actividades de ocio pasivo, de ocio activo y actividades físico-deportivas); redes sociales, medida mediante el Ecomapa⁴⁶ (relación conflictiva, relación distante, no hay relación, buena relación, relación estrecha). Impulsividad, medida según la escala de Impulsividad de Plutchik.^{47, 48} (baja, alta); Riesgo suicida, medido según la escala de Riesgo Suicida de Plutchik^{49, 50} (alto, sin riesgo), Trastornos de la conducta alimentaria, medido según cuestionario Scoff^{51, 52, 53} (positivo, negativo); consumo de alcohol (si, no), dependencia alcohólica, medida según cuestionario Cage para consumo de alcohol^{54, 55} (no hay problemas, inicio de problemas, dependencia alcohólica); tabaquismo (si, no), tipo de fumador, según clasificación de la OMS⁴⁰ (habitual, esporádico, exfumador, no fumador); actividad física, medida según el cuestionario internacional de actividad física⁵⁶ (sedentario, insuficientemente activo, activo, muy activo); hábitos alimenticios³² (hábitos adecuados, necesita cambios, necesita cambios urgentes, necesita cambio total); hábitos de sueño, medidos según la escala de somnolencia de Epworth^{57, 58} (no tiene somnolencia diurna, ligera

somnolencia diurna, moderada somnolencia diurna, grave somnolencia diurna); ansiedad, medida según la escala hospitalaria de ansiedad y depresión.^{59, 60} (normal, caso probable de ansiedad, caso de ansiedad); depresión, medida según la escala hospitalaria de ansiedad y depresión.^{59, 60} (normal, caso probable de depresión, caso de depresión); estrés, medido mediante el cuestionario “conociendo mi nivel de estrés” del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social del programa de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosociales⁶¹ (bajo, medio, alto).

La información se recolectó mediante un cuestionario auto-aplicado, previamente diseñado. Sobre el 5% de la población elegida (12 estudiantes) se aplicó una prueba piloto para la valoración del contenido de la encuesta, que permitió realizar los ajustes pertinentes previos a la aplicación definitiva. El cuestionario se aplicó a la totalidad de la muestra escogida, durante el 2° semestre del 2008, mediante visitas a los diferentes salones de clase, donde se procedía a efectuar un muestreo probabilístico entre los estudiantes presentes. Cada cuestionario estuvo acompañado de un consentimiento informado, la identidad de las personas se mantuvo totalmente anónima, y no se recolectó ninguna información que permitiera su identificación. Los resultados solo se emplearon para propósitos de investigación, y se cumplieron todas las normas éticas de ley para este tipo de trabajos de investigación en el campo de las Ciencias de la Salud.

Resultados

Participaron 235 estudiantes de la Facultad de Medicina, escogidos mediante muestreo probabilístico estratificado por género. La distribución por género corresponde a la real de la población, 60% del género femenino. La edad promedio es 20,89 años, mínimo 16 años, máximo 42; con una nota promedio durante la carrera de 3,74, mínimo 3,00 y

máximo 4,80. La mayor parte de los estudiantes, 65,2%, provienen de municipios fuera de Manizales, cerca de un tercio, el mayor porcentaje, provienen de Manizales, le sigue en frecuencia Armenia con 10,8%; en total aparecen 47 ciudades de procedencia; viven en promedio con 3 personas.

Como era de esperarse en un 91,9% son solteros, 38,9% viven con familia nuclear, en concordancia con la proporción de estudiantes procedentes de Manizales, en casa de familia viven el 25,6%. Según el Apgar Familiar⁴⁵ el 68,7% presenta buena función familiar, con un 2,6% de disfunción severa; el puntaje de medida de función familiar muestra un promedio de 17,54, en la frontera entre disfunción leve y buena función.

Solo el 31,2% de los estudiantes manifiestan tener una actividad diferente al estudio, a la cual dedican en promedio 8,13 horas semanales; en el 52,9% de los casos esta actividad es el deporte. Del grupo de estudiantes que dice tener otra actividad, únicamente el 5,9% se dedica a los idiomas, lo que muestra que realmente es poco lo que se está haciendo para suplir la falencia manifestada en diversas oportunidades, sobre la falta de dominio de un segundo idioma entre los estudiantes de la universidad. Es llamativo que el 60,8% de los estudiantes expresan no tener ninguna religión, y entre los que manifiestan tenerla el 56% la practican; la religión más frecuente es la católica, 85,6%, pero también existen otras religiones como mormones y budistas, por ejemplo.

La Tabla 1 muestra las frecuencias de consumo de tabaco y alcohol reportados por la población en estudio, se observa una proporción de no fumadores del 68,1%, 26% entre fumadores esporádicos y habituales (según clasificación de la OMS); el promedio de cigarrillos semanales consumidos por los fumadores es de 12,8 cigarrillos con un mínimo de 1 y máximo de 140. Resalta el 6% de ex fumadores, con relación a estudios anteriores efectuados en la misma población⁴⁰ que muestran frecuencias

de consumo mayores, y muy baja frecuencia de ex fumadores; en promedio han abandonado el tabaco hace 2,36 años. También muestra un no consumo de alcohol del 30,6%; según el cuestionario de Cage^{54,55} aplicado se reporta un 34,1% de problemas con el alcohol (entre indica problemas y dependencia alcohólica); en promedio lo consumen 39 veces al año, con máximo de 208 veces y mínimo de 2.

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

Tabla 1. Consumo de tabaco, alcohol y vida sexual en la población de estudiantes de Medicina participantes en la investigación.

Variable	N	%
Tabaquismo		
No fumador	160	68,1
Fumador habitual	39	16,6
Fumador esporádico	22	9,4
Exfumador	14	6,0
Consumo de alcohol		
No	72	30,6
No dependiente	83	35,3
Indica problemas	29	12,3
Dependencia alcohólica	51	21,7
Vida sexual		
Ocasional	111	47,2
Frecuente	80	34,0
Rara vez o nunca	44	18,7
Protección contra ETS		

Si	171	80,7
No	41	19,3
Sin dato	23	
Frecuencia de protección		
Siempre	103	64,8
A veces	52	32,7
Rara vez	2	1,3
Nunca	2	1,3
Sin dato	76	
Tipo de protección contra ETS		
Métodos de barrera	150	93,8
Métodos de barrera, pareja estable	3	1,9
Métodos de barrera y hormonales	2	1,2
Otros	5	3,1
Sin dato	75	
Protección contra embarazo		
Si	203	94,9
No	11	5,1
Sin dato	21	
Frecuencia de protección contra embarazo		
Siempre	146	82,0
A veces	28	15,7
Rara vez	3	1,7
Nunca	1	0,6
Sin dato	57	
Tipo de protección contra embarazo		
Métodos de barrera	88	46,3
Métodos hormonales	60	31,6
Métodos de barrera y hormonales	33	17,4
Sin especificar	6	3,2
Dispositivo Intrauterino	2	1,1
Pareja estable	1	0,5
Sin dato	45	

La Tabla 2 muestra las relaciones de los estudiantes de Medicina con su entorno medidas con el Ecomapa⁴⁶, tienen relación en su mayoría muy estrecha solo con la Familia, buena en su mayoría con amigos, compañeros de la universidad, y docentes. Distante en la mayoría de los casos con tutorías de la facultad, bienestar estudiantil, gimnasia y deportes, extensión cultural, servicio médico e iglesia. Las relaciones conflictivas en general son poco frecuentes, y la que se presenta con mayor frecuencia es con la iglesia (4,8%) y el servicio médico (4,8%).

Según la Tabla 3 en día laboral el tiempo libre se emplea en su mayoría (68,7%) en actividades de ocio pasivo (ver televisión y/o video, escribir, escuchar radio, música, leer libros, periódicos, utilizar el computador, etc.). Los fines de semana la mayor parte (70,4%) se dedican a actividades de rela

ción social y diversión (estar con la familia, amigos/as, salir con la pareja, salir a tomar algo, ir a bailar, al cine, teatro, etc.). En puente igualmente la mayoría se dedican a actividades de relación social y diversión, aunque en menor proporción (50,4%); el

22,2% se dedican a actividades de ocio activo (fotografía, trabajos manuales, ir de tiendas, etc.). En vacaciones el empleo del tiempo libre es muy semejante al mostrado en puentes en cuanto a actividades de relación social y ocio

Tabla 2. Relaciones con su entorno de los estudiantes de Medicina participantes en la investigación.

Variable	Muy estrecha		Buena		Distante		Conflictiva		Sin dato	
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Familia	159	67,7	64	27,2	12	5,1				
Amigos	62	26,6	154	66,1	16	6,9	1	0,4	2	0,9
Compañeros	23	9,9	166	71,2	42	18	2	0,9	2	0,9
Docentes	3	1,3	133	57,8	95	40,9	1	0,4		
Tutorías	3	1,3	44	18,9	180	77,3	6	2,6	2	0,9
Bienestar estudiantil			39	16,8	188	81	5	2,2	3	1,3
Gimnasia deportes	10	4,3	55	23,5	162	69,2	7	3,0	1	0,4
Servicio Médico	2	0,9	107	45,7	115	49,1	10	4,3	1	0,4
Extensión Cultural	3	1,3	62	26,5	163	69,7	6	2,6		
Iglesia	17	7,3	77	33,0	129	55,4	10	4,3	2	0,9

Tabla 3. Empleo del tiempo libre de los estudiantes de Medicina de la Universidad de Manizales participantes en el estudio.

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

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

La Tabla 4 sobre la actividad física, medidas según el cuestionario internacional de actividad física⁵⁶, indica una proporción de estudiantes activos del 53%, entre inactivos y sedentarios 39,1%. 15,4% de los estudiantes presenta una alimentación adecuada³², el resto se divide entre las categorías necesita cambio, cambio urgente y cambio total. Referente a trastornos de la alimentación según el cuestionario SCOFF^{51,52,53} presentan factor de riesgo positivo el 27,7%, mayor que el 10,3% medido en trabajo anterior⁴², aunque efectuado con otro instrumento de medida.

La somnolencia, aspecto importante en esta población debido a la conocida excesiva carga académica en estudiantes de las facultades de Medicina, fue medida con el cuestionario de Epworth^{57,58}, arroja 14,4% de estudiantes sin somnolencia y 60,7% con somnolencia ligera. La impulsividad medida con el cuestionario de Plutchik^{47,48} muestra 31,4% con factor de riesgo positivo. El cuestionario de estrés⁶¹ evidencia un 86,8% de estudiantes con estrés bajo, ninguno con estrés alto según este instrumento, resultado diferente al presentado en trabajo anterior efectuado sobre la misma población⁶² que mostraba unos niveles de estrés moderado en aproximadamente el 50% de la población, aunque efectuado con otro instrumento.

En cuanto a ansiedad y depresión medidos con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión^{59,60} la tabla muestra cerca de la mitad de la

población con problemas de ansiedad, ya sea como caso probable (32,2%) o como caso de ansiedad (18%); para depresión el resultado varía, 10,3% son caso probable de depresión y caso de depresión el 3%. El riesgo suicida, medido según la escala de riesgo suicida de Plutchik^{49,50}, presenta 11,8% como positivo para riesgo suicida.

Tabla 4. Rasgos de personalidad determinados en la población de estudiantes de la Facultad de Medicina de la UM participantes en la investigación.

Variable	N	%
Actividad física		
Activo	122	53
Insuficientemente activo	69	30
Sedentario	21	9,1
Muy activo	18	7,8
Sin dato	5	
Hábitos alimenticios		
Cambio urgente	92	39,3
Necesita cambio	92	39,3
Adecuado	36	15,4
Cambio total	14	6
Sin dato	1	
Trastornos de la alimentación		
Negativo	170	72,3
Positivo	65	27,7
Somnolencia		
Ligera	139	60,7
Moderada	53	23,1
No tiene	33	14,4
Grave	4	1,7
Sin dato	6	
Impulsividad		
Negativo	153	68,6
Positivo	70	31,4
Sin dato	12	

Estrés		
Bajo	177	86,8
Medio	27	13,2
Sin dato	31	
Ansiedad		
Normal	116	49,8
Caso probable ansiedad	75	32,2
Caso ansiedad	42	18
Sin dato	2	
Depresión		
Normal	201	86,6
Caso probable depresión	24	10,3
Caso depresión	7	3,0
Sin dato	3	
Riesgo suicida		
Negativo	153	68,6
Positivo	27	11,8
Sin dato	6	

Relaciones con género

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

El género mostró relación significativa al nivel $p < 0,05$ con otra actividad, ($p = 0,000$) (Figura 1), además con consumo de cigarrillo ($p = 0,023$) (figura 2), vida sexual ($p = 0,002$, el género femenino muestra una mayor proporción de actividad sexual rara vez o nunca, 25,5%), clasificación de anticonceptivos empleados ($p = 0,001$). En cuanto a relaciones con el medio resultaron significativas al nivel $p < 0,05$ las relaciones entre género y tutorías

($p = 0,021$), bienestar ($p = 0,008$), gimnasia y deportes ($p = 0,031$), iglesia ($p = 0,016$); en todas las anteriores el género femenino presenta menos proporción de relación conflictiva. En lo referente a actividades en tiempo libre resultaron significativas las relaciones entre género y actividades en tiempo libre en día laboral ($p = 0,007$, el hombre tiene mayor proporción de actividades físico deportivas, 12%-4%, y menos actividades de ocio pasivo, 58,7%-75,6%). Igualmente resultó significativa la relación entre género y consumo de licor ($p = 0,009$) y dependencia alcohólica ($p = 0,024$, Figura 3), mayores en hombres que en mujeres. En cuanto a género y trastornos de la conducta alimentaria ($p = 0,001$), el género Femenino presenta un 21,28%, mayor que el del género Masculino 6,38%, como era de esperarse es mayor en mujeres.

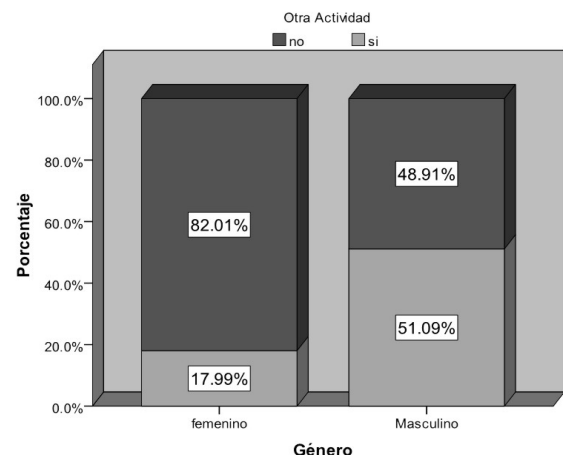


Figura 1. Asociación entre consume de tabaco y género en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales participantes en el estudio.

La Figura 1 muestra la dependencia entre género y otra actividad. En esta Figura se resalta que los estudiantes de género masculino muestran un mayor porcentaje de actividad extracurricular (51,09%) con relación al género femenino.

La Figura 3, despliega la dependencia entre género y tabaquismo. Es notorio en esta figura que el género femenino presenta mayor por-

centaje de no-fumadores (72,34%), y menor porcentaje de fumadores habituales (11,35%) en comparación al género masculino.

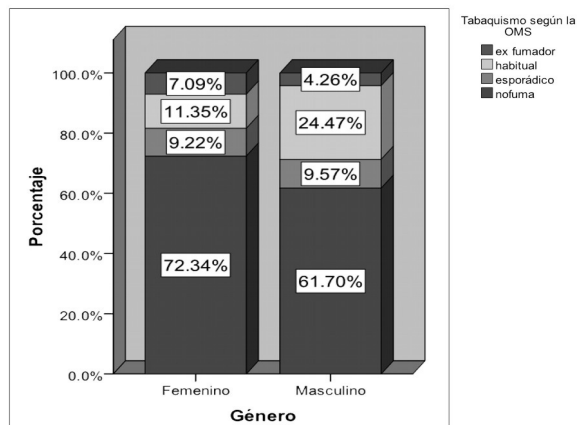


Figura 2. Asociación entre género y otra actividad en la población de estudiantes de la Facultad de Medicina participantes en el estudio.

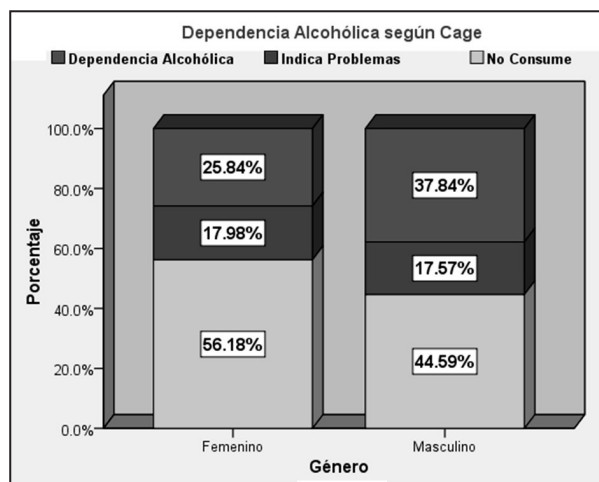


Figura 3. Asociación entre dependencia alcohólica según Cage, y género para los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales.

La asociación entre dependencia alcohólica según el cuestionario de Cage, y género se encuentra relacionada en la Figura 2. Esta asociación consiste en que el género femenino muestra una mayor proporción de no consumo (56,18%-44,59%) y menores proporciones de dependencia alcohólica entre los consumidores (25,84-37,84%).

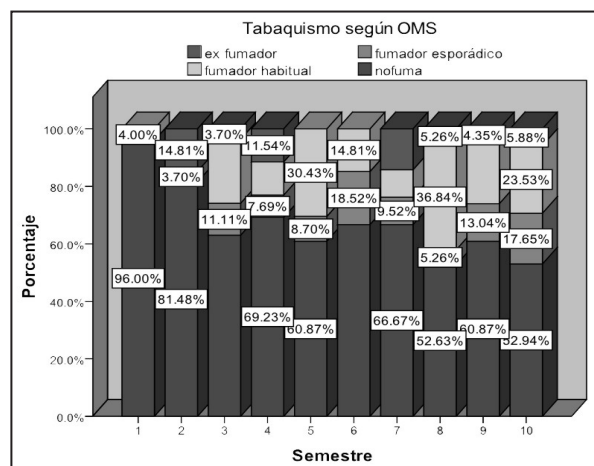


Figura 4. Dependencia de Tabaquismo según la OMS con semestre para los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales.

Relaciones con semestre

El tabaquismo según OMS presenta una dependencia significativa con semestre ($p=0,034$), la cual se muestra en la Figura 5 en donde se despliega la disminución de los no-fumadores con relación al aumento del semestre. También se observa un máximo de fumadores habituales en 8° semestre, 36,8%, que tiende a disminuir entre 9° y 10° semestre, a costa del aumento del porcentaje de fumadores esporádicos.

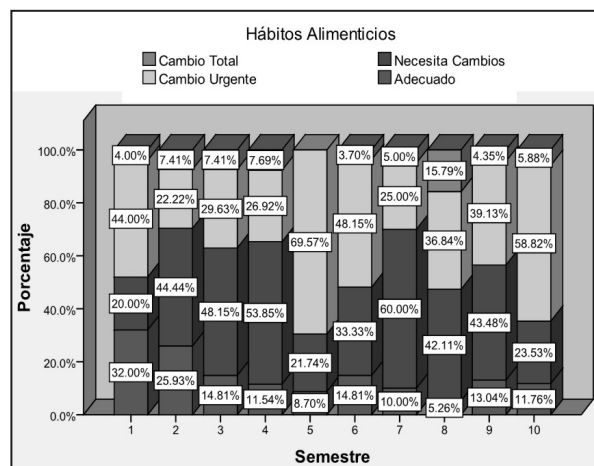


Figura 5. Evolución de los Hábitos Alimenticios con relación a semestre en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales.

En su relación con tutorías igualmente los estudiantes de la Facultad de Medicina presentan una relación con semestre ($p=0,004$). En general esta relación tiende a ser en una gran proporción distante en todos los semestres, presentando oscilaciones entre los diferentes semestres que se reflejan en una relación buena que va desde 3,7% hasta 40,74%; se presentan relaciones conflictivas en los últimos semestres (8% aproximadamente) y alguna tendencia a muy estrecha en el primeros y último semestre, pero con proporciones bajas (5,7%). Con extensión cultural también se presenta una relación significativa con semestre ($p=0,014$), la cual tiende a ser buena en los primeros semestres, 64%, y paulatinamente esta relación buena disminuye hasta ser 17,6% en los últimos semestres. En estos semestres predomina la relación distante (69,6% - 76,5%).

Con relación al semestre, en la facultad de Medicina no se presentaron más relaciones significativas, aunque existen variables que presentan una significancia $p<0,1$, no suficiente para ser consideradas significativas en el presente estudio, pero que si pueden mostrar alguna dependencia. Estas son: práctica religiosa ($p=0,059$), en el sentido de que entre los que dicen tener alguna creencia religiosa la práctica de esta tiende a ser mayor en los semestres intermedios de 6° y 7° semestre, y a equilibrarse 50%-50% en los semestres extremos. Relación con Gimnasia y deporte ($p=0,080$) la cual tiende a ser distante, en mayor proporción en la mayoría de los semestres excepto en los primeros en que es buena (52%-25,9% en 1° y 2° Semestre). Aparece una proporción de muy estrecha a partir de los semestres intermedios y termina en 9,1% y 4,3% en 9° y 10° Semestre. Los hábitos alimenticios ($p=0,098$) se despliegan en la Figura 4, en la cual es notoria la baja proporción de alimentación adecuada en todos los semestres, la cual disminuye a medida que aumenta el semestre, desde 32% a 11,76%.

Relaciones con procedencia

Debido a que la procedencia de los estudiantes de la Facultad de Medicina es en su mayor parte de fuera de Manizales (65,2%), cabe preguntar si este hecho está influyendo en el comportamiento de los estudiantes. Sólo se encontró influencia significativa con somnolencia ($p=0,008$) al nivel $p<0,01$ en el sentido de que los procedentes de Manizales muestran mayor somnolencia grave (4,9%-0%), mayor de 'no-tiene' (18,5%-12,3%) menor somnolencia ligera (49,4%-66,4%) y menor somnolencia moderada (22%-31%).

Discusión

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

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

Los altos indicadores de factores de riesgo para la salud en esta población, en cuanto a

salud sexual y reproductiva, sedentarismo, hábitos alimenticios, consumo de tabaco, alcohol, parecen confirmar lo descrito en otras investigaciones, con la misma población, acerca de que los jóvenes no perciben el riesgo como cercano, o se perciben como invulnerables y por tanto presentan conductas insanas que afectan la salud a mediano o largo plazo^{31, 44}; igualmente con autores que señalan que en el grupo etario entre los 15 y 24 años existe una mayor predisposición a la exposición a riesgos, lo que coincide con las características propias de este grupo poblacional^{63,64}.

En esta situación podría incidir además la alta exigencia académica, que disminuye su tiempo para una práctica deportiva y un estilo de vida no sedentario, además de generar niveles de ansiedad y estrés que en forma errónea tratarían de mitigar con cigarrillo y alcohol, situación que podría analizarse en futuras investigaciones.

Lo anterior por la inquietud acerca de hasta qué punto, en su afán por formar médicos competentes, con un alto desempeño académico, se esté afectando la salud física y mental, y de manera paradójica se esté contribuyendo a la formación de profesionales de la salud con estilos de vida poco saludables y con altos niveles de riesgo. Una reciente investigación sobre consumo de anfetaminas en la población de la Universidad de Manizales evidenció un consumo alarmante en la facultad de Medicina, 42,3%, con el propósito de incrementar el rendimiento académico⁶⁵. Varias investigaciones confirman como los profesionales de la salud incurren en más prácticas nocivas o por lo menos no anticipatorias para la salud, en comparación con profesionales de otras áreas, y como la formación formal brindada influye de manera decisiva en el auto cuidado que se prodigan⁶⁶. Otros investigadores concluyen que los médicos no emplean sus habilidades y conocimientos en salud para reducir las tasas en mortalidad y riesgos ocupacionales a los que están expuestos y presentan mayores porcentajes de tabaquismo y de suicidio^{67, 68},

al igual que altos indicadores de agotamiento emocional⁶⁹.

Si se analiza la salud sexual y reproductiva, sobresale que a pesar de ser estudiantes de Medicina, con mayor conocimiento sobre riesgos y protección, cerca de una quinta parte de la población no se protegen; sumado a ello, sólo un poco menos de la mitad de la población que lo hacen practican esta protección siempre, en todas las situaciones. En relación con el embarazo un alto porcentaje se protegen, 94,9%, pero de ellos cerca de una quinta parte no se protegen siempre. En cuanto a ETS se protegen el 80,7% y sólo el 64,8% lo hacen siempre. Lo anterior recuerda las incongruencias encontradas por Arrivillaga y colaboradores⁷⁰, entre creencias saludables que contrastan con prácticas poco saludables, en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida. Desde una perspectiva de género, fue significativamente mayor la proporción de mujeres que refieren tener vida sexual rara vez o nunca.

En cuanto al sedentarismo, sólo el 15% afirman tener una actividad extracurricular relacionada con la práctica deportiva, en vacaciones se incrementa un poco el empleo del tiempo libre en actividades físico-deportivas. En general, en el tiempo libre se dedican mayormente a actividades de ocio pasivo (ver televisión y/o video, escribir, escuchar radio, música, leer libros, periódicos, utilizar el computador, etc.). Información que contrasta con la dada por el cuestionario internacional de actividad física⁵⁶, que evidencia una proporción de estudiantes activos del 53%, entre inactivos y sedentarios 39,1%. A pesar de ello, y para una población joven universitaria, esta cifra de sedentarismo continua siendo significativa.

Lo anterior concuerda con diversos hallazgos sobre altos niveles de sedentarismo en la población universitaria, con repercusión en el estado emocional y físico⁷¹. Araya y colaboradores³⁹ al realizar un paralelo entre estudiantes de tercer año de carreras de la salud y humanistas, identifican un 81% de sedentarismo

en toda la muestra, con porcentajes mayores, 87%, en las áreas humanistas, y 76% en salud; igualmente con diferencias significativas según género. Estudios sobre el sedentarismo en Brasil, Chile, México y Perú, encuentran que cerca del 70% de la población no practican el grado de actividad física benéfica para la salud⁷², 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. Múltiples investigaciones recalcan la importancia de fomentar la actividad física^{27,28}, desde temprana edad y continuar en contextos formativos de educación superior.

La somnolencia es un aspecto importante en esta población debido a la excesiva carga académica en estudiantes de las facultades de Medicina. En el presente estudio, el 60,7% de estudiantes presenta somnolencia ligera, sin somnolencia solo el 14,4%, resultados semejantes a los arrojados en un estudio con jóvenes en Nicaragua, que refiere 66% de la población con trastornos del sueño⁷³. En el presente estudio es llamativa la asociación entre procedencia y somnolencia, los estudiantes de Manizales se ubican en los extremos, es decir muestran o mayor somnolencia grave o ausencia de la misma, y por ende menor somnolencia ligera y moderada.

Estudios evidencian que un sueño adecuado (entre 6 a 8 horas diarias en promedio) se relaciona con una buena salud y la adopción de conductas saludables⁷⁴, mientras que hábitos de sueño inadecuados pueden indicar un estilo de vida poco saludable y deficiente estado de salud. Los trastornos en los hábitos de sueño generan una sensación de cansancio permanente, que presiona al consumo de sustancias estimulantes del sistema nervioso central para conservar la vigilia y mantenerse alerta, como la cafeína y el alcohol⁷⁵; además existe una relación negativa entre el sueño inadecuado y algunas conductas relacionadas con la salud, como valoración de la vida, asumir con responsabilidad comportamientos saludables, adoptar

hábitos alimenticios adecuados, un buen manejo de estrés y el ejercicio regular. Hábitos de sueño adecuados se asocian además con baja frecuencia de obesidad y control de factores asociados a ella.

El 31,4% con factor de riesgo positivo para impulsividad, medida con el cuestionario de Plutchik^{47, 48} es muy alto para una población de estudiantes de Medicina, quienes en su desempeño profesional tendrán que afrontar diversas situaciones de crisis y de riesgo psicosocial, para lo cual se requiere ecuanimidad y una reflexividad ágil y serena.

El cuestionario de estrés⁶¹ muestra un 86,8% de estudiantes con estrés bajo, ninguno con estrés alto, resultado diferente al nivel de estrés moderado en cerca de la mitad de la población encontrado en un trabajo anterior efectuado sobre la misma población⁴¹, aunque con otro instrumento. Es posible que el instrumento empleado no sea el más adecuado para esta población, y que resulte más sensible un instrumento de estrés académico, por ejemplo.

Araya y colaboradores³⁹ no identifican alumnos con estrés moderado ni severo en el área de salud, población en la cual ellos encuentran un 87% de mujeres sin estrés, significativamente mayor que el de los hombres, 57%; mientras que el estrés leve es significativamente mayor en hombres, 43%, que en mujeres, 13%. En el presente estudio no se encontró asociación significativa entre las variables género y estrés.

En lo referente a ansiedad y depresión medidos con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión^{59,60} la mitad de la población presenta problemas de ansiedad, para depresión el resultado disminuye hasta el 13%, nivel semejante al identificado para riesgo suicida, este último se evidencia alto y de riesgo. Esta cifra de depresión es notablemente inferior a la prevalencia global del 53,2% reportada para la población de estudiantes de Medicina de la Universidad Nueva Granada de Bogotá, aun-

que en este último estudio se empleó la escala de depresión de Zung⁷⁵.

Sobresale también que cerca de un tercio de la población consume tabaco, cifra un poco inferior al 40% reportado en un estudio anterior con toda la población de estudiantes de la universidad de Manizales⁴⁰, menor al 46,1% en estudiantes chilenos⁹, mayor a la cuarta parte de población de adultos de Nueva York que revela un artículo de publicación reciente³⁰, muy semejante a la reportada en otro estudio de Cali, también con estudiantes universitarios²⁰ y marcadamente mayor al cerca del 15% encontrado en estudiantes de primer semestre de salud en una universidad de Cali³⁷. Sin embargo, con relación a esta última investigación con estudiantes de primer semestre, en el presente estudio se observa como durante la permanencia en la universidad se incrementa notablemente el tabaquismo. Un poco más de un tercio presenta problemas con el alcohol, alto indicador; el no consumo es un poco inferior a esta cifra.

En línea con el sesgo cultural patriarcal, que socializa diferencialmente a hombres y a mujeres, resaltando en ellas características como la suavidad, ternura, el cuidado del hogar, de los otros, y en ellos la competitividad, los juegos de poder, la negación del afecto y la recreación y esparcimiento⁷⁶, en el presente estudio el género femenino muestra menor proporción de relaciones conflictivas con las redes de apoyo brindadas por la universidad, por ejemplo con la iglesia, y mayor porcentaje de buena relación. Igualmente, los estudiantes de género masculino tienen mayor proporción de actividades físicas deportivas, extra curriculares y menos actividades de ocio pasivo.

En el género femenino se encuentra disminución de factores de riesgo para la salud en comparación con el masculino: ellas presentan menor proporción de relaciones conflictivas, menor porcentaje de fumadores habituales y mayor porcentaje de no-fumadores, mayor proporción de no-consumo de alcohol y menores

proporciones de dependencia alcohólica entre los consumidores. Lo anterior no coincide con los hallazgos de Chiang y colaboradores⁹ quienes reportan un mayor consumo de tabaco en mujeres, 49,8% en comparación con el 42,3% de varones.

De lo expresando anteriormente se exceptúa el riesgo para trastornos de la conducta alimentaria, mayor en mujeres que en hombres. Lo anterior coincide con otros estudios que confirman mayor preocupación por la dieta, hábitos más saludables y regímenes para bajar de peso en mujeres de una población universitaria en general³⁰, y en el área de la salud en particular un nivel nutricional normal en el 74% de las mujeres y el 52% de los varones³⁹. En el presente estudio solo el 15,4% de la población presenta una alimentación adecuada, el resto se divide entre las categorías necesita cambio, cambio urgente y cambio total. Adicional a lo anterior, presentan factor de riesgo positivo para TCA el 27,7%, mayor que el medido en un trabajo anterior⁴² que fue del 10,3%, aunque efectuado con otro instrumento de medida.

Ellos tienden a protegerse un poco más contra el Sida, presentan menor proporción de somnolencia moderada, menor actividad de ocio pasivo y mayor proporción de actividades físico deportivas y extra curriculares; estas dos últimas diferencias de género se han confirmado en otras investigaciones, que avalan mayor sedentarismo en mujeres^{9, 23} y mayor actividad física en varones^{9, 23, 29, 30, 71, 77}. Navarro⁷⁸ afirma que a pesar de los cambios y resignificaciones en los roles e identidad de género, son los jóvenes, en mayor proporción que las jóvenes, quienes presentan la mayoría de conductas de riesgo. Incluso estudios españoles concluyen que son los jóvenes, en mayor porcentaje que las mujeres, quienes presentan fracaso escolar⁷⁹.

En cuanto al incremento de factores de riesgo para la salud a medida que se asciende en el semestre y por ende en la permanencia en la universidad, se observa un aumento progresivo

del consumo de tabaco de primero a décimo semestre, con un pico máximo de fumadores en 8° semestre; el vínculo con las redes de apoyo que ofrece la universidad decrece al incrementarse el semestre y en especial con extensión cultural y tutorías, aunque con esta última mejora en los últimos semestres.

La gran correlación positiva entre algunas variables de personalidad, como ansiedad, depresión, estrés, impulsividad y costumbres alimentarias confirma otros hallazgos de diversas investigaciones⁶, aunque llamativamente no se encontró relaciones significativas entre actividad física y consumo de alcohol o tabaco, y tampoco con las otras variables de personalidad.

Según Arrivillaga et al⁷⁰ es significativa la influencia de factores socio-ambientales, familia y amigos, en el desarrollo de pautas de comportamiento y creencias saludables, lo cual se confirma en estos hallazgos, donde se encontró asociación entre funcionalidad familiar, riegos suicida, hábitos alimenticios y trastornos de la conducta alimentaria. Comas¹⁰, en un estudio con población española, afirma que los estilos de comportamiento están muy relacionados con las redes de apoyo familiares, en una relación circular que puede llevar a la intensificación del riesgo en un determinado caso.

Este autor reliva la importancia de fomentar hábitos culturales y deportivos como empleo del tiempo libre, implementar espacios para

pausas laborales activas, la conciencia ecológica y el cuidado del medio ambiente; fortalecer los grupos juveniles y su participación activa, potenciar las conductas positivas y las redes de apoyo social, dado que como se ha comprobado ampliamente, promover hábitos saludables en los jóvenes se constituye en un valioso aporte a la esperanza y calidad de vida.

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

Como afirman Day y Paul⁸⁰ los jóvenes son diferentes a los adultos, aún no han establecido patrones de comportamiento, lo cual se constituye en una oportunidad de intervenir antes de que la crisis se presente. El abuso del alcohol, drogas y tabaquismo es sintomático de otras problemáticas, para los cuales los centros educativos, en su misión formativa integral, debe ofrecerles soporte 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 ^{14, 15}.

Literatura citada

- 1 Lange I, Vio F. Guía para Universidades Saludables y otras instituciones de Educación Superior. OMS, OPS, Universidad, de Chile, Pontificia Universidad Católica, Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA Chile.2006.
- 2 Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Planteamiento de promoción de la salud, 17-21 de Noviembre de 1986, Ottawa, Canadá.
- 3 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.
- 4 Tellez J, Cote M, Savogal F, Martínez E, Cruz U. Identificación de factores protectores en el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. Rev. Fac. Med. Univ. Nav. Colomb. 2003; 51 (1):15-24.
- 5 Epp J. Organización Panamericana de la Salud. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En Promoción de la Salud: una antología., publicación científica No. 557; 1996.
- 6 Rodríguez-Suárez J, Agulló TE. Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. Psicothema 1999; 11(2):247-259.
- 7 Organización Mundial de la Salud. La salud de la juventud.. Ginebra: Documento de referencia. Serie Discusiones Técnicas: O.M.S.; 1989.
- 8 Va Roth E. Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. Rev Latinoam Psicol 1990; 22: 38-57.
- 9 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.
- 10 Comas D, Aguinaga J, Orizo FA, Espinosa A, Ochaita E. Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos en los jóvenes urbanos. 2003. FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción) – INJUVE. Madrid: Ancares Gestión Grafica, S.L.
- 11 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.
- 12 Ruiz de Olabuénaga I. La juventud liberta. Géneros y estilos de vida de la juventud urbana española. Madrid: Fundación BBV; 1998.
- 13 Giddnes, A. Modernidad e identidad del yo: El yo y la sociedad en la época contemporánea. Barcelona: Península; 1997.
- 14 Bronfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós; 1979.
- 15 Bronfenbrenner U. Contextos de crianza del niño. Problemas y perspectivas. Infancia y aprendizaje, 1985.
- 16 Vives Iglesia AE. Estilo de vida saludable puntos de vista para una opción actual y necesaria. Psicología científica.com 2007. Facultad de Ciencias Medicas Policlinico Docente Mártires de Calabazas La Habana Cuba.
- 17 Gomes-López MI, Ruiz JF, García-Montes MH. Como ocupan los universitarios almerienses su tiempo libre. Buenos Aires : Revista Digital # 83; 2005
- 18 Pullen C, Noble S, Fiandt K. Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. Fam Community Health 2001; 24: 49-73.
- 19 Roberfroid D, Pomer J. Psychosocial factors and multiple unhealthy behaviors in 25 to 64 years old belgian citizens. Arch public Health 2001; 59: 281-307.
- 20 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.
- 21 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.
- 22 Rodríguez J. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis; 1995.
- 23 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.
- 24 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.
- 25 Zaborskis A, Zemaitiene N, Borup I, Kuntsche E, Moreno C. Family joint activities in a cross-national perspective. BMC Public Health 2007, 7:94.
- 26 Ramírez-Hoffmann H. Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. Colomb Med 2002; 33: 3-5.
- 27 Jodra P. Deporte y salud: la realidad psicosociológica. Barcelona: Oikos Tau Ediciones; 1994.
- 28 McInnis K, Franklin B, Rippe J. Counseling for physical activity in overweight and obese patients. American academy of family physicians 2003; 67: 1249-1256.
- 29 Velásquez MT, Torres-Neira D, Sánchez-Martínez H. Análisis Psicológico de la Actividad Física en Estudiantes de una Universidad de Bogotá, Colombia. Rev. salud publica (Bogotá) 2006; 8(supl.2):1-12.

- 30 Lemos-Giraldez S, Fidalfo-Aliste A. Conductas de riesgo cardiovascular en población universitaria. *Psicotherma* 1993; 5(2): 337-350.
- 31 Ribeiro-Rodrigues ES, Cheik NC, Mayer AF. Nivel de actividad física e tabagismo em universitarios. Level of physical activity And smoking in undergraduates students. *Rev Saúde Publica* 2008; 42(4): 672-8
- 32 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.
- 33 Center for Disease Control and Prevention. Tendencia en el consumo de cigarrillos entre los estudiantes de la escuela preparatoria (superior o bachillerato) Estados Unidos, 1991-2001. *MMWR* 2002; 51(19): 409-412.
- 34 Rondina R, Botelh, Clovis S, Ageo M. Psychological profile and nicotina dependence in smoking undergraduate students of UFMT. *J Pneumology* 2003; 29(1): 21-27.
- 35 Espinosa-Roca A, Espinosa-Brito A. Factores de riesgo asociados en los fumadores. *Rev. Cubana med* 2001; 40(3):162-168.
- 36 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.
- 37 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.
- 38 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
- 39 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.
- 40 Castaño-Castrillón JJ, Páez-Cala ML, Pinzón-Montes JH, Rojo-Bustamante E, Sánchez-Castrillón GA, Torres-Ríos JM, et al. Estudio descriptivo sobre tabaquismo en la comunidad estudiantil de la universidad de Manizales. 2007. *Rev. Fac Med. Univ. Nav. Colomb.* 2008; 56:302-317.
- 41 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.
- 42 Cano-Correa AA, Castaño-Castrillón JJ, Corredor Zuluaga DA, García-Ortiz AM, González-Bedoya M, Lloreda-Chala OL, et al. Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. *Medunab* 2007; 10:187-194.
- 43 Páez-Cala ML, Castaño-Castrillon JJ, Fuentes-Lerech MM, González-Arias AF, Hurtado-Arias CF, Ocampo-Campoalegre PA, et al. Tendencias de ideación suicida y factores de riesgo relacionados, en estudiantes de 6 a 11 grado en diferentes colegios de la ciudad de Manizales. 2007- 2008. Manizales: Centro de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales; 2008.
- 44 Nuñez-Rojas AC. Jóvenes universitarios y salud "Vivir la universidad". Manizales: Universidad de Manizales, Maestría en Educación y Docencia; 2004.
- 45 Smilkstein G. Family APGAR analysed. *Fam Med* 1993; 5:293-4.
- 46 Molina U. Salud Familiar. Bogotá: Ascofame; 1988
- 47 Plutchik R, van Praag HM. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Prog Neuropsychopharm Biol Psychiatr* 1989; 13(Suppl):23-24.
- 48 Rubio G, Moreno I, Jáuregui J, Martínez ML, Alvarez S, Marín JJ, et al. Validación de la escala de impulsividad de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol (Madr)* 1998; 61:223-232.
- 49 Plutchik R, Van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violent Risk, I: The Suicide Risk Measure. *Compr Psychiatry* 1989;30: 296-302
- 50 Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado M, Marin J, et al. Validación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en Población Española. *Arch Neurobiol (Madr)* 1998; 61: 143-152.
- 51 Rueda-Jaimes GE, Díaz-Martínez LA, Ortiz-Barajas DP, Pinzón-Plata C, Rodríguez-Martínez J, Cadena-Afanador LP. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Aten Primaria.* 2005; 35(2):89-94.
- 52 Rueda GE, Díaz LA, Campo A, Barros JA, Avila GC, Oróstegui LT, et al. Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica* 2005; 25:196-202.
- 53 Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Martínez-Mantilla JA, Amaya-Naranjo W, Campillo HA. Consistencia interna y análisis factorial del cuestionario SCOFF para tamizaje de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes estudiantes: Una comparación por género. *Univ Psychol* 2006; 5(2):295-304.
- 54 Swing J. Detecting Alcoholism, The CAGE Questionnaire. *J Am Med Assoc* 1984; 252: 1905- 1907.

- 55 Rodríguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R. Validación de los Cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para Diagnostico del Alcoholismo. *Drogalcohol* 1986; 11: 132-139.
- 56 Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, et al. The IPAQ Consensus Group and the IPAQ Reliability and Validity Study Group. *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc* 2003; 35:1381-1395.
- 57 Guillemineault C, Pierre P, Anstella R. Sleep and neuromuscular disease : believel positive airway pressure by nasal mask as a treatment for sleep didordered breathing in patients with neuromuscular disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 65(2):225-232.
- 58 Chica-Urzola HL, Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación de la Escala de Somnolencia de Epworth. *Rev salud pública (Bogotá)* 2007; 9(4):558-567.
- 59 Zigmong AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Ascta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.
- 60 Caro I, Ibañez E. La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. *Bol Psicol* 1992; 36:43-69.
- 61 SURATEP. Manejo y Control del estrés. Medellín: SURATEP SA; 1998.
- 62 Delgado-Quiñones GP, Gómez-Naranjo HJ, Jaramillo-Gitiérrez M, Maya-Giraldo P, Narváez-Reyes MI, Salazar-Pajoy AC, et al. Estudio descriptivo sobre estrés en estudiantes de Medicina de la Universidad de Manizales. *Arch Med (Manizales)* 2005; 11:37-45.
- 63 Grotevant, H. Adolescent Development in Family Contexts. En: W. Damon y R. Lerner (eds.). *Handbook of Child Psychology*. Vol. 3. New York: Wiley; 1998.
- 64 Moreno A, Del Barrio C. La experiencia adolescente. Buenos Aires: Aiqué; 2000.
- 65 Castaño- Castrillón JJ, Acevedo-Urrego M, Arango-Orozco L, Blandón-Montoya L, Buelvas-Soto L, Carmona DV, Castro Rocha BC, Serna López JC, Trujillo-Sandoval CS. Consumo de anfetaminas, para mejorar rendimiento académico, en estudiantes de la Universidad de Manizales, 2008.
- 66 Hernández-Tezoquipa I, Arenas-Monreal LM, Martínez PC, Menjívar-Rubio A. Autocuidado en Profesionistas de la Salud y Profesionistas Universitarios. *Acta Universitaria* 2003; 13: 26-32.
- 67 Rimpela AH, Nurminen NM, Pulkkinen PO, Rimpala MK, Vakonen T. Mortality of doctors benefit from their medical knowledge?. *Lancet* 1987; 10: 84-86.
- 68 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.
- 69 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):
- 70 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.
- 71 Guszowska M. Physical fitness as a resource in coping with stress among high school students. *J Sports Med Phys Fitness* 2005; 45(1): 105 – 111.
- 72 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.
- 73 Portuondo O, Fernández G, Cabrera AP. Trastornos del sueño en adolescentes. *Rev Cubana Pediatr* 2000, 72(1):10-14.
- 74 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.
- 75 Guavita FPM, Sanabria FPA. Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la facultad de medicina de la universidad militar nueva granada, bogotá colombia 2006. *Rev fac med univ nac colomb*; 54 (2): 76 – 87.
- 76 Paez-Cala ML. Creencias familiares sobre atribuciones y Derechos de Género. Manizales:Universidad de Caldas; 2001.
- 77 Molina-García J, Castillo I, Pablos C. Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios. *European Journal of Human Movement* 2007: 18, 79-91
- 78 Navarro, J. "El consumo de drogas." En: Autores Varios. *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD; 2002.
- 79 Comas D, Granado O. El rey desnudo: componentes de género en el fracaso escolar. Madrid: POI; 2002.
- 80 Day C, Paul C. Protecting Young people from homelessness and escalating drug and alcohol use. *Housing Care and Support* 2007; 10(2):15-22.